

Salud: cartografía del trabajo vivo

Emerson Elias Merhy



Colección Cuadernos del ISCo

Títulos publicados (para acceder a los libros, pulsar en el título)

SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX
Lilia Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias

Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (compiladoras), 2020

Pensar en salud
Matio Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI
Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Aliadir de planificación popular
Carlos Matus, 2021

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

Salud: cartografía del trabajo vivo

Emerson Elias Merhy



Merhy, Emerson Elias

Salud : cartografía del trabajo vivo / Emerson Elias Merhy. - 1a ed revisada. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2021.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Hugo Spinelli , ; Salud Colectiva ; 21)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-4937-98-8

1. Salud Pública. 2. Organización del Trabajo. 3. Técnicas de Gestión. I. Título.
CDD 362.9

Colección *Cuadernos del ISCo* Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki, Ignacio Yannone*

Coordinación editorial de esta obra: *Jorge Arakaki*

Fotografía de tapa: *Hans Braxmeier, Pixabay.*

Corrección de estilo: *Laura Gabriela Goldar*

Diagramación: *Martina Florio*

Título original: *Saúde: Cartografia do trabalho vivo*

Agradecemos a la editorial Hucitec (São Paulo, Brasil) por la autorización para publicar este texto en español.

© 2021, Emerson Elias Merhy

© 2021, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-4937-98-8

DOI 10.18294/9789874937988

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727

edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

*A los colectivos que dan parte importante de sus vidas en
el intento de construir un mundo más igualitario y justo.*

*A todos los que siempre estuvieron implicados
conmigo en la búsqueda de ese mundo.*

Emerson Elias Merhy

Es médico, doctor en Salud Colectiva y libre-docente en Planificación y Gestión en Salud por la Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil. Desde 2012, es profesor titular de Salud Colectiva en la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ), Campus-Macaé. Profesor del Máster Profesional en APS en la UFRJ. Desde 1999, es profesor en los posgrados del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. En 2019, recibió el título Doctor Honoris Causa por la Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

Sus trabajos se centran en las relaciones intercesoras entre micropolítica, educación permanente, subjetivación y producción de conocimiento. Ha desarrollado metodologías de investigación basadas en procesos de evaluación compartidos, en los que el mejor evaluador es quien pregunta, hace y usa.

Entre los artículos publicados en la revista científica *Salud Colectiva* se encuentran “Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud” (2006); “Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria” (2007); “Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo” (2009); “El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado” (2011); “Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental” (2012); “La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil” (2016).

El relato de su historia en primera persona forma parte del acervo oral del Centro de Documentación “Pensar en Salud” (CeDoPS), que reúne a referentes de la medicina social, la salud colectiva y la salud pública de América Latina. Entre las entrevistas realizadas a Emerson se encuentran “Historia de vida, política y movimientos sociales en el campo de la salud (2012)” [[ver video](#)]; “Micropolítica del cuidado en salud (2017)” [[ver video](#)]; “Prácticas de cuidado e investigación social (2018)” [[ver video](#)]; Cecilia Donnangelo: su influencia en la salud colectiva (2019) [[ver video](#)]; entre otros.

Algunos de sus libros fueron publicados en Argentina, en la Colección de libros Salud Colectiva de Lugar Editorial, y ahora se suma a la colección de libros digitales Cuadernos del Isco, de acceso libre y gratuito.



Índice

Presentación	IX
Capítulo 1 <i>La micropolítica del trabajo vivo en acto en salud: propuestas de reestructuración productiva en el sector</i>	1
Capítulo 2 <i>La micropolítica del trabajo vivo en acto: una cuestión institucional, territorio de tecnologías blandas</i>	13
Capítulo 3 <i>Los desafíos que plantea la atención gerenciada para pensar una transición tecnológica del sector salud</i>	27
Capítulo 4 <i>El médico y sus maletines tecnológicos: un ensayo sobre la reestructuración de la producción del cuidado</i>	41
Apéndices	
Apéndice 1 <i>Acto de cuidar: alma de los servicios de salud</i>	55
Apéndice 2 <i>Apostando a proyectos terapéuticos de cuidado: desafíos para el cambio en la escuela médica y en los servicios de salud</i>	69
Apéndice 3 <i>En la salud, todos los actores en situación disputan la gestión y la producción del cuidado</i>	81
Bibliografía	101



Presentación

¿Por qué y para qué hacer este libro?

Este libro es consecuencia del tema de mi libre docencia, *Reflexiones sobre las tecnologías no materiales en salud y la reestructuración productiva del sector: un estudio sobre la micropolítica del trabajo vivo*, defendido en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp), Brasil, en 2000, del cual tomé parte del material. Los textos elegidos fueron producidos en distintas circunstancias. Algunos, para ser publicados en revistas —como anoto en el capítulo pertinente—; otros, específicamente para la tesis. De una u otra forma, todos están atados por la misma perspectiva: reflexionar sobre el modo cotidiano de producir salud en nuestra sociedad, tomando como referencia la cartografía de la micropolítica del trabajo vivo en acto. Lo que sigue está envuelto en esta idea central.

A fin de evitar posibles *desvíos* del eje analítico adoptado para este libro, opté por colocar algunos textos como apéndices con el fin de ofrecerle más elementos al lector para penetrar en este territorio reflexivo, reforzando la posibilidad de pensar que así como la gestión dentro del campo de las tecnologías es fundamental para la discusión actual acerca de la reestructuración productiva también lo es la producción del cuidado como indicadora de las situaciones institucionales sobre las cuales realizo mis elaboraciones.

¿Somos sujetos? ¿Protagonistas o víctimas?

¡Oh, preguntita perturbadora para responder!

Así es... Porque nos interroga acerca de la cómoda idea de que siempre somos los mismos —como seres psicológicos en el ámbito individual o como seres políticos a nivel del ámbito colectivo, por ejemplo— que actuamos siempre del mismo modo y somos dueños y señores de las situaciones en las que nos encontramos.

Mas, de hecho, somos y no somos sujetos. O —mejor— somos sujetos que sujetan ciertas situaciones y somos sujetos que se sujetan a otras, es decir, somos muchos sujetos y no sujetos en diferentes situaciones. Instituidos e

instituyentes. Somos, entonces, sujetos que sujetan, sin que con eso dejemos también de ser sujetados.

En nosotros, nunca hay una identidad individual o colectiva que sea inmutable a través del tiempo. Ella está siempre en producción, partiendo de un cierto territorio para abrirse hacia otros posibles. Produciendo mapas, diseñando cartografías. Todo el tiempo estamos pasando de sujetos que sujetan a sujetados.

Las teorías que intentan comprender estas situaciones son muchas, adversarias y hasta contradictorias entre sí, lo que complica el análisis. Obvio que no pretendo responder por ellas, ni siquiera exponerlas, pero he de polemizar con algunas en este material¹.

Parto del principio. En ciertas situaciones y desde determinados recortes, somos sujetos de saberes y acciones que nos permiten obrar y protagonizar nuevos procesos como fuerzas de cambio. Aunque, al mismo tiempo, bajo otros recortes y sentidos, somos reproductores de las situaciones ya dadas, es decir, a pesar de protagonizar ciertas mudanzas conservamos la mayor parte de ellas. Entre tanto, bajo cualquiera de estos ángulos, somos responsables por lo que hacemos. No es posible no reconocernos en nuestros hechos. Somos dados y *dandos*. Somos definidos. Ya existía algo cuando llegamos allí.

Y ni por eso somos víctimas de las situaciones. Nos constituimos en ellas y por ellas. Con nuestras acciones, constituimos las situaciones en sí y relacionadas. Las fabricamos. Como sujetos de la acción, vivimos constantemente esta tensión. Cartografiamos ese proceso en el vivir y generamos así infinidad de mapas territoriales de identificación.

De manera intencional, en ciertas circunstancias, podemos ambicionar ser más sujetadores que sujetados, y explotar nuestra capacidad de actuar y de interpretar el lugar del territorio donde nos ubicamos, para interferir en sus reglas abriendo líneas de fugas. Partir para nuevos mapas, nuevos sentidos territoriales.

Hacemos esto, como los otros también lo hacen, muchas veces sin tener claro el conjunto de las intenciones en juego. A veces, ocurre; otras, las planeamos. Somos protagonistas y, al mismo tiempo, somos protagonizados.

Cuando estamos frente a una situación dada, podemos hacer diferente de los demás lo que está establecido. Somos determinados y determinantes. Podemos ambicionar esto no como sujetos plenos de razón, sino como

¹Y de parte de ellas soy un deudor confeso, en particular, de los pensamientos de Karl Marx, Antonio Gramsci, Carlos Matus, Mario Testa, Miguel Benasayag y Félix Guattari, en una gran ensalada que hago con ellos, bajo mi total responsabilidad.

apostadores que, con algunos recursos cognitivos, deseantes, instrumentales, etc., podemos aumentar el potencial de nuestro hacer por otros sentidos para nuestro actuar en el mundo produciendo, de esta manera, significados nuevos en las situaciones.

Buscando, con el fin de tensar aún más la posibilidad de ser sujetos con sentido común, o no.

Apostando que, en las relaciones, todos estamos inmersos en los procesos de fabricación subjetiva. Que esto es carne y uña de ser sujeto en acción, de lo cotidiano y de lo *trascendente*.

Si será posible o no, en el sentido de construir nuevos modos de producir la vida en el plano colectivo, comprometido con la igualdad y la convivencia democrática, no lo sé, pero Paulo Freire (1970), en *Pedagogía del oprimido*, nos da a entender que debemos asumir que con nuestro saber y nuestro hacer somos responsables por el mañana. O lo hacemos diferente o no lo será.

En esta tenue línea, este libro procura explorar varias situaciones reflexivas que aporten al esclarecimiento de estos enunciados y contribuir, en particular, con la creación de un nuevo modo de producir salud en el día a día de los servicios. No obstante, sin recetas, que las dejo para los libros de cocina.

Somos muchos en nosotros

Con todo esto, quiero dejar claro que nosotros somos muchos *nosotros*. En nosotros individuos, personas y grupos. Hechos en el que somos, al mismo tiempo, todos y cada uno de manera singular. Hay y habrá siempre muchos otros. Memorias, situaciones registradas antes y ahora, y procesos. No será posible registrar la presencia de todos en este trabajo. Muchos nombres estarán ausentes. Otros, no.

Puedo recordarlos en mí y yo en ellos. Sin embargo, no quiero nombrar a todos los que pueda. Lo hago a propósito para algunos. Recuerdo al movimiento sanitario brasileño. Recuerdo a la izquierda brasileña y latinoamericana. Recuerdo al marxismo.

Del movimiento popular de salud. De los compañeros de salud de Campinas. De la Unicamp y de las universidades. De los alumnos, de los cursos e investigaciones. De las tesis. De los de Minas. De los argentinos.

Recuerdo a Mina. Recuerdo a mis mujeres y hombres. Recuerdo a mis niños. Y aquí también soy yo, con todos los nosotros que me entrelazan. Cree su lectura y aprovéchela del modo que mejor le convenga.



Capítulo 1

La micropolítica del trabajo vivo en acto en salud: propuestas de reestructuración productiva en el sector

En el capítulo XIII del Libro 1 de *El Capital*, Karl Marx (1985) señala la producción de la plusvalía relativa y muestra que la industria moderna realiza una revolución en la manufactura, en la artesanía y en el trabajo a domicilio.

Con el desarrollo del sistema fabril y la transformación de la agricultura que lo acompaña, no solo se extiende la escala de la producción a las demás ramas de actividades, sino que cambia también su carácter (Marx, 1985, p. 528).

En la secuencia de su análisis —coherente con otros en los cuales demuestra que el modo de producción capitalista es prisionero de las innovaciones tecnológicas para resolver el ciclo de acumulación del capital¹—, se hace evidente que este proceso innovador, actualmente denominado *transición tecnológica*, imprime alteraciones significativas en la parcelación de los procesos de trabajo, el perfil de la calificación de los trabajadores, el mercado de la fuerza de trabajo y los procesos de permuta, entre otros.

Esta situación de vivir una transición tecnológica —que, de hecho, está articulada a una *reestructuración productiva en general*²—, pasa a ser una constante en los análisis de este autor, que marca períodos en el interior de los procesos sociales, según la visión de los estudiosos.

¹En *El capital*, Marx (1985) demuestra tal cuestión en un análisis más global sobre la producción de la plusvalía.

²Aquí, en el sentido de otra forma de producir los mismos productos y hasta los nuevos aún desconocidos. La transición tecnológica es la presencia de nuevas tecnologías que señalan *movimientos* en los procesos productivos.

Cuando en 1848 Marx y Friedrich Engel (1978) elaboraron el *Manifiesto comunista*, uno de los temas que abordaron de forma enfática fue la aparición y consolidación de un nuevo modo social de producir la riqueza, articulado a la existencia de un proceso de lucha de clases, que marcaría el futuro de la humanidad. En este material, los autores compartían la noción de que bajo el comando de las relaciones sociales capitalistas acontecía una revolución en los países europeos.

Esta constatación será tratada con asombro por varios autores, como Paul Lafargue (1999), en su libro *El derecho al ocio*, en el que concluye que la riqueza producida por la revolución tecnológica del capital, en vez de generar mejores condiciones, altera para peor la vida de los trabajadores. Sus escritos también muestran con claridad que el período de mediados del siglo XIX, en Europa, está profundamente marcado por las transformaciones en los procesos productivos, que reestructuran por completo el modo en que las sociedades se organizan, y que el aumento de la riqueza crea nuevos grupos sociales.

En la actualidad, diversos autores (Coriat, 1992; Carleial & Valle, 1997; Antunes, 1999) señalan que el final del siglo XX asiste a una transición tecnológica que viene reestructurando la producción, en una dimensión semejante a la experimentada en aquellos momentos vitales para la organización del propio capitalismo.

El conjunto de sus análisis gira en torno a los procesos desencadenados en el plano de las industrias y los servicios por la introducción de nuevas tecnologías de punta, que transforman de manera radical la división de los procesos de trabajo, el mercado de la fuerza de trabajo, los procedimientos productivos y el ciclo de acumulación del capital. Sin embargo, no existe casi ningún trabajo en este tema específico para el sector salud, que cuenta, como excepción a la regla, con el estudio de Denise Pires (1998), realizado en 1996³.

La doctora Pires, partiendo del análisis de los procesos de trabajo en dos hospitales, uno público y otro privado, considerados ambos relevantes y de buena calidad, en su tesis de doctorado estudia los cambios provocados en la actualidad por la introducción de tecnologías de punta estableciendo su foco central en el trabajo de enfermería. Este material, que tiene como telón de fondo la reestructuración productiva y el trabajo de la salud en Brasil,

³Hay otros trabajos que contribuyen al estudio de este tema, aunque no lo haya destacado explícitamente, entre ellos las investigaciones de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1978), Lilia Blima Schraiber (1993a) y Roberto Passos Nogueira (1994).

realiza contribuciones muy interesantes y es uno de los pocos que toma como objeto esta temática específica, por lo que también se torna relevante para mi estudio.

La propia autora, después de su pesquisa bibliográfica, constata esta precariedad al afirmar:

...pocos son los estudios en salud que relacionan trabajo y reestructuración productiva. Sin embargo, las mudanzas en el trabajo industrial y en los servicios están influenciando el sector salud, destacándose el uso intensivo de equipos de tecnología de punta y la tercerización. (Pires, 1998, p. 19)

En el citado estudio afirma que, aunque sea especial, el trabajo en la salud viene sufriendo las influencias de los cambios tecnológicos y de los modos de organización en los procesos actuales de trabajo. Indica que, a pesar de no tener las características típicas del industrial —pues está en el sector de servicios—, siempre sufrió la influencia de las organizaciones productivas hegemónicas, como por ejemplo el taylorismo y el fordismo.

Como contribución conclusiva de su estudio, subraya:

En Brasil, a partir de los años 80, especialmente, se estableció una disputa en relación con la definición de directrices políticas para el campo de la salud. De un lado, están las fuerzas que defienden el derecho a la salud y a la vida [...]. Del otro, están los intereses del sector privado [...].

Actualmente, el trabajo en salud es mayoritariamente un trabajo institucionalizado [...]. El acto asistencial resulta de un trabajo colectivo realizado por diversos profesionales de la salud y por diversos [...] no específicos de salud [...]. El médico es el elemento central del proceso asistencial. Decide sobre el diagnóstico, sobre los exámenes complementarios, sobre el tratamiento y sobre el uso, o no, de los equipos más sofisticados de la tecnología [...]. Delega partes del trabajo asistencial a otros profesionales de salud [...]. A pesar de eso, dependen del trabajo médico para que se realice este trabajo [...]. La asistencia es fragmentada, resultante de un trabajo parcelado y compartimentado, al mismo tiempo que mantiene algunas características del tipo de trabajo artesanal.

En este final de siglo [...] del amplio reconocimiento de que es necesario repensar el modelo asistencial hegemónico, se observan algunas iniciativas [...] en el sentido de romper con la excesiva fragmentación

del trabajo, buscando colocar las necesidades del cliente en el foco de la asistencia. En la pesquisa del campo [...] destaco:

- a) La implantación en el hospital privado, de la metodología de asistencia integral de enfermería [...].
- b) El surgimiento en el hospital privado de grupos interdisciplinarios [...].
- c) La implantación en los dos hospitales de las comisiones y servicios para el control de la infección hospitalaria [...].
- d) El surgimiento, aunque incipiente, de medidas para el control de calidad en la asistencia.
- e) El registro de la evolución del paciente en el mismo documento [...].
- f) Derecho al acompañante y a la visita [...].

Los equipamientos de base microelectrónica son utilizados en el trabajo en salud y penetran en el sector de forma desigual. [...] Los dos hospitales estudiados utilizan tecnología de punta, siendo que en el hospital privado el uso es más intensivo [...].

El uso intensivo de tecnología de punta en el sector de salud, hasta el momento, no resultó en un aumento del desempleo [...]. No sustituye el trabajo humano de investigación, evaluación y decisión sobre la terapéutica y tratamiento en general [...].

El uso de tecnología de punta exige mayor calificación de los trabajadores para el manejo de los equipamientos, al mismo tiempo que profundiza la división entre el trabajo manual y el intelectual [...].

Si se considera que el objetivo central de las instituciones privadas es el lucro, ellas son más presionadas para reducir costos y son más influenciadas por la estrategia de la tercerización que está siendo utilizada por las industrias [...]. (Pires, 1998, p. 234)

Creo que el estudio que Pires hace es de gran relevancia en este momento, especialmente porque levanta frente a los estudiosos del tema algunas ideas importantes sobre el significado de la noción de *reestructuración productiva* en ciertas organizaciones de salud, a partir del impacto que la presencia de equipamientos de punta provoca en la conformación tecnológica del trabajo, que indica alteraciones en los procesos de parcelación, calificación profesional, redefinición del trabajo intelectual y manual, cambios en los procesos burocráticos y jerárquicos, entre otros.

Resalto el hecho de que, para la autora, el tema de la reestructuración productiva se identifica casi exclusivamente con las alteraciones que el modelo

médico hegemónico viene sufriendo debido a las mudanzas operadas por los nuevos equipos y por estar frente a una crisis de eficiencia y eficacia. Sin embargo, ella misma sostiene también que la incorporación de equipos no anula momentos singulares del trabajo de la salud, ya que estos no son sustituibles por ningún aparato, como la dimensión típica de la producción del acto cuidador. Otro punto destacado se refiere a que las intervenciones en los procesos gerenciales son claves para el reordenamiento productivo, aunque realza la tercerización de los servicios como hace la industria.

Acentúo la noción que utiliza la autora de que, en este pasaje de milenio, se vive una reestructuración productiva general y que, como el sector salud siempre sufrió la influencia de las organizaciones productivas hegemónicas, se debe buscar en los estudios de las organizaciones de salud la actuación de sus determinantes, de la misma manera que en la época de la organización científica del trabajo, en la actualidad, las organizaciones de salud revelaron una penetrabilidad del rediseño de los procesos productivos hegemónicos, que deben estar presentes en el sector salud.

Creo que las conclusiones de la doctora Pires que se mostraron anteriormente revelan mucho de los aciertos de su estudio y del trayecto analítico, pero hay una cuestión suspendida en el aire: ¿por qué será que no enfatiza las diferencias entre los sectores productivos de la salud, de la industria y de los servicios en general en la sociedad contemporánea, al punto de buscar otras líneas de análisis o hasta producir otras conclusiones? Creo que su *ceguera* paradigmática no la deja percibir que hoy la reestructuración productiva en salud puede estar encauzada no tanto por la incorporación de los equipamientos, sino por el propio *modelado* de la gestión del cuidado en la salud —tanto en el plano de los establecimientos y propiamente en la producción de los actos de salud como en el campo de la organización de las políticas del sector— y por la posibilidad de operar su producción por núcleos tecnológicos no dependientes de equipamientos, hecho que, para ella, es apenas un pequeño detalle y no un elemento importante que merezca ser realizado en su estudio.

La utilización de los equipamientos en los procesos productivos en salud —bajo el modelado de la gestión médica hegemónica, que desde la forma de la medicina tecnológica (Schraiber, 1993a) ya había delimitado una transición significativa en la organización del trabajo de la salud en general y médico en particular— no parece, en este momento, provocar una reestructuración productiva. Esta ya estuvo presente en la transición del período de una medicina más mercantil y de un profesional más liberal (Donnangelo, 1975; Mendes-Gonçalves, 1978), y constituye un período de los procesos productivos en salud que se expresaron en la calificación de profesionales, cada vez más alrededor de núcleos

especializados, restringiéndolos de forma creciente a la producción de un procedimiento específico (un examen de laboratorio, un acto clínico, etc.). Por tanto, lo que Pires encuentra no es el impacto reestructurante del ingreso de nuevos equipamientos de punta en los procesos productivos, sino la continuidad de un modelo hegemónico con alteraciones que no componen una transición.

Una reestructuración productiva que implique una mudanza sustancial en las configuraciones tecnológicas de los procesos de producción y que altere la composición de la fuerza de trabajo no de un modo periférico sino centralmente, ya que lleva a la propia producción de nuevos productos, debe estar mapeada por los nuevos territorios de tecnologías *no-equipamientos*. Tal proceso, el de la reestructuración productiva, se vincula siempre a una transición tecnológica, en la cual nuevas tecnologías y hasta configuraciones diferenciadas de las anteriores pasan a operar la producción de nuevos bienes o servicios o las maneras diferentes de producir los antiguos. En las indicaciones de los autores ya citados sobre reestructuración productiva, hay afirmaciones en esas dos direcciones, en particular, en Marx, cuando aborda el tema de la producción del producto-mercadería en las relaciones capitalistas de producción.

Al no imaginar que la reestructuración productiva es algo más intenso y que está estratégicamente articulada a nuevos territorios tecnológicos no materiales, la autora no consigue evidenciar que las alteraciones más significativas en el campo de su investigación no son las articuladas por el remodelado de la propia medicina tecnológica y su base profesional —el médico especialista y sus equipamientos tecnológicos—, sino aquellas ubicadas en el terreno de las tecnologías *no-equipamientos* o en el territorio de las tecnologías blandas —como las que permiten operar los procesos relacionales de encuentro entre el trabajador de salud y el usuario— y blandas-duras —como los saberes estructurados que operan esos procesos, en particular, la clínica y la epidemiología—, expresadas en los procesos relacionados con los actos de salud y en las prácticas que gobiernan los actos productivos, en los procesos de trabajo⁴ y en la capacidad de generar y gobernar nuevas modalidades de producción del cuidado.

⁴Vale observar que la categoría médica hoy se enfrenta con una agenda de lucha, en la cual ha ocupado un lugar privilegiado la disputa por los modelos de organización de los procesos de trabajo adoptados por los sectores empresariales vinculados a los seguros de salud. Las mudanzas en el mercado del trabajo médico han creado nuevos elementos para la lucha corporativa de los médicos, que evidencian que la lucha contra el control que el capital financiero desea sobre el trabajo médico y las transformaciones pretendidas para su perfil profesional tornan claro lo que busco demostrar con este estudio: en la actualidad, la transición tecnológica en la salud ocurre en el campo de las tecnologías blandas, inscriptas en el modo de actuación del trabajo vivo en acto y en los procesos de gestión

Las actuales transformaciones en salud no alcanzan a ser suficientemente comprendidas por el camino analítico elegido por la autora. Creo que el abordaje de Pires quedó limitado por la importación directa de la visión clásica de los procesos productivos para la salud, sus dimensiones tecnológicas y la noción paradigmática de las *transiciones tecnológicas* elaboradas por algunas corrientes de la sociología del trabajo de extracción marxista⁵, que construyen sus análisis en torno al modelo fabril. Dígase de paso que, en el modelado del tipo de medicina tecnológica que en parte se asemeja a los procesos productivos del tipo fabril, este modelo de análisis tiene una aproximación razonable sobre el objeto de estudio, pero se vuelve insuficiente ante las nuevas formas de producir cuidados.

Tal vez por eso, la autora y muchos otros estudiosos del campo de la salud que adoptan paradigmas semejantes⁶ no advierten en sus análisis que la transición tecnológica que hoy se viene construyendo, que fue provocada por la presencia del capital financiero en el sector de un modo cada vez más firme y amplio (Iriart, Merhy & Waitzkin, 2000), indica exactamente lo opuesto —como veremos en el transcurso de este trabajo—, pues busca alcanzar el núcleo tecnológico del trabajo vivo en acto en su capacidad de producir nuevas conformaciones de los actos de salud y su lugar en la construcción de procesos productivos, descentrando el trabajo en salud e incluyendo el de los aparatos y el de los especialistas.

Afirmo también que el trayecto en la búsqueda por una nueva confirmación tecnológica para la producción de los actos de salud, que impacta en la relación entre el núcleo tecnológico del trabajo vivo en acto en la salud y otros núcleos de este proceso productivo, es parte de una apuesta contrahegemónica —respecto de la medicina tecnológica y de la atención gerenciada que el capital financiero viene introduciendo en el sector salud— por sectores articulados al movimiento sanitario brasileño, que muestra, al cuestionar y procurar intervenir, que ese camino no es privilegio exclusivo del sector financiero del capital. Existen autores del movimiento sanitario brasileño que desde hace mucho tiempo vienen señalando estas cuestiones, en particular, Gastão Wagner de Sousa Campos (1987, 1992), Roberto Passos Nogueira (1994)

del cuidado. Este tema será descripto y analizado más explícitamente a lo largo del libro.

⁵Sin disentir en la base de muchas de las cuestiones levantadas por esas corrientes, lo que señalo es su insuficiencia para los estudios en la salud. Para una visión de sus contribuciones más significativas, ver Ricardo Antunes (1999).

⁶Creo que autores ya citados, como Maria Cecília Ferro Donnangelo y Mendes-Gonçalves, y también Antônio Sérgio da Silva Arouca (1974), son buenos ejemplos de lo que estoy afirmando.

y Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (1994), entre otros, que son muy fértiles en sus formulaciones, aunque no al punto de proponer otra comprensión de la micropolítica de los procesos de trabajo en salud a nivel de la propia teoría, tomando para sí el estudio de estos procesos productivos y a pesar de sugerir cuestiones relevantes para aquella comprensión.

Campos, por ejemplo, apunta a los temas básicos de la que hoy es considerada una agenda prioritaria por los sujetos sociales involucrados en la reforma de los sistemas de salud en América Latina y señala como central la capacidad del movimiento sanitario de actuar en el día a día de los servicios de salud, procurando configurar un modelo de atención alineado en la radical defensa de la vida. Además, alega que este es uno de los principales espacios para confrontar con los proyectos neoliberales que se presentan cotidianamente a través de modos de generar aquellos servicios en los planos político y productivo. Indica como indispensable —y hasta como producto de esa acción— la construcción de un compromiso efectivo de los trabajadores de salud con el mundo de las necesidades de los usuarios, que permita explotar exhaustivamente lo que las tecnologías en salud contienen de efectivas, en un nuevo modo de gestionar el cuidado en salud. Esa demostración pasa por la producción de nuevos colectivos de trabajadores comprometidos ética y políticamente con la radical defensa de la vida individual y colectiva.

En sus análisis, ha demostrado cómo el enfrentamiento entre defensores de un servicio público versus el privado no consigue dar cuenta de la situación real vivida en la hegemonía del proyecto médico neoliberal, porque este se reproduce micropolíticamente en todos los lugares y momentos de la producción de los actos en salud. Incluso indica que esto pone al movimiento frente al desafío de saber operar la gestión de los establecimientos de salud y de los procesos de trabajo, de una manera contrahegemónica en relación con el proyecto médico neoliberal.

Para Campos, esa tarea pasa por la construcción de un modelo tecnoasistencial que no desprecie ningún recurso tecnológico, clínico o sanitario para su acción, y en el cual el trabajo médico ocupe un lugar estratégico, comprometido y vinculado con los usuarios (individuales o colectivos) y actúe en equipos multiprofesionales como operadores de conocimientos multidisciplinares. Como ya señalé, el contexto de la disputa se presenta un poco más confuso.

En el terreno del capital adherido al modelo neoliberal de desarrollo social, el surgimiento de la atención gerenciada (Iriart, Merhy & Waitzkin, 2000) constituye otra práctica que se opone a la medicina tecnológica del Modelo Médico Hegemónico, y apunta hacia la necesidad de un *gerenciamiento del cuidado en salud* que permita crear una gestión competitiva entre prestadores de servicios alrededor de la noción de *clientela consumidora*

inteligente que, a su vez, equilibre la racionalización de costos de producción con la calidad de los servicios prestados, teniendo en vista reformar el sistema de salud —que gasta mucho y es poco eficiente— en función de la lógica de los intereses del capital financiero que viene penetrando en los servicios de salud a escala mundial.

Como veremos detalladamente en los capítulos siguientes, la atención gerenciada apuesta a la producción de tecnologías en el campo de gestión de los procesos de trabajo en salud, de modo que puedan trocar la microdecisión clínica por la administrativa e imponer una nueva forma tecnológica de constituir el propio acto de cuidar y la manera de operar su gestión, tanto en el interior de los procesos productivos en salud como en el campo organizativo del propio sistema⁷.

A pesar de que no comparten propuestas similares, estos nuevos actores que se oponen al proyecto médico hegemónico y el movimiento sanitario discuten sus proyectos y se confrontan en esos terrenos con el fin de impactar el territorio tecnológico responsable de la incorporación de tecnologías duras en el acto de cuidar y de la propia organización de estos actos en el ámbito del sistema de salud, considerados lugares estratégicos para la operacionalización de la reforma de los sistemas de salud como un todo, o sea, lugares de transición tecnológica hacia un nuevo escalón productivo⁸.

La inversión que varios organismos internacionales comprometidos con los proyectos neoliberales realizan para difundir la propuesta de la atención gerenciada en América Latina ha contribuido a adoptar una agenda común con determinadas semejanzas para los países de la región que viven procesos de reforma del Estado en general y de los sistemas de salud en particular (Paganini, 1995).

En las consideraciones de los organismos, aparece de manera clara la noción de que el terreno del *gerenciamiento del cuidado* es neutro y pertinente a una racionalidad instrumental propia de los modelos de gestión organizacional y de los procesos de trabajo en salud. Por tanto, en el plano imaginario se busca constituir un espacio común que pertenezca a todos los que

⁷Sobre esta cuestión, destaco el hecho de que el proyecto de la atención gerenciada apuesta a la intervención en las microdecisiones clínicas y a la división del sistema de servicios de salud en cuatro operadores: el seguro o administrador, el financiador, el prestador y el consumidor. Esto se verá más adelante, pero gran parte de esta conclusión está inspirada en el texto producido por Emerson Elias Merhy, Cecilia Beatriz Iriart y Howard Waitzkin (1998), que fue presentado en el VII Congreso Latino Americano de Medicina Social.

⁸En los capítulos 2 y 4 se desarrolla el significado de esta situación.

desean las reformas y se comprometan con ellas, debiendo ser compartido a partir de las mismas recetas de intervención, ideológicamente *vendidas* como modernizadoras.

Es interesante verificar que, actualmente, en EEUU —país donde surgió esta propuesta— hay, por lo menos, tres grandes líneas en disputa sobre la política de salud: una vinculada al proyecto empresarial neoliberal médico hegemónico, otra al proyecto neoliberal de la atención gerenciada y una tercera que, calcada de la experiencia canadiense, propone un sistema nacional de salud, regulado fuertemente por el Estado y comprometido con la salud, no como un bien de mercado sino como un derecho de la ciudadanía (Waitzkin, 1994).

Como foco principal del estudio, destaco aquí, que tomo el campo de los procesos productivos en salud en el momento del acto de cuidar y su organización en el interior de los establecimientos, de modo que el análisis de gestión del cuidado que procuro imprimir en este trabajo está enmarcado en este ámbito, pues en lo que se refiere al campo de la gestión del cuidado en el terreno de la organización de la política de salud y del sistema en general solo será expuesto cuando otro foco de estudio así lo exija.

Digo esto porque en varios momentos hablaremos acerca de que la transición tecnológica impresa por la atención gerenciada, atrás de una nueva estructura de producción de actos de salud, invierte también en una recomposición más macrosocial al preconizar la constitución de cuatro actores sociales claves para que la sociedad construya este nuevo modelo de producción del cuidado: los captadores y administradores de recursos, los financiadores, los proveedores y los consumidores. Más adelante vuelvo al asunto detalladamente, pero me interesa que quede claro que lo central de este trabajo es pensar el actuar en el ámbito de las organizaciones de salud y, particularmente, en los procesos productivos de los actos de salud como espacio para una transición tecnológica hacia una nueva escala productiva. Si identificamos que el campo de acción del trabajo vivo en acto —por su capacidad de imprimir nuevas composiciones tecnológicas y nuevos rumbos para los actos productivos en salud— es el lugar central de la transición tecnológica del sector salud, podríamos decir que es, por tanto, el territorio disputado por las fuerzas interesadas en este proceso.

En esta disputa, se pone en jaque un cierto *saber hacer* en organizaciones cuyas misiones se definen por ser lugares de construcción de una determinada política social sectorial (la salud), y ser lugares de producción y de trabajo en salud, en los cuales se buscan ciertos modos de operar en situaciones

organizacionales que evidencien lo que ya se produjo de tecnología gestora para gobernar servicios de salud y procesos productivos.

Por eso, encaro como desafío básico para el movimiento sanitario brasileño profundizar en nuevos conceptos que nos permitan comprender, de manera más precisa, los temas de la reestructuración productiva y la transición tecnológica en salud, y reconocer la necesidad de una construcción teórica que tenga más en cuenta las singularidades de los procesos productivos del sector que la teoría general utilizada para analizar esos procesos que, a pesar de su efectiva contribución, ha sido insuficiente. Procuró, además, construir una caja de herramientas para los gestores de organizaciones de la salud que les permita enfrentar, en términos contrahegemónicos, a los actuales modelos de atención a la salud en su cotidiana disputa en cada establecimiento.

Junto con otros autores, Cecílio (1994) apunta en esa dirección y percibe que la confrontación que el movimiento sanitario brasileño plantea contra los neoliberales —que se da en un amplio terreno de disputas por el sentido de las relaciones entre el Estado y la sociedad a través de las políticas sociales— exige de los rivales una capacidad operacional competente para implementar un modo de producir salud a nivel de los servicios asistenciales y sanitarios coherente con las estrategias globales asumidas, con el fin de que el *gerenciamiento del cuidado* sea inevitablemente marcado por la idea de la salud como un derecho universal de la ciudadanía.

Varios militantes de este movimiento están buscando la forma de construir modelos de atención de la salud a nivel de los establecimientos y redes de servicios con la gestión organizacional y del trabajo; con la intención de mostrar que para superar el modelo médico hegemónico neoliberal deben constituirse organizaciones de salud gerenciadas de un modo más colectivo, con procesos de trabajo más compartidos, para alcanzar un ordenamiento organizacional coherente con una lógica centrada en el usuario, que en el cotidiano permita construir vínculos y compromisos estrechos entre los trabajadores y los usuarios en la producción de las intervenciones tecnológicas en salud, conforme a sus necesidades individuales y colectivas.

Además, es interesante pensar en trascender la idea de la necesidad del rígido control sobre los costos como un hecho inevitable para sobrevivir en la dura competencia que los prestadores de servicios libran por los financiamientos y la clientela, que preconizan que solo quien sea económico y satisfaga al cliente permanecerá. De la mano de este ideario, el *gerenciamiento del cuidado* implica un terreno comprometido con los intereses de las grandes corporaciones financieras y con todos los sectores que defienden la modernidad en tanto imagen especular de la actual sociedad estadounidense.

Entiendo que, para disputar esa transición tecnológica puesta por la atención gerenciada, uno de los esfuerzos teóricos más necesario entre los varios sectores del movimiento sanitario brasileño, en la búsqueda por subsanar ciertas deficiencias para el desafío que tiene por delante, es el que apunta a una revisión de la teoría del trabajo en salud, en particular, los temas de las tecnologías en salud que conforman el acto de cuidar y el de la gestión de los procesos productivos a nivel de los establecimientos⁹.

⁹Gran parte de esta conclusión está inspirada en el texto producido por Merhy, Iriart y Waitzkin (1998).

Capítulo 2

La micropolítica del trabajo vivo en acto: una cuestión institucional, territorio de tecnologías blandas¹

Con la perspectiva de profundizar la comprensión de las cuestiones abordadas hasta aquí, parto de un esquema que permite pensar las diferentes maneras del obrar humano en el acto productivo y los tipos de cuestiones interesantes que se suscitan en ese proceso.

A partir del diagrama expuesto a continuación, que representa cualquier acto productivo bien simple, como por ejemplo la producción de un objeto realizado por un zapatero, procuro mapear las cuestiones que considero relevantes para esta reflexión. En primer lugar, tomando en cuenta las etapas del proceso de producción de un zapato —producto final realizado por un artesano—, encontramos cinco situaciones que vale la pena describir para relacionar con las formas de trabajo *muerto* y *vivo* de los actos productivos:



TM= trabajo muerto; TV= trabajo vivo

- a) La producción del zapato presupone el encuentro del trabajo en sí del zapatero con ciertas materias primas (cuero, clavos, hilo, tinta, entre otras). Puede afirmarse que esas materias son productos de trabajos humanos que las concretizaron, pues no están dispuestas en la naturaleza, y aunque lo estuvieran —como si brotasen de los árboles—, sería necesario realizar un trabajo humano para cosecharlas antes de que pudiesen entrar en el proceso productivo del zapatero. Se dice, entonces, que las materias primas

¹El texto principal que utilizo aquí es Merhy (1997a).

son productos de trabajos humanos anteriores que, en el momento de la acción, tenían una dimensión viva, pero, ahora, ya como producto-materia prima del zapatero, se expresa en trabajo muerto, resultado del trabajo vivo anterior que lo produjo.

- b) Las herramientas que el zapatero usa para producir el zapato (martillo, cuchillas, pincel, entre otras) también son, a semejanza de lo que se dijo sobre las materias primas, productos de trabajos anteriores que se presentan ahora como trabajo muerto ya realizado y plasmado en el producto. De esta forma, el trabajo anterior de producir las herramientas estará presente en el acto de la producción del zapato y lo influenciará, pero no está en acto, no está vivo.
- c) En la producción de zapatos, para juntar materia prima y herramienta, el artesano necesita, antes que nada, ser poseedor de un cierto saber tecnológico que le permita organizar, en la acción concreta de trabajar, una cierta manera de realizarla, producto del diseño que tiene en su mente y expresa su proyecto. Este saber es complejo y en última instancia es una parte fundamental del *saber hacer* zapatos, ya que en el proceso de producción está contenida, además, la dimensión organizacional del proceso. Por ejemplo, forman parte de él: el conocimiento sobre qué cueros son más apropiados, cuáles son las mejores tintas y cómo son sus adecuaciones al material que se está utilizando, dominar las técnicas de corte y también la manera de organizar temporalmente estos conocimientos como actividades, como un proceso de producir, es decir, qué debe ser hecho antes, cómo debe ser hecho, cuánto se debe esperar para realizar el siguiente paso de la producción, etc.
- d) Entiendo que esas dos dimensiones, la de la organización y la del saber tecnológico, no se comportan del mismo modo que la de la materia prima y la de la herramienta, pues en aquellas el artesano que hace el trabajo cuenta como valor real, tiene importancia. Su historia, sus habilidades, su inteligencia y su capacidad inventiva operan en estas situaciones de organizar los procesos y de componer los saberes tecnológicos. Así, en ambos momentos del proceso productivo, el de la organización y el del saber, hay una doble situación: la presencia de saberes, tanto tecnológicos como organizacionales, producidos y sistematizados anteriormente por el artesano, que expresan trabajos anteriores y se instalan como representantes del trabajo muerto, pero sufren la influencia real del trabajador concreto que está actuando para incorporarlos al acto productivo como representantes del trabajo vivo en acto. Esto hace que en estas dos dimensiones haya una convivencia de las dos modalidades de trabajo en el hacer del zapatero, al producir concretamente su producto imaginado. Por eso, señalo que en esas dos situaciones hay una combinación simultánea de trabajo vivo y muerto. El grado de libertad de esta relación es un poco más favorable a la dimensión del saber tecnológico que a la de la organización, ya que esta tiende a ser más estructurada, más gobernada por el polo del trabajo muerto.
- e) Vale observar que la noción de *tecnología* utilizada aquí expresa una definición más amplia que la corriente, esto es, limitada de manera específica a equipamientos y má-

quinas, ya que también incluyo como tecnologías ciertos saberes constituidos para la producción de productos singulares y hasta para organizar las acciones humanas en los procesos productivos, inclusive, en su dimensión subjetiva. De este modo, hablo de *tecnologías duras, blandas-duras y blandas*².

- f) Claramente, el momento del trabajo en sí expresa, de modo exclusivo, el trabajo vivo en acto. Ese momento está marcado por la posibilidad total de que el trabajador actúe en el acto productivo con un grado de máxima libertad, aunque el ejercicio de ese grado de libertad se relacione con la presencia simultánea de las cuatro dimensiones anteriores, por lo que se puede decir que hay procesos de trabajo bien diferenciados en los modos acerca de cómo estas relaciones simultáneas ocurren. Si ahora imagináramos no solo el trabajo del zapatero sino también otros tipos de trabajos, podríamos decir que hay procesos productivos en los cuales el peso de las dimensiones que expresa el trabajo muerto es mayor que el del trabajo vivo (o viceversa). Como ejemplo del primer caso —proceso con predominancia de trabajo muerto—, cito la producción de una máquina en una metalúrgica; para el segundo caso —proceso con predominancia de trabajo vivo—, la producción en un aula o de los actos de cuidar en salud. Se puede establecer, entonces, que en ciertas producciones el proceso de captura del trabajo vivo por el trabajo muerto es diferenciado (o viceversa), lo que permite imaginar situaciones en que los ejercicios de protagonismo/libertad o protagonismo/reproducción³ ocurren en el mundo general de la producción tanto en la conformación tecnológica de los actos productivos como en los modos de gobernarlos. Independientemente de lo que se produzca, donde haya trabajadores produciendo existirá esta polarización y abarcará la producción en todos sus sectores (primario, secundario y terciario) y lo social en general.
- g) A continuación, se exponen diecisiete proposiciones sobre la teoría del trabajo en salud y las tecnologías de producción del cuidado. En ellas procuro sistematizar algunas cuestiones claves para entender el modo en que lidio con la noción de *tecnología en salud*⁴:
- **Proposición 1.** Hablar de *tecnología* es tener siempre como referencia la temática del trabajo, pero del trabajo cuya intención está marcada por la búsqueda de producción de cosas (bienes o productos) que funcionen como objetos, aunque no necesariamente sean objetos materiales

²Para mayores detalles, se sugiere la lectura del texto de Merhy *et al.* (1997c), en el cual se describen y definen con mayor precisión estos términos. Más adelante se presenta un resumen de estos conceptos.

³Sobre esta situación de *sujeto instituido e instituyente*, ver el apartado “Presentación”.

⁴Este panel fue montado sobre la base del texto Merhy *et al.* (1997c). Ver el apartado “Acto de cuidar: alma de los servicios de salud” en “Apéndice 1”.

duros, pues pueden ser bienes o productos simbólicos —que también representan valores de uso— para la satisfacción de necesidades.

- **Proposición 2.** La acción intencional del trabajo se realiza en un proceso en el cual el trabajo vivo en acto, al poseer de modo interesado instrumentos para la acción, *captura* intencionalmente un objeto o naturaleza para producir bienes o productos (las cosas u objetos). Su diseño puede ser esquemáticamente visualizado en el ejemplo del trabajo del zapatero, que antes de la realización del propio acto productivo ya sabía dónde quería llegar, es decir, a qué tipo de producto y con qué valor de uso. Con esto opera un acto productivo amarrado a una intención puesta con anterioridad a él⁵, en el cual el trabajo en sí actúa como trabajo vivo en acto, y los instrumentos utilizados y la organización del proceso como trabajo muerto.
- **Proposición 3.** El modo en que el trabajo vivo en acto realiza la captura del *mundo*, en tanto su objeto está vinculado a la manera en que el trabajo vivo lo antecedió —y que ahora se presenta como trabajo muerto—, actúa en tanto proceso de producción, también capturador, pero ahora del propio trabajo vivo en acto y que se expresa como un determinado modelo dentro de un cierto modo de producción.
- **Proposición 4.** En esta manera de incorporar el trabajo vivo en acto, opera una máquina de guerra política que demarca los territorios de su interés y los defiende, como una máquina deseadora que valora y construye un cierto mundo para sí (dentro de una cierta ofensiva libidinal).
- **Proposición 5.** Tal modo de apropiarse (como producción) de instrumentos y pedazos de la naturaleza, produciéndolos como herramientas y objetos y dándoles una razón instrumental, se presenta como tecnología en cuanto saber. A su vez, las máquinas-herramientas se expresan como tecnologías-equipamientos.
- **Proposición 6.** Las máquinas-herramientas son expresiones duras de las tecnologías-saberes (blandas-duras) que, como equipamientos tecnológicos, no

⁵Algunos trabajos, como el de Pablo Picasso dibujando un zapato en un cuadro, que no están presididos por esta relación intencional productivo-tecnológica, aunque tenga que utilizar técnicas para ser realizado. El producto, en este caso, el zapato dibujado, no necesariamente significa que pueda ser una mera representación de algo que Picasso asocia a una situación cualquiera y para cualquier observador; de hecho, puede significar algo distinto. Sin duda, el zapato que hace el zapatero tiene que servir de calzado. Si pierde esta funcionalidad (valor de uso), no será un buen zapato. Por eso, este trabajo está presidido como un hacer tecnológico. En cambio, el de Picasso es un trabajo de otra naturaleza, pues tiene una polisemia abierta.

tienen razón (instrumental) por sí, pues quien las vuelve portadoras de esta intencionalidad racional-instrumental es el trabajo vivo en acto con su modo tecnológico (su modelo de producción) de actuar y como expresión de ciertas relaciones sociales y no de otras.

- **Proposición 7.** El trabajo en salud está centrado permanentemente en el trabajo vivo en acto, un poco a semejanza con el trabajo en educación. Es diferente de otros procesos productivos en los cuales el trabajo vivo en acto puede, y debe, ser encuadrado y capturado globalmente por el trabajo muerto y por el modelo de producción.
- **Proposición 8.** El trabajo en salud no puede ser globalmente capturado por la lógica del trabajo muerto, expresado en los equipamientos y en los saberes tecnológicos estructurados, pues su objeto no está plenamente estructurado y sus tecnologías de acción más estratégicas se configuran en procesos de intervención en acto, operando como tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, más allá de los saberes tecnológicos estructurados, estableciendo un grado significativo de libertad de elección, en la manera de hacer esa producción.
- **Proposición 9.** Las tecnologías comprometidas en el trabajo en salud pueden ser clasificadas en blandas (como las relaciones de producción de vínculo, de autonomización, el acogimiento y la gestión como una forma de gobernar procesos de trabajo), blandas-duras (como los saberes bien estructurados que operan en los procesos de trabajo en salud, por ejemplo, la clínica médica, la clínica psicoanalítica, la epidemiología, el taylorismo, el fayolismo) y duras (como en el caso de equipamientos tecnológicos, ya sean máquinas, normas, estructuras organizacionales, etc.).
- **Proposición 10.** En el trabajo en salud, no cabe juzgar si los equipos son buenos o malos sino por qué razones instrumentales los están constituyendo y dentro de qué juego de intencionalidades. Por lo tanto, cabe preguntarse sobre qué modelado de tecnología del trabajo vivo en acto se está operando y cómo realiza la captura de las distintas dimensiones tecnológicas y el lugar que las necesidades de los usuarios y de los trabajadores ocupan como intenciones en la red de relaciones constituida.
- **Proposición 11.** El trabajo vivo en acto opera con tecnologías blandas en un doble aspecto: por un lado, como un cierto modo de gobernar organizaciones, de dirigir procesos que construyen objetos, recursos e intenciones; por otro lado, como una cierta manera de actuar para la producción de bienes o productos. Esta última es una de las dimensiones tecnológicas captoras que da la cara respecto de un cierto modelo de atención.

- **Proposición 12.** Para comprender los modelos tecnológicos y asistenciales en salud, se debe tomar como eje analítico vital al proceso de efectividad de la tecnología blanda y sus modos de articulación con las otras.
- **Proposición 13.** La división de la tecnología en salud en blanda, blanda-dura y dura permite exponer la dinámica del proceso de captura del trabajo vivo por el muerto, y viceversa, en el interior de los distintos modelos tecnoasistenciales en salud y también la configuración tecnológica de un determinado proceso productivo en salud, es decir, un cierto modo de producir el cuidado.
- **Proposición 14.** La efectividad de la tecnología blanda del trabajo vivo en acto en la salud se expresa como un proceso de producción de relaciones intercesoras. El término *intercesores* está siendo usado aquí en un sentido semejante al modo en que lo utiliza Gilles Deleuze (1995) en el libro *Conversaciones*, que discurre sobre la intersección que Deleuze y Félix Guattari (1974) constituyeron cuando produjeron el libro *El antiedipo*, que no es una suma de uno y otro y producto a cuatro manos, sino un *inter* y también interventor. Es así que uso ese término para designar lo que se produce en las relaciones entre *sujetos*, en el espacio de sus intersecciones, que es un producto que existe para los *dos* en acto y no tiene existencia sin el momento de la relación en la cual los *inter* se colocan como instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos, tal cual uno en relación con el otro⁶, en una de sus dimensiones claves, que es su encuentro con el usuario final que, en última instancia, *representa* necesidades de salud, como su intencionalidad, que con su interés particular puede *publicizar* las distintas intencionalidades de los agentes que envuelven el trabajo en salud⁷. El término *publicizar* tiene el sentido de construcción de espacios públicos para la expresión colectiva de intereses que estaban encerrados como privados.
- **Proposición 15.** En este encuentro del trabajo vivo en acto con el usuario final es donde se expresan algunos componentes vitales de la tecnología blanda del trabajo en salud: las tecnologías articuladas a la producción de los procesos intercesores, las de las relaciones que se configuran, por ejemplo, por medio de las prácticas del acogimiento o el recibimiento, el vínculo, la autonomización, entre otras.
- **Proposición 16.** Desde este lugar, se puede interrogar el formato de realización de la tecnología de las relaciones como un mecanismo analizador estratégico de los modelos de atención a la salud, que tiene la capacidad

⁶Para más detalles, ver Merhy (1997b).

⁷Sobre esto en particular, recomiendo de nuevo la lectura de Merhy (1997a).

de exponer intensamente las *fallas* del universo del trabajo en salud, en una especie de *juego* de los sentidos y sinsentidos de las prácticas de salud.

- **Proposición 17.** El sentido de este interrogar debería ser el de repensar la lógica de las intencionalidades, de modo que permita avanzar hacia la *publicización* del espacio de la gestión del proceso del trabajo en salud, en el cual ellas se efectivizan y abren el juego a la posibilidad de incorporación de otro campo de tecnología que se articule con los procesos de *gobernar* establecimientos —por ejemplo, organizaciones— en los que se hace presente el encuentro del trabajo vivo en acto con los distintos agentes, con sus proyectos y sus métodos, referidos a los diferentes espacios de gestión.

- h) Este proceso polarizado de posibles capturas totales del trabajo humano vivo en acto por el trabajo muerto, expresado en la tensión autonomía versus control, no es extraño a los diferentes pensadores de la sociedad contemporánea, en particular a dos de ellos, que se situaron en lugares bien diferenciados en este debate y a quienes tomaré como referencia y ayuda en la reflexión sobre algunas de las temáticas implicadas en la discusión de la acción humana en ambientes productivos.

En adelante, trabajaré con Frederick Winslow Taylor y Karl Marx, en busca del debate que estos dos autores abordan sobre protagonismo/libertad y captura, y el mundo del trabajo.

Imaginando una polémica entre Marx y Taylor sobre protagonismo/libertad y algunas ideas en torno a la micropolítica del trabajo vivo en acto

Recurro a estos pensadores para reflexionar sobre las diferentes implicaciones en el campo de la salud, entre las acciones humanas que son capturadas en acto por las lógicas que comandan las organizaciones de los procesos de trabajo mediante el trabajo muerto y aquellas acciones, en acto, que, en virtud de la imposición dominante por la presencia del trabajo vivo como su componente apuntan hacia una profunda posibilidad contraria a la captura del actuar humano por las lógicas que lo quieren atar y contener.

Marx, anticapitalista convicto, entendía que un trabajador, al actuar en una línea de producción dentro de, por ejemplo, un establecimiento fabril, estaba totalmente subordinado a la lógica del modo duro y estructurado que la producción le imponía por medio de los varios procesos *capturantes* de su capacidad de trabajar. Esto significa que el grado de libertad de un operario

para actuar a su modo en las actividades productivas era cero y la posibilidad de pensar en su liberación estaría dada por *algo* que influenciando su conciencia la tornase una conciencia de clase anticapitalista, de modo que abriera las oportunidades para una actuación organizada, como la de un grupo de trabajadores conscientes que opusiera resistencia a los procesos de explotación del capital. Marx apostaba a la fuerza determinante del capital para organizar las actividades del trabajador e imaginaba que su liberación estaría marcada por las oportunidades de desatar esa determinación por la producción de otra conciencia obrera. Esto permitiría desarrollar posibilidades de no captura del trabajador en relación con la dominación capitalista. Marx era un anticapitalista que admitía la total captura del trabajo vivo por el muerto y apostaba a la formación de la conciencia de clase como producto de procesos externos al mundo de las actividades productivas en sí⁸.

Taylor, capitalista convicto, tres décadas después de la muerte de Marx, defendió la idea de que el modo en que se organizan los procesos de trabajo altera las relaciones entre la máquina y el trabajador, pues puede impactar sus movimientos en el tiempo. Según su relato, aprendió eso observando a los propios trabajadores en sus actividades productivas, que ejercían grados de libertad diferenciadas sobre las dimensiones de los procesos de trabajo e imponían productividades distintas a las mismas máquinas y líneas de producción en la realización de los mismos productos. Taylor defendía que el obrero, sin el control del capitalista, haría una fábrica a su manera y que esta no siempre sería la mejor forma de alcanzar el lucro y la competitividad en el mercado. De este modo, acabó elaborando un conjunto de tecnologías de gestión de los procesos de trabajo, que permitía capturar la autonomía del trabajador durante el ejercicio de su trabajo vivo, a fin de subordinarlo a los intereses capitalistas de la empresa, considerando que la captura realizada solo por las tecnologías duras no era suficiente⁹.

En cierta manera, Taylor coincidía con Marx en que el establecimiento era un lugar de intensa dominación. Sin embargo, Taylor partía del principio de que, si esa dominación no fuera permanentemente pensada para el ejercicio de los actos de los trabajadores, estos tenderían a abrir *líneas de fuga* en el interior de las lógicas de producción y construirían una producción a su modo. Taylor era un capitalista que admitía la permanente no-captura del trabajo vivo frente al mundo definido por el trabajo muerto y apostaba a tecnologías gerenciales para las organizaciones productivas que capturasen al

⁸Sobre este tema, sugiero la lectura de Marx (1982).

⁹Ver el debate sobre el taylorismo expuesto por Chiavenato (1983).

trabajador en sus ejercicios de libertad y autonomía, dentro del terreno del trabajo vivo en acto.

Además, dígame de paso, esta es la historia de las teorías administrativas y gerenciales: la producción de tecnologías blandas-duras en el campo de la gestión organizacional que apunta a capturar el trabajo vivo y transformarlo en muerto, es decir, la producción de cajas de herramientas gestoras de procesos organizacionales productivos.

Volviendo al tema de la salud y fijando conceptos

Con esta historia, busco introducir al lector al universo de algunos conceptos básicos que le permitan analizar en forma más aguda el mundo de la producción en general, y de la material en particular, aunque aún haya algunas ideas sobre la distinción de ciertos procesos productivos que no sean muy fáciles de ser entendidas y que necesiten ser agregadas a este conjunto de conceptos que estoy elaborando y que son parte de una lectura más cuidadosa sobre los procesos de producción. Vale mostrar algunas cuestiones claves para comprender la distinción entre un proceso típicamente fabril y otro, como el de la salud, más vinculado al sector de servicios, desde el punto de vista de las características centradas en el trabajo muerto o en el trabajo vivo y de las diferentes cuestiones observadas en esta distinción para la relación de los productos realizados en estos sectores de producción y el mundo de las necesidades de su consumidor.

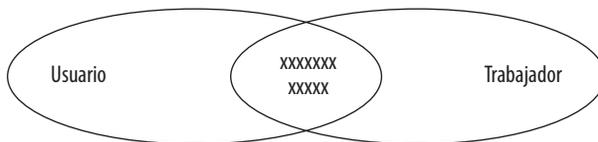
Un trabajo fabril típico se relaciona con el consumidor por intermedio del producto que este usa, en tanto que, en un trabajo de servicio, el acto de producción y de consumo ocurren al mismo tiempo. Por eso, a la primera relación la denomino *objetal* y a la segunda, *intercesora*. En esta última situación, el modo en que el consumidor valoriza la utilidad del producto para sí está siempre presente en la relación inmediata de producción y consumo, dado que, en la de tipo objetal, la utilidad del producto para el consumidor solo irá a realizarse en la obtención del producto y de su consumo, que ocurre de modo separado del mundo de la producción, tal como puede verse en los textos y gráficos de las próximas páginas¹⁰.

Cuando un trabajador de salud se encuentra con un usuario en el curso de un proceso de trabajo, en particular, clínicamente dirigido a la producción de los actos de cuidar, se establece entre ellos un espacio intercesor que

¹⁰El texto que sigue fue tomado de Merhy (1997b).

siempre existirá en sus encuentros, pero solo en sus encuentros y en acto. La imagen de ese espacio es semejante a la de la construcción de un espacio común de intersección entre dos conjuntos. Vale aclarar que no solo en la salud existen estos procesos intercesores. Además de reconocer la existencia de este proceso singular, en el análisis de los procesos de trabajo es fundamental descubrir el tipo intercesor que se constituye y los distintos motivos que operan en su interior.

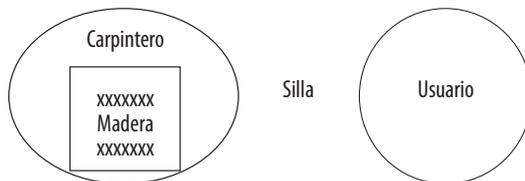
- Los esquemas más comunes en procesos de trabajo como los de salud, que realizan inmediatamente actos de asistencia con el usuario, se presentan como en este gráfico, al que llamo *intercesión compartida*.



- Los que se constituyen en los casos más típicos de procesos de trabajo, como el de un carpintero que produce una silla, muestran que el usuario es externo al proceso, pues el momento intercesor se da con la madera, que es plenamente contenida por el espacio del trabajador como una *intersección objetal*.

Esta distinción de la constitución de los procesos intercesores muestra que la dinámica entre el productor y el consumidor y los juegos entre necesidades ocurren en espacios bien distintos, y también que los posibles modelos de configuración de esta dinámica pueden ser más o menos permeables a esas características.

Entonces, en el juego de necesidades que se instala para el proceso de trabajo se puede pensar lo siguiente:



- En el proceso de trabajo en salud, hay un encuentro del agente productor y sus herramientas (conocimiento, equipos y tecnologías en general) con el agente consumidor, que lo torna, en parte, objeto de la acción del produc-

tor, pero sin dejar de ser también un agente que en acto pone sus intencionalidades, conocimientos y representaciones, expresadas como un modo de sentir y elaborar necesidades de salud para el momento del trabajo.

- En su interior, hay una búsqueda de realización de un producto o finalidad. Por ejemplo, la salud, que es un valor de uso para el usuario, porque representa algo útil que le permite estar en el mundo y vivir de un modo autodeterminado dentro de su universo de representaciones de lo que esto pueda significar y que es asimilado como un proceso diferente por los agentes involucrados que hasta, incluso, podrían coincidir.

Esto revela que el análisis del proceso intercesor, que se efectiviza en el cotidiano de los encuentros, puede evidenciar de qué manera los agentes se sitúan como portadores o elaboradores de necesidades en este proceso de *intercesión compartida*.

Los agentes productores y consumidores son tanto *portadores* de necesidades macro y micropolíticamente constituidas como instituyentes de necesidades singulares que atraviesan el modelo instituido en el juego del trabajo vivo o muerto al cual están vinculados.

Por lo tanto, la conformación de las necesidades se da en procesos sociales e históricos definidos por los agentes en acto como hechos positivistas y no solo como carencias determinadas desde afuera hacia adentro. No interesa aquí el juicio de valor acerca de cuál es la necesidad de mayor legitimidad, ya que esta es una posición necesaria para la acción, pero no puede ser un *a priori* para el análisis, porque lo importante es percibir que todo el proceso de trabajo y de intersección es atravesado por distintas lógicas que se presentan para el proceso en acto como necesidades que disputan, como fuerzas instituyentes, sus instituciones.

*El papel transformador del trabajo vivo en acto en la salud y sus pliegues tecnológicos*¹¹

La micropolítica del proceso de trabajo debe ser entendida como un escenario de distintas fuerzas instituyentes en disputa: desde fuerzas claramente presentes en los modos de producción —determinadas, por ejemplo, como trabajo muerto o también operando como trabajo vivo en acto— hasta las

¹¹Gran parte del texto que sigue fue extraído de Merhy (1997a).

que se presentan en los procesos imaginarios y de deseo, y en el campo del conocimiento que los distintos *hombres en acción* constituyen¹².

En la micropolítica del proceso de trabajo, no cabe la noción de *impotencia*, pues si el proceso de trabajo está siempre abierto a la presencia del trabajo vivo en acto es porque puede ser *atravesado*, siempre, por las diferentes lógicas que el trabajo vivo comprende. Ejemplo de ello es la creatividad permanente del trabajador en acción en la dimensión pública y colectiva, que puede ser *explotada* para inventar nuevos procesos de trabajo y hasta extenderlo hacia direcciones no pensadas.

Sin embargo, no se puede desconocer que esto puede ocurrir en los momentos en que se abren fisuras en los procesos instituidos, en los cuales la lógica estructurada de la producción —así como su sentido— son puestos en jaque, al incluir la propia manera en que está siendo dirigida por los propios trabajos vivos precedentes, que se cristalizan, no obstante, en la potencia del trabajador.

Luego, actuar en procesos de *trabajo vivo* (o *dependiente*) permite salir a la búsqueda de la construcción de distintas líneas de fuga, por ejemplo, en relación con la lógica que preside el proceso de trabajo en tanto producción y satisfacción de necesidades al modo en que se sabe trabajar, es decir, a su configuración tecnológica y a la manera en que el espacio institucional de la gestión de este proceso está organizado. Repensar la potencia y la impotencia como una característica situacional que puede estar atravesada y hasta apropiada por distintos procesos instituyentes se vuelve una osadía.

Un análisis más detallado de las interfases entre los sujetos instituidos, sus métodos de acción y el modo en que esos sujetos hacen su intercesión permite alcanzar una nueva comprensión sobre el tema de la tecnología en salud, al tomar como eje orientador el trabajo vivo en acto, por ser, esencialmente, un tipo de fuerza que opera de forma permanente en los procesos y en las relaciones¹³.

Por eso, los que apuestan a la posibilidad de constituir tecnologías de trabajo vivo en acto y de su gestión, abriendo fisuras y posibles líneas de fuga en las acciones productivas instituidas, como la atención gerenciada, han conseguido realizar intervenciones que enfocan al sentido de la *captura* sufrida por el trabajo vivo, extendiéndolas hacia nuevas direcciones.

¹²La pretensión aquí, es la de marcar una posición distinta del racionalismo que opera con la noción de *hombre de razón*, que subsume esa racionalidad a los procesos que gobiernan al hombre en situación y en la acción, modo en el que se posicionan autores como Matus (1992) y Jürgen Habermas (1987). Sobre este último autor, ver Paulo Sérgio Rouanet y Barbara Freitag (1980).

¹³Ver nuevamente el tema de los intercesores abordado anteriormente.

Entender la doble dimensión de la acción del trabajo vivo en acto —la de gerenciar procesos institucionales y la de realizar producciones propiamente dichas, así como las posibilidades de alcanzarlas con procesos directamente referidos a los modos tecnológicos de existir— es primordial para la reflexión que se está proponiendo, pues permite comprender cómo se puede interferir en los modos en que el trabajo vivo opera una determinada producción concreta —como un modo esencialmente intercesor de ser y a través de las formas tecnológicas blandas de actuar, capturadas de determinadas maneras en relación con el trabajo muerto que opera coetáneo consigo—, al mismo tiempo que permite alcanzar los modos en que constituye un espacio de acción gubernamental, privado y público, que define los procesos de *penetrabilidad* más amplia o restringida, de las arenas en las que se decide el sentido de la institución. Quiero pensar, por un lado, en las tecnologías que pueden redefinir los procesos de *captura* del trabajo vivo en acto como un modelo dado de atención y, por otro, en tornar más públicos los procesos que gobiernan su dirección. Quiero conocer también con qué cajas de herramientas cuentan los que se disputan la dirección de esos procesos.

*En fin...*¹⁴

Retomo aquí el tema central de esta tesis, esto es, la contribución al estudio de la reestructuración productiva del sector salud, con un enfoque particular sobre los procesos productivos en la salud, sus composiciones tecnológicas y los modos de dirigirlos, y al conocimiento de la composición de la caja de herramientas de los gestores de las organizaciones de salud a partir de la categoría analítica del *trabajo vivo en acto*. Creo que, hasta ahora, planteé y demostré la noción de que en la micropolítica de los procesos de trabajo en salud es necesario comprender que los núcleos de intervenciones tecnológicas en el campo de las tecnologías duras, blandas-duras y blandas permiten procesos singulares de transición para la reestructuración productiva del sector salud, que se encuentran marcados por el lugar central ocupado por el territorio de las tecnologías blandas.

Ya sea en la actual forma hegemónica de la medicina neoliberal tecnológica, en la que los médicos se apropian de los espacios microdecisorios privatizados que definen el modelo de atención y la incorporación de tecnologías duras y

¹⁴Parte de esta conclusión, que remite al capítulo siguiente, se inspiró en el texto producido por Merhy, Iriart y Waitzkin (1998).

blandas-duras; sea en la forma de la atención gerenciada como parte del proyecto del capital financiero para la organización productiva del sector salud, en el cual este capital crea mecanismos para retirarle al médico la propiedad de los espacios microdecisorios y altera así el modo de agregar las tecnologías; sea en los modelos que se proponen seguir el eje de las necesidades de los usuarios como su ordenador, en los cuales los procesos de incorporación tecnológica tienen que superar tanto aquellas privatizaciones de los espacios microdecisorios como la reducción del bien salud a un bien de mercado.

Se hace evidente que los análisis sobre las transiciones tecnológicas en salud y las posibilidades de operar las reestructuraciones productivas deben buscar entender articuladamente el lugar que ocupa el núcleo de las tecnologías blandas y su manera de operar los procesos productivos, como también los tipos de disputas que los modelos competidores imponen en este territorio y la composición de las cajas de herramientas utilizadas por sus protagonistas para dar sentido a las acciones de mantenimiento o de superación de un cierto proceso productivo hegemónico.

Aún hoy, en la gran hegemonía del modelo de la medicina tecnológica neoliberal, con el ingreso actual de las modalidades tecnoasistenciales que disputan con él los procesos productivos, intentando imprimir en el sector una transición tecnológica y apostando a la posibilidad de una definitiva reestructuración productiva, el campo hegemónico está más impreciso.

Del lado del capital —propio o articulado al financiero—, aparece con fuerza el proyecto de la atención gerenciada y, del lado contrahegemónico, se erigen los proyectos que apuestan a la salud como un bien público, patrimonio de toda la sociedad y valor de uso inestimable (individual y colectivo).

Capítulo 3

Los desafíos que plantea la atención gerenciada para pensar una transición tecnológica del sector salud

Este texto es producto de la investigación —ya citada— sobre la atención gerenciada en América Latina. Una vez concluida esta investigación, se elaboraron varios informes para mostrar los resultados obtenidos. He podido dedicarme a esta investigación desde 1997 gracias al apoyo del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) de Brasil, ante el cual presenté, en 1999, un resumen del material de investigación producido sobre el tema, que fue utilizado para la composición de este capítulo.

Los fragmentos de aquel material incluidos aquí expresan, desde mi punto de vista, lo que pretendo estudiar en este trabajo. Además, para un análisis más preciso, adjunté partes de otro texto¹, presentado en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, en Buenos Aires —elaborado con algunos de los miembros del equipo internacional citado arriba—, que considera la intervención tecnológica de la atención gerenciada en el terreno de la gestión del cuidado y de los procesos de trabajo como focos de análisis.

La atención gerenciada como analizadora de la actual transición tecnológica en el sector salud

La investigación realizada tenía como tema la relación entre los esfuerzos de la reforma de los sistemas nacionales de salud en América Latina y la presencia del ideario de la atención gerenciada, producida y diseminada a partir del proceso de disputa entre el Modelo Médico Hegemónico —que predominó en la organización del sistema de salud americano en este siglo—

¹Gran parte de esa conclusión se inspiró en el texto producido por Merhy, Iriart y Waitzkin (2000).

y el de la atención gerenciada comandada por el capital financiero vinculado a los seguros de salud.

Un acontecimiento interesante en el desarrollo de esta investigación fue la contemporaneidad del estudio con la emergencia del propio fenómeno en Brasil. Entre el inicio de la recolección del material en 1997 y el análisis en 1998 fue posible percibir el nacimiento de la importancia de la atención gerenciada para el debate de la reforma del sistema de salud.

Si, por un lado, esto trajo una situación muy especial para lo que se pretendía en la investigación, explicitada por la creciente presencia del tema en diversos *locales* donde se presentó el debate, por otro, creó ciertas dificultades metodológicas al tener que seguir un protocolo de investigación estructurado para un estudio comparativo entre cuatro países latinoamericanos —Brasil, Argentina, Chile y Ecuador—, lo que quedó en evidencia en el momento de los análisis de conjunto realizados por el equipo de investigación en el ámbito internacional.

En EEUU, el surgimiento de la atención gerenciada (Iriart, Merhy & Waitzkin, 2000) se remonta a la construcción de propuestas interesadas en la creación de parámetros y criterios que contribuyeran a la decisión gubernamental frente a los planes de acción en el período de la guerra de Vietnam, teniendo como idea base un cálculo sobre la *optimización* entre los costos de las acciones de guerra y los resultados estratégicos militares alcanzados. En el transcurso de la década de 1970, se introdujo una metodología con perspectivas semejantes en los proyectos del campo de la salud, que se centró en el diagnóstico del altísimo costo de las acciones de asistencia y en su vinculación al proceso particular de microdecisión clínica, que ocurría en los servicios.

En este sentido, se toma del campo de las corporaciones médicas para el de los administradores la posibilidad de transferir el proceso de decisión sobre las acciones de salud para ser realizadas en los servicios como una estrategia vital para atacar la relación costo-beneficio del sistema. No obstante, este no es un campo restringido a estas propuestas, pues también se afilia a otro conjunto de estrategias en vista a la reorganización de los modelos de atención, a partir de la acción de los prestadores privados, centrados en las políticas de las instituciones de seguros y financieras. Cuando se observa a partir de los países de América Latina, este panorama muestra algunas modificaciones.

Actualmente, en Argentina², en nombre de todo un proyecto sociopolítico de ajuste económico-social, considerado necesario para *modernizar* los países del tercer mundo y librarlos de la pesada carga del aparato estatal

²Como fuente fundamental para comprender el proceso argentino, cito la tesis de doctorado de Iriart (1999).

ineficiente y anacrónico, gana cuerpo un ideario privatista y neoliberal, que opera micropolíticamente en la creación de proyectos en los distintos espacios organizacionales, y funciona con la noción de que cualquier forma de derecho social conquistado es un privilegio que hiere las reglas del mercado, la nueva *manía* orientadora del juego entre producción de bienes y necesidades de los *ciudadanos*.

En este escenario, el sector salud se ha dirigido hacia un diseño institucional que se ordena por la generación de la oferta de una *canasta básica* de consumo de acciones básicas de salud, que debe alcanzar a todas las agrupaciones sociales, a partir de la cual aquellos prestadores privados que tengan acceso al mercado podrán agregar nuevas modalidades de consumo en el campo de la asistencia.

Los gobiernos de los países latinoamericanos vinculados a esas perspectivas toman prestado un elenco de propuestas de reorganización de la gestión de los equipos organizacionales en salud, en dirección a un proceso privatista y como mecanismo de operatividad de lo que se denomina *modernización* de los servicios de salud. No es otro el sentido del proyecto argentino del hospital de autogestión y de algunas propuestas del gobierno brasileño de transformación de los hospitales públicos en equipamientos sociales, que buscarían sus complementos financieros en el *mercado de consumidores* individuales o colectivos disponibles.

Aun con posibles efectos paradójicos, la atención gerenciada ha sido *vista* con aprecio por los gobiernos locales y también por organizaciones internacionales que tienen gran influencia para crear temáticas en los proyectos de reformas del sector salud. En esa dirección, la propia Organización Panamericana de la Salud en 1995 abrió un espacio editorial y publicó una bibliografía comentada sobre la cuestión (Paganini, 1995), en la que, por lo menos, ve con buenos ojos la propuesta, como una receta eficaz para operar proyectos de reformas en los servicios.

Aunque la atención gerenciada sea frecuentemente descrita como una propuesta de reforma recientemente desarrollada (Waitzkin, 1994), sus antecedentes se remontan a la década de 1960, en particular, a los trabajos del economista estadounidense Alain Enthoven (Enthoven, 1971; Tucker, 1966; Waitzkin, 1994). En sus trabajos, Enthoven desarrolló una propuesta de programación, planificación y presupuesto para el Departamento de Defensa americano, con la finalidad de analizar los costos y los beneficios de cada nuevo método para conducir la guerra.

En 1977, Enthoven ofreció a la administración Carter —que en la época ocupaba la presidencia de los EEUU— un proyecto sobre un plan de salud a elección del consumidor, basado en una competencia regulada por el

mercado privado. Este proyecto fue construido a partir de las iniciativas de Paul Ellwood alrededor de una estrategia de mantenimiento de la salud, y de Scott Fleming (Enthoven, 1988), en la de una competencia estructurada dentro del sector privado. La propuesta reservaba un papel central para los servicios del control administrativo en las decisiones clínicas, con la pretensión de reducir exámenes complementarios y tratamientos costosos, y en una competencia de mercado entre grandes organizaciones prestadoras de servicios o de financiamientos para establecer disputas por precios.

El grupo del presidente Carter rechazó el plan, pero poco después Enthoven publicó sus propuestas (Enthoven, 1978, 1980). A partir de la década de 1980, pasó a colaborar con Ellwood en la implementación de una organización de mantenimiento de la salud (HMO)³. Durante las décadas de 1980 y 1990, en EEUU, las orientaciones que avalaban las HMO tuvieron el apoyo del sector empresarial, motivo por el cual fueron consideradas como un método de reducción de los costos de cobertura. Enthoven y sus seguidores colaboraron intensamente en ese proceso junto con gestores de organizaciones vinculadas al mantenimiento de la salud y con ejecutivos y funcionarios de corporaciones y compañías privadas de seguros, y desembocaron así en una elaboración más refinada que la propuesta original.

Desde la mitad de la década de 1980 en adelante, se enfatizó especialmente en la *competencia gerenciada* como respuesta a las preocupaciones manifestadas por los economistas y dirigentes empresariales para que la propuesta original considerase los presupuestos básicos del *libre mercado*, que estaba en proceso de modificación (Enthoven, 1986). Después de la publicación de una propuesta revisada en 1989 (Enthoven, 1989), la coalición social que apoyaba la *competencia gerenciada* fue ampliada con la incorporación más efectiva de nuevos funcionarios de las grandes compañías de seguros privados de EEUU (Shapiro, 1993; Shapiro & Baird, 1993).

Durante la campaña presidencial de Bill Clinton, se adoptó la orientación de la atención gerenciada como componente del plan de gobierno para la composición de una reforma del programa nacional de salud (Ellwood, Enthoven & Etheredge, 1992; Brown, 1992; Starr, 1992)⁴. A pesar del fracaso

³Más adelante encontrarán una descripción de las organizaciones de mantenimiento de la salud.

⁴En el estado de Wyoming, en EEUU, dirigentes de compañías de seguro, junto con Ellwood, realizaron varias reuniones con Enthoven y con otros proponentes de la atención gerenciada, conformados en el grupo de Jackson Hole. Ese grupo, que tuvo función de consultoría para cuestiones de la reforma en la salud del gobierno Clinton, fue financiado, en gran parte, por la industria privada de seguros, que también intervino en el

específico de ese plan, la perspectiva de implementar reformas orientadas por esa propuesta se difundió con rapidez y fue particularmente influenciada por las grandes empresas de seguros privados.

Vale registrar que esta influencia no siempre se extendió en propuestas típicas, pues algunas propusieron modificaciones conceptuales, como es el caso de las que se apartaban de los modelos basados en el uso de las estrategias de seguro, que apuntaron a la creación de un fondo público único con presupuestos globales financiados por impuestos, que contratarían planes privados en torno a paquetes de beneficios mínimos (Starr & Zelman, 1993; Garamendi, 1992).

Enthoven y sus aliados asesoraron varios proyectos de reformas de sistemas de salud fuera de EEUU, en particular, en Holanda, Gran Bretaña, Suecia y Noruega. Aunque los beneficios en lo que respecta a costos, calidad y satisfacción no fueron comprobados por medio de investigaciones precisas, la propuesta de la atención gerenciada ganó gran influencia en los proyectos gubernamentales a partir de estas intervenciones, lo que indica un mayor compromiso *a priori* con las propuestas de incentivo a la competencia en y del mercado que con los resultados a alcanzar en términos de salud.

Después de dos años de intervención, algunos de los países que adoptaron las reformas de sus sistemas con modificaciones organizacionales apoyadas en tales orientaciones iniciaron un proceso de reversión de algunas partes de esas reformas sobre la base de esta línea metodológica, dado que la atención gerenciada no había satisfecho muchas de sus expectativas (Enthoven, 1988; Abel-Smith, 1988; Glaser, 1993b).

No obstante —y a pesar del resultado de este aprendizaje histórico—, tal tipo de reforma se viene difundiendo rápidamente por América Latina (Oliveros Cossio, 1992; Iriart & Leone, 1994; Iriart, Leone & Testa, 1995). En la Argentina y Chile, las reformas de los sistemas públicos han enfatizado vigorosamente la competencia entre grandes compañías prestadoras sometidas al modelo estadounidense. En países como Brasil, comenzaron a aparecer propuestas semejantes; aunque su desarrollo hasta ahora es muy incipiente y restringido a los sectores de prestación de servicios de salud vinculados a los seguros privados, no se puede ignorar la rápida difusión a través de todos los medios de comunicación.

A partir de la bibliografía comentada de la Organización Panamericana de la Salud (Paganini, 1995) y, en particular, del trabajo de Howard Waitzkin (1994),

financiamiento de la campaña electoral de este presidente. Vale recordar que en EEUU las empresas de seguros de salud mueven un capital financiero de un volumen mucho mayor que el de, por ejemplo, la compañía General Motors.

se puede decir que hay cuatro elementos esenciales en la atención gerenciada que la distinguen y que están siendo parcialmente implementados en EEUU:

- Grandes empresas integradas por aseguradoras y prestadoras que venden planes de salud de forma competitiva. En el plan de gobierno de Clinton, estas fueron las conocidas *asociaciones responsables de la salud*. Tales empresas deberían operar como una organización de mantenimiento de la salud, con el fin de objetivar la drástica reducción de la práctica médica basada en el pago por acto.

Se define como *organización de mantenimiento de la salud* a los sistemas organizados para ofrecer “cuidados integrales de salud”, cuyos atributos son: una red de servicios de atención coordinada para uso exclusivo de la organización; ofertas de cuidados de salud para determinado grupo de la población o área geográfica con inscripción voluntaria; los gastos causados por la atención fuera de la red de servicios son, en el mejor de los casos, parcialmente reconocidos; los costos del sistema son, directa o indirectamente, divididos entre el personal médico (riesgo compartido). Actualmente, en EEUU, buena parte de los médicos y de los hospitales están ampliamente absorbidos por las organizaciones de mantenimiento de la salud. En principio, esas modificaciones en la organización de la práctica médica permiten un manejo más específico de las condiciones de trabajo por la acción profesional de un gerente de alto nivel en dirección administrativa, cuya responsabilidad es controlar las acciones costosas que interesan a los médicos y a los hospitales que buscan la ganancia con la realización de esos procedimientos. Aunque el plan de Clinton haya sido rechazado, este aspecto de la atención gerenciada está aumentando rápidamente en EEUU, debido al creciente poder de las grandes empresas aseguradoras.

- Grandes organizaciones de compradores de seguros. En el plan de gobierno de Clinton, estas fueron conocidas como *cooperativas de salud compradoras de seguros* o *alianzas de salud*. Debían actuar como *organizaciones proveedoras preferenciales*, entidades por cuyo medio una compañía de seguros o un empleador podría comprar o contratar servicios de atención de la salud a un grupo seleccionado de proveedores para atender a una población definida de beneficiarios. Los proveedores aceptarían los procedimientos administrativos y la estructura de tarifas de la organización proveedora preferencial a cambio de que estimularan a sus beneficiarios a ser atendidos por ellos.

Estas son las características de una organización proveedora preferencial: paga a los médicos por servicios prestados y no por capitación (no existe la modalidad del riesgo compartido); sus afiliados reciben servicios de un grupo de médicos y de hospitales no exclusivos, lo que significa que la relación con los proveedores es básicamente de tipo financiera y no organizacional. Además, reconoce ciertos servicios de sus afiliados, aunque estos hayan sido realizados por personas e instituciones que no sean proveedoras de la organización preferencial. Esos patrocinadores de salud pueden comprar, de modo organizado, planes de grandes vendedores, realizados a veces por gobiernos provinciales o municipales. Incluso, estas organizaciones podrían representar también a pequeños empleadores y hasta a individuos, así como a trabajadores liberales o desempleados. En teoría, tales organizaciones deberían funcionar como *compradores inteligentes*, de manera que puedan tomar decisiones planeadas sobre la base de datos acerca de los costos y la calidad de los servicios, de acuerdo con sus pretensiones.

- Beneficios de salud efectivos y uniformes. El tercer componente es el conjunto de cobertura básica de atención a la salud, extensiva a toda la población. Un comité nacional de salud designado definiría ese conjunto o paquete de beneficios mínimos. La decisión del comité acerca de la cobertura se apoyaría teóricamente en los estudios de los resultados clínicos y la eficacia de los servicios de salud.
- Modificaciones del sistema tributario. Los cambios disminuirían la capacidad de las corporaciones y de los individuos para deducir de los impuestos los gastos en salud. Las corporaciones y los individuos no podrían solicitar deducciones tributarias por coberturas de salud que excediesen el techo básico previsto y, aunque ambos decidiesen comprar asistencia adicional sin deducciones de impuestos, esta modificación actuaría como incentivo para contratar una cobertura menos costosa.

Cuestionando el tema

Durante el mes de mayo de 1997, se publicó un artículo central en la revista *Exame* (Vassalo, 1997) titulado *Socorro, Por que os preços cobrados pelos hospitais brasileiros são tão altos*, en el que se sostenía que el *managed care* o la atención gerenciada adoptada en EEUU, podría ser un antídoto para esa situación. Una publicación de Aché Laboratórios (Prodoctor Business, 1997), que también exponía el asunto de la atención gerenciada como una novedad en planes de salud, incluyó otro artículo sobre el costo de montar y mantener un consultorio. Además, el Proahsa

—Programas de Estudios Avanzados en Administración Hospitalaria y de Sistemas de Salud del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo y de la Escuela de Administración de la Fundación Getulio Vargas— promovió la realización de un curso de capacitación sobre las alternativas de gestión en salud y el *managed care*, para el cual fue invitado el profesor Gordon Brown, de la Universidad de Misuri en EEUU.

Además, hubo una infinidad de textos en la prensa especializada y no especializada sobre el tema. Destaco, entre ellas, las publicaciones de entidades médicas, como por ejemplo las del Consejo Regional de Medicina de San Pablo, el Consejo Federal de Medicina y la Asociación Médica Brasileña, que vienen presentando masivamente el tema para la categoría médica desde mediados de 1996, así como las del Idec, organización no gubernamental vinculada a la defensa del consumidor, que en su publicación mensual —Revista Consumidor S.A. (1996)⁵— aborda sistemáticamente los planes de salud.

Es curioso observar que, tomando las recientes reformas organizacionales sufridas por algunas *empresas* del sector salud, como la Unimed de Campinas, la Cabesp de los funcionarios del Banco del Estado de San Pablo, el Previ del Banco de Brasil, la Amico (Assistência Médica Industrial e Comercial Ltda.), del holding Golden Cross o empresas de planes de salud. Se puede percibir una gran identidad en la problemática sobre la naturaleza de la crisis del sector salud, con énfasis particular en la temática del alto costo del sistema, en la necesidad de gerenciarlo, en la posibilidad de dividir sus gastos con cada asociado y en las ventajas para la calidad de los servicios ofrecidos, la creación de un escenario de disputa entre prestadores de asistencia por el financiamiento o pago, además de la necesidad de desenvolver claramente, en una población definida, acciones de control y prevención de riesgos de dolencias y de cronificación de cuadros clínicos instalados.

En junio de 1997, el periódico *Expresso*, de la Unimed de Campinas, hizo propaganda explícita de las ventajas de un servicio de asistencia domiciliaria para pacientes crónicos. En los últimos años, las *empresas aseguradoras de salud* vienen adoptando con sus asociados un sistema de copago y de prorrateo del exceso de gastos.

El conjunto de directivos de la atención gerenciada ya ha advertido —y apuesta a ello— que es posible combinar una tecnología de acción del sector administrativo bajo los costos médicos de las acciones de salud con una oferta de acciones de salud más baratas y eficaces que, en última instancia, tendrían

⁵En esta revista, se publicó una guía de los planes de salud para mostrar las trampas de los contratos.

profunda influencia en el costo general del sistema. De este modo, sostiene que los establecimientos de salud se tornan más competitivos entre sí, en un escenario regulado por la lógica del mercado para conquistar buenos niveles de financiamiento en los distintos grupos consumidores que los disputan.

En ese sentido, los actores internos, definidores y centrales del sector salud, propuestos por esa modalidad de intervención en dicho sector, son básicamente cuatro: financiador, administradores, prestadores y usuarios, que actuarían de modo organizado o separado, con lógicas de regulación de uno sobre otro, imitando la imagen de la *mano invisible del mercado* como factores de control de calidad y de la eficiencia del sistema.

De modo general, según tal ideario, para actuar en ese escenario competitivo los sistemas y las organizaciones de salud tendrían que adoptar las siguientes recomendaciones:

- Fuerte actuación de un sector administrativo que controle los procesos microdecisorios de la práctica clínica, considerados responsables, en última instancia, del patrón de incorporación tecnológica de los modelos de atención a la salud, señalando así la necesidad de superar el modelo *flexneriano* de la práctica médica —centralmente determinado por el control del médico sobre los procesos productivos en salud— por medio de mecanismos organizacionales que, al controlar la autonomía de la acción clínica en el momento de la imposición de una cierta línea de intervención, posibilitaría asociar calidad y bajo costo.
- Esto, aliado a un *paquete de acciones básicas*, cuya finalidad sería dar mayor eficacia a las intervenciones sobre un cierto *patrón de enfermar* de una determinada población-objetivo que, al tener el nivel de salud controlado y mantenido, consumiría *actos médicos* básicos inevitablemente más baratos.
- Será necesaria la *focalización* de estas intervenciones en grupos específicos de consumidores, lo que permitiría un control empresarial más efectivo de costo y calidad de las acciones.
- La búsqueda incesante del siniestro *enfermedad*, como demanda de servicios tecnológicos más especializados, mediante la exclusión de grupos de alto riesgo y de la acción adscrita sobre grupos poblacionales de riesgos controlables o inevitables, segmentando explícitamente las intervenciones sistémicas de salud bajo su paradigma, teniendo como objeto deseado las poblaciones saludables.
- La constitución por separado de las figuras de los administradores y prestadores para intermediar los intereses de los financiadores y de los usuarios, en la búsqueda de una combinación entre disminución de costos y mayor satisfacción.

- La construcción de una competencia entre los prestadores, mediada por los administradores y los captadores de financiamientos, lo que implicaría mayor calidad para el sistema.

Con la finalidad de asimilar todas estas cuestiones, en el siguiente cuadro se sintetiza la propuesta de la atención gerenciada descrita hasta ahora, considerando su proyecto y su capacidad de intervención en el sector salud. Se destacan los que denomino *temas analizadores de la intervención*⁶, por ejemplo, la regulación del sistema, el financiamiento o la prestación de servicios.

Momento Tema analizador	Propuesta para intervenir en el escenario de la crisis actual del sector salud
Regulación	<p>Asume que cualquier intervención efectiva del Estado en el sector de prestación de servicios es nefasta, salvo aquella que sirve para complementar las acciones sobre los grupos que no tienen acceso a ningún tipo de beneficio vía mercado. Defiende expresamente que la regulación es por cuenta de la competencia por financiamientos y por clientes, dentro de una combinación entre la oferta del mejor producto para satisfacer las necesidades del consumidor, el mejor precio y la mayor garantía.</p> <p>Defiende la acción reguladora del Estado en el proceso de competencia entre las prestadoras de servicios, con el fin de forzarlas a adoptar esta combinación como meta. Para eso, construye la figura del administrador privado, que se erigirá como ganador cuando su control sobre las prestadoras pudiera producir de modo <i>perfecto</i> esa combinación.</p>
Financiamiento	<p>A cargo de los clientes de las aseguradoras, que normalmente son empresas privadas o públicas, grupos de usuarios organizados y hasta usuarios individuales. Se basa en la capacidad de las prestadoras de captar compradores. Los administradores, al ser financiados por un cliente consumidor, acaban por financiar al prestador y, como es habitual, dentro de un <i>contrato de resultados</i>.</p> <p>Admiten una línea de financiamiento proveniente del presupuesto público, teniendo en cuenta la inclusión de grupos marginados del mercado privado y, como regla, comprando de administradores y prestadores privados.</p>
Prestación	<p>La oferta queda a cargo de grupos muy diversificados de prestadores de servicios de salud. Pueden ser médicos generales, equipos básicos de salud, establecimientos con estructuras tecnológicas más complejas o las propias prestadoras organizadas para dar cuenta de un amplio menú de <i>acciones de salud</i>. Estas prestadoras entran en el sistema mediante contratos con administradores de planes y de acuerdo con un listado base que es armado y definido entre las partes. Además, se incorporan por la lógica de la demanda y no por su capacidad de ofrecer y producir servicios.</p>

⁶Para quien analiza los diagnósticos de los diferentes formuladores de políticas de salud, estos temas son constitutivos de la matriz discursiva de la inmensa mayoría de ellos y de los principales sujetos colectivos que, en Brasil, por ejemplo, actúan en conformidad con la actual línea de acción del gobierno en el sector salud. Por eso —y a propósito—, los destaqué para construir el cuadro.

Gestión del sistema	La gran característica gerencial del sistema está dada por la capacidad de los administradores de planes de captar recursos financieros de grupos compradores (empresas o personas) y poner en la mira una clientela bien adscrita. Todos los administradores y prestadores de servicios disputarían con sus pares en un mercado regulado, que operaría dentro de una cierta inteligencia impuesta por los consumidores, tanto los que compran como los que usan; que impondrían racionalidad al sistema, al evaluar a los otros dos agentes con los criterios de eficiencia y eficacia con que harían sus elecciones.
Gestión de los servicios	En este ítem, la atención gerenciada ha sido muy atractiva en virtud de su pretensión de haber constituido una caja de herramientas para gerenciar servicios que, por un lado, sean competentes en el control de costos y, por el otro, sean adecuadas a lo que el comprador busca consumir. Asocia la lógica de la <i>competencia gerenciada</i> entre los cuatro agentes con mecanismos de intervención en microprocesos decisivos técnicos por la racionalidad administrativa y financiera, teniendo en cuenta la mejor línea de producción con el menor costo. Para eso, a partir de aportes de la economía en salud y la epidemiología clínica, formulan protocolos de procedimientos técnicos que les permitan imponer controles gerenciales sobre los servicios. Contratan a las prestadoras a partir de la misma lógica de los contratos globales, esto es, financiamientos con topes definidos, poco negociables y con una lógica subordinada a lo administrativo. Aíslan a ciertos núcleos de excelencia y buscan contratos específicos con protocolos bien definidos. En virtud de su alta monopolización por grandes grupos financieros con mucho poder de imposición, acaban <i>domesticando</i> a estos núcleos, que se adaptan como alternativa de subsistencia. Para sumar la acción inteligente del cliente, adoptan la lógica de copago del consumidor y la corresponsabilidad de las prestadoras.
Asistencia médica	Esta se acopla a una línea de producción que va desde la menor incorporación de tecnologías duras, como equipos, hasta una retaguardia que se vuelve menos demandada. En la base, se asocia a una acción más general, clínica, con otros grupos profesionales, tipo enfermeros, para actuar de modo coligado en las relaciones entre prestadoras y clientes, definidos de manera administrativa, lo que permite un control más personal de los costos y explotar la gran eficacia de las tecnologías blandas y blandas-duras en la producción de los actos de salud. Se configuran bien los servicios del tipo médico de familia, internación domiciliaria, grupos de riesgos, ordenados por la lógica de la demanda de la construcción de un menú de ofertas, donde prima la lógica de la <i>siniestralidad</i> . Aun dentro de los establecimientos de alta complejidad, saca grandes provechos de esta adscripción del vínculo entre el cliente y la prestadora que, claramente, está regulado por la lógica de la <i>competencia gerenciada</i> ya descrita.
Asistencia sanitaria individual	En virtud del modelo adoptado para la asistencia médica, procura explotar la eficacia de la asistencia sanitaria individual, aumentando la capacidad de las prestadoras para actuar por la lógica del riesgo y de la optimización en el uso de los recursos disponibles. Aumenta la presencia de equipos multiprofesionales en la prevención de riesgos y apuesta así por el mantenimiento de la salud, pero en poblaciones adscritas y previamente seleccionadas para que no sean muy onerosas para el sistema. Tiene un fuerte contenido excluyente para ciertas agrupaciones sociales, que podría implicar altos costos para el sistema, ya que selecciona a los grupos sanos para incorporarlos como usuarios.
Asistencia sanitaria colectiva	Como regla, esta es entendida como prerrogativa de la acción del Estado.

Universalidad	La universalidad es entendida como un equívoco, pues implica la no utilización positiva de la inteligencia del agente económico que actúa bajo la presión de los costos para poder calificar el sistema. Además, excluye cualquier grupo que pueda implicar mayor costo para el sistema, o sea, que vaya más allá de la posibilidad del equilibrio contable entre el precio final de los actos y su pago. Esto es un imperativo categórico de este sistema, que necesita evaluar muy bien los costos de cada actividad y su equilibrio, en lo que atañe a cobranzas. El sentido excluyente es fundamental.
Integralidad	Para grupos específicos de consumidores, puede haber la noción de <i>integralidad</i> , no solo en relación con las acciones individuales y colectivas sino también con la integralidad del sistema, jerarquizado de complejidad tecnológica, aunque para muchos grupos esta sea inaplicable, porque como agentes consumidores compran el derecho a algunos productos y no a otros, por lo que el acceso a ciertos niveles de prestación, y hasta al sistema, quedan excluidos.
Equidad	No cabe la operabilidad de este concepto en un sistema regido por la lógica de mercado y centralmente por los costos. Los lugares que adoptan su recetario, a lo sumo, por reconocer los límites del mercado para dar cuenta de una equidad mínima, proponen una canasta básica de consumo de actos de salud para que sea ofrecida por el Estado.
Focalización	Tiene fuerte sentido focal sobre ciertas poblaciones adscritas por su presencia en el mercado de consumo, aliado a un paquete definido para grupos de riesgos específicos.
Segmentación	La segmentación de la asistencia es una regla esencial, ya que la mayoría de los consumidores <i>compran</i> servicios básicos y son excluidos de los más complejos, por lo que solo pueden acceder a ciertos niveles de servicios.

Frente a esto, se puede afirmar que la atención gerenciada visualiza un sector salud francamente segmentado por grupos poblacionales específicos, que regula sus relaciones como consumidores finales de los servicios prestados a través de las intervenciones económico-financieras orientadas por administradores y prestadoras de servicios de salud financiados por compradores inteligentes (empresas privadas y gubernamentales o grupos de consumidores asociados).

En este escenario, la salud es entendida como un bien de mercado, referida a cada agente económico por un tipo de racionalidad:

- a) Para el consumidor final, como una necesidad básica puesta en riesgo por su propio modo de vivir la vida, que debe ser satisfecha con la compra de un cierto bien de servicio que identifica como capaz de evitarle problemas o de solucionarlos, devolviéndole la capacidad de *andar en la vida* y cuyo parámetro de análisis para evaluar la calidad de lo que consume es su nivel de satisfacción.
- b) Para el prestador, como algo que le permite actuar en tanto poseedor de una *tecnología* que puede vender mediante una relación mercantil.
- c) Para el administrador, como la posibilidad de actuar en un mercado de compra y venta de bienes, en el cual puede operar el control de costos de producción para obtener ventajas en el precio de venta.

- d) Para el financiador, como la posibilidad de viabilizar el acceso al bien deseado, por su acción como comprador inteligente.

El ordenamiento de dichos intereses en una cadena productiva, gobernada por la razón instrumental de que los beneficiarios son los que desean calidad —lo que significa comprar por el precio más bajo posible la mayor eficacia final para la satisfacción de sus necesidades— permite a las aseguradoras ocupar un lugar central dentro de los arreglos de tales procesos en países de alta capitalización, apenas en parte complementados por la existencia de grupos poderosos estatales de control de financiamiento.

Se espera, entonces, que los consumidores sean agrupados según tipos de intereses en la forma de organizaciones inteligentes para hacer contratos de compras y valgan lo mismo para los financiadores en general. Los prestadores representan los recursos que, bien controlados, pueden asegurar el éxito del paradigma, ya que son los que tienen las condiciones para ofrecer nuevas modalidades de asistencia.

En la perspectiva de crear mecanismos organizacionales que controlen procesos microdecisorios de los actos productores de acciones de salud —típico de las estrategias del cuidado de la medicina tecnológica—, la atención gerenciada apunta a los mecanismos administrativos centrados en una racionalidad instrumental entre los medios y el fin, a partir de una óptica exclusiva de la enfermedad como siniestralidad, que refiera lo óptimo a la relación entre la acción y el resultado, pues no hay parámetros construidos que establezcan referencias para los administradores acerca de cuál es ese óptimo efectivo en las acciones de salud (a no ser por la normativa sobre costos de procedimientos). Lo anterior expresa solo la óptica acumulativa del capital financiero.

En fin...

El gran desafío de estos procesos es que tanto el espacio de las tecnologías blandas y blandas-duras en el acto de cuidar como la caja de herramientas que permite dirigir la producción de los actos en salud constituyan el origen de una transición tecnológica en el sector salud en dirección a un nuevo nivel productivo. Nivel que, dígame de paso, en EEUU ya está dando señales de que el nuevo rumbo que se viene imprimiendo rompe con las modalidades anteriores, al punto de estar generando novedades en el mercado de trabajo del médico que, en situaciones productivas anteriores, no eran evidentes. Existe hoy la perspectiva de pérdida de un gran número de puestos de trabajo en este mercado, que pondrá también un gran número de trabajadores en situación de desempleo real.

En este sentido, considero que uno de los nudos críticos que interesa es: ¿cómo hacer controlable la dinámica microdecisoria al punto tal de que sean modificadas la incorporación tecnológica y la lógica de los procesos productivos? En otras palabras, ¿cómo desde el terreno de las tecnologías blandas que operan en los procesos relacionales que componen el acto de cuidar y los actos decisorios en salud se puede imprimir una transición tecnológica en el sector salud?, ¿es posible, además, pensar un modelo antihegemónico que torne la dinámica microdecisoria más pública, capturada por el mundo de las necesidades de los usuarios? Por todas las nociones que he expuesto sobre la micropolítica del trabajo vivo en acto en la salud y las lógicas de producción del cuidado, creo que sí. Veremos más adelante.

Capítulo 4

El médico y sus maletines tecnológicos: un ensayo sobre la reestructuración de la producción del cuidado¹

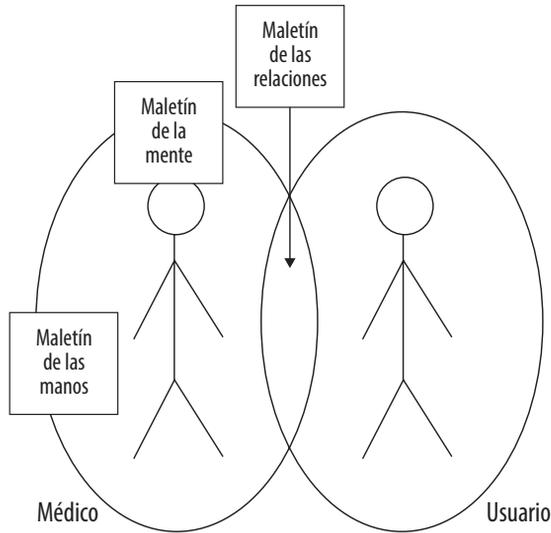
Imaginando posibles articulaciones de los maletines

Para facilitar la comprensión de las cuestiones que trataré en este texto y tornarlo más didáctico, propongo observar el encuentro entre el médico y un usuario desde la noción de los *maletines* que el profesional de salud utiliza para actuar en este proceso intercesor (Merhy, 1997b). Consideraré que los maletines representan cajas de herramientas tecnológicas en tanto saberes y sus desdoblamientos materiales y no materiales (Mendes-Gonçalves, 1994), que tienen sentido de acuerdo con los lugares que ocupan en este encuentro y conforme con las finalidades a las que aspiran.

Para actuar, utiliza tres tipos de maletines: uno vinculado a sus manos y que incluye, por ejemplo, el estetoscopio, el ecógrafo, el endoscopio, entre otros equipamientos que expresan una caja de herramientas integrada por tecnologías duras²; otro mental, vinculado a su conocimiento, en el cual caben saberes bien estructurados, como la clínica y la epidemiología, que expresan una caja integrada por tecnologías blandas-duras; por último, el vinculado al espacio relacional entre el trabajador y el usuario, que contiene tecnologías blandas implicadas con la producción de las relaciones entre los dos sujetos, que solo tienen materialidad en el acto.

¹Publicado con el título “Um Ensaio sobre o Médico e suas Valises Tecnológicas: Contribuições para Compreender as Reestruturações Produtivas do Setor Saúde” (Merhy, 2000).

²En el texto puede verse que esa clasificación se debe a la centralidad que, en mi concepto, ocupa el *trabajo vivo en acto* para la comprensión de los procesos de trabajo y sus conformaciones tecnológicas.



Al analizar los maletines para entenderlos desde la óptica de la micropolítica de los procesos de trabajo, se puede afirmar que expresan procesos productivos singulares implicados con ciertos tipos de productos³. Por ejemplo, en el maletín de las manos, las tecnologías duras permiten procesar, a través de sus equipamientos, imágenes, datos físicos, exámenes de laboratorio, etc. No obstante, para que estos productos se realicen, además del trabajo muerto de la máquina, consumen el trabajo vivo de su operador con sus saberes tecnológicos, pero de modo tal que se produce una captura predominante del momento vivo por la lógica productiva instituida por el equipamiento.

El maletín de la mente permite procesar el recorte centrado en la observación del médico sobre el usuario como objeto de su intervención en un proceso de captura de su mundo y sus necesidades, con una forma particular de significarlo. Esta visión es construida por ciertos saberes bien definidos, que se expresan como trabajo muerto, de ahí su lado duro. Entre tanto, en el momento de concretizarse por la acción del médico sobre el usuario, mediante

³“Desde su etimología, *tecnología* refiere a las relaciones que se establecen en el interior del proceso de trabajo entre la actividad operante y los objetos de trabajo a través de los momentos del proceso, de acuerdo con los objetivos y las finalidades del mismo” (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 18).

su trabajo vivo en acto, es *contaminado* en su proceso, dándole una cierta incertidumbre en el producto a realizar atenuando su dureza por la relación centralmente blanda que el usuario real impone al razonamiento clínico.

La mirada del médico, a pesar de armada, se singulariza en el acto por más que sufra esa *contaminación* al darle una cierta levedad por la acción en acto del trabajo vivo del médico, que no está plenamente capturado por el saber tecnológico bien definido, pues tal captura es disputada también por el usuario presente en acto en este proceso. Los productos realizados en esta situación productiva pueden circunscribirse por la imposición del lado más duro de ese proceso sobre el más blando, aunque también puede ocurrir lo contrario. No hay una única manera de realizar el acto clínico⁴.

Esta situación incierta de la finalidad, que será cumplida en este tipo de proceso productivo inscripto en el maletín mental, contaminará el maletín manual, dado que está relacionado con ella en un proceso de dominación. A partir de este punto, el del maletín mental y de sus procesos productivos, los productos del maletín manual adquieren significados como actos de salud. El mayor endurecimiento de los procesos productivos en torno a saberes tecnológicos muy bien definidos condicionará en menor o mayor medida la posibilidad de que el mundo del usuario penetre también como captor de las finalidades de los procesos productivos en salud.

Los distintos modelos de atención varían en esta situación relacional, aunque, sin duda, el maletín del espacio relacional trabajador-usuario es el que, por sus características tecnológicas propias, permite reconocer en la producción de los actos de salud una situación de disputa abierta permanente de juegos de captura e imposibilita que las finalidades y hasta sus objetos sean de un orden único. Los procesos productores de salud que ocurren en este espacio se realizan únicamente en acto y en las intersecciones del médico y del usuario. En este encuentro se da, en última instancia, uno de los momentos más singulares del proceso de trabajo del médico como productor de cuidado⁵, en tanto se trata de un encuentro que el médico también procura capturar.

En este sentido, es fundamental verificar la importancia que adquieren para ese momento productivo las reglas acerca de la ética del ejercicio profesional

⁴Esa tensa relación entre el vivo en acto del trabajo clínico y las teorías que permiten significar ese encuentro entre un profesional y un usuario es problematizada de un modo muy enriquecedor por Cornelius Castoriadis (1986).

⁵En rigor de verdad, este maletín es operado por cualquier tipo de trabajador de salud, no es un privilegio de los diplomados, o sea, todo operador del cuidado en salud es portador de un maletín relacional.

y los saberes sobre la relación médico-paciente, ya que esto permite tener la noción de que el trabajo vivo en acto del médico está operando también sobre este espacio e intenta, con el maletín de su mente, imponer su modo de significar este encuentro, por lo que dicha noción se amplía con saberes más allá de los de la clínica.

Este es un espacio ocupado por procesos productivos que solo son realizados en la acción entre los sujetos que se encuentran. Por eso, dichos procesos son regidos por tecnologías blandas que permiten producir relaciones y que son expresadas en productos como la construcción (o no) de aprobación, vínculos o responsabilidades, y juegos transferenciales, entre otros⁶.

La ocurrencia de situaciones más duras en este espacio productivo es prácticamente insignificante, ya que, aunque el encuentro tenga cierta materialidad dura, no depende de ella. Es como si se dijera que el proceso de producción de una cierta aprobación se puede realizar hasta en la calle, o en cualquier otro espacio físico.

Este momento productivo, esencialmente el del trabajo vivo en acto, es abierto a la disputa de capturas por varias lógicas sociales que buscan tomar la producción de las acciones de salud de acuerdo con ciertos intereses, al mismo tiempo que intentan impedir otros. No pierde su tensión de espacio en disputa, más aun, nunca pierde la demostración de que las fuerzas, incluso aquellas que son reprimidas, están siempre presentes y operan en el acto.

Es en este espacio que la búsqueda *capturante* del usuario presenta mayor posibilidad de imponer sus *objetivos* al trabajo vivo del médico. La particular relación que este maletín adquiere en correspondencia con los otros dos define el sentido social y contemporáneo del actuar en salud: la producción del cuidado como un cierto moldeado tecnológico (de salud) de realizar el encuentro entre el usuario y su mundo de necesidades, expresado en *su modo de andar por la vida*, y las diversas formas productivas (tecnológicas) de capturar y convertir este mundo en su objeto de trabajo.

Desde la óptica del trabajo médico, las diferentes formas de operacionalizar los modelos de atención de la salud definen reestructuraciones productivas en el sector, que muestran que las articulaciones entre los maletines son estratégicas y hasta definen el sentido de los modelos a partir de las configuraciones que adquieren internamente entre sí los maletines de la mente y del espacio relacional.

⁶En el texto trato con mayor detalle la producción de estos productos intercesores como actos de salud.

Por ejemplo, en la medicina tecnológica hay un empobrecimiento del maletín de las tecnologías blandas, por lo que se disloca el eje tecnológico hacia una especial articulación entre el maletín de las tecnologías blandas-duras con el de las de tecnologías duras y muestra una relación cada vez más focal de la competencia de la acción del médico, al punto de reducirse prácticamente a una unidad de producción de procedimientos, como se pretende con el acto de salud⁷. Expresa ciertos proceder bien definidos, reducidos a meros procedimientos puntuales, subespecializados en el plan de formación de la competencia profesional, con los que los profesionales establecen los vínculos reales con los que capturan a los usuarios y su mundo. Tampoco se elimina la tensión constitutiva del conjunto de los actos de salud como producción del cuidado y, mucho menos, se consigue extinguir el hecho de que el conjunto del proceder en salud está constituido por situaciones que buscan sustantivamente la captura del trabajo vivo en acto.

Para que el trabajo médico se realice como una forma del cuidado en salud, tiene que construir una competencia de acción en dos dimensiones básicas de intervención: por un lado, la propiamente cuidadora, pertinente a todos los tipos de trabajos de salud; por otro lado, la centrada en lo profesional, propia de su recorte tecnológico específico, para componer su lugar en la organización y estructuración de los modelos de atención. La construcción de estas competencias se consigue en las articulaciones que permiten los tres maletines, que produce una intervención médica enfocada tanto en los procedimientos como en ciertas formas de cuidado.

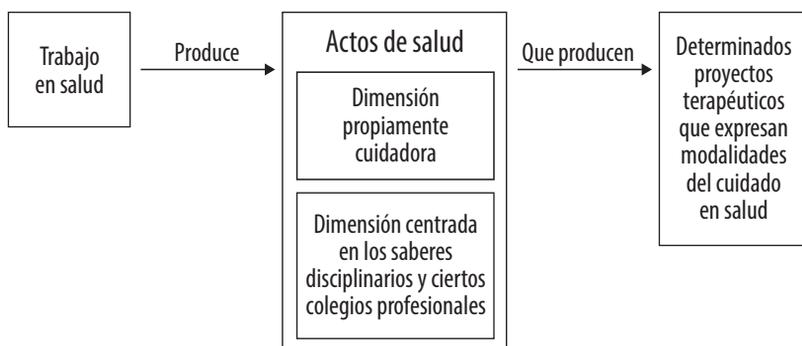
El trabajo médico como desafío a la actual transición tecnológica comandada por el capital financiero

En su intervención, el trabajo médico busca capturar al usuario a partir de su universo de acción profesional y de los saberes tecnológicos que lo conforman y, en un doble movimiento, intenta atraer al usuario y su mundo hacia dentro de su obrar tecnológico, y someterlo a este. Es interesante observar que, a pesar de este esfuerzo, el recorte de los procesos relacionales por los saberes médicos no se impone plenamente a lo que el usuario pretende en esta misma relación⁸.

⁷Se puede ver la discusión sobre la medicina tecnológica bajo otros ángulos en autores como Donnangelo (1976) y Schraiber (1993a).

⁸Se trata este tema más detalladamente en Merhy (1998a).

Este trabajo construye proyectos terapéuticos⁹ tensos, pues se nutren de él y también de todo su saber hacer, tanto en la producción de la dimensión propia del cuidar —dada por los procesos relacionales y blandas del trabajo en salud, en sus relaciones con los saberes tecnológicos estructurados del maletín de las tecnologías blandas-duras— como en el otro, específico del propio acto médico, vinculado al recorte del saber disciplinario expresado por un orden *profesional*¹⁰, conformado centralmente en las relaciones entre aquellos saberes tecnológicos del maletín de las tecnologías duras, enfocados en la producción de procedimientos centrados en el médico. En el siguiente cuadro, se puede visualizar esta situación.

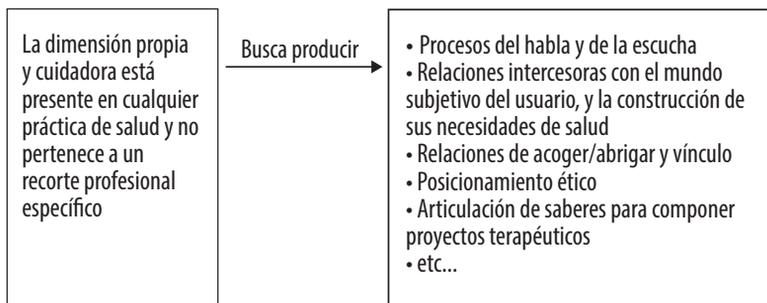


La dimensión *cuidadora* y la *profesional* específica son territorios de prácticas técnicas que se componen en cualquier producción de actos de salud y que se definen, conforme al modelo de atención en ciertos empobrecimientos o enriquecimientos, como campos de saberes tecnológicos en el uso de los maletines que construyen y están disponibles para ellas. Puede haber predominio de una sobre la otra; hay modelos en los cuales la dimensión *cuidadora*

⁹El proyecto terapéutico adquiere un formato definido por la manera en que un cierto modelo de atención a la salud realiza el encuentro entre la capacidad de producir determinadas prácticas y el mundo de las necesidades de salud como su problema de acción tecnológica, incorporándolas en sus objetos. Así desde los proyectos terapéuticos podrá ser vista la forma en que, en el día a día, los profesionales operan sus cajas de herramientas, componiendo y dando un cierto sentido a las prácticas del médico y diseñando una cierta manera tecnológica de obrar. En los apéndices, hay un texto que trata el tema.

¹⁰En el apartado "Acto de cuidar: alma de los servicios de salud" en "Apéndice 1", hay más reflexiones sobre el tema.

puede estar prácticamente anulada. Como la noción de la *dimensión profesional* es más visible por la propia materialidad de los procedimientos, para avanzar en esta reflexión se describirá cómo se compone la dimensión cuidadora.



El proyecto terapéutico producido por la medicina tecnológica es expresión de una sumatoria de actos fragmentados sobre un usuario no integrado, dividido por tantas unidades de producción de procedimientos como puedan constituirse. El tercer maletín estará colocado en un espacio subordinado, reducido a situaciones *objetales* entre trabajadores y usuarios bajo la forma de procedimientos. Los productos vinculados a la realización de la dimensión propiamente cuidadora quedan plenamente centrados en las lógicas corporativas y de producción de procedimientos. Así, por ejemplo, el vínculo pasa a ser con un examen o una consulta.

En esta modalidad, cada vez más los procesos de trabajo son ordenados por una reducción de los núcleos de competencia de las capacidades de producción, de modos bien estructurados de los actos de salud como procedimientos, que no dejan claro quién dirige a quién: si el trabajador a su saber o si el saber puntual al trabajador. La reducción y el endurecimiento de las cajas de herramientas tecnológicas (maletines tecnológicos) para garantizar procedimientos focales cada vez más restringidos y válidos en sí mismos se tornan un martirio y, al mismo tiempo, un éxito del ejercicio del trabajo médico. Este modelado se hegemoniza en tanto conformación general del trabajo en salud en nuestras sociedades, que se hace presente en el conjunto de los procesos productivos del sector, inclusive en el campo de las acciones de salud pública. La dimensión centrada en lo profesional prácticamente elimina o reduce al máximo la dimensión cuidadora como componente de la acción competente del profesional médico.

El tercer maletín (tecnologías blandas) fue subsumido en el proceso por una relación privilegiada de los otros dos, en el que el trabajo vivo en acto del médico tiende a ser plenamente capturado y expresado por saberes tecnológicos que reducen su foco de acción a la producción de procedimientos. Su capacidad de regir el cuidado queda restringido al comando de unidades de producción de procedimientos médicos. Sin embargo, las lógicas que piden las acciones tecnológicas del tercer maletín están allí, tensas, presionando el predominante *núcleo profesional* por un *cuidador*, más abarcador, aunque dependiente también de aquel.

Es posible asumir este modelo dentro de una lógica capitalista que, en la asociación entre los servicios de medicina tecnológica (con sus equipos y saberes focales bien estructurados) y el capital industrial, ve un productivo terreno de inversiones y de acumulación en el plano de servicios empresariales de salud y en el de las industrias de equipos y medicamentos¹¹. No obstante, los proyectos terapéuticos así compuestos expresan una conformación que torna ese modo de producir el cuidado por el trabajo médico, paradójico en relación con la conquista de sus resultados. Cargan en sí la dificultad real de controlar los costos monetarios en la forma de incorporar tecnología. Además, promueven pérdidas en la eficacia global del conjunto de las prácticas de salud, que, paradójicamente, podrían ganarlas en términos focales. La microdecisión del médico combina sus intereses con las macrodecisiones que el capital impone con sus actos productivos, por ejemplo, el de las industrias de los equipos diagnósticos y terapéuticos.

Las situaciones *correctivas* de esta pérdida de efectividad más común bajo este modelo, y que expresan sus tensiones, son: por un lado, la búsqueda permanente en el plano del discurso de un perfil profesional más general —hecho que nunca se realizará— y, por otro, la búsqueda incesante de modalidades de bajo costo para la producción de los actos de salud. Sin embargo, al no romper con la base de esa modalidad de producción, acaban siempre en un cambio incluido en la conservación, esto es, no establecen un nuevo compromiso eficaz y efectivo alrededor de las necesidades del usuario, pero sí lo hacen con las modalidades simplificadas, consumidoras de menos tecnologías duras o endurecidas, que incluye, por último, un incremento consumista por parte del usuario para compensar la baja efectividad.

Uno de los indicadores de la crisis que el modelo de la medicina tecnológica viene experimentando es el hecho de que hay parcelas del propio

¹¹En autores como Schraiber (1993a, 1993b) y Cristina Possas (1981) se encuentran referencias más profundas sobre este tema.

capital que buscan invertir en el sector salud. Dichas parcelas del capital no solo se encuentran desvinculadas de la asociación entre la *medicina tecnológica* y los complejos industriales¹², también buscan explotar una posible ruptura tecnológica¹³ que pueda contener los maletines internamente y entre sí para la formación de una relación distinta entre la competencia cuidadora y la centrada en lo profesional. Las modalidades del capital que apuestan a otro modelo para el trabajo médico intentan, por medio de tecnologías específicas, capturar la microdecisión clínica por una gerencial, manteniendo la naturaleza propia del territorio productivo de la salud, pero en la lógica centrada en el capital.

La disputa interna entre intereses capitalistas diferentes en el sector salud muestra claramente este proceso. Es posible ver una transición tecnológica y una reestructuración productiva del sector capitaneada por el capital financiero interesado en la capacidad lucrativa del sector salud. En esta disputa es que aparece, precisamente y en tanto situación tecnológica emergente, la posibilidad de un lugar que pueda ser ocupado por el maletín de las tecnologías blandas en los procesos de trabajo médico, que reoriente las relaciones entre los núcleos de competencia para la producción de los actos de salud. Hay una transición tecnológica por el lado del propio capital, como si sectores neoliberales articulados a proyectos distintos peleasen entre sí por tajadas del proceso de acumulación del área de salud. Para el capital financiero, que entra en la disputa actual por la distribución de las actividades lucrativas en el sector salud, es imprescindible actuar dentro de un nuevo tipo de modelo que controle los costos de los proyectos terapéuticos —dato vital para él—, e intentar no “tirar la criatura junto con el agua del baño”, es decir, sin perder ciertas competencias e identidades de la acción de salud.

El capital financiero, al entrar por medio de las aseguradoras, buscará respaldarse en una nueva distribución de la tecnología entre los maletines. En particular, entre las tecnologías blandas-duras y blandas, incluso, enriqueciéndolas, aumentando las blandas en el campo de las blandas-duras e intercalando una cierta dureza en el de las blandas para poder construir una forma de gestión de cuidado individual a partir de la noción de *accidentalidad* (siniestro) en salud y de las posibilidades de su control o, por lo menos, de su

¹²Ese movimiento del capital alrededor de nuevas líneas de acumulación se ha reflejado en los procesos de reestructuración productiva hegemónica por el capital financiero en todos los frentes de la producción económica en la sociedad actual.

¹³Considero que hay *ruptura tecnológica* cuando aparece una nueva configuración tecnológica para la producción del cuidado en salud, cuyo objeto y finalidades se caracterizan por presentar cualidades distintas de las configuraciones anteriores.

minimización, tal como señalé en el análisis de la atención gerenciada con las herramientas del campo de acción de la salud pública y de la administración de los servicios de salud, con el fin de ampliar el marco de los procesos relacionales más allá de la relación médico-paciente. El capitalismo financiero busca producir maletines para el médico, que cuenten con: saberes clínicos que posibiliten la construcción de proyectos terapéuticos conjuntos (y no por *sumatoria*), saberes de la economía de la salud que permitan realizar una gestión del cuidado con costos controlados, varios proyectos tecnológicos de intervención en la prevención de riesgos o de sus controles, y alguna forma de incorporación de la epidemiología y sus modos de realizar acciones de salud. Claro que siempre en el sentido de someter los proyectos terapéuticos, ante todo, al control de costos (centrado en el capital).

En este sentido, busca ampliar el papel de la dimensión cuidadora sobre la profesional en el conjunto de sus acciones, dándole un lugar estratégico a los procesos de gestión del cuidado en tanto mecanismo de incorporación de procedimientos, además de la generación de productos típicos de los actos centrados en el cuidado, expresado en el aumento de la presencia de proyectos, como cuidado domiciliario y adscripción de clientela, entre otros. Esta situación inaugura una búsqueda tensa de captura de la microdecisión médica sobre su acto por una microdecisión gerencial o burocrático-administrativa tomada y comandada por el capital (asegurador) financiero.

Ese proceso expresa también un período de grandes cambios en la organización de las actividades productivas, como el que se vive hoy en el conjunto de las sociedades. Por la razón que fuera, por la entrada de nuevas tecnologías en las líneas de producción, que, desde mi punto de vista, no es un argumento suficiente para entender lo que viene ocurriendo; o por la consagración de una cierta modalidad de proceso acumulativo de capital que cada vez es más trabajo vivo en acto intensivo y, en contrapartida, dependiente de tecnologías ahorrrativas de puestos de trabajo; o por ambas razones, la totalidad de los procesos productivos viene a expresar una efectiva transición tecnológica.

Los seguros se abren, apropiándose de una enorme tajada de la movilización de recursos de capital que el sector salud promueve por el mundo. El impacto de este proceso en el sector, como reestructuración productiva y transición tecnológica, aún no está entendido de manera completa, aunque ya es objeto de algunos estudios, que fueron citados anteriormente, y permite, dentro del espíritu de este texto, indicar que, en tanto el mercado de trabajo está sufriendo alteraciones significativas, el territorio tecnológico de la salud está siendo ocupado por nuevos saberes y prácticas. Hay puestos de trabajo para los médicos que desaparecen, en particular para los especialistas. Nuevas

modalidades de asistencia van ganando relevancia y nuevas competencias profesionales son demandadas.

Concluyendo...

Con estas palabras se está afirmando que la reestructuración productiva del sector salud pone en juego las articulaciones entre los maletines y los núcleos de competencia, teniendo en consideración que las tentativas de captura no son solo del capital o de los intereses a él referidos y que esas tentativas pueden generar una tensión transformadora del trabajo médico, al pretender realizar una captura del trabajo vivo en acto de los trabajadores de la salud en general y de los médicos en particular.

Estas tentativas se realizan dentro de formatos tecnológicos instrumentalizados por saberes bien definidos que procuran transformar este acto en un encuentro de varios intereses sociales bajo la forma de las necesidades de salud, expresando los intereses de diferentes tipos, de capitales liberales, industriales monopolistas o financieros, además de los de bloques específicos —con las políticas públicas en el ámbito del Estado— y hasta de ciertas agrupaciones sociales que las representan, como un derecho y un bien público. Las diferentes capturas —mostradas aquí bajo la óptica del capital en sociedades como la brasileña— se presentan de modo múltiple y desigual, complejizándose por la presencia de otros intereses que pueden fortalecer algunos modelos en relación con otros.

En la actualidad, parece que la transición tecnológica a la que se asiste apunta a una combinación, desde la óptica del capital, entre un médico o profesional de salud, cuidador limitado, que se articula con otro *centrado en ciertos procedimientos profesionales* con competencia focal bien definida. Esta modalidad parece no tener capacidad para dar cuenta del tenso campo de los procesos de trabajo en salud, por lo que se la ubica de forma permanente bajo el foco de acciones transformadoras por fuerzas que son neutralizadas.

Este proceso busca promover el cambio de un médico centrado en procedimientos por otro, que reordene su práctica a partir de las relaciones cuidadoras. Sin embargo, esta transición lo reafirma más como un cuidador del capital que como un cuidador del usuario. La lógica acumulativa del capital financiero no tiene la defensa de la vida individual y colectiva como finalidad, sino que su eje es la producción de un proyecto terapéutico que permita el control de la incorporación de tecnología de alto costo, aunque esto cueste la vida del propio usuario. Aun cuando la relación entre la dimensión cuidadora y la profesional específica muestre una potencia reestructurante del trabajo

médico, esa transformación no va en dirección a las perspectivas de captura que pretende el usuario del trabajo vivo en acto en la salud: el de ser un dispositivo que le permita mantener su autonomía o recuperar parte de esta autonomía de acuerdo con su modo de vida, al tomar como objeto central su mundo de necesidades.

En la óptica del trabajo médico, como en la de cualquier trabajo en salud, otra tensión también opera como instituyente en esta situación. Esta es la expresada por la controversia entre la lógica de la captura del trabajo vivo en acto versus la autonomía de su ejercicio, que viene alimentando posturas conservadoras de los profesionales dentro de marcos ideológicos liberales, que no se sustentan en las realidades vividas por esta categoría profesional en el mercado de trabajo.

Sin duda, el conjunto de estas tensiones representa un potencial para nuevas transformaciones y se impone como un desafío para quienes luchan por la salud como bien público y por el trabajo en salud como tecnología al servicio de la defensa de la vida individual y colectiva.



Apéndices



Apéndice 1

Acto de cuidar: alma de los servicios de salud

La producción de este texto tiene varias raíces y compromisos. El mayor de ellos es con la reforma del modo de producir salud en Brasil, al reconocerse que los modelos actuales de ordenamiento de las prácticas clínicas y sanitarias ya perdieron el rumbo más importante: el de la defensa radical de la vida individual y colectiva. Exactamente por eso, las fuentes que alimentan las reflexiones contenidas en él son de muy diferentes lugares, aunque articulados.

Destaco tres grandes contribuciones: la experiencia vivida en la red municipal de Belo Horizonte (ciudad capital del Estado de Minas Gerais, Brasil) entre 1993 y 1996, el trabajo colectivo que se desarrolló en Lapa/Dmps/Unicamp, Laboratorio de Administración y Planeamiento del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp) de Brasil, beneficiario de las experiencias del movimiento sanitario brasileño desde la década de 1970 hasta hoy y, en particular, la vivida en el servicio de salud Cândido Ferreira (Campinas, Brasil), y las participaciones en la militancia de los movimientos sociales de salud y de las entidades profesionales y gremiales, como el Sindicato de Médicos de Campinas. De este último, queda un esbozo en el cual la reflexión central era entender el trabajo médico como una paradoja, esto es, en tanto dispositivo estratégico para instituir un modelo de atención a la salud no comprometida con el usuario y centrada en los procedimientos, y en cuanto *herramienta* a desarmar para producir un nuevo modo de actuar en salud.

Del Lapa y su colectivo, la posibilidad de observar otros experimentos en torno al proyecto en defensa de la vida, es decir, piezas de diálogos obligatorios que inspiren nuevas prácticas, ya que siempre queda como deudor de lo colectivo que allí se constituye. En este sentido, las propuestas de acción que presenta este texto son reconocidas como productos de un *nosotros* que,

aun con sus diferencias, han producido incitantes proyectos de *actuar en salud*, que reconocemos como fuentes de inspiración¹.

Entre tanto, es en la experiencia vivida en Belo Horizonte con el conjunto de los trabajadores de la salud y con los dirigentes gubernamentales del período 1992—1996 que tenemos nuestra mayor deuda y los estímulos principales.

La necesidad de construir una nueva manera de producir salud dentro de la amplia red de servicios públicos para enfrentar el problema de acoger a los usuarios en los establecimientos de salud, a través de una acción comprometida con la vida individual y colectiva, estimuló una serie de reflexiones teóricas dirigidas a constituir un modo competente de realizar el cambio desde un modelo de atención centrado en lo corporativo a otro centrado en el usuario.

En el vivir y compartir este desafío con los trabajadores de esa red, fuimos profundizando nuestro entendimiento conceptual sobre el trabajo en salud y las posibilidades de cambio, sin caer en el canto de sirenas de los proyectos neoliberales, que, en nombre de una ciudadanía negada y de una canasta básica de salud, viene ofreciendo, como panacea, un médico de familia capaz de resolver todo, como un milagrero, despreciando la complejidad del actuar en salud y la necesaria expresión multidisciplinaria de este actuar.

*El acto de cuidar como alma de los servicios de salud*²

Muchas personas creen que el objeto de la Iglesia es la salvación del alma, pero, de hecho, el objeto es la producción de prácticas comprometidas con la producción de la creencia, mediante las cuales se alcanzará la salvación como finalidad u objetivo último. Así, en la Iglesia hay una enorme cantidad de procesos productivos articulados para la fabricación de la creencia religiosa y con ellos la fe en la salvación.

Del mismo modo, en el campo de la salud, el objeto no es la cura o la promoción y la protección de la salud, sino la producción del cuidado por medio del cual se cree que se podrán alcanzar la cura y la salud, que son los objetivos a los que se desea llegar. En los últimos siglos, el campo de la salud

¹Recordamos como textos de referencia los de Campos (1991b, 1992), Cecílio (1994), y Merhy y Onocko (1997).

²Este texto fue producido en abril de 1999 sobre la base del texto didáctico *O Ato de Cuidar como um dos nós Críticos Chaves dos Serviços de Saúde* para actividades en algunos cursos del Dmps/Fem/Unicamp.

fue constituyéndose como un campo de construcción de prácticas técnicas cuidadoras socialmente determinadas, dentro del cual, el modo médico de actuar fue tornándose hegemónico. No obstante, incluso en este modo particular de actuar técnicamente en la producción del cuidado de todos estos años, hay una enorme multiplicidad de maneras o modelos de acción.

Sin embargo, en los tiempos actuales, cualquier persona que tenga un mínimo de vivencia con un servicio de salud —sea un consultorio médico privado, una clínica de fisioterapia privada, un hospital público o privado, en fin, cualquier tipo de establecimiento de salud— puede afirmar con certeza que las finalidades de los actos de salud, que están marcadas por compromisos con la búsqueda de cura de las enfermedades o de la promoción de la salud, no son siempre (para ser optimista), bien realizadas.

Todos —trabajadores, usuarios y gestores de los servicios— saben que, para alcanzar estas finalidades, el conjunto de los actos produce un cierto formato del cuidar de modos distintos: como actos de acciones individuales y colectivas o abordajes clínicos y sanitarios de la problemática de la salud conjugan las prácticas y los saberes implicados con la construcción de los actos cuidadores y conforman los modelos de atención a la salud.

Sabemos, por experiencia como profesionales y consumidores, que cuanto mayor es la composición de las cajas de herramientas —entendidas aquí como el conjunto de saberes de que se dispone para la producción de los actos en salud—, utilizadas para la realización del cuidado por los trabajadores de salud, en equipo o individualmente, mayor será la posibilidad de comprenderse el problema enfrentado en la salud y mayor la capacidad de enfrentarlo de modo adecuado, tanto para el usuario del servicio como para la propia composición de los procesos de trabajo.

Entre tanto, la vida real en los servicios de salud ha mostrado que, conforme los modelos de atención adoptados, no siempre la producción del cuidado está comprometida efectivamente con la cura y la promoción. Las duras experiencias vividas por los usuarios y trabajadores de salud muestran esto cotidianamente en nuestro país.

Creo que poder pensar en moldes para los procesos de trabajo en salud (en cualquier tipo de servicio), que consigan combinar la producción de actos cuidadores de manera eficaz con conquistas de los resultados, cura, promoción y protección, es un nudo crítico fundamental para que sea abordado por el conjunto de los gestores y trabajadores de los establecimientos de salud. Poder explorar esta tensión propia de la producción de actos de salud, la de ser actos cuidadores, pero no obligatoriamente cuidadores y promotores de la salud, es un problema de la gestión de los procesos productivos en salud.

De manera general, entiendo que todos los procesos actuales de producción de la salud viven algunas tensiones básicas y propias de los actos productivos en salud y que están presentes en cualquier modelo predominante. Entre ellas, destaco las tensiones entre:

- La lógica de la producción de actos de salud como procedimientos y la de la producción de los procedimientos como cuidado, por ejemplo, la tensión en los modelos médicos centrados en procedimientos, sin compromisos con la producción de la cura.
- La lógica de la producción de los actos de salud como resultado de las acciones de distintos tipos de trabajadores para la realización y el gerenciamiento del cuidado, y las intervenciones más restringidas y exclusivamente limitadas a las competencias específicas de algunos de ellos, por ejemplo, las acciones de salud específicas de enfermería o específicas médicas, sin acción integradora y unificada en torno al usuario, o la clínica restringida del médico centrada en procedimientos y los ejercicios clínicos de todos los trabajadores de salud.

Para facilitar la comprensión de estas cuestiones y hasta el entendimiento de que, partiendo de estas tensiones es posible pensar alternativas a los modelos ineficientes e ineficaces que muchas veces operan en los servicios, y para reflexionar y clarificar los temas destacados arriba, transcribiré algunos fragmentos de textos previamente elaborados.

La dimensión cuidadora de la producción en salud y la tensión procedimiento-cuidado en la producción de los modelos de atención³

Es muy común, hoy en día, leer sobre la existencia de una crisis en la organización actual del sistema de salud, pero al catalogar las causas o las soluciones, encontramos que la constatación e, incluso, la discusión, en torno a ella no son tan simples. Entre tanto, si miramos desde el punto de vista del usuario del sistema, podemos decir que el conjunto de los servicios de salud (públicos o privados), salvo raras excepciones, no es adecuado para resolver sus problemas de salud, tanto en el plano individual como en el colectivo.

³Este texto es una versión revisada de parte del capítulo “La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud” publicado en Merhy (1998a).

Una rápida observación de los reportajes de la prensa muestra que el tema salud es muy frecuente y que constituye una de las cuestiones fundamentales en la vida de los brasileños. Al mismo tiempo, podemos registrar que es en el área de la prestación de servicios donde el ciudadano se siente más desprotegido. Lo paradójico de esta historia es que no son raros los estudios y artículos que muestran los avances científicos en conocimientos y soluciones en torno a los problemas que afectan la salud de las personas y de las comunidades, y la existencia de servicios altamente equipados para sus intervenciones, lo que estimula, entonces, a preguntarse qué crisis es esta que no encuentra su base de sustentación en la falta de conocimientos tecnológicos sobre los principales problemas de salud ni en la imposibilidad material de actuar frente al problema presentado.

Al poner atención a las quejas que los usuarios tienen en relación con los servicios de salud, podemos entender mejor esta situación. Desde ya, creemos que este punto de vista no es necesariamente coincidente con el de los gobernantes o dirigentes de los servicios públicos o privados que, como regla, hablan de la crisis del sector privilegiando el ángulo financiero, con el fin de demostrar que no es posible ofrecer buena asistencia con los recursos que se tienen. Este argumento es mundialmente usado, en países como EEUU, que gasta un trillón de dólares en el sector salud, y en otros como Brasil, que gasta alrededor de cuarenta mil millones en total.

Volviendo al punto de vista del usuario, podemos decir que, en general, este no reclama la falta de conocimiento tecnológico para su atención, sino la falta de interés y de responsabilidad de los diferentes servicios en relación con su persona y su problema. Como regla, los usuarios se sienten inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, despreciados y no respetados.

¿Pero, entonces, qué tipo de crisis tecnológica y asistencial es esta? ¿Será que ella alcanza solo un tipo específico de abordaje de los problemas de salud, como la expresada por el trabajo médico, o es una característica global del sector? ¿Es posible, a partir de esta crisis diagnosticada en torno al usuario, proponer un modo diferente de producir acciones de salud?

Más adelante, intentaremos mostrar cómo esta cuestión se ubica en los procesos de trabajo en salud. En primer lugar, imaginemos que el conjunto de los trabajos en salud genera un producto, los actos de salud, y que estos son considerados como capaces de intervenir en el mundo de lo que se denomina *problemas de salud*, lo que provoca en él una alteración en torno a la producción del resultado: la satisfacción de una necesidad o un derecho del usuario final.

Supongamos que este proceso permite la producción de salud, lo que no es necesariamente verdadero, pues este proceso productivo no siempre impacta en ganar grados de autonomía sobre el *modo de ir en la vida* del

usuario, que es, en última instancia, lo que entendemos como *salud*, dado que el proceso de producción de actos de salud puede simplemente ser *procedimiento-centrada* y no *usuario-centrada*, y la finalidad última por la cual se realiza se agota en la producción de un paciente operado y punto final, o en un paciente diagnosticado orgánicamente y punto final, lo que no es extraño para nadie que usa servicios de salud en Brasil. En cuanto usuarios, nosotros podemos ser operados, examinados, etc., sin que con eso nuestros derechos o necesidades estén satisfechos.

La visión, ya muy común, de que la tecnología es una máquina moderna ha dificultado bastante nuestra comprensión del trabajo en salud porque no nos estamos refiriendo solamente al conjunto de las máquinas usadas en las acciones realizadas, por ejemplo, sobre los pacientes.

Al mirar con atención los procesos de trabajo realizados en el conjunto de las intervenciones asistenciales, vamos a ver que, además de las distintas herramientas/ máquinas que usamos, como por ejemplo rayos X, instrumentos para exámenes de laboratorio, instrumentos para examinar al paciente, incluyendo hasta los ficheros para archivar datos de los usuarios, movilizamos intensamente conocimientos sobre la forma de saberes profesionales bien estructurados, como la clínica del médico y del dentista o el saber de la enfermería y del psicólogo, etc., lo que nos permite decir que hay una tecnología menos dura⁴ que la de los aparatos y las herramientas de trabajo, y también una blanda, insertada en la producción de procesos relacionales como actos de salud.

La dimensión cuidadora de la producción en salud y la tensión de los núcleos de competencia profesionales en la producción de los modelos de atención⁵

Consideramos que es vital comprender que el conjunto de los trabajadores de salud presenta potenciales de intervención en los procesos de producción, marcados por la relación entre sus núcleos de competencia específicos, que se encuentran asociados a la dimensión de cuidador que cualquier trabajador de salud posee, sea médico, enfermero o encargado de la puerta de entrada de un establecimiento de salud.

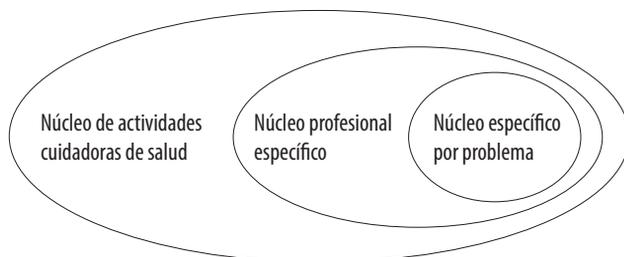
⁴Sobre tecnologías en salud, consultar capítulos anteriores, el 2 en particular.

⁵Este texto es una versión revisada de la traducción de parte del capítulo "A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde" publicado en Merhy (1988a).

Creemos que una de las consecuencias más serias del actual Modelo Médico Hegemónico consiste en reducir al mínimo esta dimensión (cuidadora) del trabajo en salud, en particular, la del propio médico. Hay autores que pregonan hace mucho tiempo la noción de que la baja incorporación del saber clínico en el acto médico viene comprometiendo seriamente la eficacia de esta intervención. Parodiándolos, podríamos decir que la *muerte* de la acción cuidadora de los varios profesionales de salud ha construido modelos de atención irresponsables frente a la vida de los ciudadanos.

Entendemos que los modelos de atención comprometidos con la vida deben saber explotar positivamente las relaciones entre las diferentes dimensiones tecnológicas que comporta el conjunto de las acciones de salud. Imaginamos que cuando un profesional actúa, moviliza simultáneamente sus saberes y modo de obrar, definidos, en primer lugar, por la existencia de un saber muy específico acerca del problema que va a enfrentar sobre el cual se pone en juego un saber territorializado en su campo profesional de acción, aunque ambos cubiertos por un territorio que marca la dimensión cuidadora sobre cualquier tipo de acción profesional.

En el siguiente esquema se representa lo que estamos diciendo.



En la producción de un acto de salud, coexisten varios núcleos, como el núcleo específico definido por la intersección entre el problema concreto que se tiene por delante y el recorte profesional del problema. Por ejemplo, frente a un individuo que está desarrollando un cuadro de tuberculosis pulmonar, el asunto pasa necesariamente por el modo en que el núcleo profesional médico, o de la enfermería, o de la asistente social, entre otros, recorta este problema concreto aportado por el individuo, que representa núcleos en los cuales operan centralmente las tecnologías duras y blandas-duras. No obstante, sea cual sea la intersección producida, habrá siempre otro núcleo operando la producción de los actos de salud. Este otro núcleo es el cuidador, que pertenece a todos los trabajadores en sus relaciones intercesoras con los

usuarios y en el cual actúan los procesos relacionales del campo de las tecnologías blandas.

Sin embargo, como la conformación tecnológica concreta para ser operada por los modelos de atención es siempre un proceso que representa acciones instituyentes de fuerzas reales y socialmente interesadas en ciertos aspectos de la realidad dentro de una manera muy particular de valorizar el mundo para sí, entendemos que el territorio tecnológico expresado en las tres dimensiones mostradas arriba son, en los servicios concretos, antes que nada, productos de las disputas entre varios actores interesados en este locus de acción social.

Entonces, se puede afirmar que el modelo asistencial que opera hoy en nuestros servicios es centralmente organizado a partir de los problemas específicos, dentro de la óptica hegemónica del modelo médico neoliberal y que subordina claramente la dimensión cuidadora a un papel irrelevante y complementario. Además, podemos afirmar que en este modelo asistencial la acción de los otros profesionales del equipo de salud es sometida a esta lógica dominante y tiene sus núcleos específicos y profesionales subordinados a la lógica médica, con su núcleo cuidador también empobrecido.

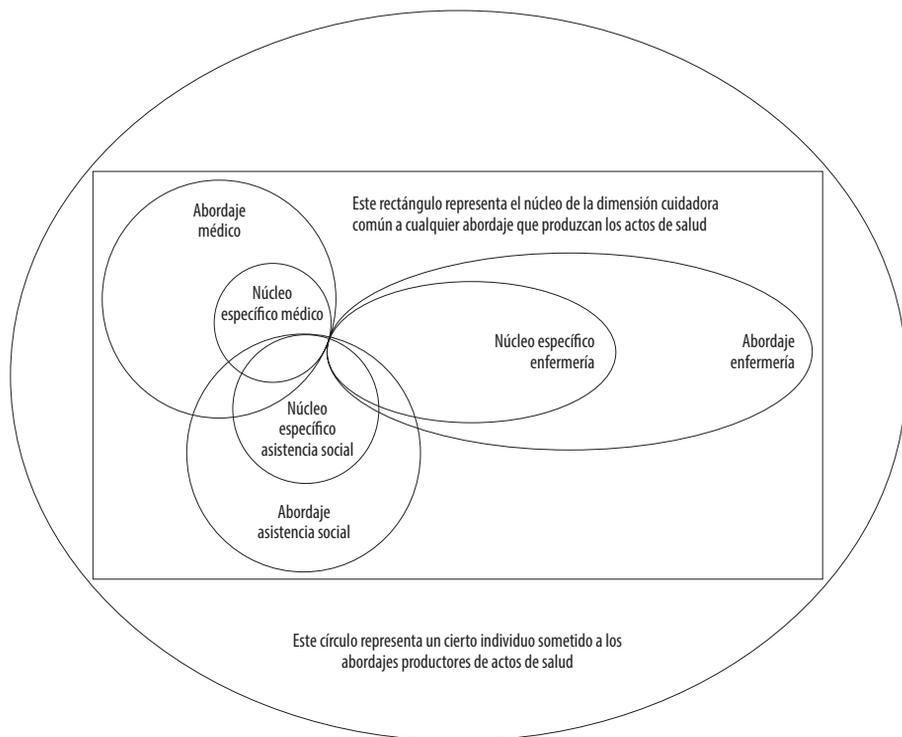
Con eso, debemos entender que son fuerzas sociales que tienen intereses y que disputan con otras fuerzas la definición de las conformaciones tecnológicas, es decir, estos procesos de definición del *para qué* organizan ciertos modos tecnológicos de actuar en salud, que son siempre implicados, social y políticamente, por agrupaciones de fuerzas que tienen intereses en lo que se está produciendo en el sector salud y que imponen sus finalidades en estos procesos de producción.

De este modo, el Modelo Médico Hegemónico expresa un grupo de intereses sociales que diseñan el modo tecnológico de operar la producción del acto en salud, que empobrece una cierta dimensión de este acto en pro de otro y que expresa mejor los intereses impuestos para este sector de producción de servicios en la sociedad concreta en la cual este se realiza.

Veamos el siguiente esquema⁶, diseñado a partir de los recortes que un médico, una enfermera y una asistente social hacen del usuario de un servicio para analizar, a continuación, cómo serán los recortes en diferentes tipos de establecimientos y las tensiones en juego. Esto nos permitirá actuar en dirección al cambio de los modelos de atención de la salud, lo que a nuestro ver implica reconstruir el modo de hacer política de salud en el servicio, la

⁶Para este ejercicio, destacamos como puntos de apoyo las reflexiones sugeridas por el texto “Notas sobre Residência e Especialidades Médicas”, publicado en Campos, Chakour y Santos (1997).

manera en que este opera en cuanto organización y el día a día de los procesos de trabajo que efectivizan un cierto modo de producción de los actos de salud, y diseñar así los reales modelos de atención.



Para entender el diagrama anterior, inicialmente vamos a analizar una pensión protegida implementada por algunos servicios que osaron organizar alternativas en los manicomios psiquiátricos y luego usaremos el esquema explicativo para entender un hospital general en la búsqueda de nuevas intervenciones que puedan cambiar los modos de producir actos de salud.

En principio, debemos entender cuál es la misión que se espera de una pensión protegida. Esto solo puede ser resuelto al hacernos la pregunta sobre el modelo de atención que se está queriendo implantar y lo que se espera de este equipamiento asistencial, pues cada tipo de modelo crea misiones

diferenciadas para establecimientos aparentemente semejantes que se traducen en directrices operacionales bien definidas.

De una pensión protegida, podemos esperar que esté organizada de modo tal que sus moradores no tengan más crisis agudas o que esté organizada como un equipo que debe viabilizar una ampliación de la socialización, con ventajas sobre el grado de autonomía para la vida diaria y con un enriquecimiento de las redes de compromisos de sus moradores con el mundo no protegido, extramuros de las instituciones más cerradas.

Desde el punto de vista de nuestro análisis, podemos decir que un modelo que espera de la pensión protegida un papel vital para impedir crisis impone en el día a día del funcionamiento del establecimiento una relación entre los núcleos que operan en la producción de los actos de salud, una articulación que posibilita actuar sobre la dimensión específica del problema a partir de ciertos recortes profesionales más eficaces en el manejo de las crisis, por ejemplo, de usuarios psicóticos, lo que favorece un juego de potencias en dirección a ciertos procesos instituyentes.

Tendenciosamente, por el modo en que operan las lógicas de los poderes (políticos, técnicos y administrativos) en la sociedad contemporánea, estos núcleos vinculados a las tecnologías duras y blandas-duras encuentran un proceso favorable para terminar imponiéndose sobre los otros núcleos y favorecen así el proceso de dominación psiquiátrica frente a los otros recortes profesionales. Es interesante observar que esto ocurre, aunque no haya comprobación de si este proceso de conformación tecnológica obtendrá buenos resultados, pues esta imposición de misión y de diseños tecnológicos está dada por los intereses sociales que, en este momento, son más poderosos y considerados legítimos.

Superar esta conformación exige operar con algunos dispositivos que posibilitan redefinir los espacios de relaciones entre los varios actores envueltos en estos procesos, alterar las misiones del establecimiento y ampliar los modos de producir los actos en salud sin perder la eficacia de intervención de los distintos núcleos de acción. Debe apuntarse a un modo de articular y contaminar el núcleo más estructurado o específico por el núcleo más *en acto* o cuidador, y publicitar este proceso en el interior de un equipo de trabajadores.

Entre tanto, frente a una misión ya *a priori* distinta, este proceso se impone más naturalmente. Es lo que ocurre si lo que se espera de la pensión es la segunda alternativa, es decir, viabilizar una ampliación de la socialización con beneficios en el grado de autonomía para la vida cotidiana y con un enriquecimiento de las redes de compromisos de sus moradores con el mundo no protegido.

En este caso, vemos que el núcleo cuidador es el que deberá imponerse, lo que favorecerá, inclusive, la disminución de las relaciones de dominación que se establecen entre los varios profesionales como representantes de ciertos intereses y modos de operar en el interior de los modelos de atención. Más aún, el cuidador puede abrir, a partir de este núcleo en común, un espacio semejante y equivalente de trabajo en el equipo, de modo que explote la cooperación entre los diferentes saberes y el compartir en las decisiones.

Entonces, debemos estar atentos, ya que en este tipo de proceso hay por lo menos dos cuestiones básicas: 1) que todo profesional de salud, independientemente del papel que desempeñe como productor de actos de salud, es siempre un operador del cuidado, es decir, siempre actúa clínicamente y como tal debería estar capacitado para actuar, en el terreno específico de las tecnologías blandas, modos de producir prácticas de acoger a los usuarios, responsabilización y vínculos; al ser identificado como responsable del *proyecto terapéutico*, estará siempre siendo un operador del cuidado, al mismo tiempo que un administrador de las relaciones con los varios núcleos de saberes profesionales que actúan en esta intervención; y 2) que ocupará un papel de mediador en la gestión de los procesos multiprofesionales y disciplinares que permiten actuar en salud frente al caso concreto presentado, lo que nos obliga a pensarlo como un agente institucional que viene a tener poder burocrático e institucional en la organización.

De este modo, vive la tensión de hacer este papel siempre en un sentido *doble*: como un *clínico*, por trabar relaciones intercesoras con el usuario que, a su vez, son productoras de procesos de acoger, responsabilizar y vincular; y como un *gerente* del proceso de cuidar a través de la administración de toda una red necesaria para la realización del proyecto terapéutico.

Creemos que un modelo en defensa de la vida está basado en estas posibilidades, aunque esto no nos debe llevar a desconocer la importancia de los modos específicos de producir profesionalmente los actos en salud, pues lo que tenemos que anhelar es esta nueva posibilidad de explotar mejor este territorio común para ampliar la propia clínica de cada territorio en particular, lo que, sin duda, llevará a ampliar la propia eficacia de los núcleos específicos de acción.

En poder de estas reflexiones, si estuviésemos analizando otro establecimiento que no fuera una pensión protegida sino un hospital de clínica general, nuestro análisis sería semejante, pero con algunas diferencias. En estos establecimientos, actualmente, se espera que las misiones tengan un compromiso con la garantía de la eficacia de los núcleos específicos de intervención profesional, en particular, el médico y la enfermería, solo que esto es hecho hoy por el dominio que el actuar médico impone hegemoníicamente

para los otros recortes y —lo que es peor— en un modelo de acción clínica del médico, empobrecedora y hasta anuladora del núcleo cuidador.

Para un establecimiento de este tipo, un modelo en defensa de la vida debería pensar en cómo ampliar la dimensión del núcleo cuidador y su relación positiva, tanto para desencadenar procesos más articulados y compartidos en el equipo como para mejorar la eficacia y la adecuación de la acción específica con los procesos centrados en los usuarios, asumiendo y reconociendo que ciertos abordajes profesionales, en ciertas circunstancias, son más eficaces que otros, claro que sin hacer de ello una lógica de poder en la cual una profesión se imponga sobre las otras.

Este modelo también debe estar atento a los procesos organizativos que, en estas nuevas articulaciones del núcleo cuidador, posibilitan ampliar los espacios de acción en común y hasta la cooperación entre los profesionales, lo que lleva a un enriquecimiento del conjunto de las intervenciones en salud y las torna más públicas y comprometidas con los intereses de los usuarios, por encima de todo, y más transparentes para procesos de evaluaciones colectivas.

Creemos que solo con la creación institucional de la responsabilidad de los profesionales y de los equipos por estos actos cuidadores se podrá rediseñar el modo de trabajar en servicios de salud como un todo, por medio, por ejemplo, de dispositivos como los lazos referenciales entre equipos y usuarios por procesos terapéuticos individuales.

Creo que la mejor manera de aprovechar lo que ya fue dicho sobre la producción del cuidado en salud y las posibilidades de pensarlo en dirección a los actos comprometidos con las necesidades del usuario es analizar experiencias que hayan apuntado a este objetivo. Antes de eso, llamo la atención sobre tres cuestiones básicas que hasta ahora se muestran vitales en este texto:

- Los puntos neurálgicos de los sistemas de salud se localizan en la micropolítica de los procesos de trabajo, en el terreno de la conformación tecnológica de la producción de los actos de salud, en los tipos de profesionales que los practican, en los saberes que incorporan y en el modo en que representan el proceso salud-enfermedad.
- Los procesos gerenciales necesarios para operar el cuidado y el modo en que los intereses del usuario y los corporativos y organizacionales actúan en su interior.
- La composición de la caja de herramientas necesarias para que los gestores de los servicios de salud consigan actuar sobre este terreno político tan singular han generado establecimientos y sistemas de salud con herramientas gubernamentales complejas para actuar en el terreno político, organizacional y productivo (específicamente sobre este tema se está pro-

duciendo una compilación cuyo telón de fondo es la discusión acerca de si el conocimiento es o no una herramienta para la gestión).

Además, me parece que el gran desafío de los que se preocupan por los procesos de gerenciamiento del cuidado en salud en el interior de los establecimientos es encontrar la combinación óptima entre la eficiencia de las acciones y la producción de resultados centrados en el usuario, es decir, buscar la producción del mejor cuidado en salud (aquí considerado como el que resulta en cura, promoción y protección de la salud individual y colectiva). Para eso, es necesario conseguir una combinación óptima entre la capacidad de producir procedimientos y producir el cuidado.

Considero como desafío el hecho de pensar sobre la necesidad matricial del día a día de los servicios de salud entre los procesos productivos transdisciplinarios y multirreferenciados, tanto los que resultan en procedimientos bien definidos como los implicados con los actos cuidadores, de tal manera que los gestores de los actos cuidadores sean los responsables frente al usuario y el establecimiento de salud por la realización de las finalidades de la producción del cuidado.

Gerencialmente, es posible *matriciar* toda la organización de salud para construir la figura del gestor del cuidado, que podrá o no ser un médico, pero que sí, será siempre, un cuidador. Quien actúa como trabajador de una unidad de producción, por su dominio sobre cierta competencia específica, puede ser un cuidador de ciertos usuarios y responder por la producción del proyecto terapéutico individual centrado en el usuario, ante el establecimiento, que operaría el encuentro de varias unidades en la construcción de una línea de producción del cuidado, sin dejar por eso de responder por el producto que esta unidad tiene como su identidad al gestor del cuidado, cuando ligado a una unidad de producción de procedimiento bien definida este sea reconocido por el servicio como referente para la estimación de los resultados principales del establecimiento.



Apéndice 2

Apostando a proyectos terapéuticos de cuidado: desafíos para el cambio en la escuela médica y en los servicios de salud⁷

Introducción

En la búsqueda de una escuela médica que proponga el cambio de su proceso de enseñanza para invertir en la producción de un *nuevo* médico, podemos visualizar, por lo menos, dos grandes situaciones o desafíos:

- Cómo identificar los lugares efectivos de acción para llevar al cambio el modo de ser de la escuela, redefiniendo sus misiones.
- Cómo calificar la búsqueda de un *nuevo* tipo de competencia profesional.

Imaginemos, primero, una escuela que tenga condiciones estructurales adecuadas para realizar sus proyectos de formación, o sea, que cuente con área física, docentes, financiamiento, servicios, etc., en número suficiente para tener buenos indicadores de disponibilidad de recursos. No por eso la enseñanza será adecuada ni tampoco por eso se formarán profesionales con un *nuevo* perfil.

Nuestra imaginación tiene que ir más allá de los recursos estructurales y pensar en los modos de disponerlos para *producir* nuestros médicos. Necesitamos mirar el modo en que gobernamos los procesos de

⁷Este material fue producido para la discusión entre los participantes de un proyecto de la Comisión Institucional de Evaluación de Enseñanza Médica (Cinaem), que visa la construcción de estrategias para la reforma de la enseñanza médica en Brasil.

enseñanza-aprendizaje y todas las variables implicadas en su composición, como por ejemplo las maneras en que los docentes se vinculan a las prácticas de la enseñanza, sus adhesiones a las necesidades de los alumnos, sus modos de actuar en la producción de los servicios, entre otros. Esto significa que, para que pensemos sobre lugares de acción en las escuelas, tenemos que *mirar* los procesos que expresan lugares de actuación, lugares de acción, modos de disponer los recursos a disposición de ciertos fines y no de las estructuras.

Es en los procesos y en el hacer donde podemos identificar *dispositivos* para cambiar las maneras de gobernar los recursos disponibles y los modos de producir los resultados que expresan la misión de una organización dada. No estamos diciendo que los medios (recursos duros) no sean necesarios, sino que, sin duda, no son suficientes. Con mínimos recursos podemos producir *cosas* distintas conforme al modo de utilizarlos.

Para pensar acerca de algunos dispositivos específicos de las escuelas médicas —hasta de las escuelas del área de la salud, diríamos—, tenemos que preguntarnos sobre la marca singular de ellas, es decir, el tipo de competencia que queremos construir, lo que nos remite al reconocimiento de que estamos apostando a la formación de un profesional que deberá tener la capacidad de disponer de una *caja de herramientas tecnológicas* cuyo *compromiso-objetivo* sea producir el *cuidado en salud*, para impactar en *necesidades* que los individuos o los grupos *portan* y expresan como *necesidades de salud*⁸.

En el caso del médico, queremos producir un *operador* de tecnologías de salud (duras, como los equipamientos, blandas-duras, como la clínica y la epidemiología, y blandas, como los procesos intercesores relacionales), que tenga competencia para generar y regir un *proyecto terapéutico* que sirva de sustrato para la producción del cuidado médico en particular. En la construcción de este proyecto terapéutico, se realiza el ejercicio de síntesis de las competencias, en particular, la de la articulación entre la competencia genérica de cualquier profesional de salud como cuidador y su actuar específico como profesional médico, por ejemplo, con su competencia específica frente a una cierta teoría sobre los modos de enfermar, construir intervenciones restauradoras.

En la búsqueda de un *dispositivo* que permita operar la producción de los procesos enseñanza-aprendizaje en las escuelas médicas, la percepción del lugar estratégico que ocupa la constitución de los *proyectos terapéuticos* en las escuelas médicas y el modo en que ellos son instituidos en las relaciones entre los alumnos y los docentes nos permite mirar un campo de intervención que *alborote* los distintos procesos que componen la formación médica.

⁸Ver “El acto de cuidar: alma de los servicios de salud” en “Apéndice 1”.

Al analizar más críticamente los mecanismos de producción del cuidado a través de la construcción de los *proyectos terapéuticos* y los distintos modelos de atención de la salud que definen los perfiles profesionales competentes para operarlos, podemos abrir nuevos terrenos para buscar un *nuevo* tipo de competencia profesional en el interior de las prácticas de enseñanza de las escuelas y así gobernar de otras maneras nuestros recursos disponibles y nuestros procesos pedagógicos. Vamos a intentar comprender un poco más estas cuestiones para comparar las apuestas que se pueden hacer en distintos proyectos terapéuticos y lo que ellas exigen para su construcción.

Para tornar más claro lo que estamos afirmando, en primer lugar, vamos a imaginar las características predominantes hoy, en un modelo de atención centrado en los procedimientos médicos, que es lo que marca la principal característica de las acciones de salud y que se presenta con un cuidado en salud basado en un *proyecto terapéutico* creado a partir de las distintas acciones individuales que, a su vez, producen procedimientos. Por tanto, dicho modelo está bien fragmentado y se unifica por sumatoria.

Todos nosotros, que de una forma u otra somos trabajadores de salud, y también usuarios —y dígame de paso que los únicos trabajadores que no pueden decir que no vivencian los servicios que producen son los de salud, pues es imposible no ser también usuarios— sabemos que, cuando somos *objeto* del trayecto productivo, hay siempre algo que falta en las relaciones entre los usuarios y los trabajadores, pues como usuarios tenemos la nítida vivencia de que la producción de procedimientos vale más que nosotros mismos.

Es interesante observar que, si le preguntamos a los usuarios sobre lo que buscan en el consumo de estos actos de salud, la respuestas de unos y otros no serán muy diferentes; inclusive nosotros, trabajadores de salud, como usuarios también responderemos cosas semejantes: queremos que se cuide de nuestra vida y se nos permita recuperar nuestra autonomía para nuestro andar cotidiano, y creemos que, para eso, los trabajadores de salud deberían estar más involucrados con nosotros en tanto usuarios que con los procedimientos, que deberían ser más responsables por lo que hacen y deberían tener nombre, esto es, ser personas reales tratando con personas reales.

En fin, sabemos que un modelo de producción del cuidado que actúa con proyectos terapéuticos de este tipo, centrado en los procedimientos médicos, está más atado al ejercicio puntual de la competencia del profesional en la producción del procedimiento especializado que al cuidado en sí de alguien real que vive necesidades que deben ser satisfechas.

Como usuarios de un modelo de este tipo, nos tornamos meros objetos y como profesionales, meros insumos productores de otros insumos. Nos

subordinamos al mundo de las tecnologías duras, empobreciendo nuestro núcleo cuidador. Además, en virtud de la naturaleza sumatoria y de la no integralidad de los actos, nos volvemos responsables de proyectos terapéuticos cada vez más costosos, sin compromisos efectivos con la producción de actos eficaces en salud.

A pesar de no ser el tema de este texto, vale señalar que, hasta ciertos intereses privados de salud, particularmente los del capital financiero, que invierte en este campo para la obtención de enormes lucros, ya iniciaron cambios sustanciales en estos procesos productivos con el fin de cambiar la composición de los proyectos terapéuticos, claro que siempre persiguiendo más el lucro que la transferencia para el usuario y la eficacia de los actos de salud.

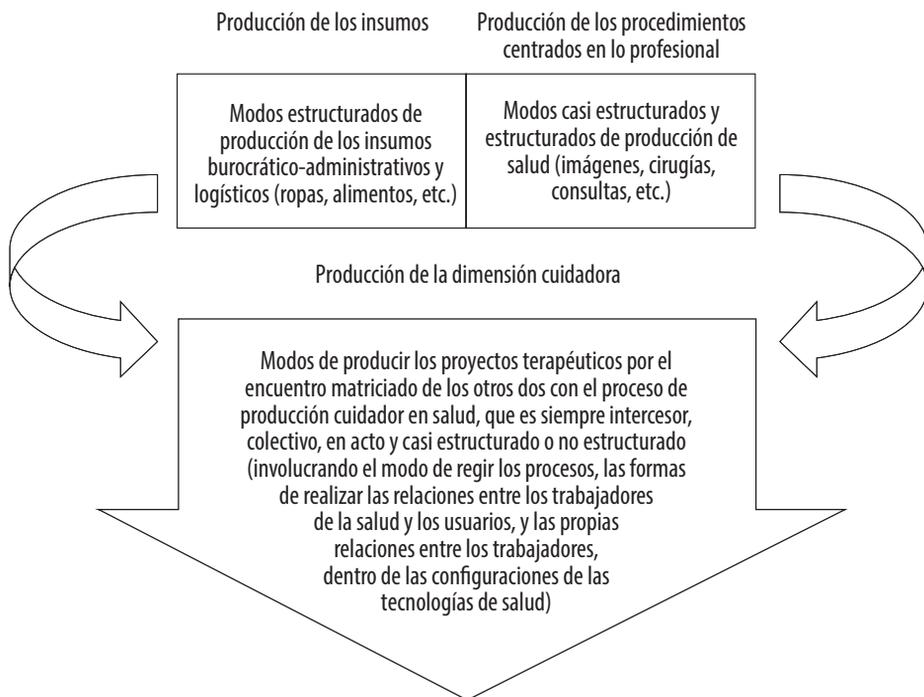
Sin duda, una escuela médica comprometida con un modelo de este tipo o centrado en proyectos terapéuticos fragmentados e *integralizados* por sumatoria no puede aspirar a la formación de un profesional cuidador y responsable que luche por el derecho del paciente y que lo aborde de un modo más *humanizado*, pues una escuela centrada en este modelo forma, invariablemente, médicos *alienados* que están mucho más interesados en sus competencias apenas específicas, sin ser cuidadores, o sea, sin colocar estas competencias especializadas al servicio de un proyecto cuidador e integral que haga un abordaje individual, sin desprestigiar la dimensión colectiva de los problemas de salud y que, en última instancia, esté centrada en el usuario.

Buscar en los años de formación este cambio es el gran desafío actual de las escuelas médicas. Para eso, ellas deben armarse de dispositivos de mudanza que permitan alcanzar el modo en que se componen las competencias de los profesionales médicos para la producción de los proyectos terapéuticos. En este sentido, más adelante procuramos mostrar también gráficamente cómo son los distintos procesos de producción del cuidado y de los proyectos terapéuticos, con el fin de poder imaginar locus de acciones transformadoras en busca de un nuevo médico.

Representación gráfica de los procesos productivos implicados en los distintos proyectos terapéuticos

La articulación entre estas distintas líneas productivas desemboca en la producción del cuidado en salud, que tendrá diferentes *caras* conforme al modelo de atención que exprese. Cada línea productiva, por su propia naturaleza, exige herramientas gerenciales propias, por ejemplo, los procesos estructurados pueden ser bien administrados con tecnologías normativas,

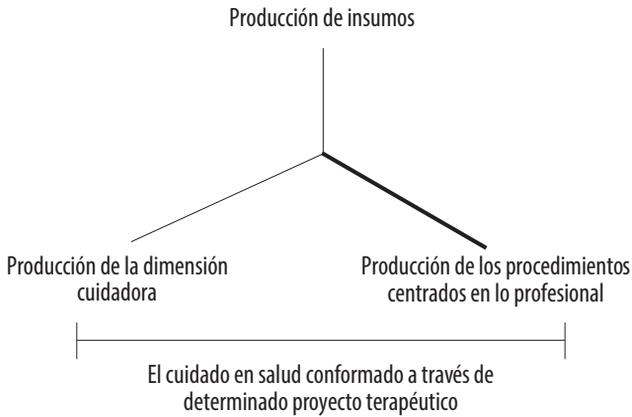
en tanto que los otros tipos de procesos exigen tecnologías más estratégicas, situacionales o institucionales para su dirección.



Con esto, pretendemos un mejor análisis de las competencias necesarias para la producción de proyectos terapéuticos centrados en los usuarios y en las capacidades cuidadoras de los profesionales de salud, a nivel de los varios servicios productores del cuidado.

Para dejar más nítida la composición que pueden adquirir estas distintas líneas productivas, conforme los modelos de atención existentes, utilizaremos otra manera de representar estos procesos productivos. En el siguiente esquema, por ejemplo, buscamos mostrar cómo se articulan en los procesos centrados en los procedimientos o en los usuarios.

Composición de los proyectos centrados en procedimientos



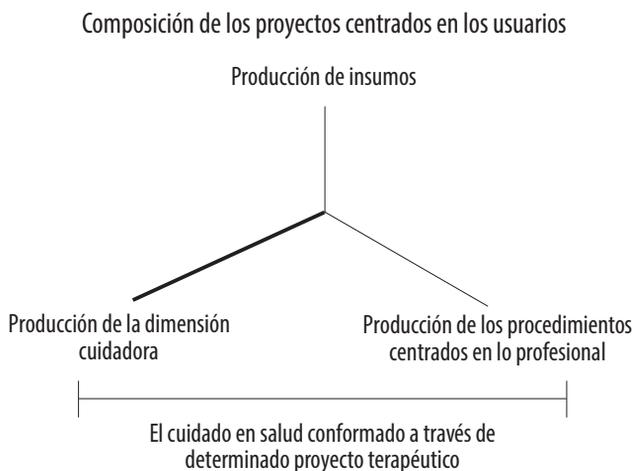
Con este esquema estamos representando el hecho de que, en un modelo de este tipo, la línea productiva clave es la que está comprometida con la producción de procedimientos centrados en lo profesional, que para realizarse consumen principalmente insumos burocráticos administrativos y logísticos propios de la salud.

Sin embargo, si observamos el modo en que este esquema está gobernado, veremos que imperan de modo estratégico las acciones sobre los procesos casi-estructurados, definidos tanto por las lógicas que permiten ordenar el poder en la organización a partir de los profesionales médicos como por aquellas necesarias para garantizar, con las tecnologías centradas en la competencia de este profesional, la producción de los procedimientos centrados en el médico.

No obstante, debemos imaginar que se puede producir un proyecto terapéutico cuidador, centrado en un único profesional. Esto no implicaría necesariamente tener un equipo multiprofesional para producirlo, aunque este proyecto, que sería más amplio que el fragmentado, también tendría un déficit en su capacidad de resolución.

En esta situación de cuidados de salud centrados en los usuarios, debemos imaginar cómo debe ser gobernado este modelo. Nos parece que aumentan las exigencias de operar tecnologías estratégicas y situacionales, pues está la necesidad de gobernar procesos de naturalezas muy distintas, como por ejemplo los definidos por las prácticas de salud centradas en el trabajo vivo en acto, que operan básicamente el territorio de tecnologías blandas —necesarias para conformar las acciones cuidadoras e intercesoras en salud—, las prácticas multiprofesionales que componen el cuidado más integral y que se

sustentan en procesos a veces muy distintos y hasta tensos entre sí, las prácticas de disputas por el poder y por proyectos que toda organización compleja comporta, entre otras.



Procurando mejorar la comprensión de las competencias necesarias para quien apueste al cambio

Reflexionemos sobre la apuesta de construir otro proyecto terapéutico para la escuela médica y cómo eso puede promover —y agitar— el conjunto de los procesos de enseñanza-aprendizaje, al mismo tiempo que permita operar en el terreno que define la competencia del ejercicio profesional del médico, tornándolo un profesional cuidador, comprometido con la defensa de la vida del usuario.

Para que esto se vuelva foco de acciones concretas, es necesario comprender cómo en cierto modelo y, por lo tanto, en cierto modo de producir el proyecto terapéutico, los territorios claves que permiten operar estos terrenos son los que están definidos en el campo de las micropolíticas de los procesos de trabajo en salud y de los modos de gobernar, y en los de moldados organizacionales para instituirlos como modelos de acción en salud, que se procesan igualmente en sus propios modos de gobernar relaciones institucionales, esto es, en territorios.



En el primer territorio, dirigimos la atención a la identidad del campo de prácticas de salud como un territorio de técnicas productoras del cuidado en salud que, en las sociedades contemporáneas, aparece predominantemente bajo la forma de la medicina y de la salud pública.

En el segundo territorio, llamamos la atención sobre las distintas lógicas micropolíticas e institucionales, articuladas por los modos de producir actos de salud, de organizar estructuras burocrático-administrativas y de representar el riesgo y las enfermedades.

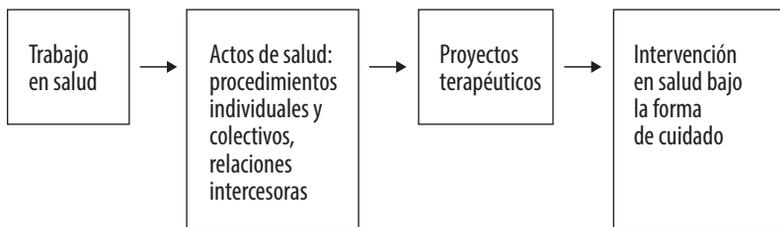
En el tercer territorio, orientamos la atención hacia un diseño predominante adquirido por estas lógicas. Estas marcan un mapa bien definido, como un determinado modelo de producir el cuidado en salud, en el cual se definen los propios perfiles profesionales.

Después de esta diagramación, detallemos las cuestiones viendo de qué manera los proyectos terapéuticos y los cuidados se conforman y expresan en modelos concretos de atención a la salud. Ya habíamos definido que la misión de cualquier organización de salud es perseguir, de una forma o de otra, la producción del cuidado. Ahora estamos ampliando: este proceso pasa por la conformación de proyectos terapéuticos implicados en el modo en que las prácticas técnicas en salud están orientadas como una cierta configuración

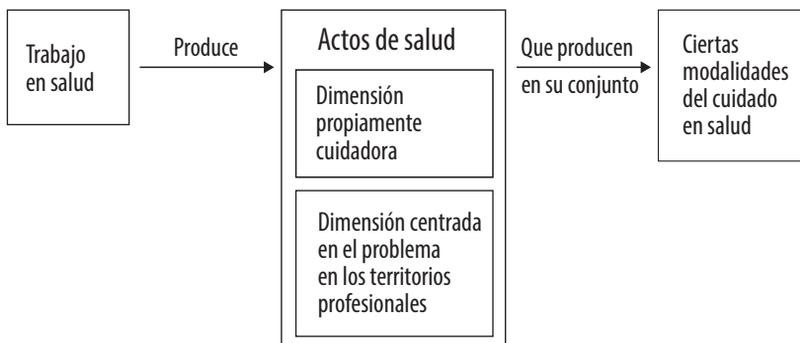
asistencial. En los gráficos siguientes, intentaremos expresar estas dimensiones utilizando algunos cuadros ya conocidos.

En el primero, la idea básica para trabajar es la de que los proyectos terapéuticos hacen la mediación entre la producción de los actos de salud y la conformación del cuidado, además de posibilitar la comprensión de que, conforme al modelo de atención de la salud, se pueden producir, en tanto resultados centrales de las prácticas, cuidados mucho más comprometidos con la producción de procedimientos (médicos, sanitarios, entre otros), expresados siempre en la conformación de proyectos terapéuticos fragmentados, sustrato que media entre esta forma de producir actos de salud y la configuración de un cuidado centrado en los procedimientos médicos.

En la vivencia de la mayoría, se encuentran mucho más acumulados los procesos cuidadores en salud que descuidan y que están más centrados en los profesionales que en los usuarios. Sin embargo, no dejan de ser prácticas técnicas que recortan el mundo de las necesidades de los usuarios y que necesitan ser, de alguna manera, eficaces, ya que si no perderían su sentido de tecnología en salud.



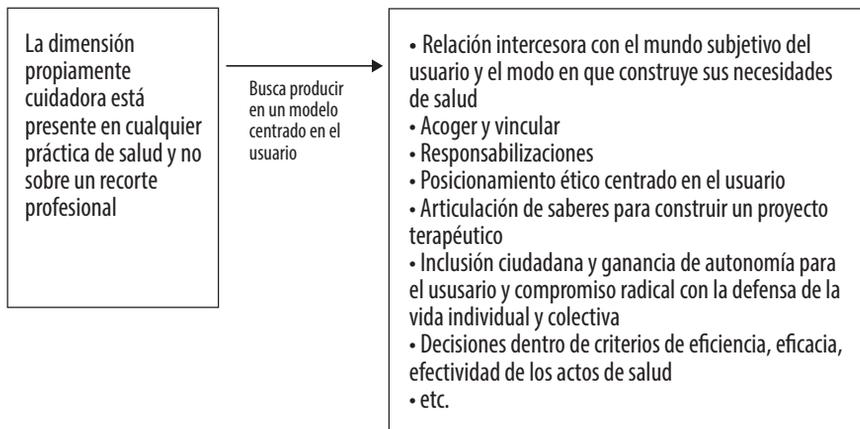
En el siguiente gráfico, la idea es mostrar que cuando se producen los actos de salud se actúa por lo menos en dos dimensiones: una centrada en el cuidado y otra centrada en lo profesional.



Las dimensiones *cuidadora* y *profesional específica* son territorios de prácticas técnicas que se componen en cualquier producción de actos de salud y que se van definiendo conforme con el modelo de atención —con ciertos empobrecimientos o enriquecimientos—, en tanto campos de saberes tecnológicos y prácticas técnicas. Se define, inclusive, como el predominio de uno sobre otro, por lo que en ciertos modelos la dimensión propiamente cuidadora puede estar anulada.

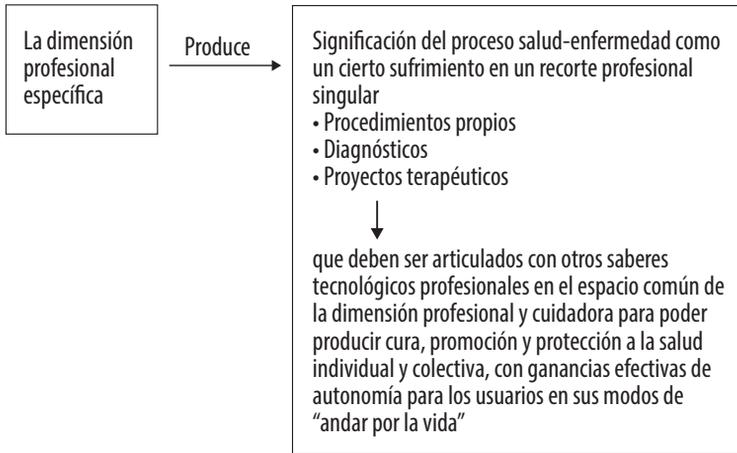
Todos los recortes de las necesidades de salud, por ejemplo, el sentido de ciertos modelos de atención, presentan una tensión entre la dimensión propiamente cuidadora y la profesional en cualquier tipo de trabajador de salud y no solo de los reconocidos como tales.

En este momento, sería interesante imaginarnos lo que compone, propiamente, a estas dimensiones y, para eso, haremos una reflexión tomando como parámetro la producción idealizada, de un cuidado centrado en el usuario y comprometido con la defensa radical de la vida —individual y colectiva— en salud. En esta situación, podemos describir algunas características que forman parte de la dimensión cuidadora.



Para lograr la producción buscada en la dimensión propiamente cuidadora, se debe contar con una caja de herramientas de saberes tecnológicos y de modos de actuar en salud. Esta caja de herramientas debe estar compuesta, centralmente, por las tecnologías blandas y por la dimensión relacional de la clínica, y debe formar parte de la competencia de cualquier profesional de salud (no solo de los médicos) para posibilitarles, ante todo, ser cuidadores.

Para que la formación de un médico o de cualquier otro profesional de la salud sea la de un cuidador, las escuelas médicas deben inscribir en sus prácticas los saberes tecnológicos y las técnicas, que componen la dimensión propiamente cuidadora. Sobre esta base debe operar la construcción de un profesional específico, de acuerdo con su núcleo específico centrado en lo profesional. Las características de la dimensión centrada en lo profesional serían las que se muestran en el gráfico:



La caja de herramientas de una profesión está principalmente signada por la combinación entre los territorios de las tecnologías blandas-duras, como la propedéutica médica, la clínica y la epidemiología, articuladas con las duras, por ejemplo, el conjunto de las tecnologías armadas, que se suma a la caja de herramientas cuidadora para dar el perfil del ejercicio concreto.



Apéndice 3

En la salud, todos los actores en situación disputan la gestión y la producción del cuidado¹

Quien gobierna... ¿gobierna qué?² Algunas reflexiones sobre el reordenamiento de los procesos productivos en salud

Esta posibilidad de pensar los modelos organizativos que permiten capturar los procesos de decisión en salud *privatizándolos*, en el sentido de poder pensarlos de un modo más público, sin necesariamente, trocarlos por otra privatización, se convierte en un desafío. Dicha problemática se hace presente en el conjunto de estrategias adoptadas para el *gerenciamiento del cuidado*, inspirado en las diferentes perspectivas neoliberales vinculadas al modelo médico hegemónico y comprometidas con los grandes grupos médicos y, como muy bien describe Campos³, a las propuestas por la atención gerenciada, orgánicamente presa de los intereses de los grandes capitales financieros. Sin embargo,

¹Este apéndice fue elaborado con textos producidos en diferentes momentos. Sin embargo, en las ideas básicas de este libro caben como contribución, aun repitiendo pensamientos ya presentados, por la unidad que se busca entre el debate de la reestructuración productiva bajo la óptica de las tecnologías gubernativas.

²La idea central de este ítem, y del siguiente, es abrir la posibilidad de pensar los actos de la gestión en organizaciones de salud, teniendo como telón de fondo su lugar para imprimir una transición tecnológica en el modo de producir salud, interfiriendo en el proceso de reestructuración productiva. Buena parte de lo que está elaborado se debe a lo que se viene produciendo en los trabajos de los componentes del Laboratorio de Planeamiento y Administración (Lapa) del Área de Planeamiento (Dmps/Unicamp) y del trabajo colectivo con varios compañeros de la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp) en el proyecto Escuela de Gobierno, realizado durante la década de 1990.

³Ver, en particular, el capítulo 2 del libro *Reforma da reforma: Repensando a saúde*, de Campos (1992).

solo puede ser resuelta bajo la perspectiva de una *publicización privatizante*, subordinada a los intereses de la propia lógica del capital, que es la que predomina en el sector.

Aunque mirando el camino recorrido por el grupo *capital centrado en lo financiero* para promover una transición tecnológica y desarrollar su proyecto, disputándolo con los fuertes grupos médicos, se puede verificar que las estrategias adoptadas por la atención gerenciada parten de la posibilidad de crear una poderosa caja de herramientas para la gestión de los procesos productivos que consiga imprimir un cambio direccional en la relación entre el núcleo tecnológico del trabajo vivo en acto y los otros núcleos articulados a las tecnologías duras y blandas-duras, de modo que altere la propia configuración tecnológica de los procesos de trabajo.

En esta dirección, considero oportuno y necesario exponer en la discusión el conjunto de los trabajos que he producido en ese camino y que ha permitido pensar el tema de la caja de herramientas de los actores en situación de gobierno en la salud, con el fin de que se pueda enfrentar tal recorrido diseñado por el capital financiero y pensarlo en una perspectiva antihegemónica a los proyectos articulados por el capital en el sector salud.

La forma de avanzar en esta propuesta exige, ante todo, la percepción de las cuestiones que son puestas y nacen, exactamente, en lo que este proceso bajo una cierta mirada analítica y crítica pueda permitir. Así, como el aprendizaje de investigación realizado en torno a la atención gerenciada y los análisis hasta aquí elaborados, formulo las siguientes cuestiones sobre la construcción de las cajas de herramientas, eje para la reflexión que toma como objeto el tema del desarrollo de una capacidad de gobierno para aquellos que se posicionan en la arena de lucha, donde las políticas de salud y los modelos tecnoasistenciales se concretan. Tal es el caso de los microprocesos que conforman los modos de producir los actos de salud.

- ¿Será que la construcción de servicios cada vez más autónomos y de calidad necesita efectivamente de la producción de un escenario competitivo regulado por la lógica de mercado? ¿Será este el camino para aliar control de costos con calidad de acciones en salud? ¿Cómo entender los costos en una producción centrada en la ciudadanía, más allá de los límites de un cálculo económico dirigido por el mercado, es decir, en las producciones en las cuales la salud es un bien de uso y genera problemas que van más allá de los que el mercado consigue incorporar y de sus lógicas centrales de constitución?

- ¿Será posible superar el actual paradigma clínico de intervención médica por otro centrado en el usuario, modelado en un proceso de trabajo que reconozca la práctica clínica de los otros trabajadores de salud?
- ¿Será que solo los médicos son portadores de autonomía en el trabajo en salud? ¿Qué sucede con las prácticas clínicas de los otros profesionales del sector?
- ¿Será posible calificar las acciones de salud controlándolas administrativamente? ¿Cómo y quién haría eso? ¿Cuál sería la estrategia para controlar los costos de las acciones más productiva en un escenario de competencia: la de la centralización administrativa, la de la construcción de un pacto entre productores o un fuerte poder regulador y financiero del Estado, u otros formatos de los procesos de trabajo que se orienten por el conjunto de las prácticas clínicas y epidemiológicas de los equipos de salud y por la construcción de un modelo de acción en salud pautado en la responsabilidad y el compromiso de los equipos de salud en producir resultados centrados en los usuarios, que impliquen ventajas efectivas en los grados de autonomía de su modo de *andar por la vida*?
- ¿Es posible, en Brasil, hablar de cualquier movimiento de reforma en la salud que no considere la realidad de la construcción del Sistema Único de Salud, desde la Constitución de 1988? ¿Qué acarrea esto para la cuestión de la reforma del sector salud?
- ¿Es posible usar la caja de herramientas de la atención gerenciada con otras intenciones? O sea, ¿será posible *desencarnar* de la lógica de intereses de las aseguradoras privadas y adoptar la caja de herramientas de las propuestas de la atención gerenciada para alcanzar mayor racionalidad en el ítem de costo-beneficio de los servicios de salud, es decir, podremos adoptar partes de la receta de la atención gerenciada para organizar un sistema que no esté montado para las aseguradoras sino para los usuarios, desde una amplia visión de la salud y de la ciudadanía social?

Las partes que vienen a continuación procuran contribuir al camino reflexivo propuesto para estas cuestiones. Por eso, los ítems en pauta serán las cajas de herramientas y las características de los procesos de gestión en la salud. En la conclusión del trabajo, el foco estará puesto en el *acto de cuidar*⁴ como posibilidad de pensar alternativas antihegemónicas para la transición tecnológica capitaneada por el capital financiero.

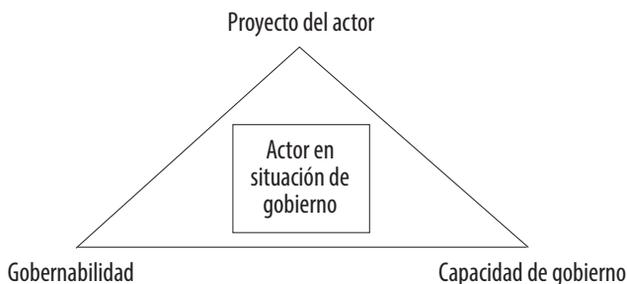
⁴En “Apéndice 1”, presento un texto que produce en esa dirección.

Quien gobierna... ¿gobierna qué?

Para iniciar esta reflexión, busco ayuda en Carlos Matus (1992) que, en su libro *Política, planificación y gobierno*, nos da pie para pensar sobre la cuestión que expresa el título de este capítulo y, además, sugiere qué categorías tener en cuenta para entender las acciones de los actores en situación de gobierno.

Para comenzar, explica que todos planean —gobiernan— en una organización y, para eso, distingue los que gobiernan con *G* de los que gobiernan con *g*. En este sentido, expresa que hay *agentes de la organización* que están en posiciones de alta dirección (*G*) —incluso de un modo formal y funcional— y hay otros *agentes* que ocupan todos los otros espacios de acción en la organización y que también gobiernan (*g*). Las nociones *G* y *g* deben ser consideradas como relativas dentro de la organización, pues si el recorte es una institución hipercompleja, como la Secretaría Municipal de Salud, los secretarios serán *G*, pero, si se mira la máquina estatal como un todo, serán *g*.

Matus sostiene, también, que la verdadera organización está inscrita en el conjunto de las acciones gubernamentales que todos realizan en el día a día. Por eso, afirma que *planea quien hace* y no quien dice que planea o quien tiene un cargo para ello. Sin embargo, ¿cómo distinguir con precisión los diferentes niveles de gobierno? ¿Cómo pensar las herramientas que necesitan los que son *G* para implementar sus acciones de gobierno? ¿Cómo trabajar en ambientes organizacionales en los que todos tienen sus cajas de herramientas y, de modo particular, en el caso de la salud, en el cual los grados de autonomía son amplios desde el punto de vista de la acción cotidiana de sus trabajadores en la gestión de los procesos productivos? ¿Cómo tomar como parte de ese proceso al conjunto de las cajas de herramientas de todos esos gobernantes? Para ayudar a esta reflexión, utilizo una herramienta conceptual producida por Matus, que permite mejorar la comprensión de este tema: el concepto de *triángulo de gobierno*.



Basado en la producción contenida en el libro ya citado, se puede resumir lo que Matus dice al utilizar como eje de su reflexión al triángulo de gobierno.

- Todo actor en situación de gobierno es un actor colectivo, aunque esté representado por una sola persona.
- Ese actor siempre actúa apuntando en una dirección orientada por su proyecto. Aunque este no esté escrito o totalmente explícito, sus acciones siempre tienen un sentido direccional.
- En el escenario, ese proyecto no es la apuesta de todos, sino de algunos actores.
- Todo actor en situación de gobierno se enfrenta a otros actores que también gobiernan y disputan con él, con los recursos con que cuentan, el sentido direccional del proceso.
- Cada proyecto en disputa necesita contar con ciertos recursos para su efectividad. Sin embargo, el actor no los controla y divide con los otros su gobernabilidad, contrabalanceando los recursos que controla y no controla con los otros actores interesados en el proceso que controlan para la realización de su proyecto.
- Aun teniendo un proyecto y razonable gobernabilidad, los actores en situación de gobierno precisan saber gobernar y tener herramientas para eso, lo que constituye su capacidad de gobernar.
- En cada nivel de gobierno en que el actor se ubica, está la necesidad de una caja de herramientas adecuada para su proyecto y gobernabilidad.
- Cuando un actor *juega bien* en el escenario puede ganar gobernabilidad y, con eso, mejorar su posición en la implementación de su proyecto.

En estas nociones, la idea de *recursos* no debe ser restrictiva, pues recurso es todo lo necesario para componer el éxito de la apuesta del actor: dinero, conocimiento, organización, trabajadores, comunicación, entre otros. Del mismo modo, la composición de una *caja de herramientas* para gobernar debe ser también lo más ecléctica posible y contener, esencialmente, los saberes y los procedimientos acerca de cómo se deben hacer las cosas, lo que remite a la comprensión del propio *saber hacer* como una tecnología vital para el actuar gubernamental que se presente como núcleos de tecnologías blandas y blandas-duras para el campo de la acción gestora.

Es importante estar atentos al hecho de que, en todo escenario de gobierno, los actores sociales que comparten la situación también saben gobernar, es decir, también tienen saberes que les permiten un actuar gubernamental, sea como actores en situación de G o g. Vale recordar que los G son los que se encuentran, por lo menos, teóricamente, en situación de mayor

governabilidad general en cuanto al proyecto en que la organización está comprometida en el momento, pues son los actores de la organización con más control sobre los recursos formales, los que cuenta la organización para existir, aunque eso no sea suficiente para asegurarles el control sobre el conjunto de las acciones que ocurren en el espacio organizacional.

A partir de todas estas afirmaciones, surge una reflexión necesaria: lo que un gestor gobierna es directamente dependiente de la situación en la que se encuentra y del nivel de gobierno que ocupa, del proyecto que aporta, de los otros que disputan con él y de los recursos que puede utilizar en sus acciones⁵. Así, este conjunto tendrá influencia vital sobre la composición de la propia caja de herramientas del gestor.

En el caso de un gestor en salud, la primera cuestión que debe abordar es cómo comprender el estado situacional básico en el que se encuentra. Eso implica determinar cuál es el marcador del territorio de la salud y cuáles son las composiciones de sus apuestas. Y ahí, entonces, pensar: ¿qué es lo que gobierna un gestor en este estado situacional?

De un modo bien general, entiendo que un gestor en salud debe tener la capacidad de gobernar distintas relaciones de naturaleza social:

- Relaciones políticas entre diferentes sujetos sociales interesados en el escenario de la salud, marcadas por el terreno de las relaciones entre el Estado y la sociedad en la formación de las políticas sociales, que ponen parte de ellos también como formuladores de proyectos para este campo de prácticas sociales⁶.
- Relaciones organizacionales entre diferentes sujetos colectivos que gobiernan el día a día de los servicios de salud, disputando con sus autogobiernos (g) el camino de la alta dirección (G).
- Relaciones productivas que implican la conformación de ciertas modalidades del cuidado en salud.
- Relaciones entre los productores y los beneficiarios de los actos de salud.

En esta línea, se puede decir que, a nivel de los establecimientos, la caja de herramientas de los gestores de salud debe contener tecnologías que permitan

⁵Hay un marcador común a todos los que se encuentran en el terreno de los establecimientos de salud que es el hecho de que esos son lugares de producción del cuidado. Eso marca, *a priori*, a todos los que actúan en el sector. Por tanto, sus acciones serán siempre pautadas, de una u otra forma, por territorios tecnológicos bien definidos, los implicados con el producto *acto de cuidar en salud*.

⁶Este tema es tratado de modo bien específico en mi tesis de doctorado (Merhy, 1992).

su acción en el terreno de la política, de las prácticas institucionales y de los procesos de trabajo.

Vuelvo a recordar que, en salud, gobierna desde el portero de una unidad de salud cualquiera, pasando por todos los profesionales de salud más específicos, hasta el dirigente máximo de un establecimiento. Dígase de paso que esta marca bien típica de la salud se ha constituido en una de las paradojas para las acciones de gobierno: la necesidad de que la obtención de calidad de su producto (el cuidado en salud) sea dependiente del ejercicio más autónomo de sus trabajadores, individuales y en equipo, al mismo tiempo que ese ejercicio facilita una privatización de los procesos decisorios y de los intereses en juego.

Tales ideas orientan el próximo texto, en el cual se tratan estas cuestiones, teniendo como eje pensar un camino alternativo a los modelos de estructuración productiva que el capital viene imprimiendo, en particular, a la transición tecnológica que el capital financiero impone con su proyecto de gestión del cuidado centrado en el capital, mediante la atención gerenciada.

El acto de gobernar las tensiones constitutivas del actuar en salud: desafío permanente de algunas estrategias gerenciales⁷

En el siglo XX, la construcción de la salud pública fue marcada por la creciente presencia de la articulación entre saberes que se echan de bruces sobre el *fenómeno colectivo* de la salud y de la enfermedad, y los que se orientan hacia el terreno de la organización y administración de las acciones de salud. En el comienzo del siglo, ganaron notoriedad las denominadas *escuelas clásicas*, que fueron adoptadas como paradigmas para pensar la administración pública. El *fayolismo* permitió construir un discurso sobre el cientificismo de la acción administrativa en la organización de los servicios de salud y el taylorismo animó a los que buscaban la construcción de las prácticas sanitarias (Mascañas, 1948; Merhy, 1987, 1997b).

Con la incorporación de la asistencia individual y la expansión de la acción estatal en bienestar social —vvida ampliamente después de la Segunda Guerra Mundial—, asociadas al creciente interés del capital en el sector prestador de servicios de salud, la expansión de la red de servicios de salud amplió la presencia de las intervenciones en el terreno de la administración. Las tecnoburocracias estatales y las del capital se vieron frente a

⁷Este texto fue publicado en Merhy (1999b).

la necesidad de construir competencias en los terrenos de la organización y la administración de las redes de servicios de salud como un todo. El tema de la salud invadió varios campos disciplinarios y especialmente el de la economía (Braga & Goes, 1981).

La consolidación efectiva del sector salud, en tanto uno de los principales campos de acción del Estado y del capital, fue creando nuevas necesidades para el desarrollo genérico y especializado de las tecnologías de gestión en salud. Administrar o gobernar los procesos políticos implicados con la formulación y decisión sobre los caminos a adoptar, y los procesos de producción de actos de salud se tornaron necesidades imperativas para ordenar las mejores *máquinas organizacionales*. Fuera por la óptica universalista y ciudadana de un proyecto socialdemócrata o bien por la perspectiva mercantil y lucrativa de la visión del capital, todos, a su modo, exigían mayor y mejor competencia en ese nuevo territorio.

Los paradigmas de la escuela clásica de la administración (Chiavenato, 1983), que siempre vivieron ciertas dificultades en el plano de la eficacia operacional en el terreno de la salud, se mostraron aún más insuficientes. Se plantearon así nuevos problemas y se exigieron nuevos rumbos.

Con cierta importancia, la agenda de los gestores en salud se ve ocupada por un debate sobre los nuevos paradigmas gerenciales a utilizar en el sector. Es importante mencionar que en estos últimos años se destacó el impacto de ese largo proceso sobre el surgimiento de nuevos paradigmas gerenciales en salud, que están atados de forma singular al propio terreno productivo de las acciones de salud (Gallo, 1985) en las décadas de 1980 y 1990,

Todos esos procesos de búsqueda dialogan con un terreno similar: la naturaleza de las especificidades del campo de la salud, sus impactos en el ámbito de los procesos organizacionales, sus modos de generar políticas y procesos productores de actos de salud, diseñando los modelos de atención.

En esta temática, uno de los grandes desafíos señalado por los autores brasileños (Campos, 1992; Rivera, 1989; Mendes, 1993; Cecilio, 1994) se refiere a la posibilidad de actuar en un terreno de políticas y organizaciones fuertemente instituidas por fuerzas políticas hegemónicas muy bien estructuradas histórica y socialmente, como en el caso de los modelos médicos y sanitarios de intervención en salud, aunque la base de tensión sobre la que se asientan permite ambicionar la explotación de territorios de potencias singulares en ese campo de prácticas sociales de la salud, que dispara la producción de nuevos locus de poderes instituyentes (Lourau, 1995; Guattari, 1992), y que tornan a las organizaciones de salud en lugares de incerteza e inestabilidad permanentes que posibilitan la construcción de múltiples proyectos tecnoasistenciales.

Al trabajar la temática de la micropolítica del trabajo vivo en salud (Merhy, 1997a), en concomitancia con aquellos autores, emerge la posibilidad de pensar ese tema con mayor frecuencia, abriendo posibilidades sobre la gestión del cotidiano en salud, terreno de la producción y cristalización de los modelos de atención en salud a los procesos de cambio que permitan instituir nuevas articulaciones en los modos de hacer salud, al configurar nuevos espacios de acción y nuevos sujetos colectivos, bases para orientar el sentido de las acciones de salud hacia el campo de las necesidades de los usuarios finales.

Pensar sobre esta *liga* o pliegue entre lo instituido, lugar de poderes territoriales, y los procesos instituyentes disparados a partir de esos *loci* de potencias es lo que busca esta reflexión sobre la gestión en salud, principalmente considerando que cualquier perspectiva de cambio está calcada en alta concentración de poder para movilizar un sector instituido muy bien estructurado y, por eso, de alto poder conservador, o está calcada en estrategias que explotan las tensiones-potencias para generar nuevos diseños territoriales (Guattari, 1990) y un nuevo sentido direccional en el actuar en salud.

El actuar en salud es siempre tenso y su alma es la producción del cuidado individual o colectivo

En otros textos (1998a), ya había explorado la noción de que la gran cuestión para los trabajos en salud no es en cuanto a sus finalidades, que incuestionablemente son tanto la de promover y proteger la salud individual y colectiva como la de curar, sino el modo de conseguir esto, considerando que, en última instancia, lo que el trabajo en salud produce es un cierto modo de cuidar que podrá o no ser curador o promotor de la salud, por ejemplo.

Puede decirse que, para producir cuidado, todo proceso de trabajo en salud primero tiene que producir actos de salud y que esta relación, en sí, es tensa. Producir un procedimiento es producir un acto de salud, pero eso puede ser hecho dentro de un cierto modo de cuidar, que no sea necesariamente *cuidador*.

Frente a la compleja configuración tecnológica del trabajo en salud, se defiende la noción de que solo una conformación adecuada de la relación entre los tres tipos de tecnología (la blanda, la blanda-dura y la dura) puede producir calidad en el sistema, expresada en resultados como: máxima defensa de la vida del usuario (individual o colectivo), mayor control de los riesgos de enfermar o agravar los problemas y el desarrollo de acciones que permitan la producción de un mayor grado de autonomía de la relación del usuario en su modo de estar en el mundo.

Se dice aquí que los procesos de producción del cuidado, centralmente, procesos intercesores (Merhy, 1997b), entre varias dimensiones de las prácticas de salud, exponen las tensiones entre el cuidado centrado en los procedimientos o en los usuarios, entre un actuar privado y un actuar público —inscrito en el modo de operar el trabajo vivo en acto en relaciones intercesoras— y entre las disputas permanentes de distintas intenciones en torno a lo que es el objeto y el sentido de las acciones de salud.

Para quien desee explorar las tensiones-potencias constitutivas del campo de la salud a fin de desarrollar nuevos poderes que puedan demarcar una dirección para el modelo de atención centrada en las necesidades de los usuarios, no hay manera, dentro del campo de la gestión, de ignorar el desafío de participar en:

- 1) Producir el cuidado en salud, centrado en el usuario —que moviliza estratégicamente el territorio de las tecnologías blandas y blandas-duras—, sin descartar la utilización de los procesos de producción de procedimientos movilizados de tecnologías duras y blandas-duras y, en general, centrados en lo profesional.
- 2) Producir el cuidado en salud que está siempre inscripto en una dimensión pública de juegos de intereses y representaciones, sin eliminar el ejercicio privado de las producciones intercesoras, base de constitución de cualquier acto de salud, pero tomando el territorio particular del usuario como eje de *publicización* de los otros.
- 3) Actuar en ambientes organizacionales asentados en muchos grupos de intereses, pactando el del usuario como el de todos, en modos colectivos de expresión de las varias intencionalidades. Sin una respuesta directa y que pueda tener una cierta pretensión de receta para las acciones necesarias o posibles, en este texto se busca aprender más detalladamente sobre esas situaciones en el fabricar cotidiano de los modelos de atención a la salud a nivel de los servicios, explorando sus tensiones constitutivas.

La gestión del cotidiano en salud: las tensiones constitutivas de su actuar y sus presencias en el día a día del fabricar las prácticas

Se puede decir, muy esquemáticamente, que todo el conjunto de las acciones de salud opera en un terreno de base de tensión, constituido, por lo menos, por tres campos:

- 1) El primero, marcado por el hecho de que el territorio de las prácticas de salud es un espacio de disputa y de constitución de políticas, cuya característica es la multiplicidad, diseñado por la acción de distintos sujetos colectivos que, conforme sus intereses y capacidades de actuar, se unen o confrontan en la tentativa de afirmar

o imponer una cierta conformación de un *bien social* (la salud) como objeto de acción intencional de políticas —por tanto, como una cuestión social— que adquiera sentido como parte del universo de valores de uso (Campos, 1991b ; Braga, 1981) y, como tal, aparezca como base para representar de modo universal el mundo de las necesidades de los otros en el plano colectivo e individual. En este espacio de acción de sujetos sociales que actúan para producir una cierta conformación de las necesidades como foco de políticas de salud, la multiplicidad de los actores envueltos ha mostrado la imposibilidad de tener en las políticas instituidas un alcance del conjunto de los intereses constitutivos del sector salud, a no ser por pacto social, expresado de las formas más distintas: por mecanismos más amplios de compromiso y negociación o hasta por prácticas más compulsivas y excluyentes. Tomar el foco de los usuarios de los servicios de salud, de ciertos trabajadores y de los gobernantes y su tecnoburocracia compone una base de tensión orgánica del juego de intereses que da un sentido direccional a las políticas de salud y que estará siempre presente como un interrogador, en potencia, de los arreglos instituidos para operar en la cotidianeidad de las prácticas.

- 2) Otro campo de constitución de la lógica tensional de actuar en salud está delimitado por el hecho de que hegemonícamente la producción de actos de salud es un terreno del trabajo vivo en acto, que consume trabajo muerto y que busca la producción del cuidado (Merhy, 1998a). La micropolítica de este proceso productivo, trabajo vivo dependiente y centrado, le da características distintas en relación con otras configuraciones del acto de producir y cuya marca central es la de ser entendido como un proceso de producción siempre a operar con alto grado de imprecisión y marcado por la acción territorial de los actores en el acto intercesor del actuar en salud (Merhy, 1997c). Esa centralidad del trabajo vivo en el interior de los procesos de trabajo en salud lo define como un espacio abierto para la exploración de las potencias inscritas en él para la acción de dispositivos que puedan funcionar como agentes disparadores de nuevas subjetivaciones, que conforman las representaciones de la salud como bien social y de nuevos modos de actuar en salud que busquen articulaciones distintas de lo público y de lo privado presentes en él (Franco, Silva & Merhy, 1999; Malta, 1998).
- 3) Por último, el mundo de las propias organizaciones de salud se forma como un territorio tensional en sí, pues se constituye en un espacio de intervención de sujetos colectivos, inscriptos a partir de sus capacidades de autogobernarse, que disputan el andar del día a día con las normas y reglas instituidas para el control organizacional. En el terreno de la salud, la condición de que en cualquier organización productiva el autogobierno de los trabajadores se constituye en su esencia está elevada a muchas potencias. Esto es muy perceptible en los servicios, a partir del hecho de que todos pueden ejercer sus modos de comprender los intereses en juego y dar sentido a sus actuaciones. La polarización entre autonomía y control es, sin duda, un lugar de tensión y, por tanto, de potencia, por lo que se constituye en un problema para las intervenciones que ambicionan gobernar la producción de un cierto modelo teo-noasistencial. Maneras efectivas de diseñar modelos de atención.

Operar sobre las tensiones-potencias en la posibilidad de construir nuevos territorios de poder en la salud

Desde el punto de vista del campo de acción en el cotidiano de los procesos concretos vividos en los servicios de salud —focos de atención especial para los procesos de gestión del cambio—, se muestran aquí tres *efectos* que se expresan en el día a día de los servicios, consecuencias de aquellos campos tensados y que deben ser *mirados* como lugares estratégicos, objetivos para operaciones-dispositivos, que pueden disparar potencias vitales en dirección a nuevos procesos de producción de salud, lugares para desafiar a los paradigmas y a las herramientas que han aprovisionado los gestores de salud, y diseñar otras cartografías más allá de las instituidas.

Se indican los *efectos* como vinculados a los procesos de producción del cuidado, que son la base de expresión del núcleo misionario de cualquier servicio de salud. El primer *efecto* es que se reflejan las tensiones constitutivas de las actuaciones en salud y se polarizan entre ser una producción centrada en procedimientos o centrada en el usuario. El segundo *efecto* expresa el mismo terreno tensado y crea polaridad entre el ejercicio privado del acto productor del cuidado de salud y la posibilidad de su captura por procesos más *publicizantes*. Por último, el tercer *efecto* está asentado en la ocupación de las arenas institucionales por múltiples agentes concretos que ponen distintas intenciones en el día a día de los servicios y disputan permanentemente el sentido de la dirección de las acciones de salud.

Los tres *efectos* apuntados marcan los grandes temas contemporáneos de los debates sobre las prácticas de la gestión, tanto para los que buscan articulaciones institucionales que permitan la estabilización de ciertos modelos de atención como para los que apuestan al cambio.

A su modo, en cualquiera de esas direcciones, entre el conservar o cambiar, se busca crear estrategias de acción para, por un lado, impactar los ejercicios privados de los profesionales, tornándolos más controlados y produciendo así servicios más centrados o descentrados de las ópticas corporativas y, por otro lado, actuar sobre las disputas que ocurren cotidianamente, procurando imponer control sobre ellas e imponer los intereses particulares de algunos como si fueran universales.

Uno de los paradigmas gerenciales que viene ocupando cada vez más la agenda del debate entre los varios gestores y dirigentes de servicios de salud, esto es, la atención gerenciada, puede revelar bastante en cuanto a esas cuestiones, particularmente en lo que se refieren a desmontarla óptica asistencial fundamentalmente centrada en la incorporación médica, que apunta hacia otra capital-orientada.

Aprendiendo con la atención gerenciada: de la microdecisión clínica a la microdecisión administrativa y a la gestión cotidiana de los modelos de atención

La atención gerenciada toma como foco básico de su intervención el modo en que el Modelo Médico Hegemónico construye un cierto actuar en salud y explora su base tensada en el cotidiano de los servicios para la construcción de otro modelo de atención. Para eso, busca enfrentar la lógica privada de la producción del cuidado a la salud, asentada en los ejercicios más autónomos que adquiere el trabajo médico en aquel modelo, imponiendo mecanismos gerenciales de captura que lo *publicicen*.

Actúa sobre esos ejercicios privados de los procesos productivos, en particular, en los que están en el medio de la acción médica centrada en el procedimiento, y microcontrola los procesos clínicos decisivos de ese terreno profesional, que se encuentran implicados profundamente con la absorción de tecnologías duras y el creciente costo de las intervenciones en salud. La atención gerenciada adopta varias herramientas de la salud colectiva y explota muy creativamente las tensiones-potencias inscritas en los procesos de producción del cuidado entre sus dimensiones productivas centradas en las tecnologías blandas y duras (Merhy, 1998a).

Actual en cuanto a la investigación, el tema en pauta es muy amplio, lo que da un cierto carácter provisional a algunos análisis que están en boga en torno a él. Sin embargo, a los efectos de lo que se desea tratar en este texto, es posible aprovecharse reflexivamente de lo que se está produciendo.

En primer lugar, vale señalar que la gran confrontación de las estrategias de la atención gerenciada es con los modos de realizar el cuidado del modelo médico-hegemónico. Todos los indicios mapeados sobre las alternativas creadas por la atención gerenciada para cambiar el modelo de atención apuntan para ese eje central de enfrentamiento.

En una actualización reciente sobre la atención gerenciada en América Latina (Iriart, 1998), hay algunas informaciones que sintetizan lo que, bajo la perspectiva de la atención gerenciada, se viene implementando en torno a la gestión del cambio en el cuidado, que sirven para ilustrar con mayor detalle estas cuestiones.

¿Cómo la atención gerenciada gobierna el cambio?

En la búsqueda de alguna manera de producir el cuidado de la salud diferente del centrado en el procedimiento médico y que pueda interesar a los

depositarios del capital financiero del área de la salud, se perciben acciones estratégicas con la finalidad de:

- Crear un escenario de disputa entre los cuatro tipos de sujetos colectivos para modificar los procesos de regulación de los intereses del sector.
- Ofrecer otro imaginario sobre la salud como *bien social*, que apunte a otras modalidades de representación de las necesidades de salud.
- Sustituir los microprocesos decisorios médicos, centrados en procedimientos clínicos, por otros basados en razones económico-administrativas, focalizadas en modificar el modo en que los procesos médicos clínicos incorporan las tecnologías duras a partir del terreno de las tecnologías blandas-duras.

Para dar cuenta de esas perspectivas, que tienen como finalidad desmontar en el día a día las lógicas de los modelos médico-hegemónicos, la atención gerenciada implementa una cantidad significativa de intervenciones bajo la dirección de las aseguradoras de salud, dueñas del capital financiero invertido en el sector. Vale destacar algunas de ellas.

- 1) Una fuerte actuación del sector administrativo que controla los procesos microdecisorios de las prácticas clínicas, lo que indica la necesidad de superar el actual modelo *flexneriano* de práctica médica por la construcción de mecanismos organizacionales que, al controlar la autonomía de la acción clínica, posibilitan la producción de actos de salud con bajo costo.
- 2) La producción de un *paquete de acciones básicas* que apunta a dar mayor eficacia a las intervenciones sobre un cierto *patrón del enfermar* de una determinada población-blanco busca imponer el modo de consumir *actos médicos* más caros, además de empeñarse en tener su nivel de salud más controlado y mantenido.
- 3) La procura de la *focalización* de esas intervenciones en grupos específicos de consumidores, asociada a los mecanismos de copago por el consumo fuera del patrón establecido, que permitiría un control empresarial más efectivo de los costos de las acciones.
- 4) La búsqueda incesante de la prevención del siniestro *enfermedad* como demanda de servicios tecnológicos más especializados por la exclusión de grupos de alto riesgo y de la acción adscripta sobre grupos poblacionales de riesgos controlables o evitables, segmentando explícitamente las intervenciones.
- 5) La constitución de un escenario compuesto por sujetos colectivos, internos, definidores y centrales del sector salud: los financiadores, los administradores, los prestadores y los usuarios, que actúan de modo separado y con lógicas de regulación, unos sobre los otros, que imitan la imagen de la competencia por la *mano invisible del mercado*, a la que apuesta en tanto factor de control de la calidad y de la eficiencia del sistema, particularmente en las figuras de un administrador y de un consumidor inteligente, simbolizados como ejes centrales.
- 6) Frente a estos puntos destacados, se puede afirmar que la atención gerenciada persigue la constitución de un sector salud francamente segmentado por grupos pobla-

cionales específicos, que regulan sus relaciones como consumidores finales de los servicios prestados mediante la presencia de intervenciones económico-financieras, orientadas por administradores de las prestadoras de servicios de salud, financiadas por la captación de las empresas aseguradoras.

A partir de esta descripción, lo que se busca aquí es la percepción de que la atención gerenciada desarrolla un conjunto de *tecnologías* para actuar en el terreno de las tensiones-potencias, constitutivas de las actuaciones en salud, y con eso consigue producir efectivamente un nuevo modelo de atención que disloca el lugar del trabajo médico, subordinándolo a otra lógica, pero sin perder su eficacia en la capacidad de resolver ciertos problemas de salud en el plano individual y en el colectivo.

Aunque el conjunto de esas intervenciones se dé en función de los procesos de obtención del capital financiero invertido en el área de salud, se destaca la producción de nuevas líneas de poder, al partir de la acción sobre ciertos lugares-potencias, constitutivos del territorio del actuar en salud, que operan, en última instancia, en el fabricar cotidiano de los modelos de atención desmontando la lógica centrada en los procedimientos médicos.

En fin...

La existencia efectiva del trabajo vivo en acto como componente orgánico e instituyente permanente del proceso de trabajo en salud, bajo cualquier forma, con una cierta particularidad, *atrae* muchos proyectos de cuño *autonomista* de distintas inspiraciones.

La bibliografía no ha sido extraña a este hecho. Aunque en su mayor parte no lo analice desde el punto de vista que se señala aquí, ni siquiera los relatos de las experiencias vividas en servicios de salud dejan de destacar esta temática, particularmente cuando perciben la importancia de la presencia del autogobierno de los trabajadores de salud en el proceso cotidiano de construcción de los modos de intervención en el interior de los distintos servicios de salud.

La percepción de los conjuntos de las dinámicas gerenciales en un servicio de salud revela que el ejercicio de todos los trabajadores, en su dimensión asistencial, en espacios propios de gestión de su trabajo, se articula con la presencia de espacios colectivos y públicos en los cuales los distintos trabajos se encuentran como ciertas líneas de satisfacción de necesidades, sean de usuarios finales o de intermediarios de la propia

organización. Estas dimensiones revelan que cualquier proceso organizacional de salud que procure operar sobre la dinámica pública y privada es crítico si no se percibe que esta es orgánica al trabajo en salud bajo cualquiera de sus formas y no se reduce solamente a la temática de la lógica del mercado o al mal uso del proceso de trabajo.

En esto, se vuelve un desafío la posibilidad de pensar modelos organizacionales que permitan operar en la privatización de los procesos decisorios en salud, en el sentido de *publicizarlos* sin necesariamente trocar una privatización por otra, sin aprisionarlos exclusivamente bajo el comando de las acciones colectivas sobre las individualidades y sin perder el sentido final del trabajo en salud, que es defender la vida de los usuarios individuales o colectivos a través de la producción del cuidado.

Parece que esas problemáticas se hacen presentes y son mal resueltas en el conjunto de las estrategias adoptadas por la atención gerenciada. En la perspectiva de crear mecanismos organizacionales que controlen los procesos microdecisorios, la atención gerenciada apunta a mecanismos administrativos centrados en una racionalidad instrumental entre medios y fines a partir de una óptica exclusiva del control de costos; aunque hable de un óptimo entre acción y resultado, no hay objetivamente —a no ser la normalización sobre costos de procedimientos— parámetros ampliamente aceptados que establezcan referencias para los administradores de lo que es óptimo (Waitzkin, 1994).

En ese movimiento, en el que un médico, por ejemplo, para indicar una tomografía tendría que tomar un teléfono y comunicarse para recibir el *OK* de un administrador, el proceso privado ocupado por la racionalidad de la medicina tecnológica, centrada en procedimientos, bajo comando de algunos grupos médicos, sería transferido al de algunos burócratas, más afín a la óptica instrumental del modelo de atención, extraña a los procesos cuidadores, solo que gobernada, entonces, ya no por el costo alto sino por el bajo.

Para el modelo del Sistema Único de Salud —denominación que se le da al sistema público-estatal en Brasil—, centrado en el usuario, el nudo crítico de este proceso consiste en cómo tornar pública una dinámica microdecisoria, a tal punto de que los verdaderamente interesados en ella puedan también poner en juego sus razones. Este es un problema que pasa a interesar a todo el conjunto del proceso gerencial y regulador tanto en el plano de la organización como del proceso de trabajo, que pide un cese de la captura del trabajo vivo en acto en el plano de la asistencia y en el plano de la gestión, y contemple así la razón del usuario, aunque él no esté ahí.

¿Y qué razón puede ser esta para estar allí como intención de *publicizar* las microdecisiones? Como una posibilidad, se considera pensar que, en el juego de lo privado y público, en torno a los procesos instituyentes de los diferentes trabajos vivos en acto en el interior del proceso de trabajo en la salud, la dimensión privada de este proceso, bajo la visión del usuario, es que tiene la capacidad de *publicizar* el conjunto de los otros, distintos, procesos privatistas como el de los trabajadores médicos y el de los administradores.

Publicizar, entonces, debe ser la posibilidad de *permeabilizar* los espacios institucionales en el interior de los servicios de salud, para que actúe en ellos la fuerza instituyente del usuario, aunque no esté físicamente allí. En su racionalidad instrumental, al consumir productos del trabajo en salud, los usuarios procuran, por lo menos, ser acogidos en ese proceso al punto de que en su dinámica haya un momento en que puedan ser *escuchados* en sus manifestaciones-necesidades, y que les permita expresar lo que *desean* buscar, al mismo tiempo que posibilite el inicio de un proceso de vinculación o resolución con un conjunto de trabajadores, para que, allí, en acto, se establezca una relación de compromisos y responsabilidades entre saberes (individuales y colectivos), en la búsqueda efectiva de soluciones en torno a la defensa de su vida, que envuelvan actividades de promoción, protección y recuperación, que, en última instancia, alcancen logros mayores de autonomía (Canguilhem, 1971; Campos, 1997).

Esta es una búsqueda propuesta para el conjunto de los aparatos institucionales y para el conjunto de los trabajadores, pero que, de hecho, se realiza en el acto de los procesos intercesores, que se constituyen entre usuarios y trabajadores de salud en procesos inmediatos de atención para la producción de las acciones tanto individuales como colectivas.

Partiendo de esta lógica instrumental de los usuarios de los servicios de salud y admitiendo sus distintas maneras de vincularse a este proceso, se puede percibir que es en el interior del proceso de trabajo en salud que se constituye un modo operativo que interviene en este contexto, modo operativo del tipo de una *tecnología blanda*, la tecnología de las relaciones intertrabajos vivos en acto, que acaba por ser central para la calidad y el costo final de la intervención en salud, pues en él está puesto el proceso de captura del trabajo vivo por ciertos modelos tecnoasistenciales, como el de la medicina centrada en procedimientos.

Tomar los procesos de gestión institucional de ese universo tecnológico propio del trabajo vivo en acto, de modo que permitan someterlo a procesos de evaluación colectiva y colegiadas en los equipos de trabajadores de salud (médicos, enfermeros, gestores, etc.) en el interior de servicios

concretos es poner en debate el conjunto de los procesos que definen la relación costo-calidad de las acciones de salud, teniendo como centro de esa evaluación los beneficios que el trabajo en salud puede permitir para la calificación de la vida y de la sobrevivencia de las personas enfermas o en riesgo de enfermar.

Por lo tanto, las soluciones pregonadas por la atención gerenciada de cambiar el proceso microdecisorio de los médicos por el de los administradores apuntan a los mismos interrogantes desde el punto de vista del sentido del trabajo en salud: ¿es posible *publicizar* el conjunto de los procesos microdecisorios en torno al *interés privado* del usuario, dirigido por la eficacia de las acciones hacia procesos más acogedores, vinculantes, resolutivos y *autonomizadores*?

Al observar aisladamente la dinámica de un servicio, se puede decir que este debe, desde que se encuentra inserto en un sistema regulado por la lógica de la eficacia de la asistencia y centrado en un control público pautado por los intereses del usuario-ciudadano, ordenar su gestión en torno a la búsqueda de una optimización entre recursos disponibles y beneficios, cuya posibilidad operacional se encuentra en un rico universo de técnicas de gestión organizacional.

La atención gerenciada, con sus propuestas de control de costos de las acciones de salud, no permite la búsqueda de una efectiva reforma de las prácticas, por lo que cambia sus referenciales paradigmáticos por términos tecnológicos, que posibilitarían una nueva lógica en la relación costo-calidad (más allá de la simple connotación de la eficacia como *ser eficiente*) que daría viabilidad a nuevas modalidades de trabajo en salud. Esto puede dar cuenta también de la des-hospitalización de la producción de la salud, que altera el patrón de incorporación de tecnología en la producción de la asistencia sin necesariamente tomar como contrapunto la canasta básica de atención primaria en salud versus la atención de alto costo, amarradas a la defensa implacable de la vida individual y colectiva.

En este sentido, los servicios de salud deben apoyarse en procesos gerenciales autogestionados, públicamente avalados a partir de contratos globales, centrados en resultados y en la lógica de los usuarios, dirigidos colegiadamente por el conjunto de sus trabajadores (Cecílio, 1994), articulados a una red de servicios de salud regulada por el estado e implicados con la producción del cuidado de modo centrado en el usuario (Merhy, 1998b).

Sin recetas para el Sistema Único de Salud pero con indicaciones

Cualquier tentativa de receta para la gestión en salud tendrá que enfrentar la tensión constitutiva de ese campo en el terreno de la política y del proceso de trabajo, que conforman la base para el conjunto de las organizaciones de salud donde se opera cotidianamente la producción de los modelos de atención, y también deberá reconocer que la salud es un territorio de prácticas en permanente estructuración, ontológicamente conflictivo, conforme los sujetos colectivos en escena.

En esa búsqueda de gobernar los distintos procesos inscriptos en el campo de la salud, marcados por lo constitutivo de aquellas bases tensadas, los distintos proyectos tienen que utilizar y explorar en sus varias estrategias gerenciales —como lo hace la atención gerenciada— las potencias implicadas en el actuar en salud, procurando instituir nuevas modalidades de políticas y de construcción del cuidado. En tanto, cualquiera sea el arreglo que se imponga, no hay cómo anular el territorio tenso y abierto del *hacer en salud*, no hay cómo no experimentar todo el tiempo la emergencia de nuevos procesos instituyentes que pueden ser la clave para la permanente reforma del propio campo de prácticas, lo que, en sí, constituye desafíos constantes para cualquier paradigma a adoptar. En síntesis, esos desafíos se expresan en los siguientes terrenos:

- En el de los procesos de legitimación de una cierta política, en un campo altamente dividido y disputado.
- En el de los mecanismos de captura de los autogobiernos en las organizaciones que no pueden ser eliminados.
- En el de las prácticas que procuran ordenar la producción de actos de salud, que están siempre centrados en el trabajo vivo en acto.

De este modo, sea en el rastro de la atención gerenciada, sea en el de cualquier otra experiencia de cambio experimentada en el Sistema Único de Salud (Mendes, 1993; Cecílio, 1994), se puede imaginar que los focos de intervención en el día a día del fabricar modelos de atención usuario-centrados están siempre marcados por las cajas de herramientas que aumentan la capacidad de:

- 1) Gobernar arenas institucionales, atravesadas por la multiplicidad de los actores en escena, con compromiso de abrirse a sus expresiones y decisiones.
- 2) *Publicizar* el ejercicio privado del actuar, sin matarlo con procesos organizaciona-

les centrados en las competencias (específicas, profesionales y cuidadoras) de los múltiples trabajadores de salud y en el reconocimiento de la conformación multirreferenciada del campo de la salud, teniendo como eje el ordenamiento a partir del mundo de los intereses de los usuarios, único actor que puede colocar su foco privado para *publicizar* los otros en la constitución de un modelo descentrado de la lógica de los medios.

- 3) Producir logros de autonomía de los usuarios a partir de tuteladas cuidadoras, con configuraciones tecnológicas del actuar en salud que estén comandadas por la centralidad de las tecnologías blandas.
- 4) No abandonar las lógicas administrativas que permitan la construcción de un actuar en salud más eficiente, aunque sin sustituir la racionalidad principal de este actuar —que es la cuidadora— por otra centrada en lo económico, procurando organizar servicios enfocados en los núcleos cuidadores, que optimizan el uso de procedimientos en una lógica centrada en el usuario.
- 5) Operar de modo compartido la gestión cotidiana por problemas, como un dispositivo que explora el mapa cognitivo, el protagonismo del colectivo de trabajadores en situación y sus capacidades de negociar y pactar contratos *públicos*.
- 6) Construir una caja de herramientas para los gestores del cotidiano que contenga la inteligencia ya producida para administrar procesos estructurados y que se abra para la incorporación de cualquier saber que posibilite actuar sobre esos procesos en producción que emergen siempre en flujos de grandes dudas.

Por eso, no es cualquier herramienta de gobierno la que permite actuar en un modelo centrado en el usuario, que busca un nuevo modo de construir el cuidado y de forjar nuevos sujetos en acción, comprometidos radicalmente con la defensa de la vida individual y colectiva dentro de una óptica de derechos sociales plenos.

Bibliografía

- Abel-Smith, B. (1988). The Rise and Decline of the Early HMOs: some International Experiences. *The Milbank Quarterly*, v. 66, n. (4), p. 694-719.
- Angell, M. (1993). The Doctor as Double Agent. *Kennedy Institute for Ethics Journal*, v. 3, p. 279-286.
- ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social) (1997). *Informe de los resultados de los países de afiliados entre obras sociales*. Buenos Aires: Mimeo.
- Antunes, R. (1999). *Os Sentidos do Trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Arce, H. (1997). *Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal).
- Arouca, A.S. (1974). *O Dilema Preventivista*. (Tesis de doctorado). São Paulo: Unicamp.
- Badiou, A. (1990). *Manifiesto por la filosofía*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Barbeito, A.; Lo Vuolo, R. (1992). *La modernización excluyente. Estado de bienestar y transformación económica en Argentina*. Buenos Aires: Unicef/Losada.
- Baremblyt, G. (199). *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoría e Prática*. Belo Horizonte: Rosa dos Tempos.
- Benasayag, M. (1996). *Pensar la libertad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Benasayag, M.; Charlton, E. (1993). *Esta dulce certidumbre de lo peor. Para una teoría crítica del compromiso*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bermúdez, I. (1998). La medicina privada ata su crecimiento a los gremios. Las prepagas en los sindicatos. *Clarín*, mayo.
- Braga, J.C.; Goes, S.G. (1981). *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. São Paulo: Hucitec.
- Breilh, J. (1989). *Epidemiología: economía, medicina y política*. México: Fontamara.
- Breilh, J. (1995). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología*. Quito: Ediciones Ceas.
- Bresser Pereira, L.C. (1995). *Reforma administrativa del sistema de salud: creación de organizaciones sociales*. Coloquio técnico previo a la XXV reunión del Consejo Directivo del CLAD. Buenos Aires: Mimeo.
- Brown, E.R. (1992). Health USA: A National Health Program for the United States. *JAMA*, v. 267, n. (4), p. 552-558.
- Campaña, A.; Breilh, J.; Maldonado, M.; Hidalgo, F. (1998). *Atención gerenciada en América Latina: su papel en la reforma de los sistemas de salud: el caso de Ecuador. Informe final*. Quito: Ediciones Ceas.
- Campos, C. (1998). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã.

- Campos, G.W.S. (1987). *Os Médicos e a Política de Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (1991a). *Planejamento sem Normas*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (1991b). *Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (1992). *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S.; Chakour, M.; Santos, R.C. (1997). Notas sobre Residência e Especialidades Médicas. *Cadernos de Saúde Pública*.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Carleial, L.; Valle, R. (orgs.) (1997). *Reestruturação Produtiva e Mercado de Trabalho no Brasil*. São Paulo: Hucitec-Abet.
- Castoriadis, C. (1986). *Encruzilhadas do Labirinto 1*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Cecílio, L.C. (1994). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Chiavenato, I. (1983). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. São Paulo: Mcgraw-Hill.
- Clancy, C.; Himmelstein, D.U.; Woolhandler, S. (1993). Questions and Answers about Managed Competition. *Int J Health Serv*, v. 23, n. (2), p. 213-218.
- Coriat, B. (1992). *Pensar al revés: trabajo y organización en la empresa japonesa*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Deleuze, G. (1995). *Conversaciones*. Valencia: Pre-Textos.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1995). *Mil Platôs, Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Donnangelo, M.C.F. (1975). *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira.
- Donnangelo, M.C.F. (1976). *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Donzelli, A. (1995). *Modelli Organizzativi e Risultati dei Sistemi Sanitari nei Confronti Internazionali*. Milan.
- Drucker, P. (1998). *Sociedade PósCapitalistas*. São Paulo: Pioneira.
- Ellwood, P.; Enthoven, A.C.; Etheredge, L. (1992). The Jackson Hole Initiatives for a Twenty First Century American Health System, *Health Economics*, v. 1, n. (3), p. 149-168.
- Emanuel, E.J.; Dubler, N.N. (1995). Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care. *JAMA*, v. 273, p. 323-329.
- Enthoven, A.C. (1978). Consumer-Choice Health Plan. *N Engl J Med*, v. 298, p. 650-658, 709-720.
- Enthoven, A.C. (1980). Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care. *Reading, MA: Addison-Wesley*.
- Enthoven, A.C. (1986). Managed Competition in Health Care and the Unfinished Agenda. *Health Care Financ Rev*, p. 105-119.
- Enthoven, A.C. (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland.
- Enthoven, A.C.; Kronick, R. (1989). A Consumer-choice Health plan for the 1990s in EE.UU. *N Engl J Med*, v. 320, p. 29-37, 94-101.

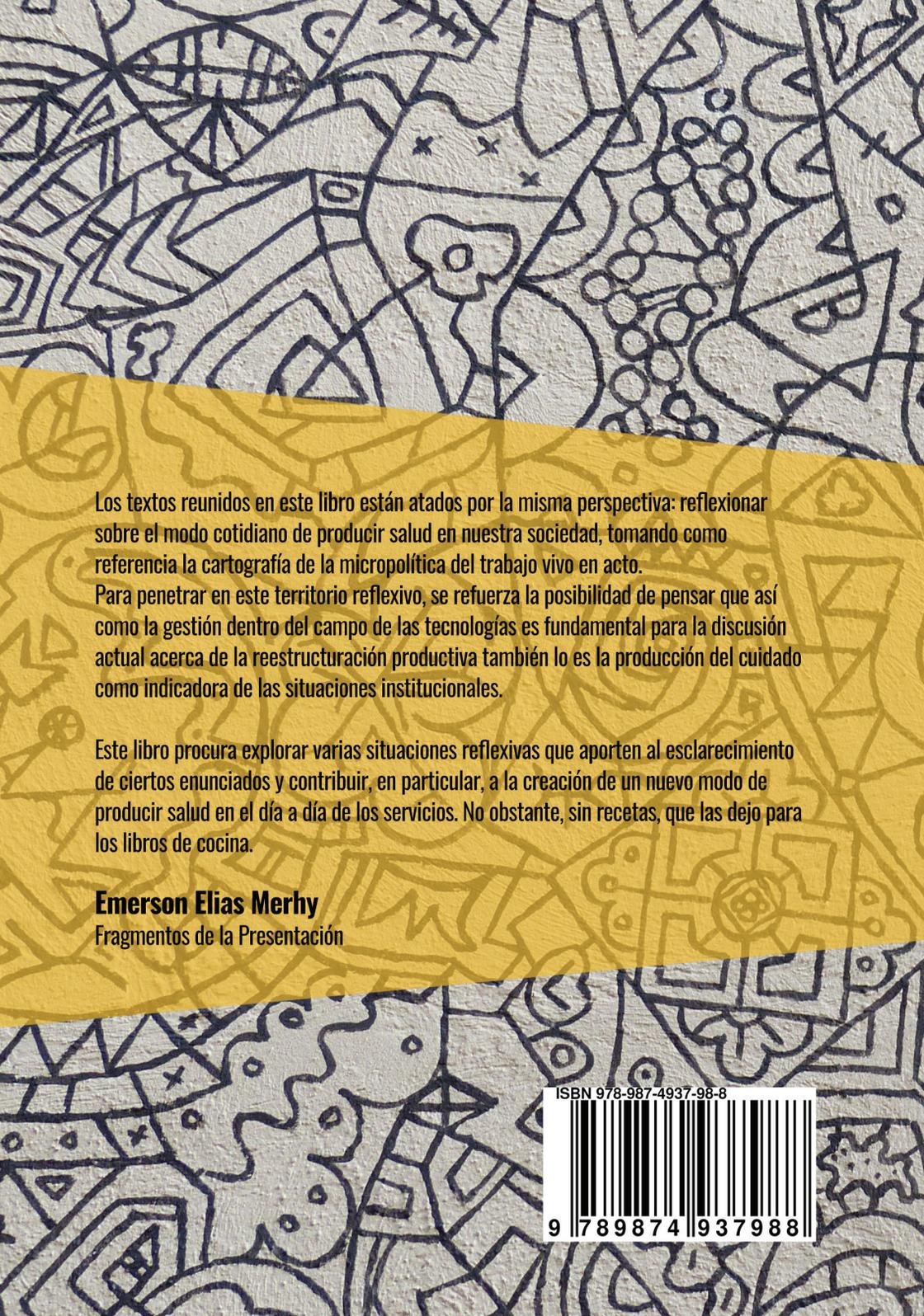
- Enthoven, A.C.; Smith, K.W. (1971). *How Much is Enough? Shaping the Defense Program, 1961-1969*. New York: Harper & Row.
- Estrada, A.; Barilari, E.; Sepúlveda, J.; Riquelme, S.; Soto, M. (1998). *Atención gerenciada en América Latina: su papel en la reforma de los sistemas de salud: el caso de Chile. Informe final*. Santiago.
- Feletti, R.; Lozano, C. (1997). Reestructuración capitalista y endeudamiento externo latinoamericano. Buenos Aires: Instituto de Estudios sobre Estado y Participación/Central de los Trabajadores Argentinos.
- Flores, F. (1993). *Inventando la empresa del siglo XXI*. Chile: Hachette.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: Endymion.
- Franco, T.; Silva, W.B.; Merhy, E.E. (1999). O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde. O caso de Betim. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, p. 345-354.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva.
- Gabel, J.R.; Rice, T. (1993). Is Managed Competition a Field of Dreams? *American Health Policy*, v. 3, p. 19-24.
- Gallo, E. (1995). *Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. São Paulo: Hucitec.
- Garamendi, J. (1992). *California Health Care in the 21st Century: a Vision for Reform Sacramento*. California: Department of Insurance.
- García Delgado, D.R. (1994). *Estado y sociedad, la nueva relación a partir del cambio estructural*. Buenos Aires: Tesis.
- Glaser, W.A. (1993a). The Competition Vogue and its Outcomes. *Lancet*, v. 341, p. 805-819.
- Glaser, W.A. (1993b). The United States Needs a Health System Like Other Countries. *JAMA*, v. 270, p. 980-984.
- Guattari, F. & Deleuze, G. (1974). *El antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires: Corregidor.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1986). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Petrópolis: Vozes.
- Guattari, F. (1981). *Revolução Molecular*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Guattari, F. (1990). *As Três Ecologias*. São Paulo: Papirus.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Hadley, J.P.; Langwell, K. (1991). Managed Care in the United States: Promises, Evidence to Date and Future Directions. *Health Policy*, v. 19, p. 91-118.
- Hubbell, F.A.; Waitzkin, H.; Mishra, S.I.; Dombrink, J.; Chavez, L.R. (1991). Access to Medical Care for Documented and Undocumented Latinos in a Southern California County. *West J Med*, v. 154, n. (4), p. 414-417.
- Iglehart, J.K. (1993). Managed Competition. *N Engl J Med*, v. 328, p. 1208-1212.
- Instituto de Estudios sobre Estado y Participación (IDEP) (1992). *Informe de coyuntura. El Plan Brady. Economía y política tras el acuerdo acreedor*. Buenos Aires: Mimeo.

- Instituto de Estudios sobre Estado y Participación (IDEP) (1993). *Informe de coyuntura. La era posbrady. Balance de una etapa 1990/92*. Buenos Aires: Mimeo.
- Iriart, C.B. (1999). *Atenção Gerenciada. Uma Reforma Silenciosa*. (Tesis de doctorado). São Paulo: Unicamp.
- Iriart, C.B.; et al. (1998). *A Atenção Gerenciada como Analisadora da Reforma de Saúde, na América Latina. Relatório de Pesquisa*. New Mexico: University of New Mexico.
- Iriart, C.B.; Leone, F. (1994). *Descentralización de salud*. En: *Normas de descentralización en salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social y Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales.
- Iriart, C.B.; Leone, F.; Leiva, L.; Moyano, R; Curi, C.; Anauati, J. (1993). *Normas de descentralización para establecimientos de salud*. Buenos Aires: Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales/Ministerio de Salud y Acción Social.
- Iriart, C.B.; Leone, F.; Testa, M. (1995). Las políticas de salud en el marco del ajuste. *Cuadernos Médico Sociales*, v. 70, p. 5-21.
- Iriart, C.B.; Merhy, E.E.; Waitzkin, H. (2000). La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, p. 95-105.
- Iriart, C.B.; Nervi, L. (1990). Modelo médico y técnicas de investigación social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, v. 52, p. 27-35.
- Iriart, C.B.; Nervi, L.; Oliver, B.; Testa, M. (1994). *Tecnoburocracia sanitaria: ciencia, ideología y profesionalización*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Iriart, C.B.; Spinelli, H. (1994). La cuestión sanitaria en el debate modernidad-posmodernidad. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. 491-496.
- Kronick, R.; Goodman, D.C.; Wennberg, J.; Wagner, E. (1993). The Marketplace in Health Care Reform: The Demographic Limitations of Managed Competition. *N Engl J Med*, v. 328, p. 133-135.
- Kuttner, R. (1998). Must Good HMOs Go Bad?: the Search for Checks and Balances. *N Engl J Med*, v. 338, n. (22), p. 1558-1563, 1635-1639.
- Lafargue, P. (1999). *O Direito à Preguiça*, São Paulo: Hucitec.
- Langwell, K.M.; Staines, V.S.; Gordon, N. (1992). *The Effects of Managed Care on the Use and Costs of Health Services*. Washington D. C.: Congressional Budget Office.
- Laurell, A.C. (1995). La salud. De derecho social a mercancía. En: Laurell, A.C. (coord.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco/Representación en México de la Fundación Friedrich Ebert. p. 9-31.
- Lévy, P. (1996). *As Tecnologias de Inteligência. O Futuro do Pensamento na era da informática*. São Paulo: Editora 34.
- Lourau, R. (1995). *El campo de coherencia del análisis institucional*. Buenos Aires: Cuadernos de Posgrado de la Universidad de Buenos Aires.

- Malta, D.C.; et al. (1998). Acolhimento - uma Reconfiguração do Processo de Trabalho em Saúde Usuário-Centrada. En: Campos, C.R.; et al. (orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã. p. 121-142.
- Martínez, O. (1998). La medicina privada ata su crecimiento a los gremios. Las prepagas en los sindicatos. *Clarín*, abril.
- Marx, K. (1982). O 18 Brumário. En Marx, K. *O 18 Brumário e Cartas a Kugelmann*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Marx, K. (1985). *O Capital*. São Paulo: Difel.
- Marx, K.; Engels, F. (1978). *O Manifesto Comunista*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Mascarenhas, R. (1948). *Contribuição ao Estudo da Administração dos Serviços de Saúde Pública em São Paulo*. (Tesis de libre-docencia). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Matus, C. (1987). *Adiós, señor presidente*. Caracas: Pomaire/Ensayos.
- Matus, C. (1992). *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Editorial Fundación Altadir.
- Mendes, E.V. (1993). *Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1978). *Raízes Sociais do Trabalho Médico*. (Tesis de maestria). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1992). *Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades*. São Paulo: Cefor. (Cadernos Cefor, n. 1).
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1994). *Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo da Trabalho da Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Merhy, E.E.; Iriart, C.B.; Waitzkin, H. (1998). Atenção Gerenciada: da Microdecisão Corporativa a Microdecisão Administrativa, à Caminho Igualmente Privatizante? En: Bursmester, H. *Managed Care. Alternativas de Gestão em Saúde*. São Paulo: Proahsa/Fundação Getulio Vargas. p. 85-115.
- Merhy, E.E. (1987). *O Capitalismo e a Saúde pública*. Campinas: Papirus.
- Merhy, E.E. (1992). *A Saúde Pública como Política*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E.E. (1996). Universalidade, Equidade e Acesso. *Cadernos do V Encontro Municipal de Saúde de Belo Horizonte*.
- Merhy, E.E. (1997a). Em busca do Tempo perdido: a Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. En: Merhy, E.E.; Onocko, R. (orgs.). *Agir em Saúde: um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E.E. (1997b). O SUS e um de seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo). En: Teixeira, S.M.F. (org.). *Saúde e Democracia a Luta do Cebs*. São Paulo: Lemos. p. 125-142.
- Merhy, E.E. (1997c). Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a Informação e o Dia a Dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo Trabalho em Saúde. En: Merhy, E.E.; Onocko, R. (orgs.). *Agir em Saúde: um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec.

- Merhy, E.E. (1998a). A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde. En: Campos, C.R.; et al. (orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã. p. 103-120.
- Merhy, E.E. (1998b). *O Desafio da Tutela e da Autonomia: uma Tensão Permanente do Ato Cuidador*. Campinas.
- Merhy, E.E. (1999a). *O Ato de Cuidar como um dos nós Críticos Chaves dos Serviços de Saúde*. São Paulo: Dmps/Fem/Unicamp.
- Merhy, E.E. (1999b). O Ato de Governar as Tensões Constitutivas do Agir em Saúde como Desafio Permanente de Algumas Estratégias Gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva (Abrasco)*, v. 4, n. (2), p. 305-314.
- Merhy, E.E. (2000). Um Ensaio sobre o Médico e suas Valises Tecnológicas: Contribuições para Compreender as Reestruturações Produtivas do Setor Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. (6), p. 109-116.
- Merhy, E.E.; Onocko, R. (orgs.) (1997). *Agir em Saúde: um Desafio para o Público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud y Acción Social (Argentina) (1997). *Hospital Público de Autogestión*. Buenos Aires: MSAS.
- Mishler, E.G. (1986). *Research Interviewing*. Cambridge: Harvard University Press.
- Motta, P.A. (1992). *Gestão Contemporânea*. São Paulo: Record.
- Nogueira, R.P. (1994). *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Nomes, M.J.B. (1989). *Hanseníase e as Práticas Sanitárias em São Paulo*. (Tese de maestria). São Paulo: FMUSP.
- Oliveros Cossio, R. (1992). Consideraciones y sugerencias en torno al 2 % de aporte del empleador, establecido en la Ley 18566. *Salud y Cambio*, v. 3, n. (9), p. 45.
- Organización Panamericana de la Salud (1957). *Comisión de Consultores. Estudio de los servicios de Salud Pública de la República Argentina*. Buenos Aires: Mimeo.
- Paganini, J.M. (1995). *Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada, bibliografía anotada*. Washington, D. C.: Opas (Serie HSP)/Silos.
- Pires, D. (1998). *Reestruturação Produtiva sobre o Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: Anna Blume.
- Possas, C. (1981). *Saúde e Trabalho*. Rio de Janeiro: Graal.
- Prodoctor Business (1997). *Guarulhos. Aché Laboratórios*.
- Rabinov, P.; Dreyfus, H.; Foucault, M. (1985). *Uma Trajetória Filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitaria.
- Relman, A.S. (1993). Controlling Costs by "Managed Competition" - Would it Work? *N Engl.J Med*, v. 328, p. 133-135.
- Revista Consumidor S.A. (1996). *São Paulo: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor*, n. (9).
- Rivera, F.J.U. (org.) (1989). *Planejamento e Programação em Saúde um Enfoque Estratégico*. São Paulo: Cortez/Abrasco.

- Rodwin, M.A. (1995). Conflicts in Managed Care. *N Engl J Med*, v. 332, p. 604-605.
- Rouanet, P.S.; Freitag, B. (orgs.) (1980). *Habermas*. São Paulo: Atica.
- Sader, E. (1988). *Quando Novos Personagens Entraram em Cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Schraiber, L.B. (1993a). *O Médico e seu Trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L.B. (org.) (1993b). *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec.
- Shapiro, B. (1993). US Health Reforms: Cliches, Cost, and Mrs C. *Lancet*, v. 341, p. 791-792.
- Shapiro, B; Baird, Z. (1993). *Los Angeles Times*, January.
- Starr, P. (1992). *The Logic of HealthCare Reform*. Knoxville: Whittle Direct Books.
- Starr, P.; Zelman, W.A. (1993). A Bridge to Compromise: Competition Under a Budget. *Health Aff*, v. 12, p. 7-23.
- Stocker, K.; Waitzkin, H.; Iriart, C.B. (1999). The Exportation of Managed Care to Latin America. *NEJM*, May.
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientist*. New York: Cambridge University Press.
- Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Testa, M. (1997). *Saber en salud. La construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tucker, S.A. (1966). *A Modern Design for Defense Decision: A McNamara-Hitch-Enthoven Anthology*. Washington, D. C.: Industrial College of the Armed Forces.
- Vassalo, C. (1997). Socorro. Por que os Preços Cobrados Pelos Hospitais Brasileiros são tão Altos. *Exame*, p. 84-96.
- Waitzkin, H. (1983). *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*. New York: Free Press.
- Waitzkin, H. (1991). *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. New Haven: Yale University Press.
- Waitzkin, H. (1994). El dilema de la salud en EE.UU.: un programa nacional de salud o libre mercado. *Salud y Cambio*, v. 5, n. (15), p. 24-38.
- Waitzkin, H. (1994). The Strange Career of Managed Competition: Military Failure to Medical Success? *Am J Public Health*, v. 84, n. (3), p. 482-489.
- Waitzkin, H.; Fishman, J. (1996). The Patient-Doctor Relationship in the Era of Managed Care. En: Wilkerson, J.; Devers, K.; Given, R. (eds.). *The Marketplace for Health: Perspectives on Managed Care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Woolhandler, S.; Himmelstein, D.U. (1991). The Deteriorating Administrative Efficiency of the US Health Care System. *N Engl J Med*, v. 324, p. 1253-1258.
- Woolhandler, S.; Himmelstein, D.U. (1995). Extreme Risk - The News Corporate Proposition for Physicians. *N Engl J Med*, v. 333, p. 1706-1708.



Los textos reunidos en este libro están atados por la misma perspectiva: reflexionar sobre el modo cotidiano de producir salud en nuestra sociedad, tomando como referencia la cartografía de la micropolítica del trabajo vivo en acto.

Para penetrar en este territorio reflexivo, se refuerza la posibilidad de pensar que así como la gestión dentro del campo de las tecnologías es fundamental para la discusión actual acerca de la reestructuración productiva también lo es la producción del cuidado como indicadora de las situaciones institucionales.

Este libro procura explorar varias situaciones reflexivas que aporten al esclarecimiento de ciertos enunciados y contribuir, en particular, a la creación de un nuevo modo de producir salud en el día a día de los servicios. No obstante, sin recetas, que las dejo para los libros de cocina.

Emerson Elias Merhy
Fragmentos de la Presentación

ISBN 978-987-4937-98-8



9 789874 937988