

Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud



Túlio Batista Franco
Emerson Elias Merhy

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 (comp.), 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

Salud: cartografía del trabajo vivo
Emerson Elias Merhy, 2021

Sentir, jugar, hacer pensar: la acción en el campo de la salud
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento
Matio Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante
Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen
Patricia Aguirre, 2023

La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico
Rosana Onocko Campos, 2023

El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo
Eduardo Bustelo, 2023

De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera
María Cecilia de Souza Minayo, 2023

Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales
Gregorio Kaminsky, 2023

Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud
Mario Testa, 2023

Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente
Naomar de Almeida Filho, 2023

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

La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo
Giovanni Berlinguer, 2022

Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna
Madel T. Luz, 2022

Hospitalismo
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadír de planificación popular
Carlos Matus, 2021

Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita
Viviana Martinovich, 2022

pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica
Martín Domecq, 2022

Investigación social: Teoría, método y creatividad
María Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

Introducción a la epidemiología
Naomar de Almeida Filho, María Zélia Rouquayrol, 2023

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

Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud

Textos seleccionados

Túlio Batista Franco
Emerson Elias Merhy



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Franco, Túlio Batista

Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud / Túlio Batista Franco ; Emerson Elias Merhy. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2023.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Hugo Spinelli ; 41)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-51-3

1. Organización del Trabajo. 2. Cuidado de la Salud. 3. Gestión Pública. I. Merhy, Emerson Elias. II. Título.

CDD 362.042

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*

Traducción del portugués: *Viviana Martinovich*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Edición de imágenes interiores: *Ivana Leiva Baldis*

Corrección de estilo: *Paula Tegaldi*

Diagramación: *Ivana Leiva Baldis*

Imagen de tapa: *Hispanolistic*

Título original: *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*

Primera edición en portugués: *Hucitec, 2013*

Primera edición en español: *Lugar Editorial, 2016*

Agradecemos a la editorial Hucitec por la autorización para la publicación de este libro.

© 2023, Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy

© 2023, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-51-3

DOI: [10.18294/9789878926513](https://doi.org/10.18294/9789878926513)

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.

Índice

Presentación	V
Prefacio	VII
Primer plano. La producción del cuidado y el trabajo en salud	11
En busca del tiempo perdido: la micropolítica del trabajo vivo en acto en salud	13
La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud: una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia	45
Un ensayo sobre el médico y sus maletines tecnológicos: contribuciones del análisis del territorio tecnológico del trabajo vivo en acto para comprender las reestructuraciones productivas del sector salud	65
Reestructuración productiva y transición tecnológica en salud: debate necesario para la comprensión del proceso de “financiarización” del mercado en la salud	75
Por una conformación técnica del trabajo centrada en el campo relacional y en las tecnologías leves	93
Segundo plano. Trabajo y subjetividad en salud	101
El reconocimiento de una producción subjetiva del cuidado	103
El cuidado es un acontecimiento y no un acto	117
Producción del cuidado y producción pedagógica: integración de escenarios del SUS	125
La producción imaginaria de la demanda y el proceso de trabajo en salud	135
Los centros de atención psicosocial y sus trabajadores, en el ojo del huracán antimanicomial: alegría y alivio como dispositivos analizadores	145
Las redes en la micropolítica del proceso de trabajo en salud	155
El trabajador de la salud como potencia: ensayo sobre la gestión del trabajo	165
Cargar de sentido las palabras: el caso de la integralidad	171
Tercer plano. Herramientas de análisis y autoanálisis de los procesos de trabajo	181
Público y privado: entre aparatos, rondas y plazas	183
El uso de herramientas analizadoras como soporte de la planificación de los servicios de salud: el caso del servicio social del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (San Pablo, Brasil)	189
El uso del flujograma descriptivo y los proyectos terapéuticos para analizar los servicios de salud como soporte de la planificación: el caso del municipio de Luz, en Minas Gerais	207
Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo	231

Autores



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 Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) y, desde 1999, imparte clases en los posgrados del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, en Argentina. En 2019, en reconocimiento a su destacado trabajo en el campo de la salud, fue distinguido con el título de doctor Honoris Causa por la Universidad Nacional de Rosario, en Argentina. Merhy ha contribuido significativamente en el

estudio de las relaciones entre micropolítica, educación permanente y producción de conocimiento en salud. Entre sus artículos en coautoría publicados en la revista científica *Salud Colectiva* se destacan “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); “Prácticas de educación permanente en atención primaria a la salud para el abordaje de personas usuarias con tuberculosis” (2023). Además, es el autor de la obra *Salud: cartografía del trabajo vivo*, publicada en la colección Cuadernos del ISCo, de acceso libre y gratuito.



Túlio Batista Franco es psicólogo y doctor en Salud Colectiva por la Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), en Brasil. Es profesor adjunto, coordinador del Laboratorio de Estudios del Trabajo y Subjetividad en Salud, y profesor de los programas de posgrado en Salud Colectiva de la Universidade Federal Fluminense (UFF). Además es colaborador en la Línea de Investigación Micropolítica del Trabajo y Cuidado en Salud del Programa de Posgrado en Clínica Médica de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Entre su extensa producción científica, es coautor de varios artículos publicados en la revista *Salud*

Colectiva, entre ellos, “Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo” (2009) “El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado” (2011); “Haciendo, planeando, ‘planhaciendo’: una experiencia de pragmatismo municipal en la pandemia del Covid-19 en cooperación con la universidad” (2021).

Presentación

Emerson Elias Merhy

En el siglo XIX, mientras Marx señalaba la dinámica de las relaciones capitalistas y destacaba el lugar central del trabajo vivo como *fuentes* de valor, y las relaciones capitalistas de producción lo capturaban bajo la lógica del trabajo abstracto, muchas otras posibilidades de mirar ese mundo del trabajo vivo quedaron supeditadas, situación comprensible considerando que, con esa formulación, este pensador abría un nuevo campo para comprender cómo se concretaba la riqueza de las naciones. De hecho, el trabajo en tanto capital era la clave de la cuestión.

Sin embargo, una mirada un poco más contemporánea y actual no puede dejar de ver otras dimensiones de ese mundo del trabajo vivo. No todo está en su conformación como trabajo abstracto, ni tampoco hay una línea de determinación obligatoria de una de sus dimensiones sobre las otras.

En el acto productivo, el trabajo vivo en acto es en sí acontecimiento, acción, y como tal está abierto a los procesos más dispares, tanto de capturas por las relaciones sociales capitalistas, como de fuga hacia lugares no obligatoriamente dados, sino en producción, instituyentes. El trabajo vivo en acto es nuclearmente instituyente y, como tal, micropolítico.

Hoy, el desplazamiento ya consagrado del campo de la producción de valor bajo el dominio del paradigma industrial hacia el campo de la producción colectiva de bienes inmateriales muestra la amplitud que ha ganado la cuestión del trabajo vivo en acto como instituyente de nuestras posibilidades de conocernos y actuar en el campo de las prácticas sociales.

Desde aquel momento en que los autores de esta compilación, junto con varios otros pensadores de la salud, comenzaron a señalar el tema de la micropolítica del trabajo vivo en acto en la salud, hasta la actualidad, se ha producido una generalización importante de los procesos productivos de bienes inmateriales, como la construcción de conocimiento como fuerza productiva en sí, que es nuevo y central en la construcción de valor al interior de las relaciones capitalistas.

En este libro, a pesar de adoptar esa concepción, nos centramos en los efectos del campo de la micropolítica del trabajo vivo en acto, con énfasis en el mundo del trabajo en salud, intentando rescatar la posibilidad de mirar ese mundo de nuevos modos, incluso con esa amplitud anteriormente señalada, para poder desear que en este mundo se pueda apostar por modos de actuar que construyan cuidados, allí en el encuentro con el otro, que tomen como fundamento que la vida de cualquier persona vale la pena porque es el centro efectivo de la principal forma de riqueza

que nos interesa a todos, posicionándonos radicalmente en la defensa de las vidas no fascistas, bajo cualquier modalidad y diferencia.

Prefacio

Túlio Batista Franco

El trabajo es el tema que atraviesa esta obra y la micropolítica es el foco, el modo de mirar este fértil campo de debate y sus prácticas, fuerza propulsora de cambios en el campo de la salud. El libro reúne la producción sobre el trabajo en salud y representa la sistematización de las premisas sobre el modo de producción del cuidado.

Cuando observamos las prácticas en salud percibimos cuánto hay para deconstruir y construir en este campo, pues la hegemonía ejercida por el modelo biomédico, sustentada por la presión del capital y su poder de subjetivación, actúa como líneas de fuerza que agencian los actos profesionales. Este libro pretende ser una herramienta de trabajo para el cambio en salud en su aspecto esencial: su modo de producción.

La micropolítica es central en el modelado de los servicios de salud y su modo de producción. Así lo entendemos nosotros al proponer la ruptura del modelo actual, pero también es entendido así por el mercado que actúa en el campo de la salud y opera fuertemente sobre su imaginario, promoviendo el consumo de productos y procedimientos, interesados en la escala y la rentabilidad. La micropolítica de los modos de producción del cuidado es el campo de grandes disputas por el modelado de los servicios y las prácticas de cuidado que tienen como centro el trabajo.

Entender que el trabajo en salud está centrado en el trabajo vivo como trabajo en acto –concepción incorporada al campo de la salud colectiva por Emerson Merhy–, revela la fuerza extraordinaria que tienen los propios trabajadores como promotores del cambio en salud. Al considerar que el principal atributo del trabajo vivo es la libertad, el autogobierno del trabajador sobre su proceso de trabajo, se coloca al trabajador en la posición de ser el principal agente de cambio. El trabajador puede usar esta libertad para mantener el modelo biomédico o para generar cambios radicales en el modo de producir el cuidado: la potencia está en el trabajo vivo, la posibilidad instituyente, el trabajo creativo.

Esta formulación abre grandes posibilidades a nuevos estudios y prácticas al incorporar el tema de la subjetividad y de los procesos de subjetivaciones presentes en el trabajo en salud, que cobran mayor visibilidad bajo el presupuesto del trabajo vivo que opera en los procesos productivos del cuidado. El trabajo en salud se da siempre sobre la base de un encuentro, es siempre relacional, en acto. El encuentro es la base de la filosofía de Spinoza para la teoría de los afectos, la cual parte de la formulación de que los cuerpos tienen la capacidad de afectarse mutuamente en el encuentro entre sí, generando emociones tales como alegría y tristeza, con el consiguiente aumento o reducción de su energía vital o la potencia para actuar en el mundo. Solo es posible

pensar la multiplicidad de encuentros entre trabajadores, y de estos con los usuarios, y su gran intensidad en los actos asistenciales en salud, si se tiene por presupuesto el trabajo vivo como el centro del proceso productivo del cuidado.

Del mismo modo, los encuentros mediados por las tecnologías de trabajo en salud –duras, leves-duras y leves– tienen la fuerza de operar, en el trabajo en salud, un intenso proceso de subjetivación, en el que hay una continua producción de subjetividad que, al ser continua, nunca se cristaliza, sino que está en permanente cambio, lo que nos hace pensar que hay subjetivaciones más que subjetividad (lo cual sugiere algo que se instala y permanece como tal). Estamos en continuo cambio y nos percibimos como seres en mutación. El mundo pierde sus formas rígidas y las relaciones que se establecen en el campo de producción del cuidado se tornan fluidas e instituyen las líneas de producción del cuidado.

Este libro pretende abordar el tema aparentemente duro del trabajo, con la levedad de los flujos por los cuales transita dentro del campo del cuidado. Al ser fluidos y leves, los textos reunidos se tornan un arma potente porque son capaces de pasar por las fisuras del campo hegemónico e instalar allí sus dispositivos, una simple muestra de un modo de producción centrado en las tecnologías relacionales (leves) que tienen la fuerza de un *tsunami* sobre los intereses del capital en el campo de la salud.

Un sistema de salud universal, solidario, que acoge el sufrimiento ajeno, generoso con la fragilidad humana, no tiene cabida frente a las lógicas capitalísticas que se instituyen en el sistema de salud y en cada uno. Los textos aquí reunidos sugieren romperlas. Proponen rupturas en el plano molar, instituido, que operan como líneas de fuerza que agencian los actos en salud, y también rupturas moleculares, *en nosotros*, o sea, en cada uno, como presupuesto para la institución de un nuevo modo de producir el cuidado. El trabajo vivo en acto, los afectos en los encuentros, los procesos de subjetivaciones, tienen la energía para la necesaria desterritorialización que se pretende provocar en las prácticas en salud. Desterritorializar significa romper con las lógicas instituidas, capitalísticas, biomédicas, procedimiento-centradas, abriéndose a nuevas subjetividades formadas en la estética de la multiplicidad, que interpreta el mundo del trabajo y del cuidado en su forma compleja, con expresión de las singularidades, y en la ética de la diferencia que supone innumerables maneras de significar el trabajo en salud, admitiendo a todas ellas, lo que implica convivencia, acuerdos y un permanente ejercicio de la tolerancia. Un nuevo mundo y nuevas prácticas requieren de nuevas singularidades interponiéndose en las relaciones y procesos de producción de la realidad.

En resumen, todo este debate engendra un corpus fluido en el cual transitan todas estas cuestiones que tienen como plataforma el trabajo vivo, y que dan sustento al potente debate de los procesos de subjetivaciones implicados con la salud y la producción del cuidado.

El libro está conformado por tres planos que se acoplan, se aproximan y se distancian según la mirada del lector; o sea, el lector se torna autor al tomar los textos como suyos, al consumirlos, darles significado. La organización en planos es didáctica y tiene por objetivo facilitar al lector el acceso a los temas aquí discutidos,

aunque sabemos que los debates sugeridos en los capítulos se entrelazan unos con otros. Los denominamos *planos* por su similitud con una figura geométrica en la que por sus superficies se desliza el pensamiento, las ideas y el propio quehacer basado en las tesis aquí planteadas. El primer plano reúne textos profundamente marcados por la cuestión del trabajo vivo. El segundo adiciona la discusión de la subjetividad y los procesos de subjetivación, sin abandonar el tema del trabajo, sino dialogando con él. Y el tercer plano reúne los textos relacionados sobre las herramientas analizadoras utilizadas para abordar el trabajo y la producción del cuidado, herramientas útiles para cartografiar los procesos productivos del cuidado en salud.



Primer plano

**La producción del cuidado y el
trabajo en salud**



En busca del tiempo perdido: la micropolítica del trabajo vivo en acto en salud

Emerson Elias Merhy

El trabajo vivo en acto no puede, en el interior del proceso de trabajo, liberarse plenamente del trabajo muerto, pero tiene condiciones de comandarlo si consigue aprender a interrogarlo, a dudar de su sentido y a abrirse a los ruidos/analizadores presentes en su cotidiano. Con esto, y con una caja de herramientas que contenga el compromiso con el sujeto de la acción, y en acción, se puede reinventar la lógica del proceso de trabajo, su gestión, organización y finalidad, en acto, colectiva y públicamente.

Presentación

Para los que están involucrados en los más diversos frentes de lucha y acciones en la defensa de un sistema de salud para todos – universal, igualitario, de calidad e implicado en la construcción de ciudadanía– no resulta extraño que uno de los temas más tratados y problemáticos en su organización haya sido cómo se estructuran y se gerencian los procesos de trabajo en los distintos tipos de establecimientos que ofrecen servicios de salud, esencialmente comprometidos con la defensa de la vida individual y colectiva.

Además, en el campo de la salud colectiva, desde hace algún tiempo este tema es parte de una discusión entre diversos pensadores y militantes de la reforma sanitaria brasileña. Sin embargo, paradójicamente entendemos que este es uno de los grandes nudos críticos de las distintas propuestas y experiencias vividas en estos últimos años que apuestan y apostaron al cambio de la dirección efectiva del actual modelo tecnoasistencial de las políticas de salud, y que han mostrado su compromiso con muchos tipos de intereses, excepto con la salud de los ciudadanos.

En los muchos años de militancia y de acumulación de experiencias en pos del cambio del modo de producir salud en Brasil, aprendimos que modificar la forma de trabajar al interior de los servicios de salud o es una tarea colectiva del conjunto de los trabajadores de la salud, o los enormes esfuerzos de reformas macroestructurales y organizacionales en los que nos hemos metido no servirán de casi nada.

Así, desde hace algunos años hemos intentado construir procesos de intervención institucional en diferentes establecimientos de salud, cuyos desafíos se centraran en producir una reforma *publicizante* del sistema de dirección de estos servicios, una *colectivización* de la gestión de los procesos de trabajo en salud que tomen como

referencia clave el interés de los usuarios de los servicios, representado como necesidades de salud.

Esta fue la dirección que vivenciamos en algunas experiencias municipales en estos últimos cinco años, entre las cuales destacamos la del municipio de Ipatinga¹ -- y la de Belo Horizonte, en Minas Gerais; ambas sirvieron de base para esta reflexión que intenta comprender mejor la dinámica micropolítica del trabajo en salud, para permitir la construcción de *dispositivos* de cambios que busquen en el usuario final de los servicios de salud su más profundo significado.

En este camino, dialogaremos con las maneras en que, en el día a día, los trabajadores de salud y los usuarios de los servicios se producen mutuamente, como una máquina permanente de producciones de subjetividades, de modos de sentir, de representar y de vivenciar necesidades, en la búsqueda de un tiempo perdido por nosotros, reformadores de modelos de atención a la salud.

Introducción

El problema en discusión

Para facilitar la comprensión de los complejos temas abordados, vamos a iniciar nuestro trabajo presentando una manera de observar un servicio de salud que permita percibir algunas situaciones y características importantes sobre el *hacer salud*, y que permita reflexionar sobre cómo es el trabajo diario de los servicios, quién trabaja y cómo lo hace, para qué, por qué, y para quién trabaja, etcétera.

Para eso vamos a utilizar una *herramienta* de análisis que permite buscar respuestas a estas preguntas que, como regla, todos nos hacemos cuando estamos frente al tema *trabajo en salud*.

Pero antes debemos decir que con esta herramienta de análisis no pretendemos comprender, por el momento, todas las cuestiones en torno de este tema, pues nuestra pretensión inicial es tan solo posibilitar la formulación de algunas respuestas y la producción de nuevas preguntas para abrir un nuevo proceso de reflexión que permita responderlas.

A la herramienta que vamos a utilizar la denominamos *flujograma analizador del modelo de atención de un servicio de salud* e, hipotéticamente, restringiremos nuestro lugar de análisis a un servicio de salud (como, por ejemplo, un centro de salud), para más adelante intentar un vuelo analítico sobre un conjunto mayor de servicios.

El flujograma, de un modo muy simple, es un diagrama usado en diferentes campos de conocimientos, con la perspectiva de *diseñar* un cierto modo de organización de un conjunto de procesos de trabajo, que se vinculan entre sí en torno de una cierta cadena de producción.

¹Véase el capítulo 3 del libro *Inventando a mudança na saúde* (Cecílio, 1994) en el cual hacemos una primera reflexión en esta dirección.

Algunos de los símbolos utilizados para la construcción de este diagrama están universalmente estandarizados. Por ejemplo, dentro de una representación de la entrada y de la salida del proceso global de producción (véase el diagrama más adelante), la elipse se utiliza para mostrar tanto el comienzo de la cadena productiva, como el final. El rectángulo muestra los momentos en los cuales se realizan trabajos importantes de la cadena productiva, en los que se consumen recursos y se elaboran productos muy definidos, que van a servir para abrir nuevas etapas en la cadena, hasta su finalización.

A través de un rombo se representan los momentos en que la cadena productiva se enfrenta con un proceso de decisión de caminos a ser seguidos, que aparecen normalmente con posterioridad a cada etapa, y que son siempre momentos de decisiones y de posibles recorridos para alcanzar etapas siguientes y distintas.

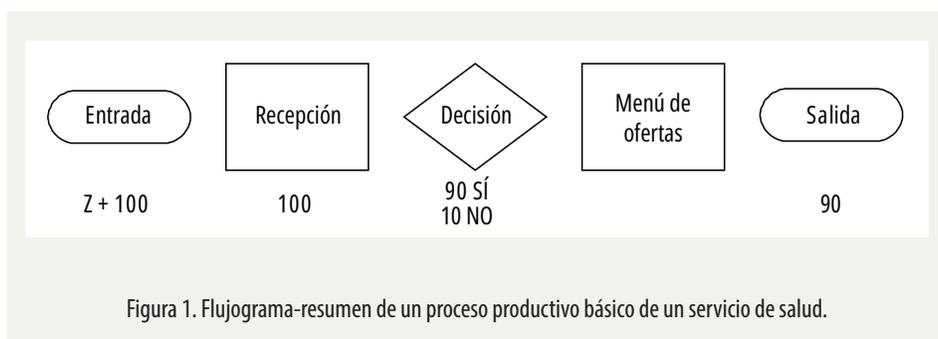
En nuestra herramienta analizadora, a través del diagrama, además de buscar representar lo que sucede en cualquier servicio de salud, particularmente los vinculados a un trabajo *asistencial*, tenemos la pretensión de operar, en un primer plano, con un diagrama resumen que permita esquematizar, de un modo básico, una *ventana-síntesis* de todos los procesos clave que ocurren y caracterizan un determinado servicio de salud, y que pueda servir de *guía* para la construcción de los otros procesos presentes en él. Aclaremos que *asistencial*², tenemos la pretensión de operar, en un primer plano, con un diagrama resumen que permita esquematizar, de un modo básico, una “ventana-síntesis” de todos los procesos clave que ocurren y caracterizan un determinado servicio de salud, y que pueda servir de “guía” para la construcción de los otros procesos presentes en él.

Estamos usando una idea similar a la de un sistema operativo muy conocido: Windows, que funciona con mecanismos de hipertextos y que muestra una pantalla básica a partir de la cual, con el clic de un mouse en una determinada imagen, podemos abrir otras pantallas y mostrar nuevos textos, dibujos o programas que estaban *ocultos* (virtuales).

Este primer diagrama, en nuestro caso el *flujograma-resumen*, tiene esta misma perspectiva, es decir, la de ser una primera ventana de todo el proceso productivo básico de un servicio de salud, que permita la apertura de nuevos *textos* que están embutidos en él y que pueden ser *accionados* según los cuestionamientos o preguntas que la gente haga con una mirada analizadora que revele el modelo de atención a la salud cotidianamente efectuado, en un proceso reflexivo y acumulativo.

En síntesis, consideramos que cualquier servicio asistencial de salud puede ser encuadrado en la secuencia mostrada en la Figura 1.

²Asistencial no se refiere solo a la acción médica, sino a todos los trabajos que con sus acciones (saberes y prácticas) realizan intervenciones tecnológicas en salud, sea en forma individual o colectiva, por ejemplo, acciones sanitarias, educativas, del campo psi, odontológicas, entre muchas otras.



La entrada (representada simbólicamente por una elipse) puede ser analizada por el movimiento que se produce en un día en la *puerta* de una determinada unidad de salud, por el que algunos de los usuarios llegan a la etapa de la recepción mientras otros, no. Por eso simbolizamos que antes de la entrada tenemos $Z + 100$ usuarios (este número es ficticio, y correspondería a aquellos que llegaron a la recepción con un turno previamente otorgado por el propio equipo de trabajadores de una unidad cualquiera). Con la Z buscamos mostrar que hay personas que, o llegan y no esperan a entrar o, por *experiencia*, ni van al servicio porque saben que no vale la pena, pues no serán atendidas. Pero, a pesar de la dificultad de conocer la cantidad de gente, es importante tener en mente su existencia para poder registrar que una parte de los usuarios intenta ingresar al servicio pero no lo hace.

Una parte de Z puede ser medida de algún modo; sin embargo, esto exige una investigación más pormenorizada. Aquí, en este momento, no nos interesa mucho medirlo, porque nuestra preocupación mayor e inicial es entender quiénes son y qué ocurre con los 100 que entraron. Ellos sí pueden ser analizados por el servicio; por ejemplo: ¿de dónde vienen?, ¿quiénes son?, ¿son de la zona del servicio?, ¿por qué recurren al servicio?, ¿viven en la ciudad?, etcétera.

Los 100 que entraron van a ser recibidos de alguna manera y por grupos muy distintos de trabajadores, incluso si consideramos los servicios similares de una misma red. Por ejemplo, si analizamos una red de centros de salud de un mismo municipio, verificaremos que hay unidades en las que una parte de los 100 llega a la madrugada y se queda esperando su apertura hasta la entrega de números que definirán si tales personas van a ser atendidas o no, si van a tener acceso o no a lo que *desean* (como expresión directa de una voluntad inmediata), mientras otra parte puede haber agendado turnos para un determinado horario y probablemente serán recibidas de un modo diferente, y otros llegarán tarde a su turno y serán recibidos de un modo también distinto.

Como si no bastase esta distinción al interior de un mismo servicio en este momento de la *etapa recepción*, si observamos con atención los diversos centros de salud vamos a ver que cada uno realiza la recepción de una manera distinta. Hay unidades en las que los usuarios no llegan a la madrugada, pues todos los que quieren ser atendidos, a cualquier hora, son escuchados por un equipo en la recepción y

siempre se esboza alguna forma de intervención. Hay otras que dejan carteles en la puerta que dicen cuántos van a ser atendidos, e indican a partir de qué número los propios usuarios no deben insistir.

En realidad, si nos pudiéramos a describir todas las modalidades que conocemos tendríamos que relatar una cantidad enorme de modos de recepción distintos, lo que pone en evidencia lo que mencionábamos antes. Pero nos gustaría mostrar otra cuestión: estos distintos modos de recepción se constituyen en procesos de trabajo diferentes de construcción de esta etapa. Por el momento, vale registrar, en cada servicio, cómo se realizó la admisión de los 100, cuáles fueron las distintas formas de admisión del mismo servicio, quién hace este trabajo, en qué momento, dónde esperan los usuarios, etcétera.

Nos llama la atención que el trabajador de la salud se torna un trabajador en este sentido³, con cierta autonomía para *decidir cosas* en su encuentro con el usuario. Incluso el portero o el guardia domina un cierto espacio en el proceso de trabajo, con su sabiduría y práctica ejerce un cierto *autogobierno* para intervenir en el modo en que se reciben a los usuarios, más allá de todo lo que exprese la norma y el protocolo sobre el *modo de actuar*. Pues él puede tener una relación más *receptiva* o no, puede decidir si *le hace un favor* a un usuario, puede hasta decidir si el usuario está en una situación de mayor o menor *necesidad* de acceder a los servicios, etcétera. Y, de este modo, como cualquier otro trabajador de la salud, puede interferir claramente en el contenido de una de las etapas del proceso de trabajo, o incluso en todo el proceso.

Aunque aún no profundicemos sobre algunas de las principales cuestiones mencionadas hasta aquí, vale dejar registrado que el encuentro entre un usuario –portador de una determinada necesidad de salud– con un trabajador –portador de un determinado arsenal de saberes específicos y prácticas– implica una conjunción de situaciones no necesariamente equivalentes. Uno, al *cargar* la representación de un determinado *problema* como *problema de salud/necesidad de salud*, busca obtener en ese encuentro, como mínimo, una relación de compromiso que tenga como base la *sinceridad*, la *responsabilización* y la *confianza en la intervención como una posible solución*; el otro también está buscando en esa relación algunas cosas, también tiene necesidades, pero esta búsqueda no necesariamente tiene algo que ver con lo que el otro espera.

Además, el trabajador de salud opera en un espacio de *autogobierno* que le da incluso la posibilidad de *privatizar* el uso de ese espacio, según el modelo tecno asistencial, sin tener que rendir cuentas de *qué* y de *cómo* lo hace. Más adelante veremos que esto tiene que ver tanto con la dimensión ético-política del proceso institucional como con la dimensión individual. Por ahora veremos algunas de las características de lo que sucede en los siguientes pasos, representados por el *flujograma-resumen*.

Luego de la etapa de la recepción (representada por un rectángulo), hay un momento de decisión (representado por un rombo) en el que se busca registrar los

³Esta idea será desarrollada en el transcurso del texto, pero vale señalar que en cualquier lugar de un establecimiento de salud donde ocurre un contacto entre un trabajador y un usuario, como en el caso del guardia, se produce un proceso de trabajo en salud a través de las relaciones de acogimiento, de vínculo, con fuerte contenido de intervención terapéutica.

distintos criterios que utilizan los servicios para poder decir si lo que el usuario está planteando como un *problema de salud* será o no objeto de acción por parte del servicio, como una cierta intervención tecnoasistencial.

Sabemos que los 100 que llegaron a la recepción van a ser interrogados sobre qué los llevó al servicio y, luego de esta *pesquisa*, el trabajador que los recibirá va a *decidir* hacia dónde derivarlos. Decide si va a mandarlos a la próxima etapa del proceso de trabajo a ser realizado dentro del propio servicio –que es la intervención tecnológica en salud propiamente dicha– o si los derivará hacia otro servicio, o si simplemente negará cualquier alternativa de asistencia.

Es importante percibir que los criterios adoptados para estas decisiones son muchos y muy variados. A veces, para negar una intervención, se utiliza la falta de vacantes, a veces la inexistencia de oferta del tipo de acción que se imagina que se necesita, a veces otros criterios muy propios de quien esté atendiendo.

Además, es importante observar cómo se realiza esa atención en términos del proceso de *intercesión* que representa la relación trabajador/usuario. Es decir, si al negar una asistencia se hace con un simple rechazo del usuario o si esta negación se realiza dentro de una cierta lógica *receptiva* y asistencial (la cual destacamos como aquel espacio intercesor trabajador/usuario que se abre a un proceso de escucha de los problemas, a un intercambio de información, a un mutuo reconocimiento de derechos y deberes, y a un proceso de decisiones que puede posibilitar intervenciones pertinentes y/o eficaces en torno de las necesidades de los usuarios finales).

Es importante también percibir que los procesos de *aceptación* del *problema de salud/necesidad* también son muy variados en términos de los distintos criterios adoptados. Lo que vale en este momento es poder describir lo más detalladamente posible todos los mecanismos utilizados para decir sí o no, además de la descripción de cómo se realiza esto, quién lo realiza y hacia dónde es enviado. Mapear cómo los 100 se distribuyen según estos criterios nos da esa información.

Muy rápidamente podemos decir que estos criterios son los que dan un cierto sentido y concreción al concepto de *necesidades de salud* que opera y utiliza el servicio. Es aquí cuando se ve si el *problema de salud/necesidad* representado por el usuario va a ser o no la base para construir una relación con él. Para el usuario, la *necesidad de salud*, en ese momento, está representada y sentida como un *problema* que él sinceramente vive como un sufrimiento, como el riesgo de sufrimiento, y que traduce como una *cuestión de salud* a ser enfrentada con la ayuda de *alguien*.

Al ver que una parte de los 100 pasa a la próxima etapa, la de la intervención tecnológica y asistencial propiamente dicha, vale verificar cómo se traduce esa intervención en el servicio, a partir de las ofertas de acciones que se expresan a través de un verdadero menú de intervenciones a ser realizadas por los más diferentes profesionales y en los más variados lugares. En esta etapa se concreta un trabajo que toma centralmente un conjunto de saberes y de prácticas con la finalidad de realizar una intervención sobre un cierto *problema de salud*, según los criterios adoptados por el modelo de atención del servicio, considerándolo como un *objeto de acción de salud* en un determinado proceso individual o colectivo, que apunta a alterar la lógica del sufrimiento representado como problema de salud por el usuario, o por su

recorrido individual o colectivo, o incluso alterar su producción a nivel del conjunto de las relaciones sociales.

Forman parte de este menú tanto las consultas más clásicas que un médico realiza en un consultorio, como las que él realiza en el pasillo de un modo simple y rápido. Representan formatos (modalidades) tecnológicos y asistenciales distintos, al igual que cuando pensamos acerca del trabajo de una enfermera o de cualquier otro trabajador. Lo que interesa en este momento es describir qué se hace con los que entran, cómo y quién lo hace. Y es posible percibir con facilidad que aquí, indiscutiblemente, el *autogobierno* del trabajador es muy amplio, y que puede ejercerlo bajo un proceso intensamente privatizado y fragmentario, o no, dependiendo centralmente del modelo de atención, entre otras tantas intencionalidades.

Por último, los que atravesaron algún tipo de intervención van a salir. Y debemos intentar describir cómo salen. Clásicamente, la salida de los servicios de salud se produce dentro de una tipología razonablemente prevista, por ejemplo: alta por cura, por fallecimiento o por abandono (o fuga), derivación para exámenes o para otros servicios asistenciales.

Describir este final es clave para poder analizar no solo si el proceso intercesor trabajador/usuario es también *receptivo* en la salida, sino también qué tipos de *resultados* está obteniendo la cadena productiva. Esto servirá para analizar la propia *adecuabilidad* del proceso a lo que el usuario solicita y a la capacidad de actuar, incluso la forma en que *resuelve* los problemas que enfrenta, y hasta una dimensión de los problemas que no enfrenta. Permitirá formular las preguntas claves sobre un servicio, desde el punto de vista de un determinado modelo de atención: qué se produce, cómo se produce, por quién, para qué, para quiénes, etcétera.

En síntesis, este es el *flujograma-resumen* analizador del modelo de atención de un servicio. Hemos visto que, para poder completarlo, como regla general, alcanza con estudiar un día para visualizar la composición de una primera *ventana*. Y esto es así porque, desde el punto de vista de un modelo, un día es igual a otro.

En las diversas experiencias en las que hemos participado, el uso de técnicas de visualización colectiva se ha mostrado muy productivo, pues el flujograma puede ser dibujado en un panel, expuesto en una sala del propio servicio y completado en una reunión colectiva por los propios trabajadores, lo que permite que el equipo se coloque en una situación de análisis, de un modo crítico y público, que produce un movimiento de búsqueda de alternativas que interrogan la esencia de cualquier servicio de salud, que es la de centrarse en el usuario e intervenir a partir de sus problemas –buscando contribuir a un caminar más autónomo de aquel– en su “modo de andar la vida”.

Volveremos a esto más adelante. Ahora, sin embargo, nos interesa profundizar sobre algunas reflexiones que nos permitan entender un poco más este espacio intercesor y este ejercicio de autogobierno en salud y su importancia para nuestra discusión.

La presencia del trabajo vivo y la organización del proceso de trabajo

En este momento, intentaremos comprender mejor los significados de diversas ideas planteadas anteriormente como, por ejemplo, el *ejercicio del autogobierno por parte de los trabajadores de la salud* y el *espacio intercesor constituido en la relación trabajador de salud/ productor y el usuario/consumidor*, y que se refieren a la temática del modo de trabajar en salud. Pero antes de introducirnos en este tema en particular, buscaremos aproximarnos a un entendimiento más amplio sobre la cuestión del trabajo en general.

Para esto nos apropiaremos de muchos conceptos creados por la corriente marxista, que ha elaborado más *finamente* una comprensión sobre el sentido y la *mecánica* del trabajo humano, sin la pretensión de exponer plenamente su teoría y mucho menos de agotar el debate con esta corriente. Desde un cierto pragmatismo, sacaremos provecho de una parte del conocimiento generado por este pensamiento en este campo de estudio. Y, además, tendremos como referencia a otros autores del área de la salud que utilizan de un modo pionero y muy creativo el abordaje marxista sobre el trabajo humano, entre los cuales destacamos, en particular, la producción intelectual de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves⁴, que se ha tornado una referencia obligada cuando el tema es trabajo en salud⁵.

Para facilitar nuestra comprensión sobre el proceso de trabajo humano, nos valdremos de un análisis comparativo realizado por Marx sobre el trabajo de una abeja y el de un arquitecto. Pero antes es necesario aclarar que Marx entiende el trabajo no solo en su dimensión más operativa, como una actividad más, sino ante todo como una praxis que expone la relación hombre/mundo en un proceso de mutua producción. Y así, el trabajo *produce* al hombre, incluso cuando este sea su fuente y, en potencia y de un modo virtual, el lugar de creación y el momento de existencia y expresión del trabajo vivo, en actividad.

Vamos a ver esto más de cerca, con la comparación de la abeja y un arquitecto, para después analizar el proceso de trabajo de un carpintero artesanal.

Marx, cuando utiliza estos *seres* para intentar entender algunas características del trabajo humano, afirma que una de las diferencias más evidentes del trabajo de la

⁴Sin duda, este autor es uno de los principales responsables de la producción intelectual en torno del estudio del trabajo en salud, siguiendo los pasos de Maria Cecília Donnangelo en la investigación del mundo del trabajo en salud, nos provee un objeto (el trabajo en salud), herramientas analíticas (la teoría del trabajo) y temas de estudio (como por ejemplo los saberes y los modelos tecnológicos). Y partiendo de sus propios caminos, en este estudio se intenta retomar el debate sobre la micropolítica del proceso de trabajo en salud, procurando incorporar otros referenciales analíticos que puedan recolocar la temática del quehacer cotidiano del trabajo y el espacio de autonomía del trabajador. Más adelante, esto resultará más claro con el debate de la producción del área, incluso con las citas de las obras tomadas como interlocutoras.

⁵No podemos dejar de citar a otro autor, que también ha sido fundamental para el abordaje de la salud y que ha realizado grandes contribuciones a la comprensión de sus dimensiones micropolíticas. Se trata del sanitarista argentino Mario Testa, quien a través de su análisis sobre la cuestión del poder y las configuraciones políticas de las disputas sobre los distintos proyectos de salud que operan al interior de las instituciones nos ha "alimentado" reflexivamente

abeja y del arquitecto en la construcción de una *vivienda* es que la primera, como por instinto, fabrica su colmena como si estuviera obedeciendo a un cierto código fijo, generando siempre un mismo producto: la colmena, con sus panales, formados por el mismo diseño y con el mismo tamaño y, como regla general, producido con los mismos materiales. Al punto que podemos decir que hay una abeja genérica, una abeja en general, que de generación en generación repite los mismos rituales, de la misma forma.

Con el arquitecto, o cualquier persona frente a la actividad de producir una vivienda, vemos que el producto que realizará, antes de ser construido concretamente, ya está pensado, ya fue construido mentalmente. Y esta construcción mental se antepone al proceso de trabajo en sí, y le da un cierto sentido de perseguir la finalidad de realizar el proyecto pensado. Con esto el hombre trabaja a partir de un *recorte interesado* del mundo, proyectándolo a las actividades que conformarán el proceso de trabajo responsable de la producción de la *vivienda*.

De un modo muy simple es posible percibir que, en este caso, no se puede hablar de personas en general pues, a diferencia de la abeja, qué es vivir y cómo vivir no siguen un código fijo. Ni los materiales utilizados serán los mismos. Hay una cierta relación entre el interés con que los hombres construyen sus viviendas y la organización del conjunto del proceso de trabajo. Más aun, parece que en este caso tenemos que pensar cómo el hombre se produce a sí mismo desde el punto de vista de construir sus propios intereses y, al realizarlos, cómo se va relacionando con el mundo en el proceso de trabajo.

Debemos también intentar entender cómo esos intereses se tornan necesidades explícitas a ser buscadas, e incluso si estas son siempre tan explícitas. Podemos también procurar comprender cómo el hombre, que es trabajo vivo en potencia, en virtualidad, va siendo *diseñado* para construir una *acción tecnológica* en dirección a una casa dentro de los moldes actuales, como vivienda unifamiliar, o en dirección a una choza que contenga un grupo familiar, o incluso a una gruta. Considerando a priori que todas estas formas son *viviendas* y expresiones de intereses y, al mismo tiempo, productos que satisfacen necesidades, es decir, productos históricos y no naturales.

Vamos a abocarnos a la *mecánica* del proceso de trabajo para entender mejor lo que estamos diciendo, pero ateniéndonos al mundo *humano* del trabajo, dejando las abejas de lado, dado que ya cumplieron su papel en esta discusión. Y ahora imaginaremos, como material para nuestro análisis, la situación vivida en el trabajo por un artesano carpintero.

Cuando un artesano carpintero está produciendo, por ejemplo, una silla, podemos afirmar que en su proceso de trabajo existen componentes que están siempre presentes de un modo permanente: el trabajo en sí del carpintero, el conjunto de los elementos tomados como materias primas, y los que son utilizados como *herramientas* o instrumentos del trabajo.

Sabemos que si juntamos estos componentes no necesariamente tendremos producción de sillas, pues es fundamental que estén articulados por un cierto modo de organización vinculado a la realización de un proyecto. Y este modo de organizar esos componentes se constituye en la sabiduría que el artesano posee, como

calificación, para juntar todos estos componentes y con sus actos *vivos* permitir la realización de un producto: una silla. Es decir, no basta con que él haya pensado antes el proyecto sobre la silla, él tiene que tener un cierto *saber tecnológico*, un cierto modo de saber hacer, para juntar los tres componentes anteriores y transformarlos en un producto específico, aquella silla pensada, que podrá tener cuatro patas, o tres, un asiento mayor o menor, etcétera.

Vamos a intentar ver esto más de cerca en la Figura 2, en la cual hay muchas cosas para analizar que incluyen cuestiones ya planteadas. Vamos a revisarlas parte por parte. Inicialmente, quisiéramos destacar tres cuestiones: una sobre el trabajo vivo y el trabajo muerto; otra sobre la noción de tecnología, y, por último, las de producción, consumo y necesidad enmarcadas en los límites de la reflexión sobre el diseño del trabajo del carpintero artesano.



En este proceso denominamos *trabajo muerto* a todos aquellos productos-medios que están involucrados en él –como herramienta o como materia prima, como el martillo y la madera– y que son resultado de un trabajo humano anterior, esto es, no existían antes de su producción como resultado de un proceso de trabajo anteriormente realizado. Y lo llamamos trabajo muerto en este proceso del carpintero porque, a pesar de ser producto de un trabajo vivo, ahora se incorpora como una *cristalización* de este trabajo vivo, y de una manera distinta del propio trabajo vivo en sí del carpintero, que en este momento es el trabajo en acto que permite la producción de la silla, que además será un representante más del universo de cristalización del trabajo vivo en muerto.

Esta diferenciación no es solo didáctica, sino que tiene implicancias en el análisis del proceso de trabajo planteado, pues el trabajo vivo en acto del carpintero es, en este momento, el trabajo creador, y el trabajo muerto que él utiliza para realizar la

producción de la silla ya está instituido, dado, y le es ofertado como un conjunto de situaciones que comandan una parte de su actividad productiva y creativa.

Así, su trabajo vivo instituyente, que está en acción, en un cierto *dando*¹, puede tanto hacer uso de lo que está dado, como ejercer en cierta medida con alguna *autonomía* este uso de lo que ya está dado. El carpintero también puede tener un cierto *autogobierno* en el proceso; este *autogobierno*, a su vez, estará marcado por la acción de su trabajo vivo en acto sobre lo que le es ofertado como trabajo muerto y las finalidades que persigue.

Vale observar que, en esta situación, hay componentes del trabajo muerto que son distintos, como ya mencionamos antes al señalar sus diferentes formas como herramienta o como materia prima. Con esto estamos queriendo poner la atención sobre uno de estos términos en particular, que es esa parte del trabajo muerto que abarca tanto esa cierta sabiduría del carpintero-artesano del saber ser carpintero por la cual produce determinados productos típicos de este trabajador, como las herramientas que utiliza el carpintero para realizar su trabajo específico.

De este modo, estamos queriendo destacar aquella parte del trabajo muerto vinculada con el modo de actuar como carpintero, como aquel conjunto de situaciones que definen el universo tecnológico del artesano-carpintero, para mostrar que la idea de tecnología está muy vinculada no solo a la de equipamiento tecnológico, sino también a un cierto *saber hacer*, y a un *ir haciendo*, que incluso da sentidos a lo que será o no *la razón instrumental* del equipamiento.

Centramos nuestra atención, por lo tanto, en una parte de este proceso de trabajo que está constituida por algunas de sus dimensiones tecnológicas, y que entra en este momento como componente del conjunto del trabajo muerto. Pero no como un elemento cualquiera, sino como un elemento fundamental, que incluso *captura* el trabajo vivo en acto de modo tal que puede conseguir que no se ejerza ninguna acción en forma autónoma y quede, así, completamente atado a la lógica del trabajo muerto expresada por algunas de las dimensiones tecnológicas. Aquí hay una discusión interesante, la cual retomaremos más adelante, vinculada con la posibilidad de que el trabajo vivo en acto esté siendo instituido o no por el trabajo muerto, y que, para ser pensada, debemos remitirnos a la última de las cuestiones planteadas, que es la de considerar la temática de la producción, del consumo y de la satisfacción de la necesidad que está en juego en este trabajo del artesano carpintero.

Aunque retomaremos este tema al analizar específicamente el proceso de trabajo en salud, en este momento consideraremos dos situaciones: una en la cual el artesano carpintero produce la silla para su propio uso, y otra en la que la producción apunta a un intercambio de la silla por un artefacto producido por otro trabajador².

En el primer caso, la silla producida tiene un valor de uso para el carpintero, dado por su utilidad *privada*, por ejemplo, en el uso doméstico que el trabajador que

¹El uso de los términos *dado* o *dando* es para destacar que lo instituido está constituido, producido, y lo instituyente está en proceso, produciendo. Lo usamos inspirados en Félix Guattari, para una explicación más amplia, véase Barembli (1992).

²Si bien hacemos uso de una parte de los estudios de Marx sobre la teoría del valor, no tenemos la pretensión de aferrarnos a todas las implicancias de sus conceptos.

la produjo le da para descansar, reunirse con personas en su espacio, colocar cosas encima, etcétera. En síntesis, la silla fue producida porque su consumo podría satisfacer una necesidad sentida por el carpintero. La silla tiene en este caso un valor, en la medida en que va siendo consumida por el propio trabajador, y en su producción el trabajador podrá ir *diseñando* la silla de la manera que le interese y en busca de las muchas funcionalidades que pueda tener para él. A partir de la acción de su trabajo vivo en acto, utilizará el trabajo muerto inscripto en su técnica, en sus instrumentos de trabajo, como componentes de una *caja de herramientas* (que contiene el conjunto de sus tecnologías como trabajador de la carpintería) para elaborar sillas específicas, para sí, que él supone útiles en su espacio privado, incluso para ser usada por otra persona dentro de su casa (la del carpintero).

El trabajo vivo, en esta situación, sufre una *captura* de su autonomía por parte de lo que está dado, instituido, como por ejemplo tener que producir una silla y no cualquier otra cosa, o incluso tener que satisfacer necesidades dadas como sentarse, y aun así él podrá ejercer un gran poder instituyente sobre *qué* silla estará *deseando* su productor/consumidor.

En el segundo caso, la silla será producida porque el carpintero podrá intercambiarla por cualquier otro producto –como, por ejemplo, dinero–, que es un equivalente general en el mercado y que, a su vez, puede ser intercambiado por cualquier otro producto que pueda servir para que el carpintero realice o satisfaga otra necesidad, no vinculada al consumo directo del producto-silla. En esta situación, este producto-silla tiene un valor de uso para él, pero que no está dado por su consumo inmediato, sino por el poder de intercambio con otros bienes.

En este caso, la silla va a tener un valor de cambio (que de alguna forma se expresa en la cantidad de dinero que vale) que será útil para que el carpintero acceda a otro producto, que tendrá un valor de uso inmediato para él. Ahora, el carpintero va a tener que relacionarse, a través del mercado, con alguien que encuentre en la silla la satisfacción de una necesidad y que pueda proporcionar un intercambio que, a su vez, permita que el carpintero obtenga otro bien para satisfacer su necesidad como consumidor final.

El mercado, que permite el intercambio, funcionará como un *objeto intermediario* para el acceso del productor a otros productos y pasar a ser consumidor final. En realidad, hasta el acceso como productor para la obtención de sus herramientas, materias primas, se da en el mercado, y la relación producción, consumo y necesidad es una red muy compleja. Pero la necesidad del carpintero, que busca un consumo no inmediatamente productivo, se va a expresar en un doble movimiento de valores de uso: el de la silla, cuyo valor de uso es el de poder ser intercambiada por dinero u otro bien; y el del producto obtenido en este intercambio, cuyo valor de uso va a satisfacer una necesidad al ser directamente consumido. Y el acceso a este intercambio de valores de uso se dará debido a la presencia de un intermediario, el mercado, regido por valores de cambio que, de forma abstracta, permiten comparar *cantidades* de trabajos concretos diferenciados.

De este mismo modo, la cuestión de las necesidades presenta un doble movimiento: por un lado, hay una primera necesidad que el trabajo del carpintero no

puede satisfacer, que está representada por el consumo del producto final, pero al cual podrá tener acceso a través de la satisfacción de otra necesidad expuesta, a través del mercado, por otro a quien recurre con sus productos de trabajo. Las necesidades evidenciadas, de usar y de intercambiar, tienen que realizarse para que, en el consumo del producto final, el carpintero tenga su necesidad como consumidor – no inmediatamente productivo– satisfecha, y así pueda continuar trabajando como trabajador/consumidor.

Al respecto, Gastão Wagner de Sousa Campos (1992; 1994) dice que, en el caso de la salud, el usuario de un servicio busca consumir algo (las acciones de salud) que tiene un valor de uso fundamental al permitir que su salud sea preservada o restablecida y, así, el intercambio le permite el acceso a algo que para él tiene un valor de uso que produce un *bien* –con un valor de uso inestimable–, cuya finalidad es mantenerlo vivo y con autonomía para ejercer su modo de andar la vida.

Retomamos estas ideas del autor para poder imaginar cuán pertinente sería la utilización del ejemplo del carpintero para entender la cuestión de la producción, consumo y necesidades en salud. Pues para nosotros, y de acuerdo con este autor, estamos ante un proceso que tiene especificidades muy propias, con características distintas del proceso de trabajo, cuando lo que está en discusión es el tema de la necesidad de salud. Y, además, nos permite estar atentos al hecho de que, en la salud, el consumo por parte del usuario se da en forma inmediata en la producción de la acción, y no se oferta en el mercado como cosa externa, que *va y agarra* (no confundir con el consumo de procedimientos, como exámenes o rayos X, que a veces ocupan imaginariamente el lugar del consumo de las acciones productoras de salud).

Y de este modo, en el caso de la producción/consumo, en los momentos asistenciales en salud se construye un espacio intercesor³ entre el usuario y el trabajador/productor del acto (no debemos quedarnos con la imagen de que solo existe en los momentos individualizados, sino que esto vale también para acciones colectivas de salud), en el cual el trabajador instituye necesidades y modos capturados de actuar (y en proceso de *captura*), y el usuario también. En este momento, tenemos un encuentro y una negociación, en acto, de los encuentros de necesidades.

En el sentido común, y por influencia de una larga tradición en la cual se inscriben el marxismo y el psicoanálisis, tenemos una imagen de necesidad centrada en la carencia, como falta de algo que buscamos para consumir. Pero efectivamente podemos afirmar que, más allá de este formato específico que adquieren las necesidades, hay una dimensión de la necesidad como expresión de un ser en potencia, que desea ser, desea positivamente existir, ser mundo y parte de él, desea como una

³El término *intercesor* está siendo usado aquí en un sentido similar al de Deleuze (1992) en *Conversações*, libro que ya mencionamos y que relata la intercesión de Deleuze y Guattari al producir *Antiedipo*, que no es una sumatoria de uno y otro, un producto realizado a cuatro manos, sino un “inter”. Así, usamos este término para designar lo que se produce en las relaciones entre sujetos, en el espacio de sus intercesiones, que es un producto que existe para los dos en acto y no tiene existencia por fuera del momento de la relación en proceso, y en la cual los inter resultan instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos. Abordamos con más detalles esta cuestión en el texto “O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica del processo de trabalho em saúde” (Merhy, 1997a), publicado como capítulo del libro *Movimento sanitário: 20 anos de democracia*, organizado por Sonia Fleury, en una edición conmemorativa de los veinte años del CEBES.

voluntad de *potencia de ser*, como una *máquina deseante*⁴. Y así, aquel espacio intercesor también expresa esta positividad, como por ejemplo, la del usuario que busca en los servicios de salud un medio de ser más autónomo en su modo de caminar el mundo⁵.

En este momento, retomamos la reflexión relacionada con el trabajo del carpintero-artesano, para explorar otras dimensiones importantes de este tema del proceso de trabajo. Este trabajador, en la segunda situación mostrada, la de producir la silla para el intercambio, aparentemente no tendría tanta *autonomía* para, en el acto de la producción, usar su trabajo vivo sobre la *caja de herramientas* (la cual contiene los trabajos muertos: instrumentos y tecnologías) y producir sillas de un modo muy libre, pues deberá orientar esta producción con una cierta dosis de normatización en torno de lo que está siendo *deseado* por los consumidores de sillas que, además, quieren hacer intercambios conforme un cierto acuerdo social (contrato social) que *define* quién es él y quiénes son los otros, dentro de una cierta regla social, legítima, legal e imaginaria.

Así, su trabajo vivo estará comandado no solo por una parte del trabajo muerto que forma parte de su universo tecnológico, sino también por el modo en que se construyen socialmente las necesidades de los consumidores de sillas y las formas sociales de satisfacerlas.

El trabajo vivo en acto será capturado casi en su totalidad por fuerzas instituidas, como las tecnologías duras –representadas por las máquinas– y leve-duras –representadas por los saberes estructurados (Merhy, 1997b) de su caja de herramientas–, el modo en que socialmente se producen las necesidades y los modos de satisfacerlas, y aun así el trabajo vivo del carpintero puede ejercer variaciones en el proceso de producción de la silla. Veremos que, en gran parte, esto se debe al hecho de que estamos hablando de un artesano, pues la situación sería muy diferente si estuviéramos hablando de un obrero que trabaja en una fábrica de sillas inserta en una sociedad capitalista, en las que el control capitalista produce una *captura* total del trabajo vivo en acto.

Más adelante notaremos que, cuando se trata de trabajo en salud, esa autonomía del trabajo vivo en acto es muy amplia –independientemente de estar o no bajo un modelo empresarial– con relación a los movimientos de *captura* por parte de las tecnologías más estructuradas (duras y leve-duras)⁶ y por las necesidades. Pues ambas –tecnologías estructuradas y necesidades– capturan el trabajo vivo en acto, en el proceso intercesor que, en salud, es siempre un proceso *cuasi estructurado*. Veremos

⁴Tomamos este término de Guattari y Deleuze, quienes afirman, desde el libro *Antiedipo*, que “los vivos” actúan como máquinas deseantes. Retomaremos esto más adelante.

⁵En relación con estas cuestiones hacemos un ejercicio sobre el tema “universalidad, equidad y acceso” en un texto presentado en el V Encuentro Municipal de Salud de Belo Horizonte, en 1996, y publicado en los memorias de ese evento.

⁶Como se verá más adelante que hay una tercera modalidad de tecnologías, no tan estructuradas y que denominamos leves, que son productoras de relaciones intercesoras, como es el caso del proceso de acogimiento o del vínculo, como prácticas intercesoras en salud o incluso el propio juego transferencial de los procesos psicoanalíticos.

Para entender esto con más detalle, volveremos al ejemplo de productor y consumidor, para buscar una mejor explicitación de este concepto de intercesores que estamos utilizando.

Esta idea de intercesores, como ya señalamos, está inspirada en Deleuze, que la expone en el libro *Conversações*, al explicar que los textos producidos junto a Guattari no son productos de una simple sumatoria, pues nacen de la intercesión creada en aquella producción. Nos gustaría trabajar ahora con esta noción: la intercesión entre el productor y el consumidor, y cómo esta se presenta de un modo diferente en los procesos en los que los productos se consumen en forma diferida de su producción, dentro de la lógica de la empresa capitalista, y de aquellos en los cuales el consumo se da en forma inmediata a la producción, como en la salud, y que formatean procesos más estructurados y cuasiestructurados⁷.

Retomamos esta idea para percibir que tanto los productores como los consumidores son instituyentes de necesidades y actúan como fuerzas en el espacio intercesor producción/consumo, exponiendo de un modo diferente sus intencionalidades, *deseos*⁸, necesidades, procesos de *capturas* que estén sufriendo, etcétera. Lo que nos interesa ahora, es percibir que en el proceso intercesor producción/consumo se va a dar un juego de instituyentes entre productores y consumidores, en el propio acto de producción, que los confronta, no siempre de manera conflictiva, a partir de distintos formatos de necesidades –como carencia y como potencia– y, también, de distintas formas de satisfacerlas. Por ejemplo, el productor de acciones de salud puede encontrarse en busca de dinero, pero el consumidor buscará siempre, bien o mal, defender un *bien*, su salud, que se vincula con su capacidad de caminar por la vida con cierta calidad.

En el caso del carpintero, la intercesión entre él y el consumidor no se da de modo directo e inmediato, sino mediada por el mercado y por los distintos productos, representados por sus valores de cambio y de uso. En la salud, se da de un modo inmediato, todo al mismo tiempo. Y, en este sentido, es importante abocarnos más específicamente a este típico proceso de trabajo, el de la salud, y reflexionar sobre el conjunto de estas cuestiones y el modo en que es operado, tanto desde el punto de vista de la producción material de productos, bienes simbólicos –como es la salud–, además de intentar entender que hablar de satisfacer necesidades y de realizar finalidades nos coloca, inevitablemente, ante una discusión del campo de la subjetividad humana.

En los siguientes apartados, abordaremos la realidad del proceso de trabajo en salud tomando como referencia la micropolítica del trabajo vivo en acto. En este contexto, buscamos operar con los conceptos básicos para intentar explicar los

⁷Este uso de “estructurado” y “cuasiestructurado” está tomado de Carlos Matus, cuando menciona los tipos de problemas que refieren los actores en situaciones y que reflejan su mayor o menor consenso, en un juego social dado en el cual actúan, debido a sus vivencias o no del problema y por la posibilidad de compartirlos o no.

⁸Quisiéramos señalar que la palabra deseo tiene connotaciones muy amplias según el referencial desde el cual se la utilice. Aquí no intentamos abarcar su sentido psicoanalítico asociado a la cuestión libidinal, pues la estamos planteando como un momento de expresión incluso de voluntades más o menos conscientes.

procesos que conforman la micropolítica del trabajo vivo en la salud y su acción en las aristas de la gestión de los establecimientos de salud, como el lugar en el que se gobiernan los procesos institucionales, al ser el espacio de la formulación y de la decisión de políticas, y como el lugar que permite imprimir direccionalidad a los actos productivos, al interior de los servicios, al gobernar procesos de trabajo.

En primer lugar, debemos reconocer que buena parte del contenido de este debate no es ajeno a los estudios sobre el cambio de los procesos de trabajo, pues hay un conjunto de ideas y de teorías que lo focalizan y que, en parte, lo reconocen. Y, por otro, además de intentar traer esta discusión hacia el interior de nuestra reflexión, tomaremos su contextualización partiendo de una situación más genérica, es decir, la realidad del mundo del trabajo en las organizaciones, para después abocarnos al tema de la salud.

La micropolítica del trabajo vivo en salud: una cuestión institucional y territorio de tecnologías leves

Meterse con los procesos de trabajo es meterse con cabezas e intereses

Antes que nada, vale recordar que esa discusión –la del cambio de los procesos de trabajo en salud– no es nueva, ni desde el punto de vista de los sectores público y privado, ni desde el punto de vista de la medicina y de la salud pública. En realidad, esa idea de cambio de los procesos de trabajo, en general, es mucho más abarcadora de lo que se ha demostrado al analizar los cambios de los modelos de atención en salud.

Toda la discusión actual sobre el cambio del patrón de organización del capitalismo en Brasil y en el resto del mundo, de un cierto modo, pasa por la cuestión del cambio del proceso de trabajo en general. Desde nuestro punto de vista, algunos autores lo plantean a partir de algunas premisas confusas, como una discusión sobre la *revolución tecnológica de la comunicación informatizada*. Otros la confunden con la *modernización tecnológica* y la robotización de los procesos de trabajo. Se percibe entonces que, de un modo u otro, estas diferentes perspectivas están reconociendo que las anteriores bases tecnológicas del proceso de producción están cambiando.

Dentro de este debate es interesante observar lo que algunos autores, considerados *popes* de la gestión empresarial y del proceso de trabajo en las organizaciones, como Peter Drucker, han producido sobre el tema de la gestión organizacional en este momento de cambio.

Drucker señala algunas cuestiones interesantes al afirmar que la gran característica de la revolución tecnológica hoy es la contaminación predominante del sector terciario en el mundo de la producción material, que él entiende como un movimiento por el cual de la etapa inicial de las sociedades, en la que la producción material estaba muy vinculada al sector primario (agricultura), pasamos a las primeras revoluciones industriales en las que obtuvo relevancia el sector secundario, llegando incluso al punto de poder hablar de industrialización del campo, de la

agricultura. A partir de esto, en la actualidad alcanzamos la tercerización del proceso de producción industrial. Pero con la salvedad de que no es de esta tercerización de la que hablamos comúnmente, desde el punto de vista de la flexibilización de la fuerza de trabajo o de la contratación de otra empresa prestadora para cubrir algún servicio como, por ejemplo, la limpieza dentro de un hospital. Él no está hablando de tercerizar las actividades. El autor está hablando acerca de la naturaleza del espacio de producción.

Incluso si consideramos que esta manera de comprender este proceso es limitada, al vincularlo al *conocimiento* como principal fuerza productiva, la observación parece ser muy estratégica al relacionar esta transformación con el papel que desempeña en este momento la cuestión del conocimiento. Sin embargo, pareciera no percibir aquello que está más allá de esta cuestión del saber, que se caracteriza por una dimensión cuasi exclusiva y vital de la subjetividad, al no señalar, al interior de los procesos productivos, el lugar que ocupan las tecnologías de *captura* del trabajo vivo, es decir, cuán marcada está la actual *revolución tecnológica* por el papel que ha adquirido el trabajo vivo en acto al interior de los procesos de trabajo en general, en el sector terciario de la producción en particular, incluso como productor de mecanismos gerenciales que apuntan a la *captura* de los trabajos vivos directamente vinculados con la cadena productiva material. Esta es una cuestión que, debido a su importancia, retomaremos en detalle más adelante al abordar las organizaciones y el trabajo vivo. Más aún, se trata de un hecho que el capitalismo contemporáneo nunca ha desestimado, dado que se ha alimentado de un territorio especial de tecnologías para abastecer los procesos de cambio capitalistas, como las del campo de la gestión de las organizaciones y de la micropolítica del proceso de trabajo.

Hay un autor brasileño, Paulo Roberto Motta, que capta de cierta forma esta situación bajo un aspecto muy interesante, al decir que el enfrentamiento de estas cuestiones está muy vinculado actualmente con un recurso vital: la capacidad de gestión (Drucker, 1995; Motta, 1991). En su trabajo, Motta muestra cómo estamos viviendo hoy una situación histórico-social que ha significado para las organizaciones productivas un desafío que solo puede ser enfrentado a través de los modelos gerenciales cada vez menos burocráticos que les permite a las organizaciones una elasticidad que las transforma casi en una *organización inteligente*⁹ que consigue asimilar lo que ocurre en su interior y en su entorno y elaborar soluciones adecuadas para cada nuevo problema que aparece. La gestión sería el campo tecnológico para dar a las organizaciones esta elasticidad.

Sin embargo, comprender esta cuestión exige profundizar sobre la dinámica del trabajo vivo al interior de las organizaciones productivas y, para eso, usaremos como ejemplo la comparación entre una fábrica de automóviles y un centro de salud. Aunque estaremos utilizándolo, en este momento, de un modo muy simplificado, pues para explorar mejor todas las implicancias de esta reflexión sería necesario un

⁹Este término es nuestro, pues Pablo Motta no lo utiliza. Si bien concordamos con parte de sus ideas, creemos que hoy también existe una profunda redefinición de qué es el trabajo productivo y qué es mercancía, como discutiremos más adelante, cuando señalemos que el trabajo en salud produce “bienes-relaciones”.

texto específico, que tenga como objetivo abordar las relaciones entre las organizaciones y el trabajo vivo y, en particular, la gestión como expresión del trabajo vivo en acto y sus dimensiones tecnológicas.

Para continuar con el análisis comparativo, en primer lugar es necesario imaginarnos que la experiencia taylorista puede mostrarnos que las organizaciones capitalistas siempre tuvieron que convivir con la existencia de un cierto autogobierno del trabajador en el proceso de trabajo y que aprendieron, en parte, a domesticarlo e incluso optimizarlo, para poder avanzar hacia procesos de organización del trabajo en las líneas de producción dentro de los moldes más clásicos de las empresas, como lo que ocurrió con las automovilísticas.

Taylor supo percibir esta situación y, a partir de entonces, propuso la conformación de un tipo de tecnología para operar estos contextos organizacionales productivos, mostrando cómo es posible actuar tecnológicamente en el espacio de la gestión del proceso de trabajo al interior de los establecimientos productivos, que se conformaron en poderosos medios de producción, que más tarde se constituyeron en uno de los lugares privilegiados del ejercicio de la actual *revolución tecnológica*, como veremos más adelante. Además, este proceso puede revelarnos, en términos de la discusión sobre el trabajo vivo en las organizaciones, las diversas perspectivas que apuntan al cambio de los procesos de trabajo.

Podemos decir que el desarrollo del universo tecnológico que tiene como centro la gestión de las organizaciones productivas, como tecnología del tipo leve-dura¹⁰, acompañó paso a paso lo que clásicamente entendemos por desarrollo tecnológico del mundo de la producción, a partir de la introducción de tecnologías duras, como la máquina-herramienta, que cada vez más necesita de menos trabajadores para obtener mayores porciones de plusvalía, y que en la discusión clásica del marxismo es lo que se denomina plusvalía relativa y plusvalía absoluta.

Con esto queremos decir que las *revoluciones en el mundo tecnológico de la producción* no se hacen solo con la entrada en escena de nuevas máquinas, sino también de nuevos modos de gestionar las organizaciones, a fin de garantizar la *captura* del trabajo vivo en acto en la producción, permitiendo que los autogobiernos tengan que ser *coherentes* con la naturaleza del proceso productivo capitalista. Además de estar sugiriendo que cuanto más intensiva sea la explotación directa del trabajo vivo en la línea de producción, más surge la necesidad de ampliar la capacidad de *captura* de este por estrategias organizacionales localizadas en los procesos de gestión del equipamiento institucional, debido a la acción del trabajo vivo en el doble espacio de la gestión: por un lado, la gestión en el espacio del proceso de trabajo, por otro, el espacio de la gestión organizacional del establecimiento productivo.

Sin embargo, estas cuestiones no se presentan del mismo modo cuando el proceso productivo es el de las prácticas de salud, por su naturaleza mucho menos estructurada y por el hecho de que, al interior de estas prácticas, se está permanentemente ante la conformación de un espacio intercesor trabajador-usuario, como el

¹⁰Una discusión mucho más detallada sobre esa tipología de las tecnologías se encuentra en Merhy (1997b).

lugar que da factibilidad al trabajo vivo en acto y al juego de necesidades que, como vimos, se define al interior de un proceso cuasiestructurado.

Veamos esto más de cerca al comparar el caso de la fábrica y el del centro de salud. De un modo muy genérico, al describir la producción de automóviles en una fábrica brasileña, podemos decir que hay un orden impuesto al proceso productivo en la línea de producción que, si un área como la de forjado no sigue los patrones definidos para la fabricación de su producto –por ejemplo, una puerta del automóvil–, el área siguiente, como la de pintura, no aceptará el producto que proviene del área de forjado.

De este modo, hay una lógica en la línea de producción que debe ser seguida siempre, en términos de patrones que deben ser cumplidos en cada área de producción y, si estos patrones no fueran obedecidos, el trabajo vivo incorporado en ellos sería rechazado. Es decir, en este tipo de organización, la *captura* del trabajo vivo deberá ser total y completa en la línea de montaje del producto final, pues esta organización no puede vivir con un autogobierno del trabajador al punto de alterar los patrones de los productos a ser manufacturados y su vinculación con el juego de la creación de valores¹¹.

Además, una organización de este tipo debe desarrollar permanentemente un conjunto de acciones cuya finalidad es la de garantizar la plena *captura* del trabajo vivo en acto en la línea de producción, y estas acciones deben cercenar el sentido del autogobierno y colocarlo, todo el tiempo, al servicio de una lógica capitalista empresarial previamente definida.

Podemos afirmar, entonces, que una organización de este tipo está permanentemente en busca de un proceso muy estructurado de su línea de producción final, y que para alcanzarlo desarrolla un frente de trabajo cuyo objetivo es controlar y viabilizar la *captura* del trabajo vivo de ese proceso, estructurándolo. Este nuevo frente de trabajo, que no está directamente comprometido con la elaboración del producto final, se da en el espacio de la gestión organizacional y gracias a un conjunto de trabajos vivos que apuntan a transformar el trabajo vivo directamente comprometido con la elaboración del producto final en un trabajo totalmente *capturado* por la lógica capitalística, en nuestro caso, del trabajo muerto que opera y estandariza el proceso directamente productivo.

Una organización de este tipo pone especial atención en este trabajo vivo, que tiene como misión *matar y domesticar* el autogobierno de la línea directa de producción que pretenda alterar su lógica. Y si observamos el mundo de las necesidades que están siendo satisfechas, podemos afirmar que la del posible usuario del producto final no está presente en el acto de producción, incluso si fuera encarado como algo a ser comandado y estructurado por el propio proceso productivo, que busca *capturarlo* también.

En una fábrica de automóviles, esta dinámica de *captura* del trabajo vivo en acto en la línea directa de producción es realizada por los componentes del trabajo muerto que están contenidos tanto en las máquinas (tecnologías duras), como en

¹¹Este tema tratado en “Introducción”, al abordar la teoría del valor.

los saberes normatizados (tecnologías leve-duras), como ya expusimos; podemos también sentir la presencia de un conjunto de otros componentes instituidos por distintas lógicas que actúan como procesos de contención de las posibilidades instituyentes del trabajo vivo en acto, productor de bienes finales.

En particular, destacamos el papel de los procesos de constitución y reproducción de los territorios existenciales autorreferenciales a los cuales los trabajadores están *pegados*, como resultado de procesos agenciadores subjetivantes que los producen como *grupos sujetados*, al decir de Guattari. En este sentido, cabe destacar tanto el papel que desempeñan en cuanto a la captura de subjetividades –por ejemplo, las ideologías *domesticadoras* de los trabajadores– como las conformaciones subjetivantes que la propia dinámica del trabajo impone al modelar el cuerpo como *herramienta de trabajo*, sus espacios, tiempos (Guattari, 1992; Foucault, 1979), e incluso modos de sentir.

Así, el modo en que las *cabezas están siendo fabricadas* también opera en la micropolítica del proceso de trabajo vivo, tanto como fuerzas instituyentes de procesos de resistencia a los cambios –como vemos cotidianamente en los servicios de salud– o como procesos innovadores en términos de agenciamientos, como los casos de movimientos contestatarios y antihegemónicos¹². Sin embargo, cualquier posibilidad de meterse en los procesos de trabajo encuentra, como parte de sus desafíos, meterse con las cabezas y los intereses, y sus formas de representación como fuerzas que actúan molecularmente en el interior de los procesos micropolíticos¹³.

Sin duda, dentro de las organizaciones muy estructuradas, como la fábrica que tomamos para en momentos sociales muy especiales, cuando surgen *actores sociales* nuevos y organizados con capacidad de confrontar con el proceso instituido.

A veces asistimos a procesos intra-organizacionales que tienen la pretensión de provocar cambios controlados y, en este sentido, vale destacar que se ha buscado un conjunto de tecnologías que tienen como desafío no solo el control del trabajo vivo en acto en la producción de bienes, sino también el de su propia capacidad de cambios. Más aún, este ha sido un tema recurrente para algunas de las corrientes que conforman la teoría general de la administración, que fueron y son producidas con la finalidad de construir modos de accionar que apuntan a una gestión organizacional

¹²El análisis que se realiza aquí está omitiendo que muchos obreros inventan modos propios de gestionar su cotidiano en el trabajo, incluso con la perspectiva de no adhesión a los procesos capturantes. Hechos que se ponen en evidencia con las faltas, lesiones, etcétera. Sin embargo, como tendencia organizacional, estos son eliminados si no se constituyen en un movimiento.

¹³Debe quedar claro que los procesos instituidos, como las ideologías hegemónicas, se comportan también como instituyentes en los espacios micropolíticos, disputando con otras fuerzas, de naturaleza similar y distinta, procesos de producción de grupos sujetos al interior de las organizaciones productivas. Destacamos aquí la observación de Baremblyt de que no podemos encarar lo instituyente como positivo y lo instituido como negativo.

capturadora del trabajo vivo que fabrica productos finales y de su direccionalidad, con el fin de provocar cambios¹⁴.

Como vimos hasta ahora, el proceso de trabajo en salud está atravesado por distintas lógicas instituyentes, como cualquier proceso de trabajo. Pero en este, en particular, el juego de producción, consumo y necesidades tiene una dinámica muy peculiar, que hace que esté siempre en estructuración, dentro de un marco de incertidumbre permanente sobre cuál es el patrón de su producto final, realizado, y el modo de satisfacción que este genera.

Así, en un centro de salud, a diferencia de la fábrica que analizamos, no es posible obtener estrategias totalmente competentes que consigan *capturar* el trabajo vivo, realizador inmediato de bienes finales, y esto ocurre tanto a nivel de la práctica médica, como a nivel de cualquier otra práctica de salud. La *captura* global del autogobierno en las prácticas de salud no es solo muy difícil y restringida, sino imposible, por la propia naturaleza tecnológica de este trabajo.

Los servicios de salud tienen que actuar en situaciones en las cuales el juego del proceso de gestión del trabajo invade permanentemente al de la gestión del equipamiento institucional y está siempre en los límites de las relaciones entre lo público y lo privado, entre la intencionalidad política y la de producción de bienes, por lo que la búsqueda de formas de *publicizar* estos espacios de gestión se torna un desafío posible, en todas sus dimensiones, incluso aunque en muchos proyectos y modelos tecnoasistenciales esta forma se dé bajo el modo privatizante.

En los servicios de salud, el trabajo vivo en acto, productor de bienes finales, interviene permanentemente en la doble dimensión (duplicidad) de la gestión: es acción sobre el proceso de definición micropolítica de la política y es acción operadora de la producción de bienes.

En este sentido, hacer una intervención institucional que se proponga producir cambios en los procesos de trabajo y en los sistemas de dirección no es solo tener una receta programada para este proceso y seguirla; es mucho más complicado que eso, particularmente en los ambientes organizacionales del tipo de un servicio de salud. Cuando se llega a un lugar como un centro de salud que posee treinta trabajadores, por ejemplo, estamos frente a una dinámica profundamente compleja si consideramos el conjunto de los autogobiernos, el juego de intereses organizados como fuerzas sociales que actúan en la micropolítica del proceso de trabajo, cotidianamente, y las *cabezas* presentes en este escenario. En rigor de verdad, basta la existencia de dos personas, en un acto de producción y consumo en salud, para que

¹⁴Más adelante tendremos un apartado que destaca el análisis de estas teorías a la luz de este modelo teórico. Sería interesante, incluso, retomar esta discusión frente a nuevos procesos productivos que exploran el autogobierno en la línea de producción como factor de calificación, junto a las reflexiones de Peter Drucker y Paulo Roberto Motta sobre el tema. Un ejemplo particular que muestra su relevancia, y que hegemoniza esta discusión en el interior de las empresas, es el tema de la gestión de la calidad total que, a pesar de ser un caso particular, en el imaginario de la sociedad está considerada como "la" gestión estratégica de las instituciones, aunque este sea un tema más amplio. Además, esto ocurre aun teniendo en cuenta que el análisis de los resultados obtenidos no muestra que sea favorable. Peter Drucker y Paulo Motta evalúan el impacto de esos proyectos y señalan sus limitaciones.

esta situación se torne altamente compleja, en términos de los distintos procesos instituyentes e instituidos que operan en este espacio¹⁵.

De este modo, tal vez, resulte más claro pensar que el cambio de un proceso institucional siempre nos coloca ante una situación de alta complejidad, y no basta con poseer una receta para la acción, con técnicas puramente administrativas, incluso si consideramos (y con lo que concordamos) que detentar el control de tecnologías para realizar intervenciones en organizaciones que apunten al cambio de los procesos de trabajo, sea un componente importante y básico de la *caja de herramientas* de los grupos involucrados. Pero, sin duda, esto no es suficiente.

Debemos comprender que los distintos gestores, micro y macro, que buscan operar desde esta perspectiva tienen la necesidad de intentar desarrollar no solo una postura más ecléctica sobre los diversos instrumentales que están en oferta, sino también nuevas posibilidades de acciones instrumentales, siempre que perciban:

- que tendrán que enfrentar continuamente situaciones de alta complejidad, en términos cualitativos, que caracterizan al conjunto de las instituciones desde el punto de vista productivo, en particular a las de salud. Y que en estos procesos se debe intentar trabajar con la capacidad de problematizar cabezas e intereses, en un proceso institucional que actúa sobre la permanente dinámica privatización/publicización de los autogobiernos de los trabajadores; y
- que deberán buscar interrogantes –siempre ético-políticos, para poder generar procesos de liberación– sobre el sentido de la *captura* del trabajo vivo en acto, por parte de las fuerzas instituyentes del trabajo muerto, que está cristalizado en los medios de producción y en el proceso ya institucionalizado del modo de trabajar, según determinados saberes e intereses que buscamos cuestionar (lo que nos remite a la percepción de cuán transformadora puede ser esta liberación, particularmente en el trabajo en salud, además de cuán vital es el lugar ocupado por el trabajador dentro de este tipo de perspectiva)¹⁶.

En este momento, vamos a dejar esta discusión y el análisis de los innumerables desdoblamientos que pueda tener para abocarnos a la temática de la micropolítica del trabajo vivo en salud y su papel transformador del sentido de las prácticas, a fin de poder comprender mejor esta relación entre los procesos organizacionales y las distintas estrategias que ha adoptado el área de la salud y que apuntan a una acción en el espacio de intervención del trabajo vivo en acto.

¹⁵Como ya sugerimos, la lectura del *Compêndio de Análise Institucional*, de Gregório Barembliitt (2002), puede ayudar a comprender estas cuestiones, como también el texto sobre psicoanálisis del libro *As encruzilhadas do labirinto I*, de Cornelius Castoriadis (1997).

¹⁶Vale decir que, en sus distintas producciones teóricas, Gastão Campos ha escrito sobre el lugar privilegiado que los trabajadores pueden ocupar en el papel de reinventar los modos de trabajar cotidianamente en los servicios. En particular, estas reflexiones están presentes en los libros *Planejamento sem normas* (Campos, Merhy y Nunes, 1994), *A saúde pública e a defesa da vida* (Campos, 1994) y *Reforma da reforma: repensando a saúde* (Campos, 1992).

El papel transformador del trabajo vivo en acto en la salud y sus duplas tecnológicas

El proceso de trabajo, en su micropolítica, debe ser entendido como un escenario de disputa de distintas fuerzas instituyentes: desde fuerzas presentes en los modos de producción –fijadas, por ejemplo, como trabajo muerto e incluso operando como el trabajo vivo en acto–, hasta las que se presentan en los procesos imaginarios y deseantes, y en el campo del conocimiento que constituyen los distintos *hombres en acción*¹⁷ constituyen.

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 siempre *atravesado* por las distintas lógicas que el trabajo vivo puede comportar. Un ejemplo de esto es la creatividad permanente del trabajador en acción en una dimensión pública y colectiva, pudiendo ser *explorada* para inventar nuevos procesos de trabajo, e incluso para abrirlo hacia otras direcciones no pensadas.

Pero no se puede desconocer que esto puede ocurrir en los momentos en que se abren fisuras en los procesos instituidos y en los que la lógica estructurada de la producción, como también su sentido, son puestos en jaque, incluyendo la propia manera en la que está siendo gestionada por los trabajos vivos precedentes que se cristalizaron, además, en la potencia del trabajador.

Por lo tanto, actuar en estos procesos *trabajo vivo dependientes* nos permite salir en busca de la construcción de distintas líneas de fuga como, por ejemplo, con relación a la lógica que preside el proceso de trabajo como producción y satisfacción de necesidades; a cómo trabajar, esto es, a su configuración tecnológica; a cómo está ordenado el espacio institucional de la gestión de este proceso. Repensar la potencia y la impotencia como una característica situacional que puede ser atravesada –e incluso agenciada– por distintos procesos instituyentes se torna, así, una de las osadías.

Un análisis más detallado de las interfaces entre los sujetos instituidos, sus métodos de acción y el modo como estos sujetos interceden nos permite realizar una nueva comprensión sobre el tema de la tecnología en salud, al tomar como eje el trabajo vivo en acto, que es en esencia un tipo de fuerza que opera permanentemente en proceso y en relación¹⁸.

Apostamos a la posibilidad de constituir tecnologías de la acción del trabajo vivo en acto, e incluso de su gestión, que provoquen ruidos, abriendo fisuras y posibles líneas de fuga en los procesos de trabajo instituidos, que puedan implicarse en la búsqueda de procesos que focalicen el sentido de la *captura* sufrido por el trabajo vivo y lo expongan a las posibilidades de *rupturas* con relación a los procesos institucionales que lo operan cotidianamente.

¹⁷La pretensión aquí es marcar una posición distinta del racionalismo, presente en la noción de *hombre de la razón*, que subsume en esta racionalidad a los procesos que gobiernan al hombre en situación y en la acción.

¹⁸Véase nuevamente el tema de los intercesores, ya abordados.

Sin mencionar que esto implica que los *disparadores* de estos procesos de fuga estén explícitamente vinculados a una mirada ético política interrogadora y ruidosa, más que centrados en un modelo previo y totalmente definido que se contraponga en forma global al trabajo muerto cristalizado en lo instituido¹⁹.

Entender esta doble dimensión de la acción del trabajo vivo en acto, de gestionar procesos institucionales y de realizar producciones propiamente dichas, así como las posibilidades de meterse con procesos directamente referentes a sus modos tecnológicos de existir, es primordial en la reflexión que estamos proponiendo, pues con ella pretendemos interferir en los modos en que el trabajo vivo opera una producción concreta determinada – como un modo de ser esencialmente intercesor y de actuar a través de sus formas tecnológicas leves, capturadas de determinadas maneras en relación con el trabajo muerto que opera en forma simultánea–, al mismo tiempo en que pretendemos también hurgar cómo institucionalmente este proceso se conforma en 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. Queremos pensar tecnologías que puedan tanto redefinir los procesos de *captura* del trabajo vivo en acto en un modelo de atención determinado, como hacer más públicos los procesos que gobiernan su direccionalidad.

Cabe señalar que estas posibilidades no son por completo ajenas a algunos pensadores plenamente adheridos al sistema capitalista actual, lo que puede ser percibido cuando analizamos algunas producciones contemporáneas en el campo de la gestión empresarial, en el cual vamos también a buscar interlocutores para pensar esas tecnologías.

Hay autores, como Fernando Flores²⁰, que percibieron que el conjunto de las contribuciones de la teoría general de la administración²¹ ha apresado el potencial *revolucionario* del trabajo vivo –aunque no utilice esta denominación– para implementar las modificaciones necesarias (o que él supone como necesarias), hoy, en el interior de las empresas capitalistas. Partiendo de una lectura de la administración como fenómeno lingüístico, Flores intenta explorar una dimensión de la práctica gerencial que, desde nuestro punto de vista, es insolvente al momento de la presencia del trabajo vivo en acto en el proceso de gestión; aunque este autor después proponga captarlo con un método informatizado, a través de su programa gerencial (software) *El coordinador*.

En resumen, este autor critica la tradición de la teoría general de la administración al decir que, a partir de una postura sistémico-funcionalista, sus diversas corrientes han tratado las *fallas* cotidianas que ocurren en las prácticas administrativas como

¹⁹Véase el texto de Gastão Campos en el cual hace una reflexión sobre la metodología de trabajo del Laboratório de Planejamento em Saúde (LAPA) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), donde señala que, más que portadores de un modelo tecnoasistencial, debemos ser “provocadores” de interrogantes.

²⁰Para mayores detalles, véase Flores (1994).

²¹Incluso, a partir de esta perspectiva micropolítica, podemos abordar las propias tecnologías para el gobierno de las organizaciones, como las de la teoría general de la administración, como contribuciones a ser constituidas en herramientas disponibles para el sujeto de la acción en su actividad de gestor del proceso de trabajo, siempre que sean “desencarnadas” de sus lógicas instituyentes dadas por el trabajo muerto que representan y, de este modo, puedan ser “apropiadas” por otras (lógicas instituyentes).

disfunciones, pero no han conseguido percibir que estas *fallas* son constitutivas de estas prácticas que, como fenómenos lingüísticos, exponen siempre un acto de lenguaje entre pares que de un modo ilocutivo ponen en juego el establecimiento de un compromiso de acción. Y, en este sentido, señala que siempre que ocurre un acto de lenguaje hay una intencionalidad por sobre aquella que está presente en el mensaje emitido (la forma locutiva del acto de habla), y que, como intención ilocutiva de este acto, está siempre creando una situación comunicativa de explicitación de un determinado compromiso para la acción, que no se da de manera inmediata en el habla, sino en los actos, que tiene que ser aprehendido, explicitado y comprendido para que, en el plano gerencial, pueda compatibilizarse con la búsqueda de un proceso cooperante de compromisos, entre los pares, en el interior de las empresas.

Así, el cotidiano de una organización está siempre abierto a la posibilidad de no-compartir o no-adequar el compromiso ilocutivo del acto del lenguaje con las acciones, que se tornan vitales para cumplir la misión institucional. El cotidiano estaría, entonces, permanentemente atravesado por estos ruidos. Ser gestor, en esta situación, sería desarrollar la capacidad de escucharlos, construyendo un proceso de búsqueda de entendimiento hacia ellos y de un cierto estado de ánimo cooperativo para la ejecución de la misión institucional.

Aunque considerando que, para Flores, los instituyentes capitalísticos, que instituyeron e instituyen los lugares de los *hablantes* y hasta el proceso de hablar, son un parámetro de lo que son los intereses de la misión de una organización, su contribución expone una dimensión muy propia de uno de los momentos del trabajo vivo en acto en las organizaciones, expresada en las *conversaciones* que crean compromisos para la acción entre las distintas áreas de producción y los diferentes niveles organizacionales. También identifica la acción gestora cotidiana que todos detentan como *el* lugar vital para pensar el proceso organizacional.

Desde la perspectiva que estamos planteando, o sea, la posibilidad de tomar los ruidos cotidianos como *abridores* de líneas de fuga de lo instituido, consideramos limitada la perspectiva de Flores, pues no permite explorar las *fallas* como analizadores que viabilizan agenciamientos de nuevos procesos en el campo de la subjetividad que opera en los espacios de autogobierno del trabajo vivo en acto, posibilitando la invención de nuevas *misiones* organizacionales y nuevos sentidos para el proceso de trabajo, al mismo tiempo que no comprende con claridad la dimensión propiamente tecnológica del trabajo vivo en acto, en los procesos productivos propiamente dichos, con sus acciones tecnológicas intercesoras.

Aun así, Flores pone en evidencia que el trabajo vivo ocupa un lugar estratégico en la acción de *diseñar* la organización²², pudiendo ser *operado* con ciertas *herramientas gerenciales* que pongan su captura en jaque, tornándose una fuente inagotable de producción de posibles nuevos mundos y escenarios al interior del mundo del trabajo, en función de lo instituido que estemos cuestionando y queriendo superar.

²²Aquí, en este texto, se entiende de una forma más amplia aún, pues lo tomamos sustancialmente como espacio de la subjetividad en producción, que “carga” en sí muchas racionalidades más allá de la que este autor aprehende en la dimensión del lenguaje y que está implicado con el trabajo en sí.

El proceso de trabajo, de esta forma, puede ser expuesto neurálgicamente como micropolítica y lugar estratégico de cambio, como venimos afirmando a lo largo del texto.

Sacar provecho de esta manera de mirar el campo de la gestión del proceso de trabajo en salud es lo que se pretende al proponer una reflexión en torno al proceso de trabajo en salud bajo la óptica del trabajo vivo:

- a) como una dimensión que lo abre a prácticas creadoras de permanentes procesos tecnológicos para enfrentar la complicada temática de las necesidades de salud, dimensión que debe ser vista también bajo la perspectiva de su institución;
- b) como una manera de analizar la distinción entre el lugar que ocupa –y de la propia forma de su *captura*– en un modelo como el médico-hegemónico y aquel que puede ocupar en otro, como el de la defensa de la vida (en esto tenemos que reconocer que existe poco desarrollo, incluso para crear detectores, como los indicadores de salud, de la presencia de esta tecnología del trabajo vivo en acto, además de cuán centrado está el modelo actual de información en los indicadores de trabajo muerto del modelo médico-hegemónico o incluso de la salud pública más tradicional, creando dificultades adicionales para operar con estas nuevas dimensiones; este tema será objeto de análisis más detallado, en el capítulo siguiente, sobre las herramientas analizadoras);
- c) abriendo una caja-negra en torno de la presencia de las *tecnologías leves*, tecnología de (y de las) relaciones –de los intercesores, al interior de los procesos que pueden generar alteraciones significativas en el modo de trabajar en salud– y la importancia de incorporar los interrogadores de los espacios intercesores que se constituyen entre el trabajador en salud y el usuario (que implican procesos instituyentes distintos vinculados con diferentes necesidades en la construcción de sus espacios), bajo una óptica analizadora pautada por la ética del compromiso con la vida y expresada en acto en las dimensiones asistenciales del trabajo vivo en salud, como la relación de acogimiento, la creación del vínculo, la producción de la resolutiveidad y la creación de mayores grados de autonomía para las personas.^{23,24}

Trabajo vivo en salud y sus tecnologías leves en el ejercicio de los autogobiernos y en los procesos intercesores

Como ya dijimos, en este trabajo tomamos algunas de las contribuciones de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves y de Cornelius Castoriadis para entender las cuestiones que se refieren a la propia capacidad del trabajo vivo en acto en salud de interrogar el sentido de su *captura*. Así buscamos conversar –incluso corriendo el riesgo de ser superficiales en muchos casos con la producción teórica de estos autores– intentando comprender algo sobre la tecnología del trabajo vivo en acto y su relación con la práctica de dudar, analizar y buscar revelar (a través de dispositivos interrogadores)

²³Estos elementos están presentes en forma más detallada en Celilio (1994), y en capítulos y anexos en los que trabaja el análisis de situaciones concretas, en Merhy y Onocko (1997).

²⁴En nuestra argumentación, esto parece permitir la exploración de la potencia reformadora del trabajo vivo en la micropolítica del proceso de trabajo en salud, al constituirse en dispositivos analizadores, interrogadores ruidosos, del cotidiano institucional en el que se realiza la acción en salud como servicio, y en el cual se puede poner en jaque la “captura” del trabajo vivo (Merhy, 1997b).

el sentido y la direccionalidad (intencionalidad) del proceso de trabajo en salud y sus modos de operar cotidianamente en los procesos productivos.

Procuramos trabajar con la reflexión desarrollada por Ricardo Bruno sobre el proceso de trabajo en salud y su mirada sobre la *micropolítica* de este proceso, con la cual intenta aprehender el comando del trabajo muerto instituido (como modelo tecnológico) sobre el trabajo vivo, en salud, a partir de la consagración de algunos determinados modos de organización del proceso de trabajo en salud, como una singularidad histórica y social determinada.

Ricardo Bruno, de manera muy competente, aprehende la presencia de un conjunto de fuerzas instituyentes del *sistema capitalístico* en la organización del proceso de trabajo en salud, a partir de comprender cómo los procesos molares de este sistema resultan *determinantes* en lo micropolítico de este trabajo, sobre esta cuestión son muy interesantes los textos de Guattari (1981) en *Revolução molecular*. Con esta dinámica, Bruno instrumentaliza la posibilidad de detectar algunos mecanismos fundamentales de *captura* del trabajo vivo en acto en salud por parte del trabajo muerto *capitalísticamente* instituido, abriendo un espectro de interrogantes sobre esta *captura* que pueden poner en jaque sus sentidos. Sin embargo, cuando piensa los procesos alternativos, cuando piensa el cambio de estos procesos, queda preso de esas mismas lógicas *determinantes* y, desde el ángulo de análisis que hemos adoptado hasta ahora en este estudio, no explora la riqueza de la micropolítica del proceso de trabajo desde el punto de vista de lo *revolucionario* de lo indeterminado, en la *substancia* trabajo vivo en acto y en su potencialidad para interrogar en proceso, en autogobierno, la intencionalidad del trabajo en salud que lo apresó y sus modos de operar.

Con el trabajo de Castoriadis ya citado, pretendemos exactamente abrir esta posibilidad analítica, realizando una reflexión sobre el trabajo vivo en acto a partir de lo que este autor constata cuando afirma, entre diversas otras cuestiones, que una teoría como la psicoanalítica no consigue y no puede dar cuenta de todas las dimensiones del proceso psicoanalítico en vivo.

Menciona que, ante un caso concreto de análisis de un proceso intercesor en acto entre terapeuta y terapeutizado, no es posible, sobre la base del andamiaje teórico, del saber estructurado construido a partir de él, decir cuál será su camino y su desenlace, aunque reconozca que la teoría y los saberes puedan contribuir en este recorrido (recuérdese la discusión planteada anteriormente sobre *caja de herramientas*).

Castoriadis abre, así, alternativas teóricas para corroborar la manera en que abordamos, en este estudio, la dimensión más procesual y transformadora del trabajo vivo (en acto), al sugerir que el trabajo psicoanalítico en acto tiene algo que lo hace singular, porque su esencia está en la acción y en la particularidad de ese momento en que la acción está siendo, así como en los momentos en que las tecnologías de este trabajo vivo en acto, productoras de los procesos intercesores de relaciones, como tecnologías leves, constituyen el propio proceso terapéutico.

Es interesante verificar que Freud, sin denominarlo de este modo, aborda este universo tecnológico al hablar de la importancia de la transferencia y de la contratransferencia como sustrato de este proceso. Basados en este mismo abordaje, analizamos el

acogimiento y el vínculo como componentes de este universo tecnológico del trabajo vivo en acto en salud, y los consideramos como el sustrato tecnológico que, si fuese *capturado*, podría darle al usuario un sentido al interior del proceso de trabajo en salud y un mayor grado de autonomía en su modo de andar la vida, instituyendo sus normas vitales²⁵.

Para Ricardo Bruno, la presencia del molar/instituido como determinante tiene mucha fuerza explicativa, lo que dificulta visualizar que este proceso puede abrirle las puertas, en el sentido de su propia superación, lo que este autor toma como una posibilidad externa, de un modelo versus otro modelo, ya dado, que cargaría una intencionalidad estructural distinta, portadora de otra dirección del sentido del trabajo en salud, ya instituida y polarizada. Para este autor, es posible encontrar a los agentes sociales de este nuevo modelo en vez de que se constituyan en el proceso, como resultado de la producción de nuevos sujetos, agenciados y agenciadores, en el cuestionamiento de lo que está dado, del modo en que cotidianamente se produce y reproduce el actuar en salud. En Bruno, los modelos en sí se tornan sujetos plenos de la conservación y/o del cambio, y los hombres son solo sus sustratos.

Así, en la contribución de este autor el trabajo vivo presente en el proceso de trabajo en salud, siempre considerado en su óptica como aprisionado por el trabajo muerto contenido en la organización de modelos tecnológicos, deja de ser portador de una potencia de *desdoblamiento* en un universo creativo y *ruidoso*, con reinventiones de las propias tecnologías disponibles, como *productos* de su acción en acto. Deja de ser un trabajo instituyente, no necesariamente cristalizado y condenado por los saberes estructurados, muertos, presentes en las normas, procedimientos e instrumentos.

Este autor no consigue percibir el trabajo vivo como fuente de tecnologías que reinventan el sentido de lo que está cristalizado, construyendo otros universos instituidos, al abrir líneas de fuga en lo ya dado, a través de un proceso de *revelamiento* que puede ser explorado cotidianamente por los dispositivos analizadores propios de la naturaleza tecnológica de este proceso de trabajo, en agenciamiento, y que ponen en jaque el sentido del trabajar y su *captura*, exponiéndolo a nuevas racionalidades y lógicas institucionales.

En los trabajos de Bruno (Gonçalves, 1992; 1994) o en los inspirados en él (Nemes, 1989), se revela un predominio del aprisionamiento del proceso de trabajo en salud a una lógica instituida y dada estructuralmente, en especial cuando toma los saberes tecnológicos constituidos, como la presencia instituyente y determinante de la totalidad histórico-social, en la micropolítica del trabajo.

Esto puede ser visto en los siguientes pasajes elaborados por Maria Inês, en una relectura muy precisa del pensamiento de este autor:

...dentro del proceso de trabajo en salud, las relaciones que se establecen entre objeto, instrumento y producto, frente a las necesidades sugeridas y que direccionan su finalidad, son dirigidas por la intencionalidad del trabajo

²⁵En este sentido, véanse Canguilhem (1995) y Campos (1994).

frente a un cierto saber operativo que encamina a los agentes hacia el cumplimiento de un cierto proyecto de vida en sociedad. (Nemes, 1989)

E incluso, al comprender que el modelo de organización tecnológica del trabajo contiene como características

...el saber [...] una intelección anterior al momento del trabajo; los objetos [...] no son dados sino pensados por el saber; cada objeto contiene la necesidad social que generó el trabajo; los agentes, los objetos y los instrumentos del trabajo son momentos de un solo conjunto que realiza interna y externamente las necesidades de reproducción social. (Nemes, 1989)

El proceso de trabajo es entendido como apresado por una lógica instituida determinada, concebida a partir de una posición totalizadora del capital como fuerza instituyente, en una lógica de articulación entre el momento productivo y su cristalización instituida por la lógica del trabajo creador de valor. El trabajo abstracto comandando lo concreto, el productivo dirigiendo lo improductivo (dígase de paso que, desde el punto de vista teórico, estas son categorías analíticas clásicas de la economía marxista para comprender el proceso operatorio del capitalismo) y el trabajo vivo solo como expresión del muerto y, por lo tanto, sin chances de –al ser un trabajo con sustrato también propio– vivificar en acto los accionares del trabajo.

Al abordar las implicancias del capital sobre la organización del proceso de trabajo como un momento totalizador, pierde la posibilidad de comprender el complejo universo construido por los otros procesos instituyentes, presentes en esta micropolítica, en particular el lugar del trabajo vivo en acto.

Y en este sentido, aquella autora, centrada en el pensamiento de Ricardo Bruno, afirma que:

...los instrumentos corresponden a la forma por la cual la energía se incorpora al proceso de trabajo [...]. En el trabajo en salud, estos instrumentos corresponden a las formas materiales y no materiales que posibilitan la aprehensión del objeto de trabajo [...] volcado a la consecución de la finalidad de atención de las necesidades de salud [...] necesidad carencia que orienta el proceso de trabajo [...] la actividad humana es articulada a una finalidad siempre presente, antes y durante el proceso. (Nemes, 1989)

En este caso, las necesidades están siendo comprendidas como “creaciones sociales, por ejemplo, de la vida colectiva. [...] Las necesidades y sus formas de satisfacción varían, como también las relaciones sociales que los hombres entre sí establecen a través de sus trabajos”.

Y, de nuevo, debemos preguntar: ¿qué energía se incorpora al proceso de trabajo? ¿La del trabajo vivo capturado por el trabajo muerto, preso en las configuraciones tecnológicas de los procesos de trabajo, comandados por los saberes estructurados, por las normas, por las máquinas, por los procedimientos, etcétera? ¿Y la energía del trabajo vivo en acto y en potencia, qué tiene que ver con todo esto? ¿No será que el

trabajo vivo es un componente que constantemente produce ruidos dentro de este proceso, portador de otras lógicas tecnológicas, que van más allá de lo capturado como modelo tecnológico de organización del trabajo? ¿No será que la tecnología del trabajo vivo en acto es y puede ser fuente de líneas de fugas del proceso instituido, capitalístico, y que está en la base de cualquier posibilidad de intervención vinculada con el cambio, centrada en el usuario, como el sentido último del propio trabajo en salud?

¿No será que la subjetividad en acto, como esencia del hombre en acción, si es entendida exclusivamente como momento capturado no trasciende al sujeto de la práctica, de las actividades? ¿Por qué será que el trabajo vivo, como un proceso en acto, debe ser permanentemente capturado? Creemos que, en la vida en movimiento, el trabajo vivo en acto va más allá de los límites de lo instituido, provocando permanentemente nuevas instituciones.

Si fuera así, sería posible pensar el trabajo vivo como fuente de nuevos procedimientos, como algo que tiene que ser plenamente capturado para no abrir otras líneas de acción y que, al mismo tiempo, como en el caso de la salud, no puede ser globalmente capturado, expresándose como autogobierno y procesos intercesores; entonces, este componente de la acción en el proceso de trabajo en salud ha sido y será permanentemente el lugar de lo nuevo y de las nuevas posibilidades de intervenciones.

A partir de este principio debemos y podemos reflexionar sobre la clínica como una actividad que intenta capturar todo versus otra clínica como acción que se abre a nuevos procesos territorializantes, en busca de nuevas singularidades y procesos emancipadores, otra clínica que se haga en acto, centrada en la incorporación tecnológica comandada por la tecnología leve. Y en este sentido, se trata de una clínica presente tanto en la medicina como en la salud pública, pues, en tanto acción, se constituye como un espacio de intervención en procesos de intersubjetividades, como lugar de los intercesores, en el cual los instituyentes situados disputan la direccionalidad del proceso.

La mirada interrogadora de este proceso será siempre percibida a través de sus *ruidos*, a través de indicadores indirectos de su efectivización porque, como ya vimos, el acto de producción en el trabajo en salud se da en el propio acto de consumir, y el trabajo vivo en acto es un proceso que se realiza en forma inmediata con la producción, siempre siendo, dando, en un espacio publicizado, en el que penetra la lógica de los intercesores, también en acto, como constitutiva inmediata de este trabajo. Es posible considerar que la tecnología del trabajo vivo en acto siempre sea un elemento ruidoso y permanente en la construcción de los sentidos de los procesos de trabajo en salud, como ya vimos al comienzo de este texto con el flujograma analizador del modelo de atención, el cual revela la presencia de los autogobiernos. Y esto, a su vez, muestra cuán relativa es la discusión de la caracterización histórico-social determinante del proceso de trabajo en salud, pues hay que reconocer que este está abierto a lo indeterminado que hay en él, que se define en acto, en producción permanente, en los espacios de las *intercesiones*, producciones y consumos.

Con esto, el propio mundo de las necesidades está en permanente proceso de *captura* por las tecnologías de los saberes estructurados porque puede y debe ser

inventado en proceso, en el hacer del trabajo vivo que se publiciza para una nueva validación ético-estética en el campo del trabajo en salud, por lo tanto, en la intimidad de repensar la micropolítica del proceso de trabajo en salud y su proceso de gestión.

La necesidad instituida presupone que no haya singularidad, sino modos colectivos de instituir que masifican sentidos de necesidades. Sin embargo, al mismo tiempo, estos se singularizan en territorios existenciales autorreferenciales que viven siempre la posibilidad del atravesamiento, de la desterritorialización, de la autoemancipación, de ser agenciada por procesos de otro orden, incluso por su encuentro en el espacio intercesor con otras direcciones que el trabajador procura imprimir con su acción.

En este camino, tomamos como desafío la creación de procesos de otro orden tecnológico para el trabajo vivo en acto en salud, como un permanente cuestionamiento de lo instituido, como trabajo muerto, y de sus compromisos ético-políticos, en lo referente a la naturaleza situacional, de sus procederres eficaces, direccionalidades e intencionalidades.

De lo que hemos planteado hasta ahora sobre el trabajo vivo en acto, nos llama la atención el hecho de que exista una íntima relación entre la constatación de su existencia operante y la de que todos los *actores sociales* gobiernan, como menciona Carlos Matus. Con esto entendemos que una dimensión clave del trabajo vivo en acto es la de estar siempre en situación de gobierno y, así, se mantiene siempre una estrecha vinculación con la discusión sobre los sujetos en (y de la) acción y el conjunto de teorías (caja de herramientas) que han procurado pensar esta cuestión, en particular aquellas que contribuyen a esclarecer la relación entre el sujeto en acción y el permanente estado de gobernar cotidianamente su caminar en el mundo y, en particular, su trabajar en el mundo.

Desde este ángulo, buscamos reflexionar sobre los procesos instalados al interior de las instituciones de salud como ejercicios de gobierno que el conjunto de los agentes realizan y que operan como mecanismos instituyentes en el cotidiano dentro de un determinado modo de gestionar el conjunto del trabajo en salud, trazando el perfil de un determinado modelo tecnoasistencial y abriendo, por lo tanto, la posibilidad de comprender estos diversos autogobiernos, poniéndolos en jaque a través de la búsqueda de mecanismos que pretendan *desprivatizarlos* sin anularlos, sino exponiéndolos a discusiones más públicas de sus sentidos, sometiénolos a un *control* por parte del colectivo de interesados, presentes al interior de un espacio *publicizado* de gestión, tanto de los establecimientos institucionales como de los procesos de trabajo en salud.

Desde otro ángulo, intentamos sacar partido también de las distintas escuelas teóricas que permiten reflexionar sobre esta tecnología del trabajo vivo en acto, en tanto modo operativo de gobernar situaciones y, a partir de esta discusión, atravesar sus implicancias y el debate sobre *gobernar organizaciones*.

Y con este intento de entender las posibilidades de aprehender el universo tecnológico del trabajo vivo en acto en salud buscamos comprender las tecnologías que la teoría general de la administración produjo, en el sentido de capturar el trabajo vivo en acto, intentando reflexionar sobre la pertinencia de los modelos de gestión de los

equipamientos institucionales que esta teoría ofrece al campo particular del trabajo en salud. Además, consideramos relevante el actuar micropolítico del trabajo vivo en acto en salud como fuerza instituyente, que opera en los espacios intercesores y que interviene por su capacidad de gestionar los procesos de trabajo y los procesos organizacionales, dentro de la duplicidad de la gestión como proceso de producción de políticas y de bienes.

El desdoblamiento de esta búsqueda de herramientas que puedan expresar este modo de actuar del trabajo vivo en acto nos coloca ante la posibilidad de, por un lado, operar con *instrumentos analizadores* que puedan viabilizar la comprensión de los procesos gerenciales y de trabajo en sus concomitancias con los modos de *captura* del trabajo vivo en acto, que se expresan en definidos modelos de atención, y por otro, al mismo tiempo y como una duplicación de aquellos instrumentos, operar con *dispositivos analizadores* que permitan, como herramientas/tecnologías de gestión, una intervención en los espacios gerenciales al viabilizar un actuar en los procesos, sea de formulación de proyectos –como campo de construcción de las intencionalidades de los sujetos–, sea de decisión sobre la direccionalidad de políticas, o en los procesos de operacionalización e institucionalización de las propias políticas.

La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud: una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia¹

Emerson Elias Merhy

Necesidad tiene la jirafa,
nosotros tenemos derechos.
Chico de Oliveira

Presentación

Este texto tiene diversos orígenes y compromisos. El mayor de ellos se vincula con la reforma del modo de producir salud en Brasil, al reconocer que los modelos actuales de las prácticas clínicas y sanitarias perdieron su rumbo: el de la defensa radical de la vida individual y colectiva. Y, exactamente por eso, si bien las fuentes que alimentan estas reflexiones provienen de lugares muy distintos, están articuladas.

Destacamos tres grandes contribuciones: la experiencia vivida junto a la red municipal de Belo Horizonte entre los años 1993 y 1996; el trabajo colectivo desarrollado en el Laboratorio de Planificación (LAPA) del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Estadual de Campinas (Unicamp), deudor de las experiencias del movimiento sanitario brasileño de la década de 1970 hasta hoy, en particular, de la experiencia vivida en el Servicio de Salud Cândido Ferreira; y las demandas de la militancia y de los movimientos sociales de salud, en particular del Sindicato de los Médicos de Campinas.

De este último, tomamos la reflexión central que planteaba lo paradójico del trabajo médico: puede ser tanto un dispositivo estratégico para implementar un modelo de atención a la salud, sin comprometerse con el usuario y procedimiento-centrado, cuanto una *herramienta* para desarticularlo y producir un nuevo modo de actuar en salud.

Del LAPA, tomamos la posibilidad de mirar otros experimentos en torno al *proyecto en defensa de la vida* que se constituyeron en canales obligados de diálogo y que

¹Una versión de este texto fue publicada como *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência* (Merhy, 1998a).

inspiran nuevas prácticas, por lo que estamos en deuda permanente con el colectivo que se ha conformado allí. En este sentido, las propuestas de acción que presenta este texto son reconocidas como productos de un *nosotros* que, incluso en sus diferencias, ha producido estimulantes proyectos de *actuar en salud* que reconocemos como fuentes de inspiración (Campos, 1992; 1994; Cecílio, 1994; Merhy y Onocko, 1997).

Sin embargo, la experiencia vivida en Belo Horizonte con el conjunto de los trabajadores de la salud y con los dirigentes gubernamentales del período 1992-1996 es con la que tenemos nuestra mayor deuda por ser una de las principales fuentes de inspiración.

La necesidad de construir una nueva manera de producir salud en una amplia red de servicios públicos, que enfrente el acogimiento de los usuarios en los establecimientos de salud, intentando construir una cierta complicidad del trabajador con la vida individual y colectiva, estimuló un conjunto de reflexiones teóricas que nos permitieron constituir un modo competente de realizar el cambio de un modelo de atención corporativo-centrado a un modelo de atención usuario-centrado.

Al vivenciar este desafío junto con el colectivo de trabajadores de esta red fuimos profundizando nuestro entendimiento conceptual sobre el trabajo en salud y las posibilidades de sus cambios, sin caer en el canto de sirena de los proyectos neoliberales que, en nombre de una ciudadanía negada y de una canasta básica de salud, ha ofrecido, casi como una panacea, un médico de familia que resuelve todo, como por milagro, despreciando la complejidad del actuar en salud y la necesaria multidisciplinariedad de este actuar.

Introducción

La situación más común, hoy en día, es leer sobre la existencia de una crisis en el actual modo de organización del sistema de salud; sin embargo, cuando son catalogadas las causas o soluciones, vemos que esta constatación e incluso la discusión en torno de ella no son tan simples.

Entretanto, si observamos desde el punto de vista del usuario del sistema, podemos decir que los servicios de salud, públicos o privados, con raras excepciones, no son adecuados para resolver sus problemas de salud, tanto en el plano individual como colectivo.

Al observar las notas de los grandes medios de prensa, es posible ver que el tema salud es referido por los brasileños como una de las cuestiones fundamentales de su vida, al mismo tiempo que podemos registrar que el área de prestación de servicios es en la que el ciudadano se siente más desprotegido.

Lo paradójico de esta historia es que no son raros los estudios y reportajes que muestran avances científicos –tanto en términos de conocimientos como de 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 nos lleva a preguntarnos, entonces, qué tipo de crisis es esta que no encuentra su base

de sustento en la falta de conocimientos tecnológicos sobre los principales problemas de salud, o incluso en la posibilidad material de actuar ante el problema presentado.

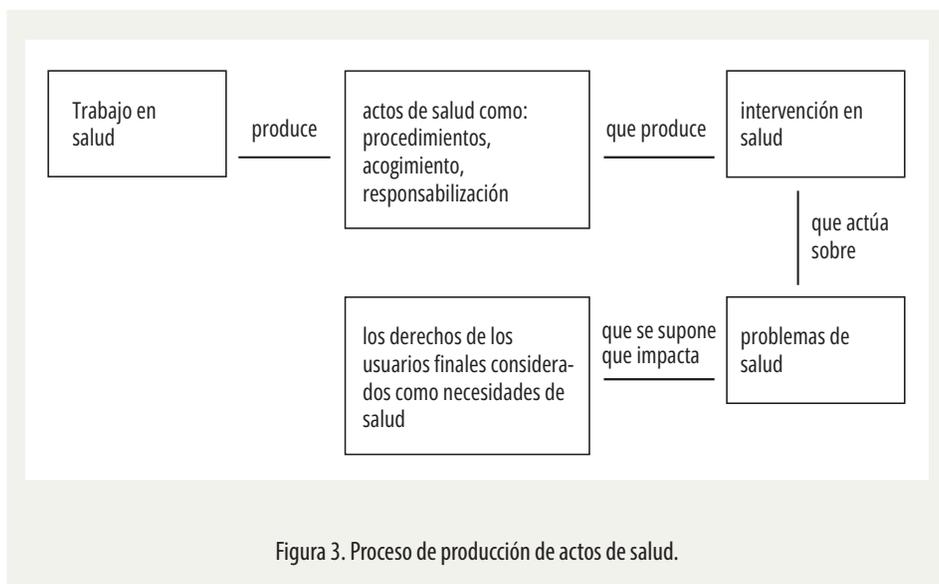
Pero si nos situamos desde el punto de vista del usuario y prestamos atención a las quejas que ellos tienen con relación a los servicios de salud, podemos entender un poco más esta situación. Desde ya que este punto de vista no coincide necesariamente con el de los gobernantes o dirigentes de los servicios, tanto los públicos como los privados, que, como regla, hablan de la crisis del sector, sobre todo desde el ángulo financiero, intentando mostrar que no es posible ofrecer una buena asistencia con los recursos disponibles (argumento mundialmente usado, tanto en países como Estados Unidos de Norteamérica que gasta un billón de dólares en el sector salud, como en Brasil, con un gasto público en salud cercano a los 35 mil millones).

Retomando el punto de vista del usuario podemos decir que, en general, no reclama por la falta de conocimiento tecnológico en su atención, sino por la falta de interés y de responsabilización de los diferentes servicios en torno de sí y de su problema. Los usuarios, como regla, se sienten inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, no respetados, despreciados.

Ahora bien, ¿qué tipo de crisis tecnológica y asistencial es esta?

¿Será que abarca solo a un tipo específico de abordaje de los problemas de salud, como el del 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?

A continuación intentaremos mostrar cómo se plantea esta cuestión en los procesos de trabajo en salud. Imaginemos, en primer lugar, que el conjunto de los trabajos en salud producen un producto, los actos de salud, y que estos son considerados como capaces de intervenir en el mundo de lo que se denomina *problema de salud*, provocando su alteración en torno a la producción de un resultado: la satisfacción de una necesidad/derecho del usuario final. Supongamos que este proceso permita la producción de salud, lo que no es necesariamente verdadero. No siempre este proceso productivo impacta sobre los grados de autonomía del usuario para vivir su vida –que, en última instancia, es lo que entendemos como salud–, pues ese proceso de producción de actos de salud puede simplemente ser *centrado en procedimientos* y no *centrado en el usuario*, y su finalidad se agota en la producción de un paciente operado y punto final, o en un paciente diagnosticado orgánicamente y punto final, lo que no resulta extraño para ninguno de los que utiliza servicios de salud en Brasil. Nosotros, en cuanto usuarios, podemos ser operados, examinados, etcétera, sin que por eso tengamos necesidades/derechos satisfechos. Veamos esto en el gráfico y en los textos siguientes.



El trabajo en salud y sus tecnologías

La visión ya muy común de que la tecnología es una máquina moderna ha dificultado bastante nuestra comprensión de que cuando hablamos de trabajo en salud no se está haciendo mención solo al conjunto de máquinas utilizadas en las acciones de intervención realizadas, por ejemplo, sobre los *pacientes*.

Al observar con atención los procesos de trabajo realizados en el conjunto de las intervenciones asistenciales veremos que, además de las diversas herramientas-máquinas que usamos –como rayos X, instrumentos para hacer exámenes de laboratorio, instrumentos para examinar al *paciente*, o incluso ficheros para anotar datos del usuario–, movilizamos intensamente conocimientos bajo la forma de saberes profesionales, bien estructurados, como la clínica del médico, la clínica del dentista, el saber de la enfermería, del psicólogo, etcétera, lo que nos permite decir que hay una tecnología menos dura que los aparatos y las herramientas de trabajo, y que está siempre presente en las actividades de salud que denominamos *leve-dura*. Es leve por ser un saber que las personas adquirieron y está inscrito en su forma de pensar los casos de salud y en la manera de organizar una forma de actuar sobre ellos; pero es dura en la medida en que es un saber-hacer bien estructurado, bien organizado, bien protocolizado, normalizable y normalizado.

Sin embargo, si observamos con mayor atención aún, veremos que, además de estas dos situaciones tecnológicas, hay una tercera, que denominamos *leve*.

Cualquier abordaje asistencial de un trabajador de salud junto a un usuario-paciente se produce a través de un trabajo vivo en acto, en un proceso de relaciones, es decir, hay un encuentro entre dos *personas* que actúan una sobre la otra, y en el

que opera un juego de expectativas y producciones, creándose intersubjetivamente algunos momentos interesantes, como los siguientes: momentos de conversación, escucha e interpretaciones, en los cuales se producen acciones de acogimiento o no de las intenciones que estas personas plantean en este encuentro; momentos de complicidades, en los que se produce una responsabilización en torno del problema que se va a enfrentar; momentos de confiabilidad y esperanza, donde se producen relaciones de vínculo y aceptación.

Ante esta compleja configuración tecnológica del trabajo en salud, defendemos la noción de que solo con una conformación adecuada de la relación entre los tres tipos se puede producir calidad en el sistema, expresada en términos de resultados, como: mayor defensa posible de la vida del usuario, mayor control de sus riesgos de padecer o de que se agrave su problema, y desarrollo de acciones que permitan producir un mayor grado de autonomía en la relación del usuario con su modo de estar en el mundo.

Todos los trabajadores de la salud, de una forma o de otra, hacen clínica

Partiendo de la visión de que tenemos tecnologías en salud, podemos afirmar que, de una manera u otra, todos los trabajadores de la salud hacen clínica, campo principal en el cual operan las tecnologías leves como articuladoras de las otras configuraciones tecnológicas. Y afirmamos esto incluso para aquellos trabajadores que no son entendidos clásicamente como propios de la salud, como es el caso de un portero de un establecimiento sanitario.

¿Por qué podemos hacer esta afirmación?

Primero, porque entendemos que los usuarios buscan en sus encuentros con los trabajadores de la salud –particularmente en los establecimientos–, la producción de espacios de acogimiento, responsabilización y vínculo.

Segundo, porque entendemos que la clínica no es solo saber diagnosticar, pronosticar y curar los problemas de salud como una *disfunción biológica*, sino que también es un proceso y un espacio de producción de relaciones e intervenciones que se da de un modo compartido, y en el cual hay un juego entre necesidades y modos tecnológicos de actuar.

Tercero, porque no habría producción de espacios de conversación y escucha, de complicidades y responsabilizaciones, de vínculos y aceptaciones, si no hubiera un trabajo clínicamente implicado.

Pero entendemos que, a pesar de que todos hacen clínica, hay focos de acciones entre los profesionales que marcan los modos de trabajar las distintas conformaciones de las tecnologías en salud y sus competencias para responder a los problemas planteados.

Así, no basta con que exista un servicio con un excelente acogimiento si no consigue responder con los exámenes necesarios para detectar un determinado problema de salud, o incluso su gravedad. De este modo, es necesario, pero no suficiente, que un médico esté totalmente comprometido e involucrado con la producción de

un espacio receptivo, en sus relaciones y en los servicios, pues no contribuirá plenamente a conformar una intervención eficaz si, al mismo tiempo, no coloca toda su sabiduría clínica al servicio del usuario/paciente y en defensa de su vida.

Más aun, creemos que esta idea vale para cualquier profesional de la salud en lo que se refiere a su núcleo central de saber estructurado.²

Los usuarios desean un trabajo clínico centrado en ellos

Sabemos que cuando un usuario de un servicio de salud busca *ayuda* no está buscando simplemente un examen, sino soluciones para su problema. Y los usuarios de los servicios de salud son lo suficientemente inteligentes para saber que, si los trabajadores muestran cierta *complicidad* con él, conseguirán gran parte de lo que buscan y, en este caso, no sienten la necesidad de buscar una seguridad ilusoria en exámenes o procedimientos.

Los usuarios de servicios de salud buscan relaciones de confianza, la certeza de que su problema va a ser entendido, y el compromiso de que todo lo que pueda ser hecho para defender y restablecer su vida será objeto de las acciones de los profesionales y de los servicios de salud.

Incluso nosotros, como trabajadores de la salud, cuando nos transformamos en usuarios, deseamos esto. O sea, deseamos que los servicios de salud sean *centrados en el usuario*, pues como usuarios siempre representamos *necesidades de salud* como expresión de una utilidad deseada, la salud como autonomía en nuestro modo de vivir la vida.

Como consumidores vamos detrás de algo que en su consumo pueda *restituirnos* aquella autonomía deseada. Y este formateo de los usuarios en consumidores, provocado por los modos de producir en salud, no puede ser entendido sin esta doble significación: por un lado, un consumidor que quiere lo que se produce, y por otro, la representación de que esto le devolverá la salud.

De este modo, podemos afirmar que los principales parámetros para analizar el sentido de un modelo asistencial son aquellos que expresan cómo opera la tecnología leve al interior del sistema de salud, e incluso cómo es *comandante o comandada*, de las (por las) otras tecnologías, en la mediación entre la tecnología leve-dura y las duras, con un sentido nítidamente marcado por la búsqueda de la resolución del problema y de la conquista de autonomías.

Entendemos que la profunda crisis del paradigma que estructuró el modo actual de trabajar del médico está marcado, entre otras cosas, por el distanciamiento de los intereses de los usuarios; el aislamiento con respecto a los otros trabajadores de la salud; el desconocimiento de la importancia de las prácticas de salud de los otros profesionales; y el predominio de las modalidades de intervención centradas en las tecnologías duras, a partir de un saber estructurado, reducido a la producción de procedimientos.

²Véase esta discusión más adelante, al abordar las prácticas cuidadoras de los profesionales de salud.

Cuando se produce un predominio de los intereses organizados alrededor de las tecnologías duras, los procesos de trabajo están más comprometidos con el uso de esta forma de tecnología que con los problemas de salud que deben enfrentar. De esto hablamos cuando decimos que el modelo asistencial está abocado en la actualidad a la producción de procedimientos que consumen intensamente tecnología dura, generando así más necesidad de producción de procedimientos.

El trabajo médico orientado por este modelo se aísla de los otros trabajos en salud; al especializarse en cada nuevo tipo de asociación entre procedimientos y máquinas, necesita de una autonomía que lo separa de las otras modalidades de abordaje en salud y se alimenta de una organización corporativa poderosa, volcada éticamente a sí misma.

Este modo de operar el trabajo médico produce en forma permanente la muerte de las tecnologías leves inscritas en los procesos clínicos, lo que genera sistemáticamente una relación usuario-trabajador marcada por un proceso de alienación, sin responsabilización, costosa y ocasionalmente resolutive.

Un aspecto interesante de este modo de trabajar es la mediocrización de la práctica clínica, incluso en el sentido de los saberes estructurados que incorpora, pues sus horizontes son tan restringidos que a menudo los agentes no advierten que actúan sobre seres humanos, vivos, subjetivamente productores de necesidades.

De esta manera, estas intenciones que comandan el trabajo médico, comprometido con la producción de procedimientos, están articuladas con un ejercicio de la autonomía en el trabajo clínico totalmente volcado a intereses privados ajenos a los de los usuarios, aislado de un trabajo más colectivo multiprofesional al interior de los equipos de salud, cerrado y protegido en el espacio físico de los consultorios en nombre de una eficacia y de una ética que no se sustentan en ningún otro dato objetivo en términos de producción de salud.

Al mediocrizar la tecnología leve someténdola a la lógica de la tecnología dura o leve-dura empobrecida, se encarecen de manera sustancial las acciones de salud, tanto por incorporar servicios caros sin necesidad cuanto por ser un sistema poco resolutive.

Así, es imperativo señalar que el trabajo médico, en un modelo asistencial centrado en el usuario, debe ser dependiente de la tecnología leve; comprometido con una gestión más colectiva de los procesos de trabajo al interior de los equipos de salud, de una manera multiprofesional e interdisciplinar; y pautado por resultados en términos de beneficios generados a sus usuarios.

Y en este sentido, los recursos tecnológicos con que cuenta son prácticamente inagotables, pues están centrados en el trabajo vivo que, en tanto tecnología leve, produce un compromiso permanente con la tarea de acoger, responsabilizar, resolver y autonomizar.

Al servicio de estas nuevas perspectivas, el paradigma clínico que permitirá la incorporación de tecnologías duras estará siempre marcado por el ritmo de la producción de las tecnologías leves, por la gestión compartida y más pública de los procesos de trabajo, y por el compromiso efectivo con la defensa de la vida del usuario.

Los modelos asistenciales diseñados de esta forma serán cada vez más dependientes de una clínica mucho más profunda y rica.

El trabajo médico es un poderoso arsenal de prácticas clínicas al servicio de los usuarios, comprometido con modalidades de asistencia leve-dependientes

Entendemos que el enfrentamiento de la crisis actual pasa necesariamente por la ampliación del propio concepto de clínica, con implicancias significativas en su modo de actuar. Y de acuerdo con esta perspectiva, defendemos que el trabajo médico es uno de los instrumentos más poderosos para esta calificación, lo que nos impone un desafío enorme: el de transformar el principal instrumento de organización del modelo asistencial que queremos superar en uno de los más efectivos dispositivos de cambio.

De acuerdo con la idea de que la calificación de un nuevo modelo asistencial, centrado en el usuario y en la defensa radical de la vida, pasa por el reordenamiento de las relaciones entre las tecnologías leves y duras, mediadas por las leve-duras, y considerando que el territorio de las tecnologías leves no es campo específico de ningún profesional sino base para la actuación de todos, la mediación que los saberes estructurados realizan para incorporar estrategias de intervenciones, como en el caso de profesiones típicamente de salud, es un elemento vital para la acción de los diferentes profesionales.

En esta situación, el saber médico –subordinado a la lógica de las tecnologías leves– ha mostrado ser una fuente muy eficaz de acción sobre los sufrimientos humanos representados como enfermedades.

No estamos desconociendo los campos específicos de todos los otros profesionales de la salud, como, por ejemplo, el de la enfermería, que en términos asistenciales ha mostrado toda su vocación en torno al cuidado del enfermo y no de la enfermedad, y que, debido exactamente a eso, tiene implicancias muy positivas en su relación con el trabajo médico, sobre todo si también está comandada por el campo de las tecnologías leves y no se reduce a las lógicas médico-centradas.

Sin embargo, por su especificidad –que se expresa en sus saberes estructurados– y su generalidad –que se manifiesta en las acciones que componen su universo de tecnologías leves–, el trabajo médico ocupa un lugar estratégico en la conformación de cualquier modelo asistencial, y por lo tanto puede ser utilizado como analizador privilegiado para la comprensión de lo que estamos tratando en este texto.

En la constitución de esta nueva lógica pretendemos desprivatizar su modo de *alienarse* del usuario como su foco central de perspectivas, haciendo un giro de 180° en su direccionamiento y provocar su *publicización*, al interior del equipo multiprofesional e interdisciplinar, en sus procesos de producción de relaciones e intervenciones asistenciales.

De modo que señalamos como necesario y posible la creación de dispositivos que actúen en el día a día de los servicios de salud, en los espacios de interacción entre las distintas configuraciones tecnológicas, e impriman cambios en el modo de operar las relaciones trabajadores-usuarios que expongan el conjunto de los modos de actuar de los diversos trabajadores de la salud en sus respectivas competencias profesionales.

En este camino hemos propuesto la creación de mecanismos, al interior de los servicios de salud, que buscan impactar tanto en el modo cotidiano de recepcionar a los usuarios como en el de producir responsabilizaciones entre los equipos y los profesionales, y de estos con los usuarios, en un movimiento combinado de singularización de la atención y publicización de la gestión organizacional y del proceso de trabajo.

En las experiencias a las que hemos asistido, las apuestas realizadas para modificar las prácticas de acogimiento y de producción de vínculos, aun en situaciones no del todo asumidas políticamente por los gestores de los servicios de salud, han provocado impactos positivos en estos procesos que buscan nuevos formatos asistenciales en el sector salud.

Un producto interesante de estos procesos es la evidencia de que se producen nuevas modalidades de asistencia –trabajo vivo-dependientes– centradas en los usuarios y marcadas por nuevas combinaciones entre las tecnologías leves y las leveduras, que, por otra parte, se trata de una combinación que genera modalidades asistenciales que operan con costos mucho más controlables y baratos que los articulados por las modalidades asistenciales con una combinación marcada por las tecnologías leve-duras y duras.

Además, la discusión de los médicos de familia ha sido productiva al actuar en este campo pero, lamentablemente, en vez de ser comprendida como una de las modalidades de esta nueva posibilidad, en Brasil se convirtió en un debate muy ideologizado, tanto por los que estaban a favor como por los que estaban en contra, al mismo tiempo que aparecía en el seno de la propuesta de los gobiernos neoliberales por constituirse en una modalidad barata de garantía de acceso de las poblaciones marginales a actos de salud.

Inevitablemente, este movimiento sitúa la discusión en el marco de la necesidad de que un nuevo modelo asistencial debe estar sustentado en una fuerte red básica de servicios que busque efectivamente otra combinación de las tecnologías en salud, como ya vimos, que permita producir una relación de confiabilidad y de responsabilización del trabajador con el usuario, y que busque optimizar la resolutivez de las intervenciones, promoviendo colectivamente un control de los riesgos de enfermarse pero garantizando un acceso universal a los distintos niveles del sistema.

Solo un modelo asistencial que produzca modalidades tecnológicas de asistencia en la base del sistema de salud, comandadas por el universo de las tecnologías leves y que tengan un alcance individual y colectivo, puede responder a esta situación, y esto implica una decisión política clara por parte de los gestores del sector salud en cuanto a invertir en una calificación clínica de las redes básicas de servicios que apueste a la producción de intervenciones sobre los factores de riesgo colectivos de enfermarse.

Solo así es posible construir un modelo asistencial con más calidad y más barato, que respete los derechos de los ciudadanos a la salud y que llegue tanto a las acciones individuales como a las colectivas.

Un intervalo para un pequeño ejercicio reflexivo

Con la Figura 4 deseamos provocar en el lector una reflexión, dentro del universo conceptual adoptado, sobre los tipos de recursos movilizados según las tecnologías en salud y las directrices operacionales perseguidas por los servicios.

TECNOLOGÍAS	MODELO DE ATENCIÓN - MISIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DIRECTRICES OPERACIONALES				
		Cuatro consultas médicas por hora	Inmunizar al 80% de los menores de un año	Ser ágil en el diagnóstico	Recepcionar a todos los usuarios en el establecimiento
Leves			Buena escucha	Escuchar, articular redes de conversación	Recepcionar, vincular, redes de conversaciones
Leve-duras	Saberes tecnológicos de control de procedimientos productivos	Saberes clínicos, epidemiológicos y sociodemográficos	Saberes clínicos, epidemiológicos, sociales y psicológicos	Operar tecnologías de relaciones	Operar tecnologías de relaciones
Duras	Área física, recursos humanos	Técnicas de vacunación, insumos, área de trabajo	Red de apoyo diagnóstico, recursos humanos	Puerta abierta, recursos humanos	Recursos humanos

Figura 4. Tipos de recursos movilizados según tecnologías en salud y directrices operacionales.

Solo si se construye un modelo que explore positivamente la capacidad cuidadora del conjunto de los trabajadores de la salud podremos reformar el sistema de salud en defensa de la vida individual y colectiva

Consideramos vital, en el recorrido planteado hasta ahora, comprender que el conjunto de los trabajadores de la salud presenta la potencialidad de intervenir en los procesos de producción de salud y de enfermedad marcados por la relación entre sus núcleos de competencia específicos, asociados a la dimensión de cuidador que posee cualquier profesional de salud, sea médico, enfermero o el guardia de la puerta de un establecimiento de salud.

Creemos que una de las implicancias más serias del actual modelo médico hegemónico neoliberal es la de disminuir mucho esta dimensión tecnológica del trabajo en salud, en particular del propio médico. Hay autores que hace tiempo vienen defendiendo la noción de que la baja incorporación del saber clínico en el acto médico compromete seriamente la eficacia de esta intervención, y parafraseándolos podríamos

decir que la *muerte* de la acción cuidadora de los diversos profesionales de la salud ha construido modelos de atención irresponsables ante la vida de los ciudadanos.

Entendemos que los modelos de atención comprometidos con la vida deben saber explorar positivamente las relaciones entre las diferentes dimensiones tecnológicas que el conjunto de las acciones de salud envuelve.

Imaginemos que un profesional de la salud moviliza al mismo tiempo sus saberes y modos de actuar definidos en primera instancia por la existencia de un saber muy específico sobre el problema que va a enfrentar, sobre el cual se pone en juego un saber territorializado en su campo profesional de acción, pero ambos están cubiertos por un territorio que marca la dimensión cuidadora sobre cualquier tipo de acción profesional. Intentaremos graficar lo que estamos diciendo a través de la Figura 5.

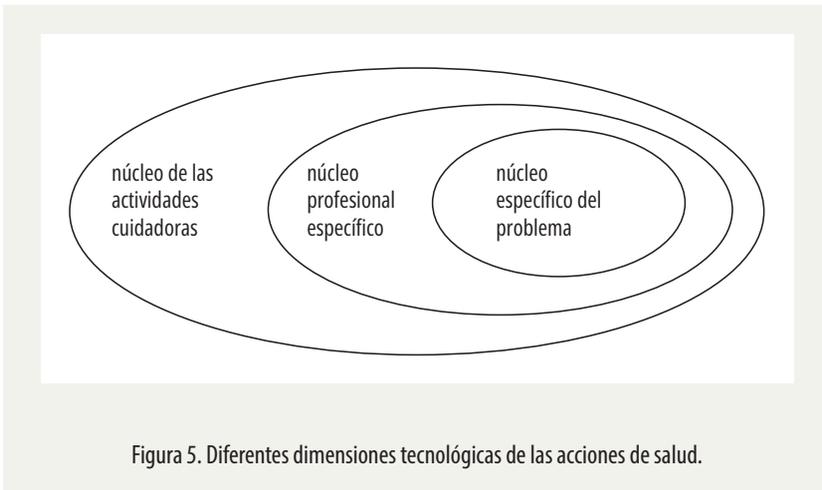


Figura 5. Diferentes dimensiones tecnológicas de las acciones de salud.

En la producción de un acto de salud coexisten varios núcleos, como el núcleo específico definido por la intersección entre el problema concreto que tienen ante sí y el recorte profesional de ese problema. Por ejemplo, frente a un individuo que está desarrollando un cuadro de tuberculosis pulmonar, el recorte pasa necesariamente por cómo el núcleo profesional médico, o de enfermería, o de asistencia social, entre otras, recorta ese problema concreto, traído por el individuo, que son núcleos en los cuales operan centralmente las tecnologías duras y leve-duras. Pero sea cual fuere la intersección producida, habrá siempre otro núcleo que opere la producción de los actos de salud, que es el de las actividades cuidadoras, en el que actúan los procesos relacionales del campo de las tecnologías leves y que pertenecen a todos los trabajadores en sus relaciones intercesoras con los usuarios.

Sin embargo, como la conformación tecnológica concreta 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 en los servicios concretos el territorio tecnológico expresado en las tres dimensiones señaladas anteriormente es, ante todo, producto de las disputas entre los diversos actores interesados en este *locus* de acción social.

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

Por lo tanto, debemos entender que son fuerzas sociales que tienen intereses y los disputan con las otras fuerzas que están definiendo las conformaciones tecnológicas. Es decir, estos procesos de definición del *para qué* organizan ciertos modos tecnológicos de actuar en salud, siempre involucrados social y políticamente a través de grupos de fuerza que tienen intereses particulares sobre lo que se produce en el sector salud, e imponen sus finalidades en estos procesos de producción. De este modo, el modelo médico hegemónico neoliberal expresa un conjunto de intereses sociales que delinear un cierto modo tecnológico de operar la producción del acto en salud que empobrece ciertas dimensiones de este acto en pro de otras que expresarían mejor los intereses impuestos a este sector de producción de servicios, en la sociedad concreta en la que se está realizando.

Repensando el trabajo en establecimientos de salud: un ejercicio³

Proponemos ahora una reflexión acerca de los establecimientos de salud, sus distintas misiones y posibles perfiles tecnológicos dentro del esquema analítico que estamos utilizando, para verificar cómo se comportan los tres núcleos que mostramos en el esquema anterior en los distintos servicios de salud, y cómo operar con dispositivos de cambio del actual modelo médico hegemónico en dirección a otro pautado por el usuario y por la defensa de la vida.

Veamos la Figura 6, diseñada a partir de los recortes que un médico, una enfermera y una asistente social hacen de un cierto usuario de un servicio, para

³Destacamos como puntos de apoyo para este ejercicio las contribuciones particulares de las reflexiones sugeridas por Campos, Chakkour y Santos (1997); como también algunas experiencias vividas junto a la red de Belo Horizonte y al Servicio Cândido Ferreira.

luego analizar cómo serán los distintos recortes en los diferentes tipos de establecimientos y qué tensiones existen entre ellos, lo que nos permite actuar en dirección al cambio de los modelos de atención a la salud, que desde nuestro punto de vista implica reconstruir el modo de hacer política de salud en el servicio; cómo opera en tanto organización; y la cotidianeidad de los procesos de trabajo que hacen efectivo un cierto modo de producción de los actos de salud, que diseñan los reales modelos de atención.

Vamos a utilizar la Figura 6 para analizar, inicialmente, una *pensión protegida* – experiencia realizada por algunos servicios que osaron generar alternativas a los manicomios psiquiátricos– para luego analizar un hospital general en busca de posibilidades de intervenciones que cambien los modos de producir actos de salud.

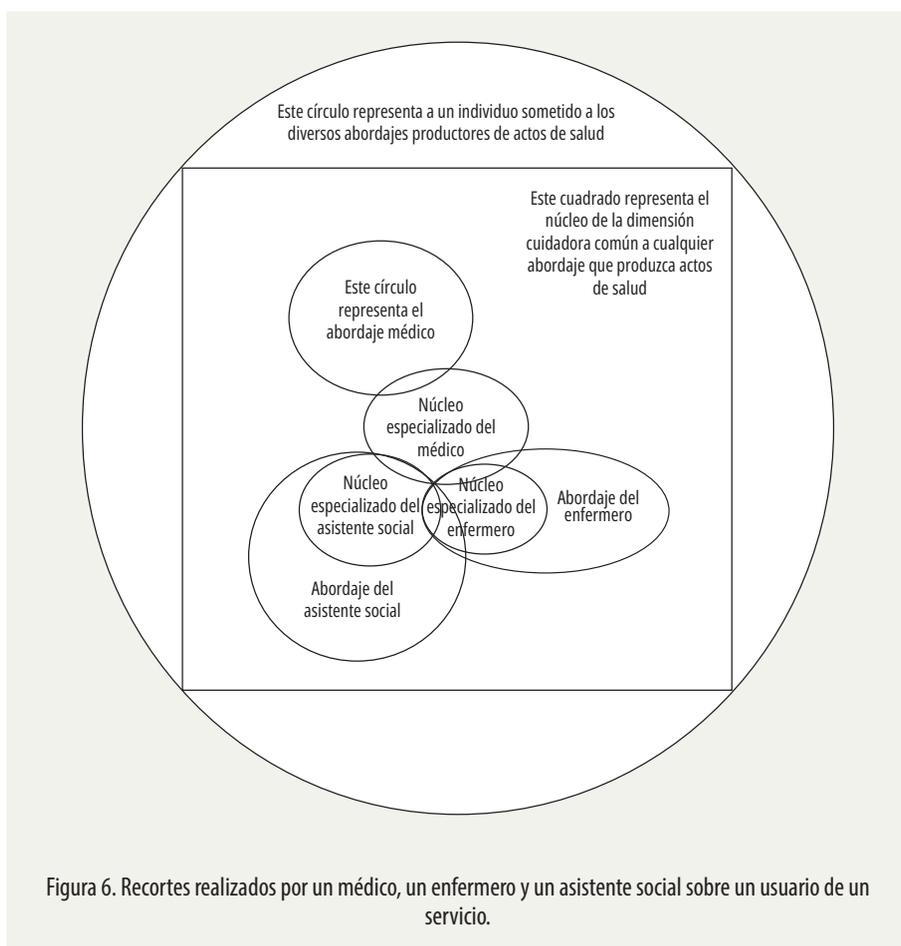


Figura 6. Recortes realizados por un médico, un enfermero y un asistente social sobre un usuario de un servicio.

En primer lugar, tenemos que entender cuál es la misión esperada para una pensión protegida. Y esto solo puede ser resuelto al preguntarnos qué modelo de atención se está queriendo establecer y qué se espera de este equipamiento asistencial, pues cada tipo de modelo crea misiones diferenciadas para establecimientos aparentemente similares, que se traducen en directrices operacionales muy definidas.

De una pensión protegida podemos esperar que se organice para que sus habitantes no tengan más crisis agudas, o para viabilizar una ampliación de la socialización para aumentar los niveles de autonomía de la vida cotidiana, y con un enriquecimiento de las redes de compromiso de sus habitantes con un 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 establecimiento una relación entre los núcleos que operan en la producción de 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, y que favorece un juego de potencias en dirección a ciertos procesos instituyentes.

Por la forma en que operan las lógicas de poderes (políticos, técnicos y administrativos) en la sociedad contemporánea, la tendencia es que los núcleos vinculados con las tecnologías duras y leve-duras suelen imponerse sobre los otros, favoreciendo un proceso de dominación psiquiátrica frente a otros recortes profesionales. Y es interesante observar que esto ocurre sin que exista una demostración de que este proceso de conformación tecnológica obtendrá buenos resultados, pues esta imposición de la misión y de los diseños tecnológicos está dada por los intereses sociales que en ese momento son más poderosos y considerados legítimos.

Superar esta conformación exige operar con algunos dispositivos que posibilitan redefinir los espacios de relaciones entre los diversos actores involucrados en estos procesos, alterando las misiones del establecimiento, ampliando los modos de producir los actos en salud, sin perder la eficacia en la intervención de los distintos núcleos de acción. Se debe apuntar a un modo de articular y contaminar el núcleo más estructurado, el específico, con el núcleo en acto, el cuidador, publicizando este proceso al interior de un equipo de trabajadores.

No obstante, ante una misión ya a priori distinta, este proceso se impone con más naturalidad. Es lo que ocurre si lo que se espera de la pensión es la segunda alternativa, o sea: viabilizar una ampliación de la socialización, aumentar los niveles de autonomía de la vida cotidiana con un enriquecimiento de las redes de compromisos de sus habitantes con un mundo no-protegido

En este caso, vemos que el núcleo cuidador es el que deberá imponerse, lo que favorecerá incluso la disminución de las relaciones de dominación que se establecen entre los diversos profesionales como representantes de ciertos intereses y modos de operarlos al interior de los modelos de atención. Y más aún: a partir de este núcleo en común, el cuidador, se puede abrir un espacio similar y equivalente de trabajo

en el equipo que explore la cooperación entre los diferentes saberes y la toma de decisiones compartidas.

Entonces, en este tipo de procesos debemos estar atentos a, por lo menos, dos cuestiones básicas: 1) todo profesional de salud, más allá del papel que desempeña, en tanto productor de actos de salud, es siempre un operador del cuidado, es decir, siempre actúa clínicamente y, como tal, debería estar capacitado al menos para actuar en el terreno específico de las tecnologías leves, los modos de producir acogimiento, responsabilizaciones y vínculos; 2) al ser identificado como el responsable del *proyecto terapéutico* será siempre un operador del cuidado y, al mismo tiempo, un administrador de las relaciones con los diversos núcleos de saberes profesionales que actúan en esta intervención, ocupando un papel mediador en la gestión de los procesos multiprofesionales y disciplinarios que permiten actuar en salud, ante el *caso concreto* presentado, lo que nos obliga a pensarlo como un agente institucional con poder burocrático-administrativo en la organización.

De este modo, el profesional vive la tensión de tener un rol siempre *dual*: como un *clínico* que establece relaciones intercesoras con el usuario, productoras de procesos de acogimiento, responsabilizaciones y vínculos, y como un gerente del proceso de cuidar a través de la administración de toda la red necesaria para la realización del proyecto terapéutico, como buscamos expresar en la Figura 7.

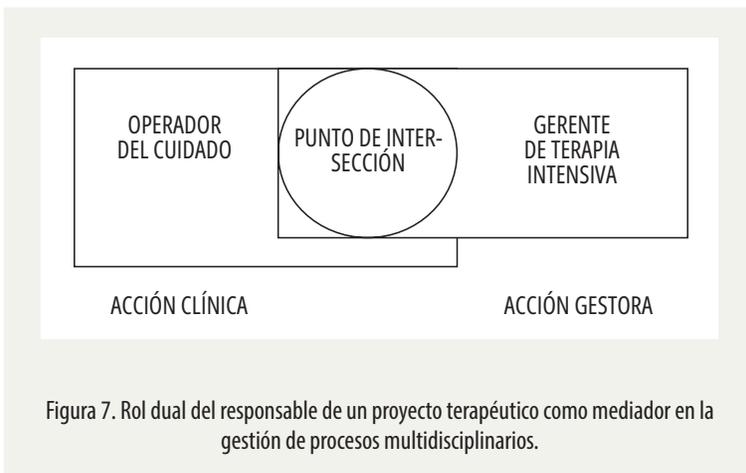


Figura 7. Rol dual del responsable de un proyecto terapéutico como mediador en la gestión de procesos multidisciplinares.

Creemos que un modelo en defensa de la vida está más basado en estas posibilidades, pero no podemos desconocer la importancia de los modos específicos de producir profesionalmente los actos en salud, pues lo que debemos anhelar es esta nueva posibilidad de explorar mejor el territorio común para ampliar la clínica de cada territorio en particular, lo que llevará sin duda a ampliar la propia eficacia del núcleo específico de acción.

Frente a estas reflexiones, si estuviéramos analizando, ya no una pensión protegida, sino otro establecimiento, como un hospital de clínica general, nuestro análisis sería similar, aunque sufriría ciertas alteraciones.

En términos de misiones, actualmente se espera que estos establecimientos se comprometan a garantizar la eficacia de los núcleos específicos de intervención profesional, en particular el médico y el de enfermería, pero esto se produce hoy a través del dominio impuesto del accionar médico sobre los otros recortes, y lo que es peor, dentro de un modelo de acción clínica del médico empobrecedor o incluso anulador del núcleo cuidador.

Un modelo en defensa de la vida, para un establecimiento de este tipo, debería pensar cómo ampliar la dimensión del núcleo cuidador y su relación positiva, tanto para desencadenar procesos más grupales y compartidos al interior del equipo, cuanto para mejorar la eficacia y la adecuación de la acción específica a los procesos usuario-centrados, asumiendo y reconociendo que ciertos abordajes profesionales, en ciertas circunstancias, son, de hecho, más eficaces que otros, sin hacer de eso una lógica de poder en la cual una profesión se imponga sobre las otras.

Este modelo debe también estar atento a los procesos organizacionales que, en estas nuevas articulaciones del núcleo cuidador, posibilitan ampliar los espacios de acción en común y de cooperación entre los profesionales, produciendo un enriquecimiento del conjunto de las intervenciones en salud, haciéndolas ante todo más públicas y comprometidas con los intereses de los usuarios, y más transparentes para procesos de evaluación colectivos.

Creemos que solo se podrá rediseñar el modo de trabajar en los servicios de salud como un todo si en forma institucional se crea una responsabilización de los profesionales y de los equipos por estos actos cuidadores, a través, por ejemplo, de dispositivos como el *enlace* referencial entre equipos y usuarios, por procesos terapéuticos individuales. Pero para eso debemos operar en el conjunto de los procesos institucionales, por lo que entendemos que es necesario pensar y articular intervenciones complementarias: en el modo de producir y hacer política en los establecimientos de salud, en la manera de organizar las relaciones de producción de compromisos y la petición de cuentas entre los agentes institucionales, y en los procesos de producción de los actos de salud.

Es posible pensar y producir dispositivos institucionales que favorezcan las fuerzas instituyentes en el ámbito de los establecimientos de salud, que cambien el modo de hacer política y de organizar y producir bienes de salud en establecimientos concretos. Con la Figura 8 intentamos mostrar las posibilidades de acción en esta dirección, imaginando cómo ciertos dispositivos creados al interior de los establecimientos o del sistema de salud conllevan intervenciones positivas en la dirección que apuntamos hasta ahora. Además, sugerimos que esto sea pensado en forma conjunta y articulada por el colectivo de los trabajadores de un servicio, y junto con los distintos grupos interesados en su trabajo de producción de actos de salud. En el cuadro describimos algunas de las relaciones entre los campos de la política, de la organización y de los procesos de producción en salud, que traducen las tres dimensiones al interior de los establecimientos que mencionamos

Partimos del principio de que un establecimiento de salud es un *ambiente institucional* y, por lo tanto, está constituido por procesos de distintas dimensiones y lógicas, entre los que destacamos como centrales los campos antes mencionados y sus respectivas micropolíticas.

- Los campos representan espacios de acción y producción de sujetos.
- El campo de la política: representa el lugar institucional en el que ocurren las disputas en torno de las formulaciones y decisiones sobre el hacer de los servicios, y que será más o menos amplio según cuán democrático y cooperantes sean los proyectos de salud y las máquinas organizacionales que los implementan, o incluso de los sujetos en escena. En realidad, todo el territorio del sistema de salud es campo de la política, es decir, se disputan proyectos en cualquier nivel de las organizaciones y de las relaciones institucionales.
- El campo de la organización: representa el modo en que se relacionan los diversos agentes institucionales involucrados, como sujetos de la organización, produciendo contractualidades entre sí, y los diversos niveles e instancias de una máquina institucional, según ciertas lógicas de posibilidades y ejercicio del poder (político, administrativo y técnico). En realidad, todos los niveles de una organización operan con formulaciones, decisiones y producción de compromisos, y el grado de compromiso de los diversos agentes está marcado por las lógicas de reciprocidad de los contratos producidos y de las posibilidades de que los conjuntos interesados actúen en ellos.
- El campo de los procesos de producción: representa el lugar en el que se producen los bienes como actos de salud; es un espacio privilegiado de percepción e identificación de los otros dos campos, de sus modos de actuar, y de análisis de las acciones protagonistas de los trabajadores en la construcción del cotidiano de los modelos. Se constituye en un verdadero diván para el análisis de los protagonismos que operan al interior de los equipos de salud en la acción cotidiana, constructora del modo de atención a la salud vivido por el usuario.
- Gobernar: expresa el modo en que cada actor real gobierna los procesos, actuando como instituyente del campo, se presenta como una dupla con el hacer, construyendo el actuar.
- Hacer: expresa el modo en el que en cada campo se produce lo que se anhela, como por ejemplo una normativa, una directriz en el campo de la política, un plan de acción, una evaluación o un acuerdo de trabajo en el campo de la organización, y una intervención asistencial en el campo de la producción de los bienes de salud.

Los dispositivos que aquí sugerimos a título de ejemplos solo son interesantes si impactan en el modo de producir cotidianamente el cuidado en salud junto a los usuarios de un establecimiento, anhelando resultados dentro de aquello que ya tomamos como presupuestos de una propuesta usuario-centrada, que impacten en los modos de: acoger, responsabilizar, resolver y autonomizar.

Por ejemplo, podemos percibir que en un hospital general de clínicas, para alcanzar estos resultados finales debemos cambiar el modo en el que se realiza la gestión del cuidado al interior del establecimiento. Para esto, sería necesario movilizar toda la lógica de construcción de los equipos buscando vincularlos a los usuarios. La pregunta que surge es: ¿cómo hacer esto?

Hay diversas experiencias que pueden mostrar algunas posibilidades, y creemos que un modo de realizar este intento sería asignar un número definido de camas a un equipo horizontalizado y responsable de ellas que, frente al servicio, este equipo sea la autoridad máxima para formular y decidir los proyectos terapéuticos

individuales en cada caso, con la función de ser el gestor del cuidado y responsable sobre las relaciones con los otros servicios necesarios para implementar el proyecto terapéutico; y al mismo tiempo que realiza prácticas clínicas vinculantes junto al usuario, respondería por los resultados producidos ante el establecimiento, por lo que contaría con autoridad suficiente para dar gobernabilidad al conjunto de los procesos de intervención, y para conquistar, o incluso imponer, a los otros niveles de acción en salud, su cooperación y prestación de cuentas.

Insistimos en que el lector vea cómo en este pequeño ejemplo surge la necesidad de actuar en los diferentes campos y focos de acción del sistema con ciertos dispositivos, para dar cuenta de aquello que anhelamos. Y aprovechamos esta pequeña descripción para proponer, como ejercicio, organizar un cuadro similar, junto con sus pares en el trabajo, para el establecimiento en el cual actúa.



Un ensayo sobre el médico y sus maletines tecnológicos: contribuciones del análisis del territorio tecnológico del trabajo vivo en acto para comprender las reestructuraciones productivas del sector salud

Emerson Elías Merhy

Imaginando los posibles aspectos de los maletines

Para ser didáctico y facilitar la comprensión de las cuestiones que abordaré en este texto, propongo como imagen el encuentro entre el médico y un usuario para observarlo desde la noción de los maletines que el profesional de la salud utiliza para actuar en este proceso de intersección¹. Vamos a considerar que esos maletines representan cajas de herramientas tecnológicas, en tanto saberes y sus desdoblamientos materiales y no-materiales², que cobran sentido de acuerdo con los lugares que ocupan en aquel encuentro y según la finalidad.

Entiendo que el médico, para actuar, utiliza tres tipos de maletines: uno vinculado a sus manos, que incluye, por ejemplo, el estetoscopio, como también el ecógrafo, el endoscopio, entre otros equipos que expresan una caja de herramientas tecnológicas formada por *tecnologías duras*³; otro que está en su cabeza, que incluye saberes muy estructurados como la clínica y la epidemiología, que expresan una caja formada por tecnologías leve-duras; y, finalmente, otro que está presente en el espacio relacional trabajador-usuario y que contiene tecnologías leves implicadas en la producción de las relaciones entre dos sujetos, que solo se materializan en acto. Observando esos maletines y buscando entenderlos desde la óptica de la micropolítica de los procesos de trabajo, se puede afirmar que todos expresan procesos productivos singulares

¹En el texto *O SUS e um de seus dilemas...* (Merhy, 1997a), esta discusión se desarrolla en forma más detallada, pudiéndose percibir que hay una centralidad ocupada por el “trabajo vivo en acto” como sustancia de los procesos que suceden en esos encuentros.

²“Este estudio [...] se dedica al análisis de una forma particular de existencia de la misma [tecnología], constituida por el saber y por sus desdoblamientos materiales y no-materiales en la producción de servicios de salud” (Gonçalves, 1994, p. 20).

³En el texto muestro que esa clasificación se debe a la centralidad que ocupa en mi concepto el trabajo vivo en acto para observar los procesos de trabajo y sus conformaciones tecnológicas.

vinculados a cierto tipo de productos⁴. Por ejemplo, el maletín de las tecnologías duras con sus equipamientos permite procesar imágenes, datos físicos, exámenes de laboratorio, entre otros. Sin embargo, la obtención de estos productos consume, además del trabajo muerto de la máquina, el trabajo vivo de su *operador* con sus saberes tecnológicos, de modo tal que la lógica productiva instituida en el equipamiento produce una captura predominante del momento vivo.

Otro maletín, el de la cabeza, permite procesar el recorte centrado en la mirada del médico sobre el usuario como objeto de su intervención, en un proceso de captura del mundo de aquel y de sus necesidades bajo una forma particular de significarlo. Esa mirada está construida a partir de ciertos saberes muy definidos que se expresan como trabajo muerto, de allí su lado duro. Pero al momento de concretarse la acción del médico sobre el usuario, a través de su trabajo vivo en acto, su proceso productivo se *contamina*, dándole cierta incertidumbre al producto a ser realizado, y lo desvía de su dureza a través de la relación centralmente leve que el usuario real le impone al raciocinio clínico. Incluso, la mirada armada del médico se singulariza en el acto.

No obstante, por más que sufra esa *contaminación*, dándole una cierta levedad a través del actuar en acto del trabajo vivo del médico –que no es plenamente capturado por el saber tecnológico muy definido, pues tal captura también es disputada por el usuario presente en acto en ese proceso–, los productos realizados en esta situación productiva pueden quedar circunscritos por la imposición del lado más duro de ese proceso sobre el más leve. Pero también puede ocurrir lo contrario. No hay una sola forma de realizar el acto clínico⁵.

Esa situación incierta de la finalidad que será cumplida en ese proceso productivo inscrito en el maletín de la cabeza contaminará al maletín de las manos, pues se relaciona con este en un proceso dominante. A partir del terreno del maletín de la cabeza y de sus procesos productivos, los productos del maletín de las manos adquieren significados como actos de salud. Y un mayor endurecimiento de los procesos productivos en torno a saberes tecnológicos muy bien definidos impedirá en mayor o menor medida la posibilidad de que el mundo del usuario penetre como capturante, también, de las finalidades de los procesos productivos en salud.

Los distintos modelos de atención varían en esa situación relacional. Sin dudas, el maletín que, por sus características tecnológicas propias, permite reconocer en la producción de los actos de salud una situación de permanente disputa abierta de juegos de captura, imposibilitando que las finalidades e incluso sus objetos sean de un único orden, es el maletín del espacio relacional trabajador-usuario. Los procesos productivos en salud, que ocurren en ese espacio, solo se realizan en acto y en las intercesiones del médico y del usuario. Ese encuentro es el que da, en última instancia, la singularidad del proceso de trabajo del médico como productor de cuidado.

⁴Hasta por motivos etimológicos, tecnología se refiere a los nexos técnicos establecidos al interior del proceso de trabajo entre la actividad operante y los objetos de trabajo, a través de aquellos instrumentos. Se refiere a las configuraciones recíprocamente asumidas o asumibles por el conjunto de aquellos tres momentos del proceso de trabajo, dados los objetivos y sus finalidades.” (Gonçalves, 1994, p. 18)

⁵Esa tensa relación entre lo vivo en acto del trabajo clínico y las teorías que permiten expresar ese encuentro como entre un profesional y un usuario es problematizada de un modo muy rico por Castoriadis (1997) en un debate sobre el psicoanálisis presentado en el capítulo “Psique”.

Sin embargo, es un encuentro que el médico también procura capturar. Solo basta verificar la importancia que adquieren las reglas sobre la ética del ejercicio profesional y los saberes sobre la relación médico-paciente dentro de ese momento productivo, para tener noción de cuánto opera el trabajo vivo en acto del médico sobre ese espacio, intentando, con el maletín de la cabeza, imponer su modo de significar ese encuentro, y ampliándolo con saberes que van más allá de los de la clínica médica.

Ese es un espacio ocupado por procesos productivos que solo se realizan en la acción entre los sujetos que se encuentran. Por eso, esos procesos se rigen por tecnologías leves que permiten producir relaciones y expresan como sus productos, por ejemplo, la construcción o no de acogimiento, vínculos y responsabilizaciones, juegos transferenciales, entre otros⁶. La presencia de situaciones más duras en ese espacio productivo es prácticamente insignificante, pues aunque el encuentro también deba tener una cierta materialidad dura, no es dependiente de ella. Es como decir que el proceso de producción de un cierto acogimiento se podría realizar hasta en la calle, o en cualquier otro espacio físico.

Ese momento productivo, esencialmente del trabajo vivo en acto, está abierto a la disputa de capturas entre distintas lógicas sociales, que buscan adecuar la producción de las acciones de salud a ciertos intereses y excluir otros. Por lo tanto, ese momento no pierde nunca la tensión en tanto espacio de disputa y, aun más, no pierde nunca la demostración de que las fuerzas, incluso estando excluidas, siempre operan en acto con su presencia. Es en ese espacio que la búsqueda capturante del usuario presenta mayores chances de conquistas para imponer *finalidades* al trabajo vivo del médico.

La relación particular que adquiere este maletín con los otros dos define el sentido social y contemporáneo del actuar en salud: la producción del cuidado, como un cierto modelado tecnológico (de salud) de realizar el encuentro entre el usuario y su mundo de necesidades, como expresión de *su modo de andar la vida*, y las distintas formas productivas (tecnológicas) de capturar y hacer de ese mundo su objeto de trabajo.

Las diferentes formas que adopten los modelos de atención de la salud, bajo la óptica del trabajo médico, que definen reestructuraciones productivas en el sector, muestran que los ajustes entre esos maletines son estratégicos y determinan el sentido de los modelos a partir de las configuraciones que adquieren internamente y entre sí los maletines de la cabeza y del espacio relacional.

Por ejemplo, en la medicina tecnológica⁷ hay un empobrecimiento del maletín de las tecnologías leves que desvía el eje tecnológico hacia una articulación especial entre el maletín de las tecnologías leve-duras y el de las tecnologías duras, de modo tal que muestra una relación cada vez más focalizada en las competencias de la acción del médico, al punto que este prácticamente se reduce a una unidad de producción

⁶En el texto se aborda con más detalle la producción de estos productos intercesores como actos de salud.

⁷Para ampliar la discusión sobre la medicina tecnológica desde otros ángulos, véase Donnangelo (1976) y Schraiber (1993b).

de procedimientos, como el acto de salud pretendido. Expresa ciertas formas de proceder bien definidas, reducidas a meros procedimientos puntuales, subespecializados en el plano de la formación de la competencia profesional, con los cuales los profesionales establecen sus verdaderos vínculos, y a través de los cuales capturan a los usuarios y su mundo.

Aun así, no se elimina la tensión constitutiva del conjunto de los actos de salud en tanto producción del cuidado, y mucho menos se consigue disipar el hecho de que el conjunto de las formas de proceder en salud son situaciones que buscan capturar el trabajo vivo en acto sustantivamente.

El trabajo médico, para plasmarse como una forma del cuidado en salud, debe construir capacidades de acción en dos dimensiones básicas de las intervenciones en salud para componer su lugar en la organización y estructurar los modelos de atención: una, la dimensión propiamente cuidadora, pertinente a todos los tipos de trabajos de salud; y otra, la dimensión centrada en lo profesional, propia de su recorte tecnológico específico. La construcción de estas competencias se consigue en los ajustes que permiten los tres maletines, produciendo una intervención médica tanto focalizada en los procedimientos como en ciertas formas cuidadoras.

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

El trabajo médico, en su intervención, busca capturar al usuario a partir de su universo de acción profesional y de los saberes tecnológicos que lo conforman; intenta, así, en un doble movimiento, atraer al usuario y su mundo hacia su actuar tecnológico y subsumirlo a este. Sin embargo, es interesante observar que, a pesar de este esfuerzo, el recorte de esos procesos relacionales por parte de los saberes médicos no se superpone plenamente a lo que pretende el usuario en esa misma relación (Merhy, 1998a).

Ese trabajo construye proyectos terapéuticos⁸ tensos, pues se le exige a la práctica médica y también a todo su saber-hacer, por un lado, operar la producción de una dimensión propia del cuidar –dada por los procesos relacionales y leves del trabajo en salud, en sus propias relaciones con los saberes tecnológicos estructurados del maletín de las tecnologías leve-duras– y, por otro, lo específico del propio acto médico, vinculado con un cierto recorte del saber disciplinario, expresado por una especialidad *profesional* (Merhy, 1998a), compuesto centralmente en las relaciones entre aquellos saberes tecnológicos con el maletín de las tecnologías duras,

⁸El proyecto terapéutico adquiere un formato definido por la manera en que un tipo de modelo de atención de la salud realiza el encuentro entre la capacidad de producir ciertas prácticas de salud y el mundo de las necesidades de salud como un problema de acción tecnológica, incorporándolas en sus objetos. Así, en los proyectos terapéuticos se podrá ver cómo en el día a día, los profesionales operan sus cajas de herramientas, conformando y dando un cierto sentido a las prácticas de salud del médico y diseñando una cierta manera tecnológica de actuar (Merhy, 1998a).

focalizando la producción de procedimientos centrados en el médico. En la Figura 9 pretendemos dar visibilidad a esta situación.

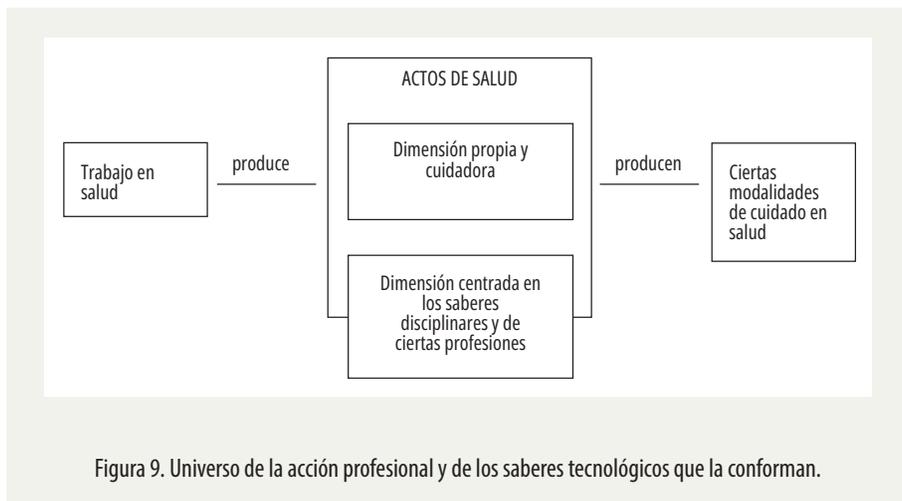


Figura 9. Universo de la acción profesional y de los saberes tecnológicos que la conforman.

Las dimensiones cuidadora y *profesional específica* son territorios de prácticas técnicas que se conforman en cualquier tipo de producción de actos de salud y se van definiendo, según el modelo de atención, en ciertos empobrecimientos o enriquecimientos, como campos de saberes tecnológicos, en el uso de los maletines que construyen y tienen a su disposición. Puede existir, incluso, un predominio de uno sobre otro, de modo tal que hay modelos en los que la dimensión cuidadora puede estar prácticamente anulada. Como la noción de la dimensión profesional es más visible, por la propia materialidad de los procedimientos, la Figura 10 describe aquello que compone la dimensión cuidadora para avanzar en esta reflexión.

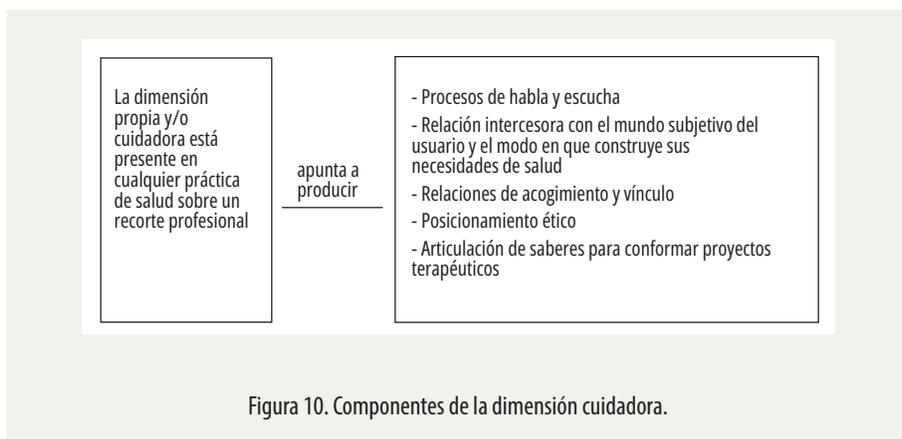


Figura 10. Componentes de la dimensión cuidadora.

El proyecto terapéutico, producido por la medicina tecnológica, es expresión de una sumatoria de actos fragmentados sobre un usuarioinsumo, dividido en tantas unidades de producción de procedimientos como sea posible. El tercer maletín estará colocado en un espacio subordinado, reducido a situaciones objetales entre trabajador y usuario 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, de manera que el vínculo pasa a ser, por ejemplo, con un examen, una consulta.

En esta modalidad, los procesos de trabajo se ordenan, cada vez más, a través de reducir los núcleos de competencias a la capacidad de producción de modos muy estructurados de actos de salud, en tanto procedimientos, en los que no queda claro quién comanda 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, para garantizar procedimientos focales cada vez más restringidos y válidos en sí mismos, se torna un martirio y al mismo tiempo un éxito del ejercicio del trabajo médico. Este modelado se hace hegemónico, de modo tal –como conformación del trabajo en salud en general en nuestras sociedades– que se hace presente en el conjunto de los procesos productivos del sector, incluso en el campo de las acciones de salud pública. La dimensión centrada en el profesional prácticamente elimina o reduce al mínimo la dimensión cuidadora como componente de la acción competente del profesional médico.

El tercer maletín de las tecnologías leves fue subsumido en ese proceso por una relación privilegiada de los otros dos, y 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 gestionar el cuidado queda restringida al comando de unidades de producción de procedimientos médicos. Sin embargo, las lógicas que piden las acciones tecnológicas de aquel tercer maletín están allí, en tensión, presionando al *núcleo profesional* por uno *propiamente cuidador*, más abarcativo.

Es posible que ese modelado sea asumido por una lógica de producción capitalista que ve, en la colaboración entre los servicios de la medicina tecnológica (con sus equipamientos y saberes focales muy estructurados) y el capital industrial, un terreno productivo de inversión y de acumulación, tanto en el plano de los servicios empresariales de la salud, como en los de las industrias de equipamientos y medicamentos⁹.

Los proyectos terapéuticos conformados de este modo, sin embargo, presentan ciertas contradicciones en cuanto al modo de producir el cuidado en términos de conquista de sus resultados. La forma en la que incorporan tecnologías encierra en sí una real dificultad de controlar los costos monetarios, además de promover una pérdida de la eficacia global del conjunto de las prácticas de salud aunque, paradójicamente, tengan ganancias en términos focales. La microdecisión del médico

⁹Referencias más pormenorizadas pueden verse en Schraiber (1993a; 1993b) y Zepeda Bermúdez & Albuquerque Possas (1995).

se combina de manera interesada con las necesarias microdecisiones que el capital pretende en sus actos productivos.

Las situaciones más comunes dentro de este modelo, que pueden expresar sus tensiones son: por un lado, en el plano discursivo, la búsqueda permanente de un perfil profesional más generalista –hecho que nunca se realizará– y, por otro, la incesante búsqueda de modalidades de bajo costo para producir actos de salud que, al no romper con la base de esa modalidad de producción, terminan siempre en una acción de cambio dentro de la conservación, sin establecer de hecho un nuevo compromiso con la eficacia y efectividad en torno a las necesidades de los usuarios, sino con modalidades simplificadas, consumidoras de menos tecnologías duras o endurecidas. Y, por último, un movimiento consumista del usuario que intenta compensar su baja efectividad.

Uno de los indicadores de la crisis que ha vivido el modelo de la medicina tecnológica es la existencia de grupos del propio capital que buscan invertir en el sector salud, desvinculados de la colaboración entre la *medicina tecnológica* y los complejos industriales¹⁰, que exploran la posible *ruptura tecnológica*¹¹ que puedan contener los maletines internamente y entre sí, en la formación de una relación distinta entre la competencia cuidadora y la centrada en el profesional.

Las modalidades del capital que apuestan a otro modelado del trabajo médico buscan, a través de tecnologías específicas, capturar la microdecisión clínica por una gerencial, manteniendo la naturaleza propia del territorio productivo de la salud.

La disputa interna entre intereses capitalistas diferentes en el sector salud muestra bien ese 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. Y en esa disputa aparece como situación tecnológica emergente la posibilidad de un nuevo lugar a ser ocupado por el maletín de las tecnologías leves al interior de los procesos del trabajo médico, reorientando las relaciones entre los núcleos de competencia a la producción de los actos de salud.

Hay una transición tecnológica planteada desde el propio capital, como si sectores *neoliberales* articulados en distintos proyectos pelearan entre sí por porciones del proceso de acumulación en el área de la salud. Para el capital financiero, que entra en la disputa actual por la distribución de las actividades lucrativas en el sector salud, es fatal actuar dentro de un nuevo tipo de modelo que controle los costos de los proyectos terapéuticos, dato vital para este, procurando *no tirar el bebé junto con el agua del baño*, es decir, sin perder ciertas competencias e identidades, en tanto acción de salud.

¹⁰Este movimiento del capital en torno a nuevas líneas de acumulación se ha reflejado en los procesos de reestructuración productiva y de su hegemonización por parte del capital financiero en todos los frentes de la producción económica en la sociedad actual.

¹¹Considero *ruptura tecnológica* a la aparición de una nueva configuración tecnológica para el cuidado en salud, de modo tal que el objeto de las acciones salud y sus finalidades adquieren características distintas a las configuraciones anteriores.

El capital financiero, al entrar a través de las aseguradora¹² en forma masiva, busca el respaldo en un nuevo acuerdo tecnológico entre los maletines. En particular se intenta articular las tecnologías leve-duras y leves, incluso enriqueciéndolas, buscando colocar una cierta levedad en el campo de las leve-duras y una cierta dureza en las leves, que permitan construir una gestión de un cuidado individual a partir de la noción de *accidentalidad* (siniestro) en salud y de las posibilidades de su control o, por lo menos, minimización.

Toma herramientas del campo de acción de la salud pública, de la administración de los servicios de salud, para ampliar el maletín de los procesos relacionales más allá de la relación médico-paciente. Produce maletines para el médico, que, en la mezcla de ambas tecnologías, pasa a contar con saberes clínicos que posibilitan la construcción de proyectos terapéuticos, no por *sumatoria*, sino integrados: saberes de la economía y de la salud que permitan realizar una gestión del cuidado de costo controlable, diversos proyectos tecnológicos de intervención en la prevención de riesgos o de sus controles con una cierta incorporación de la epidemiología y sus modos de hacer acciones de salud.

Y busca, ante todo, ampliar el papel de la dimensión cuidadora sobre las profesionales en el conjunto de sus acciones, dando un lugar estratégico a los procesos de gestión del cuidado como mecanismo de incorporación de procedimientos, además de generar productos típicos de los actos centrados en los cuidadores. Esto se manifiesta en el aumento de la presencia de proyectos como *home-care*, entre otros. Inaugura una búsqueda tensa, de captura de la microdecisión médica por una microdecisión gerencial, o burocrático-administrativa, planteada 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. Sea por la razón que fuere, la totalidad de los procesos productivos vienen expresando una efectiva transición tecnológica: sea 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 está ocurriendo; o por la consagración de una cierta modalidad de proceso acumulativo de capital que es cada vez más trabajo vivo en acto intensivo y, en contrapartida, dependiente de tecnologías que reducen puestos de trabajo; o tal vez por ambas razones.

Los seguros se extienden tomando para sí la enorme porción de la movilización de recursos de capital por el mundo que promueve el sector salud. El desarrollo de la atención gerenciada (*managed care*) en la década de 1980 en los Estados Unidos, y a fines de la de 1990 en América Latina, ha expresado ese movimiento del capital financiero en forma masiva hacia el sector salud. El impacto de ese proceso, como reestructuración productiva y transición tecnológica, aún debe ser analizado para ser comprendido de manera más completa, aunque ya ha sido objeto de algunos estudios citados anteriormente.

¹²Los textos de los investigadores del proyecto Atencão Gerenciada na América Latina, del cual participa el autor de este texto, muestran extensivamente estas cuestiones, véase, por ejemplo, Iriart (1999).

Desde el espíritu de este texto, esto nos permite indicar tanto que el mercado de trabajo ha sufrido alteraciones significativas, como que el territorio tecnológico de la salud ha sido ocupado por nuevos saberes y prácticas. Desaparecen los puestos de trabajo para los médicos, en particular para los especialistas. Nuevas modalidades de asistencia van ganando relevancia, nuevas competencias profesionales van siendo demandadas.

Concluyendo

Este texto afirma que la reestructuración productiva del sector salud pone en juego los acuerdos entre los maletines y los núcleos de competencia, teniendo en cuenta que los intentos de captura no son solo del capital o de los intereses vinculados a este, sino que los diferentes intentos pueden generar una tensión transformadora en el trabajo médico, al procurar realizar una captura del trabajo vivo en acto de los trabajadores de la salud, en general, y del médico, en particular. Esos intentos se realizan bajo formatos tecnológicos instrumentalizados por saberes bien definidos que buscan transformar ese acto en un encuentro de diversos intereses sociales, bajo la forma de necesidades de salud, expresando los intereses de diferentes tipos de capitales, liberales, industriales, monopólicos o financieros, bloques gubernamentales específicos –desde las políticas públicas en el ámbito del Estado–, o aun de ciertas *agrupaciones* sociales que las representan como un derecho y un bien público.

Las diferentes capturas, mostradas aquí sobre todo desde la óptica del capital, en sociedades como la brasileña se presentan de modo múltiple y desigual, combinado y complejizado por la presencia de otros intereses que pueden fortalecer algunos modelados por sobre otros. Hoy 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 la salud, cuidador en sentido estricto, que se articula con otro, *centrado en ciertos procedimientos profesionales*, con competencia focal bien definida. Esta modalidad no parece tener capacidad de dar cuenta del tenso campo de los procesos de trabajo en salud, lo que la coloca permanentemente bajo el foco de acciones transformadoras por fuerzas que son bloqueadas.

Ese proceso busca promover el intercambio de un médico centrado en procedimientos, por otro ordenado a partir de las relaciones cuidadoras, pero opera esa transición afirmando más a un cuidador del capital que a un cuidador del usuario. La finalidad de la lógica acumulativa del capital financiero no es la defensa de la vida individual y colectiva en el campo de la salud; su eje es la producción de un proyecto terapéutico que permita el control de la incorporación de tecnología de alto costo, aunque esto le cueste la vida al usuario. Incluso si propiciara otra relación entre la dimensión cuidadora y la profesional específica –lo que muestra la potencia reestructurante del trabajo médico–, no situaría esa transformación desde las perspectivas de captura que el usuario pretende del trabajo vivo en acto en salud: como dispositivo que le permita mantener su autonomía, o recuperar grados de esa autonomía, en su modo de andar la vida.

Desde la óptica del trabajo médico, como de cualquier trabajo en salud, opera además otra tensión como instituyente en esa situación, expresada por la combinación entre la lógica de captura del trabajo vivo en acto versus la autonomía de su ejercicio¹³. Estas tensiones operan como potencias de nuevas transformaciones, imponiéndose como desafíos a ser enfrentados por aquellos que 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.

¹³Hecho claramente señalado por Gastão Campos en su producción, ya desde los inicios de su producción sobre los médicos y las políticas de salud.

Reestructuración productiva y transición tecnológica en salud: debate necesario para la comprensión del proceso de “financiarización” del mercado en la salud

Emerson Elias Merhy, Túlio Batista Franco

La producción de salud es dependiente del trabajo humano en acto, configurado en el trabajo vivo y en su micropolítica, o sea, el trabajo en el exacto momento de su actividad creativa en la construcción de los productos, a través de los cuales se realiza, allí.

En ese momento, es un proceso esencialmente relacional, entre alguien y otros. En esa relación hay una lógica instrumental operando, pero sobre todo hay, en potencia, en los espacios relacionales, virtualidades en acontecimientos, como actos de habla y escucha, contactos y miradas, constitutivos de ese proceso de trabajo que produce el cuidado, y en esa relación los sujetos se encuentran y hacen en conjunto la producción de salud.

Introducción

La historia de la conformación de los modelos asistenciales en salud en América Latina, en las últimas dos décadas y media, estuvo fuertemente marcada por el debate en torno a lo público y lo privado, cuyo telón de fondo fue la reforma del Estado llevada a cabo en varios países del continente, como nos señala Célia Almeida (2002).

En ese contexto se realizaron reformas del sistema de salud que tuvieron como objetivo reducir la presencia del Estado en función de una mayor participación del sistema privado en la oferta de servicios de salud. El escenario favoreció que el mercado financiero internacional se presentara como financiador de los sistemas de salud privados, operando cambios significativos, procesos instituyentes, en la estructura de la oferta de servicios y en el funcionamiento de los planes de medicina prepaga (Iriart, Merhy y Waitzkin, 2001).

Ese fenómeno, al que denominamos aquí “financiarización”, se refiere al gran campo de la producción de salud, en el que innumerables variables conforman un juego de fuerzas, a escala macro y microorganizacional, que tienen una producción sociohistórica y sufren impedimentos del propio campo, como el del perfil tecnológico de producción de salud y las subjetividades que operan en los procesos de

trabajo. El objetivo de este texto es el de plantear esa discusión, con la producción de salud como marco, en un escenario complejo en el que la financiarización es uno de los aspectos importantes en el análisis.

El modo de producción de salud

La manera de producir salud y, en consecuencia, el modo de organización de los procesos productivos de este campo de prácticas sociales han sido uno de los temas más interesantes de la agenda de los diversos actores sociales implicados en el campo de la salud en Brasil, en particular al ser analizado desde el ángulo de lo público y lo privado. Esa contemporaneidad hace justicia a lo que se ha configurado como proceso histórico: el hecho de que el campo de la salud, en las sociedades actuales, ha tenido la primacía de ser el principal referente social y cultural con relación a las diferentes representaciones individuales y colectivas sobre el mundo de la vida; construyendo imaginariamente que la salud y la vida no se conforman, de manera simple y directa, en el ámbito de la naturaleza, sino que se refieren sobre todo a los procesos sociales e históricos producidos por las distintas agrupaciones sociales, y conformados por la intensa actividad de los trabajadores, usuarios, agentes gubernamentales, empresarios y operadores de servicios de salud, y los distintos sectores productivos del complejo médico-industrial (Gonçalves, 1988) vinculados a la formación de los insumos y equipamientos para la salud.

El modo de producir salud trae en sí la idea de un campo social, en el que se articulan poderosas fuerzas instituidas e instituyentes que ponen en escena un juego que al mismo tiempo es tenso en su constitución, rico en la capacidad inventiva, y desde el ángulo de las necesidades de los usuarios de los servicios de salud puede ser tanto *generoso* como *perverso* en cuanto a las posibilidades que se presentan para el desarrollo de redes y sistemas articulados en torno al tema del cuidado. Esa diversidad, que complejiza ese supuesto sistema productivo es, al mismo tiempo, la fuente de su potencia, lo que puede ser percibido a través de una mirada dirigida a la micropolítica de los procesos de trabajo o, mejor dicho, en el tiempo y el lugar en los que se realiza la actividad productiva y, en especial, el actuar cotidiano de los trabajadores en su trabajo, en su hacer esa producción de salud. En el lugar del encuentro entre los trabajadores de los servicios y los usuarios es donde está la riqueza y la intensa actividad de cuidado. Como una malla tejida con mucha energía, se entrecruzan los saberes, el hacer y la construcción de líneas de cuidado que atraviesan el cotidiano de una unidad o de un equipo de salud.

En ese escenario, el tema de la economía de la salud ha ocupado gran parte de las agendas de los que tienen la función de gestionar los servicios e, incluso, de muchos otros actores involucrados en la cuestión. Entre los gestores del sistema de salud es común que aparezca en diversos niveles, casi como el *sentido común* del área, la idea general que asocia oferta de servicios con altos costos operativos de las redes de salud. Sin embargo, el debate aparece a menudo disociado de la cuestión del modelo tecnoasistencial y de las diversas formas de producción de este modelo, lo que hace

que las opciones de análisis del problema sean parciales y simplificadas, porque aunque los recursos de insumos y financieros sean importantes para estructurar una virtual *planta productiva* de la salud, por sí solos no definen la calidad del servicio y menos aún el perfil asistencial que se pretende ofertar a los usuarios.

La producción del cuidado se da a través de una compleja trama que tiene como protagonistas a sujetos individuales y colectivos, cargados de ciertas intencionalidades e impulsados por subjetividades, que los hacen operar en el campo social (Matus, 1993) definiendo sus relaciones, produciendo los escenarios para la construcción del cuidado. Esos escenarios van a estar vinculados con diferentes objetivos, intereses y redes de relaciones sociales que, al ser constitutivas del modo en el que se produce el cuidado, operan en distintos niveles, pero fuertemente a partir de la micropolítica desarrollada en el ámbito de la producción del cuidado, definida en muchos sentidos por los procesos y por las tecnologías de trabajo.

Este texto busca analizar el desarrollo del actual modelo productivo de salud en el ámbito del mercado de la salud, recuperando la memoria histórica de su formación y desarrollo, en especial de aquello que permitió que se consolidara un determinado perfil tecnoasistencial en el área, y observando el fenómeno actual de la presencia cada vez más firme del capital financiero. Consideramos que esa temática no está dissociada de la que rodea a la cuestión de los modos de producción del cuidado, por lo que definimos como primer marcador para la discusión al *modelo médico hegemónico*, que se constituyó y se consolidó en el transcurso del siglo XX, y sigue disputando esa hegemonía con alternativas que se fueron desarrollando en el ámbito de los sistemas y servicios de salud, especialmente en la segunda mitad del siglo pasado. Este análisis es atravesado por la discusión de la formación del campo de producción de salud y el protagonismo de los sujetos, lo que significa que no está determinada a priori por ninguna estructura de formación social, sino que es algo en permanente proceso, de naturaleza dinámica y de mutua constitutividad.

Un segundo marcador para este análisis se refiere al concepto de *transición tecnológica de la salud*, entendido como un proceso de cambio radical en el modo de producción del cuidado, que tiene su núcleo de definición en la inversión de las tecnologías de trabajo, es decir, en el núcleo tecnológico del proceso de trabajo en salud. Ese cambio se produce a partir de nuevos sujetos insertos en la escena de producción del cuidado, operando modos de trabajar más relacionales, menos dependientes de insumos-maquinarias, y, sobre todo, capaces de disparar procesos de subjetivaciones que afectan a otros, mientras, al mismo tiempo, se construyen a sí mismos como sujetos de ese proceso.

Este texto se propone posicionar la discusión de la producción del cuidado en un lugar donde el núcleo está en el campo de las tecnologías cuidadoras, *leves* (Merhy, 2002), lo que abre la posibilidad de un cambio del modelo productivo a partir de esa cuestión. Este es un debate central que nos lleva al tema de la transición tecnológica y que permite comprender cómo ese movimiento se expresa en la financiarización de la salud.

El modelo médico-hegemónico como modelo tecnológico de intervención en salud

El médico norteamericano Abraham Flexner coordinó un proceso de evaluación de las escuelas médicas de los Estados Unidos que culminó con la elaboración del informe *Medical Education in the United States and Canadian: A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching* (Flexner, 1910). Fue más que una evaluación de la enseñanza pues, de hecho, reorientó la educación médica en Norteamérica y la colocó bajo la centralidad de la investigación biológica y sus paradigmas científicos, dando curso a una clínica centrada en el cuerpo anatomofisiológico al asociar la promesa del cuidado y de la cura del campo de la salud, con acciones consideradas científicas, orientadas por aquellos paradigmas de la ciencia y para un cuerpo científicamente pensado y manipulado. A partir de allí creó una fuerte referencia para el mundo sobre lo que debería ser el proceso de trabajo en salud, es decir, pasó a articular la idea central de una competente intervención científica sobre el cuerpo, lugar y depósito de los procesos mórbidos. La idea de la excelencia en la clínica creó el mito del profesional autosuficiente y científico.

Los factores socioambientales y el mundo de la subjetividad que interfieren en el proceso salud-enfermedad fueron excluidos y eliminados de los análisis diagnósticos y terapéuticos. Así, el trabajo médico fue simplificado, reduciendo el campo de estudio al cuerpo alejado del medio social, el ambiente, las relaciones, las vivencias y las experiencias de su historia de vida y en su inserción en el mundo de la vida y de las cosas. El discurso de la excelencia de la clínica creó un aura de protección al modelo que se gestaba, ocultando su reduccionismo y empobrecimiento con relación a la comprensión e intervención sobre los problemas de salud. Así, el campo de visión de la intervención sobre los problemas de salud quedó subdimensionado, reduciendo incluso la capacidad resolutive de los sistemas recién creados. El mundo de la salud perdió lo más significativo: su humanidad.

La educación médica reformada, según las directrices del informe Flexner, interfirió inmediatamente en el formateo del trabajo médico, que constituye el principal medio productivo del campo de la salud en las sociedades occidentales y que pasó a basarse en la mirada resumida sobre el cuerpo enfermo y la prescripción para soluciones que se encontraban siempre en su corto perímetro. Ese proceso de reforma de la enseñanza y reorganización del proceso de trabajo clínico del médico se desarrolló a lo largo de la primera mitad del siglo XX como una novedad importante. Los fundamentos de ese modelo pueden ser sintetizados de la siguiente forma:

1. Expansión de la enseñanza clínica, especialmente en hospitales; énfasis en la investigación biológica como forma de superar la era empírica de la enseñanza médica; estímulo a la especialización médica; aspectos que ya fueron descritos como provenientes de las influencias del informe Flexner.
2. En los años de posguerra y en las décadas siguientes hasta la actualidad, se asistió a un desarrollo significativo de la industria de equipamientos, que ha conseguido grandes avances tecnológicos, en particular en el campo de los insumos medicamentosos y de los

equipos para diagnósticos y terapias, que ejercen cierto deslumbramiento en los trabajadores y usuarios de los servicios de salud que llega a oscurecer la visión de sus límites.

3. Debidamente apoyados en las estrategias de marketing, presentes tanto en los grandes medios de comunicación como en las microestructuras de intervención en los lugares de trabajo, las corporaciones industriales han conseguido no solo colocar sus equipamientos en el mercado, sino también formar opinión entre los prescriptores, influenciando su proceso decisorio, induciendo al alto consumo de sus productos en forma desvinculada del impacto en la salud del usuario, como, por ejemplo, el uso excesivo de diversos recursos de diagnóstico y terapia, sin ninguna eficacia. Todo esto impacta fuertemente en el proceso de producción de salud, pues las tecnologías más relacionales entran en desuso en favor de las tecnologías máquinas e instrumentales. Una de las facetas de ese proceso es el consumo exagerado de procedimientos médicos, sin ninguna indicación clínica. Y se producen, además, tres efectos inmediatos:
 - el primero, vinculado a la estructuración del proceso de trabajo en salud, que según Merhy (1997c) pasa a operar centrado en las tecnologías duras y leve-duras, es decir, en máquinas y conocimientos especializados;
 - el segundo, que a partir de allí se verifica una baja eficacia en la resolutivez de los servicios de salud, pues la simplificación de los problemas de salud como problemas centrados en el cuerpo, y muchas veces reducidos a una señal o síntoma, llevan a la construcción de proyectos terapéuticos reduccionistas y parciales, con un déficit de interrogantes a ser resueltos, relacionados con los problemas de salud de los usuarios en el sentido amplio del término;
 - el tercero, los costos de la salud se incrementan de forma extraordinaria, en la medida en que los recursos utilizados son de alto valor agregado y usados de manera exacerbada en relación con la real necesidad del usuario.

En la misma línea del ítem anterior, vale señalar que el desarrollo de la industria químico-farmacéutica acorta los períodos en que se presentan al mercado nuevas generaciones de medicamentos y crea así, al igual que con la maquinaria, un verdadero fetiche con relación a estos, o sea, se forma una imagen en las personas de que los recursos tecnológicos (tecnologías duras) incorporados al proyecto terapéutico están en asociación directa con la calidad de la asistencia y con la perspectiva de un cuidado desarrollado para el beneficio directo de su consumidor: el usuario de los actos de salud. En el mismo camino de los avances tecnológicos, la industria farmacéutica ocupó un lugar destacado en el incremento de los costos asistenciales.

Desde el punto de vista del proceso de acumulación de capital, en salud inducir al alto consumo de procedimientos es fundamental y esto es lo que se verifica, pues el modelo tecnoasistencial de la medicina tecnológica (Schraiber, 1993b) se caracteriza por una acción cotidiana en la que el principal compromiso del acto de asistir a la salud es con la producción de procedimientos (Campos, 1992). El compromiso con las necesidades de los usuarios se da solo en forma secundaria. La asistencia a la salud se confunde, por lo tanto, con la extraordinaria producción de consultas y exámenes asociados a la creciente medicamentación de la sociedad (Donnangelo, 1976).

Este proceso plantea un modelo tecnoasistencial para la salud basado en la alta concentración de recursos tecnológicos (duros, como equipamientos e insumos medicamentosos) para la intervención sobre el cuerpo considerado enfermo, lo que llevó a que los sistemas de salud dieran prioridad a los establecimientos hospitalarios, conformando redes de servicios de salud hospitalocéntricas.

En cuanto a las tecnologías asociadas a los procesos de producción del trabajo en los actos de salud, podemos clasificarlas en tres tipos: aquellas que están representadas por las máquinas e instrumentos, que denominamos tecnologías duras; las que se inscriben en el conocimiento técnico estructurado y que denominamos tecnologías leve-duras y aquellas que solo existen en el acto productivo relacional entre el trabajador y el usuario, representadas por las tecnologías leves (Merhy, 1997c). Ese proceso histórico de formación del modelo tecnoasistencial médico-hegemónico ha priorizado las tecnologías duras, constituidas por máquinas e instrumentos y pautadas por la producción de procedimientos centrados en lo profesional, como segmento fundamental de una forma de acumulación capitalista en el área: el complejo médico-industrial. Lo interesante es que esto se da como algo inexorable, en un proceso continuo de retroalimentación del capital en el sector, considerado por muchos pensadores de este campo de prácticas como el alma capitalista que preside en forma exclusiva la formación del modelo productivo para el sector. Sin embargo, hemos visto que otras formas de acumulación también se han hecho presentes y se manifiestan a través de una entrada significativa del capital financiero que disputa otra forma de producción de salud, contraria al modelo de la medicina tecnológica, médico-hegemónica.

La crisis del financiamiento y el cuestionamiento al modelo hegemónico de producción de salud

El crecimiento económico verificado en la posguerra fue proporcionado por un elevado incremento de la productividad gracias al avance tecnológico de la industria, asociado a un ambiente favorable a la implementación de políticas sociales, dado por la victoria del Partido Laborista inglés en las elecciones en 1945. Todo esto contribuyó a que se desarrollara una opción política por el modelo económico keynesiano, establecido en Inglaterra y que se generalizó por Europa. La idea del *Estado de bienestar social* creó una ola de nuevas inversiones por parte de los gobiernos, lo que en diversos países, sobre todo en los más desarrollados, permitió financiar la implementación de amplias políticas públicas, en especial en la salud, incluso como una alternativa para enfrentar la fuerte demanda de las distintas agrupaciones sociales por beneficios ante el intenso proceso de producción de riqueza.

En este contexto, se crearon en el área de la salud, en particular en Inglaterra, sistemas estatales universalizantes. Los gobiernos en diversos países asumieron la responsabilidad de financiar los servicios de salud, dándoles carácter público. Ese movimiento se combinaba con otro: el del ascendente costo operacional de estos mismos servicios, dado el proceso acrítico y continuo de incorporación de nuevas tecnologías duras al sector y la incapacidad de desarrollar un sistema productivo alternativo al que se gestó en el ámbito del modelo médico-hegemónico.

En la década de 1970 se produce una fuerte crisis estructural del capitalismo, que desencadena una recesión generalizada –la primera desde el período que antecedió

a la Segunda Guerra Mundial— y que golpea a todos los grandes países desarrollados. Datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) muestran que entre 1973 y 1975 la producción industrial en los países desarrollados cayó, en promedio, del 10 al 15% (Mandel, 1985, p. 15). Se inicia así una nueva etapa de la economía mundial que se caracteriza por una ruptura del ciclo desarrollista conocido en el período de posguerra, impulsado por el movimiento ascendente del desarrollo capitalista, a partir de nuevas bases tecnológicas que posibilitaron incrementos en la productividad y una tasa de acumulación de capital mayor.

El resultado inmediato de la crisis de los años setenta es la reducción de la recaudación fiscal de los Estados y, en consecuencia, la dificultad de los países para financiar su desarrollo. Este cuadro contribuyó a que el gasto en las políticas sociales, implementadas en el período anterior —entre ellas, la de salud—, pasara a ser foco de tensión social y de la atención de los gobiernos, con propuestas de enfrentamiento de lo que consideraban una crisis fiscal del Estado. Estos comenzaron a evaluar los resultados de los servicios de salud en relación con sus propios gastos. En esta evaluación se identificó que “los costos médicos habían subido con mucha más rapidez que en cualquier década anterior y la parte gubernamental de este costo había aumentado sustantivamente, sea en los países con sistemas mayoritariamente públicos, sea en aquellos que privilegiaban el sector privado” (Almeida, 1997 p. 185).

La respuesta inmediata por parte de ciertos gobiernos para aquello que consideraban un problema fundamental fue la de incluir la salud en las políticas de austeridad económica, cortando los gastos y racionalizando los costos, buscando una reducción del Estado. Sin embargo, al no haber invertido los procesos y tecnologías de trabajo, esa respuesta resulta perjudicial, principalmente para los usuarios del sistema, que pasan a sentir las pérdidas sufridas por el sector. En la medida en que no se entrometa con la mecánica de acumulación capitalista del sector, construida bajo la maquinaria de la medicina tecnológica, y mantenga intacto los factores que determinaban el continuo proceso de incremento de los costos de la salud, se deja de ofrecer una respuesta eficaz.

Frente a este proceso, considerado como una crisis, se van a constituir diferentes tipos de propuestas de solución: por un lado, la lógica de reducir las políticas públicas desde una perspectiva de acción más focal, que busca constituir una política social más compensatoria; por otro, la perspectiva de eximir al Estado de los servicios para sectores que puedan costear los costos de sus necesidades de protección social, apuntando a la construcción de proyectos de tercerización y privatización de servicios públicos, otrora estatales; o incluso, la apertura a la expansión del capital en el área de servicios de salud bajo otra modalidad de presencia productiva, como es el caso de la construcción del modelo de *managed care* estadounidense, con intensa entrada del capital financiero en el campo productivo de la salud a través del mercado de seguros, tal como veremos.

La búsqueda de alternativas al modelado de los servicios de salud, a nivel de algunas organizaciones gubernamentales orientadas por la reducción del campo de las políticas sociales y su focalización, se va produciendo en el campo de la vigilancia a la salud, como conocimiento y práctica sobre la cual se estructuraron algunas

propuestas de reorganización de la atención a la salud. La mayor evidencia en Brasil son las propuestas centradas en la idea de territorialización, tales como los *Sistemas Locales de Salud* (SILOS) en la década de 1980, y el *Programa de Salud Familiar* (PSF) en la década siguiente, las que combinan una vaga idea de cambio de los procesos de trabajo en salud con el instrumental de una epidemiología clásica. Como esos modelos no cambiaron el sentido efectivo bajo el cual se practicaba la clínica de la medicina tecnológica, en tanto elemento constitutivo del proceso de producción del cuidado, y dejaban que este continuara subsumido al modelo médico hegemónico, los procesos sugeridos hasta entonces tuvieron poca eficacia en la dirección de resignificar el proceso productivo en salud (Merhy y Franco, 2002; 2003). El modelo tecnoasistencial hegemónico se mantiene sin alteraciones y sufre, como máximo, ciertos ajustes productivos que no provocan una transición tecnológica sino, sobre todo, una reestructuración productiva del sector de la salud en el ámbito de las políticas públicas, sin quebrantar el proceso centrado en el médico.

Debemos considerar que cualquier cuestión relacionada con la perspectiva de un cambio efectivo de los procesos productivos que impacte en el modo de incorporar tecnologías de cuidado debe tomar como su objeto la intervención real en el proceso de trabajo a partir de la micropolítica, lugar de la práctica central que constituye la producción del modelo tecnoasistencial, sea en el sector público o en el privado. Es necesario intervenir en ese lugar, o sea, en la acción cotidiana en la que cada uno opera su parte del trabajo en una determinada línea de producción del cuidado. Sabiduría que tuvo el capital financiero al disputar el mercado con el modelo médico hegemónico, pues los operadores privados de los servicios de salud vinculados a la lógica del seguro de salud buscan, de hecho, insertarse en ese nivel con el objetivo de operar cambios, armando un conjunto de estrategias para alterar el microproceso de incorporación de tecnología en el cuidado e interviniendo el mundo micro de la clínica a través de diversas estrategias administrativas sobre el proceso de trabajo, en particular del médico. Es decir, en el caso de los planes de medicina prepa se percibe la crisis de financiamiento, pero con otros significados, propios de su modo privado de producir salud, lo que provoca respuestas diferentes para la misma situación, aparentemente. Lo que es crisis de financiamiento para uno, es oportunidad de expansión para otro.

El sector siente la presión de los altos costos de financiamiento de los servicios de salud y busca intervenir sobre el problema a partir de una lógica administrativa. Célia Iriart (1999, p. 36) menciona que este sistema

...utiliza incentivos financieros y control de la gestión para dirigir a los usuarios a los proveedores responsables de proporcionar la atención. Es importante destacar la permanencia de un elemento central: la imposición de la racionalidad económica a través del control administrativo de la práctica clínica. Esta racionalidad está orientada por la lógica de la eficiencia (que privilegia la relación costo-beneficio económico) y de la competencia del mercado. Implica una profunda transformación de la práctica clínica, ya que se produce una radical subordinación de los profesionales de la salud a las decisiones administrativo-financieras.

Las operadoras de medicina prepaga buscan implementar un sistema de producción que tiene como directriz la *atención gerenciada* (o *managed care*), que promueve una reorganización del proceso de trabajo a partir del control de los actos clínicos del médico. Control ejercido desde la lógica administrativa sobre la relación costo/efectividad. No hay en esa propuesta una preocupación por la producción del cuidado en función del mundo de las necesidades del usuario, lo cual podría significar un cambio más radical en la lógica de la asistencia a la salud. En esa perspectiva prevalece una cierta lógica del capital, ahora financiero, que estructura servicios de acuerdo con una nueva dinámica del mercado en salud y somete el proceso de trabajo a otra fuente de acumulación, distinta del modelo de la medicina tecnológica.

La atención gerenciada se organiza a partir de la premisa de que los microactos médicos deben ser auditados, administrativamente, para que se encuadren en protocolos rigurosamente delimitados del trabajo clínico:

La posibilidad de transferir el proceso de decisión sobre las acciones de salud a ser realizadas en los servicios, del campo de las corporaciones médicas hacia el de los administradores, se toma como una estrategia vital para atacar la relación costo-beneficio del sistema. Pero el campo de intervención de esas propuestas no se restringe a este campo, pues también se asocia a otro conjunto de estrategias que apuntan a la reorganización de los modelos de atención a partir de la acción de los prestadores privados, centrados en las políticas de las instituciones aseguradoras y financieras. (Merhy, 1999a)

Las empresas adoptan ese dispositivo como estrategia de gestión de sus planes de salud, y concentran en los administradores, que figuran como auditores de los actos médicos, el poder de decisión sobre el consumo de procedimientos. De manera notoria, un criterio administrativo para la clínica se superpone a otro tipo posible de cuidado al usuario.

Además, las operadoras de medicina prepaga han adoptado otras estrategias, tales como priorizar la oferta de planes de salud corporativos, que tienen la ventaja de dar cobertura a clientes jóvenes, en edad productiva e insertos en el sistema, o sea, con capacidad de pago y un perfil de bajo consumo de servicios de salud. El copago como dispositivo reductor del consumo ha sido intensamente usado y estimulado por las operadoras; nuevas estrategias de cuidado, extras a los servicios de salud, como la *internación domiciliaria* o *home care*; grupos cerrados de atención a la salud, como poblaciones específicas de riesgo, a través de acciones programáticas que apuntan a grupos de alto nivel de utilización de servicios, con objetivos de reducción de costos, captación de clientes y hasta incluso mejora de la producción del cuidado para algunas poblaciones de *beneficiarios* fundamentales para el sistema. Pero estas iniciativas son aún marginales, disponibles solo para algunos segmentos del sector privado de medicina prepaga y conviven con el modelo predominante, que sigue siendo de alto consumo de insumos, bajo el ideario del modelo médico hegemónico, aún practicado por ese segmento del mercado.

A pesar de eso, el análisis que planteamos, basado en la discusión de la transición tecnológica a partir de una nueva perspectiva del proceso productivo en salud, nos muestra que esa situación ya muestra una tensión estructural entre los diversos

capitales del mercado de la salud. Hay una tensión en el modo de producir salud entre el camino del complejo médico industrial o el de la atención gerenciada. Los capitales disputan entre sí los procesos productivos y, aunque aún sean poco significativas, las señales de la presencia de esa intervención microadministrativa en la construcción del cuidado en salud señalan, desde nuestro punto de vista, una reestructuración productiva con capacidad de generar una nueva lógica acumulativa en el mercado: el de la financiarización. Retomaremos esta discusión más adelante.

El modelo tecnológico de producción de salud y la micropolítica del proceso de trabajo

Es importante reconocer que, por más que se piensen y desarrollen modelos para operar los servicios de salud, el cuidado se produce a partir del protagonismo de cada sujeto, individual o colectivo, en la escena de la producción de salud, es decir, en el lugar de encuentro entre los trabajadores de los servicios y los usuarios, que son los destinatarios finales de todo el esfuerzo productivo. El perfil del cuidado que se produce se define a nivel de la micropolítica del proceso de trabajo, es decir, en el actuar cotidiano de cada trabajador de salud, en las relaciones que establece con los otros trabajadores, con los usuarios, con el arsenal tecnológico que utiliza.

En síntesis, para pensar la producción de salud es necesario pensar el lugar específico de cada uno en la línea de producción del cuidado y en el modo de organizar y disponer las configuraciones tecnológicas productoras de actos de salud. De este modo, queremos afirmar que quien concreta el modelo tecnoasistencial, con gran poder de definición, no es la norma externa que virtualmente se instituye y apremia, sino el trabajador de la salud a partir de su micropolítica en el proceso productivo y de su ejercicio de decisión en acto, al efectuarse la producción del cuidado.

Esto es una característica constitutiva del modo de producción de salud, no necesariamente idéntica al de los otros procesos productivos, como el de un automóvil en una fábrica, que tienen un componente de imposición muy distinto sobre el ejercicio de decisión del trabajador. En la producción de cuidado, que es siempre en acto, el trabajo vivo del trabajador opera con mucha libertad frente al trabajo muerto que lo apremia; por eso, en salud, los trabajadores ejercen un razonable autogobierno sobre su proceso de trabajo y esa libertad de acción indica que la transformación del perfil productivo depende de cambios en el modo de actuar del trabajador de la salud.

En ese campo de prácticas, se debe considerar que el trabajador es detentor de una determinada propuesta de organización de la producción del cuidado, como también portador de una cierta subjetividad que opera en el acto de su intervención sobre el otro, produciendo el cuidado. Cuenta cómo ve a sus compañeros de equipo, cómo valora la vida del otro, cómo se dispone a actuar, etcétera. En salud cuenta el modo en que el trabajador asume determinadas actitudes ético-políticas junto a sus pares, sus dirigentes y los usuarios. Y esas actitudes están siempre entre el polo

de un cuidado burocrático, poco cuidadoso e ineficaz, o un cuidado más receptivo, que establece vínculos y responsabilidades con relación al usuario y su problema de salud. Cualquiera de nosotros, como usuarios, sabemos lo que eso significa, pues cuando necesitamos cuidado tenemos plena noción de cómo cuenta quién es el que está ofreciendo el servicio.

Entonces, siempre hay que considerar una intencionalidad, que indica el *modus operandi*, que es singular, de cada uno. Y el modo de actuar, que al principio es social y tecnológicamente determinado, tiene un dispositivo importante que son los procesos de subjetivaciones que afectan a los sujetos e imprimen sobre estos determinados valores y conductas ante el otro, con el cual él se relaciona y al cual destina el producto de su trabajo. Por lo tanto, lidiar con el trabajo y las tecnologías en salud significa lidiar también con la dimensión humana y subjetiva de cada uno, implica tener que considerar en el análisis el modo en que el trabajador y el usuario se constituyen como sujeto moral y político. La micropolítica posee ese fuerte componente, o sea, es el territorio de entendimiento del significado de los procesos de subjetivaciones y los encuentros de los sujetos, actuando uno sobre el otro. Y sin comprender esto y sin tomarlo en consideración no hay cómo comprender la constitutividad de los modelos productivos en salud.

Traslademos esto a la noción de organización tecnológica del trabajo en salud, de un modo más preciso. No hay cómo aproximarse a los componentes de un proceso de trabajo sin su configuración, en tanto micropolítica y territorio del actuar tecnológico. Tradicionalmente, en el sentido común, incluso en algunas áreas de conocimiento las tecnologías estaban asociadas a las máquinas e instrumentos duros en la intervención sobre los problemas de salud. A partir de Gonçalves (1994) ese debate asume una perspectiva diferente, pues este autor las define a partir de una concepción de saberes tecnológicos que se desdoblan en componentes materiales y no-materiales, como si pudiéramos mirar un saber y ver su desdoblamiento hacia el interior del proceso de trabajo como *tecnologías materiales* (máquinas e instrumentos) y *tecnologías no materiales* (conocimiento técnico).

Este autor, para nosotros, realiza una primera ruptura con la idea de un modelo productivo *duro*, pues el conocimiento, al ser considerado como tecnológico, aporta al proceso productivo la dimensión del trabajador en tanto sujeto cognoscente, dotado de capacidad propia a partir del conocimiento y con el cual se constituye la actividad productiva. Merhy (1997c) menciona que, más allá de las máquinas y del conocimiento técnico, hay algo nuclear en el trabajo en salud que son las relaciones entre los sujetos, trabajadores y usuarios, que en acto conforman una cierta dimensión del actuar tecnológico, en el manejo de la producción del cuidado, en el movimiento en acto de ese manejo, que es trabajo vivo en acto. La idea de las relaciones como parte constitutiva del proceso de trabajo trae una dimensión humana a la composición de los actos de salud, humanizando al sujeto trabajador. Y de ese modo propone una tipología para designar las tecnologías de los procesos de trabajo: las *tecnologías duras*, que son aquellas centradas en máquinas e instrumentos; las *tecnologías leve-duras*, que se materializan en conocimiento técnico estructurado; y las *tecnologías leves*, relacionales, producidas y existentes en acto.

En el proceso de producción del cuidado, las tres tecnologías (duras, leve-duras y leves) están presentes, y según el modelo tecnoasistencial predominan diferentes configuraciones. Por ejemplo, en el modelo médico hegemónico se produce una supremacía y un predominio de las tecnologías duras sobre las otras, incluso comandando o bloqueando la presencia de las otras en sus actos productivos. En los modelos centrados en el mundo de las necesidades de calificación de la vida individual y colectiva de los usuarios hay que desviar el centro tecnológico hacia el mundo de las tecnologías leves, relacionales.

Esta noción no le es extraña al capital, pues sus diversos agentes actúan teniendo esto en cuenta, valorando intensamente lo que hay de micropolítico en el proceso de producción del cuidado en salud, sin utilizar explícitamente esta concepción. Se puede observar que, para esos agentes, el perfil tecnológico de producción de salud no está desvinculado de la micropolítica, y ello resulta evidente cuando vemos que los agentes económicos influyentes sobre el modelo productivo de salud tienen una forma de actuar muy reveladora dentro del sector.

Cuando quieren introducir sus productos en el mercado e inculcar su uso en la práctica de los profesionales, realizan estrategias de marketing que involucran, en los microprocesos decisorios, al trabajador que realiza el cuidado. La manera de actuar de un promotor de medicamentos es un ejemplo en esa dirección, pues para colocar nuevos productos en el mercado de la salud, los agentes económicos priorizan una acción directa sobre los médicos que prescriben, porque entienden que es su *trabajo vivo en acto* el que va a asegurar mayor o menor consumo de insumos, considerando que es a partir de allí que se toman las decisiones (en el sentido de nuevas incorporaciones).

En el modelo médico hegemónico de la medicina tecnológica se verifica que el control de los procesos de consumo, que incluso fabrican los usuarios para sí, está en la microdecisión clínica del médico, en el ejercicio de su trabajo vivo en acto, y es allí donde buscan actuar. Y aquí vale la siguiente paradoja: el lugar en el que puede predominar e imponerse un modo de actuar es el mismo que el que permite su negación, o sea, en el territorio de la micropolítica del trabajo vivo en acto es donde está la clave para el condicionamiento de un modo de producir el cuidado o para deconstruirlo. Las diferentes formas de organización del capital en el mercado saben esto, aunque expliquen su actuación con otros conceptos.

Por lo tanto, las directrices productivas para la construcción del cuidado en salud –como producir acogimiento, vínculos con responsabilización y autonomía del usuario– deben ser vistas como producto/resultado de las tecnologías de salud y como indicadores de eficacia y efectividad del cuidado producido.

Por tales razones, cualquier cambio que se quiera realizar en el sector pasa ineludiblemente por la necesidad de comprender los procesos que permiten producir inversiones tecnológicas del trabajo en salud y en las relaciones que establecen entre sí las tecnologías duras, leve-duras y leves, llevando o no a procesos de transición o reestructuración productiva en salud.

Reestructuración productiva y transición tecnológica en salud

Los estudios realizados hasta entonces sobre el modo de producción de la salud, en especial los que observan el proceso y las tecnologías de trabajo, tuvieron un importante desarrollo a partir de Donnangelo (1976); Gonçalves (1994); Merhy (1997c; 1998; 2002); Campos (1992); Cecílio (1994; 2001); Franco (1999; 2003c) y Pires (1998), y muestran una fuerte tensión en el sentido de la incorporación de nuevas tecnologías duras a los procesos productivos. Esa tensión se da, en primer lugar, por la disponibilidad y oferta de equipamientos en el mercado; en segundo lugar, porque es un proceso inexorable de la acumulación capitalista a la necesidad de renovación del capital fijo en las plantas productivas, y en salud, ese modelo tiende a repetirse a través del alto consumo de maquinarias en el proceso de producción; y finalmente, en tercer lugar, debido a la construcción social imaginaria que asocia calidad de la asistencia y producción de vida con densidad tecnológica dura, que opera en forma subliminar en los diferentes agentes que actúan en el campo de la salud: gestores, empresarios, operadoras, prestadores, trabajadores y hasta incluso en los que son asistidos por los servicios asistenciales, los usuarios.

Esa es una de las apuestas del capital sobre los servicios de salud, en la búsqueda de la distribución de sus productos a gran escala. Pero esa apuesta no es la única determinación del modelo tecnoasistencial, que caracterizamos como médico hegemónico, productor de procedimientos profesional-centrados. La industria productora de esos insumos encontró, en las tesis flexnerianas, el apoyo teórico para proponer modelos centrados en el consumo de sus productos y en la formación de los profesionales de la salud, dentro de un patrón de tecnologías leve-duras que redujo la clínica a la matriz de pensamiento liberal de organización de las relaciones sociales y productivas. Esos factores pugnan por conformar un modelo productivo en el cual los procesos de trabajo aparecen tecnológicamente centrados en el trabajo muerto, expresión nuclear de las tecnologías duras y leve-duras.

Denominamos *reestructuración productiva* en salud a las novedades introducidas en los sistemas productivos que impactan en los procesos de trabajo, generan cambios en el modo de elaborar los productos y, efectivamente, hasta cambian la forma de asistir a las personas. Esas innovaciones pueden darse de diversas formas, no determinadas a priori pero verificadas a partir del momento en que estructuran nuevos modos de producción y organización de los procesos de trabajo. En general, buscan alterar la conformación tecnológica del proceso productivo e introducen cambios organizacionales. Como son procesos, pueden ser analizados como sistemas completos en que los ciclos de cambio ya se hayan completado, estén en curso u operen de acuerdo con diversas combinaciones entre sí.

Vale decir que la reestructuración productiva puede promover la inversión de las tecnologías de trabajo en un determinado sistema de producción, o no, y puede actuar solo como una forma nueva de organizar la producción de salud, sin alterar necesariamente su núcleo tecnológico. Este tema puede ser verificado en la investigación

realizada por Pires (1998), que estudia y describe los procesos de incorporación de nuevas tecnologías a la producción del cuidado, al interior de un hospital, como proceso de reestructuración productiva. De hecho, a partir de sus estudios podemos decir que una de las formas de reestructuración productiva es cambiar el modo de trabajo de las personas a partir de las nuevas tecnologías duras incorporadas en el proceso de trabajo. Sin embargo, el perfil del núcleo tecnológico en el que se crean los productos permanece como antes, centrado en el trabajo muerto, con una gran captura del trabajo vivo, dentro del mismo patrón de producción en el cual las tecnologías duras y leve-duras comandan el modo de ser de las leves y se focalizan en la producción de procedimientos centrados en lo profesional.

Otro ejemplo es el Programa de Salud Familiar (PSF), la principal propuesta actual de organización de la atención básica en las redes públicas de salud, promovida y ofertada por el Ministerio de Salud para la construcción de las redes locales y regionales dentro del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. En muchos municipios en los que se implementó, se observa cierta alteración de los procesos de trabajo, sin producirse una inversión de las tecnologías de trabajo, las cuales continúan operando a partir de una razón instrumental y estructuradas por el acto prescriptivo del médico, quien induce al alto consumo de procedimientos centrados en los profesionales. Incluso en las modalidades del PSF que actúan bajo un aparente cambio en la forma de producir salud, pues operan más centralmente en el territorio, focalizadas en los núcleos familiares y en el domicilio, el proceso de trabajo, en esencia, puede no haber sido alterado (Franco, 2003).

Con esto queremos decir que no todo proceso de reestructuración productiva conduce necesariamente a una transición tecnológica, pues para hacerlo debería operar los acuerdos tecnológicos del trabajo en salud a través de formas completamente innovadoras, cambiando incluso los tipos de productos realizados.

En ese sentido, es posible observar diversos intentos de diversificar las tecnologías de cuidado, verificados en los últimos años en los procesos productivos realizados por algunas empresas vinculadas a los planes de salud, a partir de los cuales algunas operadoras de planes de medicina prepaga incorporaron a sus proyectos terapéuticos tecnologías de cuidado hasta entonces poco usuales, como las acciones de promoción y prevención de la salud, redefiniendo el lugar de las tecnologías leves y su relación con las leve-duras y duras en la producción del cuidado, e impactando en los modos de incorporación tecnológica y en la producción de los procedimientos, lo que puede o no construir un nuevo panorama productivo en salud. En las experiencias actuales de esas operadoras hay situaciones paradójicas, como:

- Por un lado, provocan una nueva relación con el campo de las necesidades de salud de los usuarios (Cecílio, 2001), en la cual la preocupación por el autocuidado se plantea en términos de obtener mejores resultados con relación a la salud, abriendo la perspectiva de autonomizar al usuario de manera de reducir los riesgos de padecimientos y generar una ruptura con el modelo médico hegemónico que lleve a una transición tecnológica, aún en curso.
- Por otro lado, esa no ruptura completa o predominante no lleva efectivamente a un proceso de producir salud que esté marcado por una real inversión de las tecnologías de cuidado y que altere sustancialmente el núcleo tecnológico del proceso de trabajo y opere nuevas

líneas de producción de cuidado. Los procesos que verificamos aquí todavía indican momentos de reestructuración productiva en los que predomina el modelo hegemónico.

La reestructuración productiva en salud es un proceso continuamente disputado, al igual que el ámbito de la producción económica como un todo (Marx, 1985, p. 423), pues se revela como algo que busca cambios en el escenario de la producción de salud y que opera en el plano de la micropolítica. Las opciones tecnológicas, la organización del trabajo, la tensión sobre los hábitos y comportamientos de los trabajadores y usuarios de los servicios de salud revelan que el mundo en el cual se deben operar los cambios en el modo de producir el cuidado es absolutamente complejo.

Es importante poner en discusión que para alterar los procesos y las tecnologías de trabajo se requiere del protagonismo de los sujetos productores, que optan de acuerdo con intencionalidades y proyectos que se inscriben subjetivamente en su modo de actuar; y lo hacen según intereses de diversos órdenes, sean corporativos o privados, colectivos o públicos, e incluso operan bajo diversas directrices (Sader, 1988, p. 37). Finalmente, en la organización de los procesos productivos prevalecerán determinados acuerdos entre los diversos actores en escena, configurando un cierto perfil del cuidado que se torna hegemónico.

Por estas razones, en ese frente productivo la relación entre valor de cambio y valor de uso es muy singular. Ciertos procesos de reestructuración productiva, por ejemplo, buscan dar una significancia objetal al actuar cotidiano de los trabajadores de la salud y a esa producción simbólica que actúa al interior de los procesos de trabajo, haciendo que el cuidado a los usuarios sea traducido por la materialidad del procedimiento producido. Por eso, no hay que perder de vista que en la producción del cuidado siempre está presente la producción de productos como el acogimiento y los vínculos, aunque sea para desproteger o desvincular, objetivando lo relacional a través de las *cosas*. Cuando los procesos de transformación productiva no operan nuevas configuraciones para las tecnologías leves, centradas en el trabajo vivo-centradas, y llevan a una ruptura con esa *materialidad objetal* los cambios se restringen a ciertas apariencias simbólicas en las que el valor de uso no está en la producción de vida, sino en el procedimiento realizado, e incluso en cambios en los procesos productivos organizacionales, por lo que no se configura, entonces, un proceso de transición tecnológica.

Transición tecnológica significa un nuevo patrón de producción del cuidado que altera no solo el modo de organización del proceso productivo, sino que invierte el núcleo tecnológico del cuidado, configurando las tecnologías más relacionales y sus productos como hegemónicos, a partir del *trabajo vivo en acto* (Merhy, 1997c), además de las tecnologías leves, a través del protagonismo de los trabajadores en la producción del cuidado. Significa operar la asistencia con sentidos diferentes de los que existen en el modelo médico hegemónico, productor de procedimientos, pues su acción está volcada al campo de las necesidades de salud, de los usuarios, que se tornan su objeto de intervención estructurante. Y como tal, es siempre un proceso de construcción social, política, cultural, subjetiva y tecnológicamente determinada. Es un proceso social siempre en tensión y en intensa disputa entre los diferentes grupos

interesados en esa producción, que apuntan a caminos simbólicos y materiales diferenciados en cuanto a qué debe ser el cuidado en salud. De este modo, la transición tecnológica debe configurar un nuevo sentido para las prácticas tecnoasistenciales, con nuevas consecuencias e impactos en la construcción junto a los usuarios de los resultados a ser obtenidos (Merhy, 2002; Franco, 2003c).

Hay una cuestión importante a considerar y que se refiere al hecho de que la transición tecnológica puede ser el resultado de un cúmulo de procesos anteriores. La red de petición y compromiso que conforma los servicios de salud estructura una arena decisoria en la que se entrecruzan los diversos intereses, y de la tensión/conflicto entre los diversos actores surgen los pactos que configurarán un modo determinado de producir salud, como resultado de una realidad de construcción multideterminada en la que aparecen las tecnologías como uno de sus principales componentes.

Así pues, la transición tecnológica supone impactar en la efectividad de la asistencia a la salud al meterse en el manejo cotidiano que exige cada encuentro trabajador-usuario. Como un proceso de cambio de la producción, de lo micro a lo macro, en el que se altera el núcleo tecnológico del proceso de trabajo para la formación de los productos de salud, se resignifica el arsenal de las tecnologías de cuidado utilizadas en el proceso de trabajo, es decir, la caja de herramientas de cada trabajador, incluso su oferta social para la *fabricación* de nuevos operadores de tecnologías de cuidado.

Los procesos productivos de salud, como hemos visto, son complejos, con alta implicancia entre aquellos que están insertos en ellos. En el núcleo tecnológico del proceso de trabajo conviven mutuamente *procesos estructurados*, comandados por el trabajo muerto, y *procesos en estructuración*, comandados por el trabajo vivo en acto. En esa relación, mediada por las tecnologías del cuidado y por la intencionalidad de los sujetos, se va organizando la producción, operando redes relacionales entre estos mismos sujetos, que son los protagonistas de ese proceso y que gobiernan los actos asistenciales. De la tensión existente en el núcleo tecnológico de producción del cuidado, entre el trabajo muerto y el trabajo vivo en acto, se definirá la hegemonía en los procesos productivos entre las tecnologías estructuradas por la maquinaria, actuando bajo las lógicas de los distintos tipos de mercados en salud, y los procesos de subjetivaciones que eso implica.

Por lo tanto, en la actualidad observamos un proceso significativo en la disputa de los distintos tipos de mercados de salud que se han instalado en Brasil. Por un lado, el mercado que cuenta con la intensa producción de procedimientos centrados en el profesional médico; por otro, el mercado que apuesta a la producción de un cuidado gestionado, que solo incorpora tecnologías duras de costos crecientes bajo la batuta de otra lógica (económico-administrativa), que se basa en la producción de productos relacionales como: más control sobre la gestión del cuidado, más prácticas de vinculación y referencia entre profesional de la salud y usuario del servicio, prácticas más persistentes y permanentes que apuntan a disminuir riesgos de utilización de tecnologías de alto costo, entre otros.

En esa dirección, vemos que la disputa está atravesada por formas distintas de capital interesadas en el mercado de salud, que disputan –a veces ferozmente– el sentido de los procesos productivos del cuidado. La señal que indica eso es la

lucha social, política, económica y cultural que entablan los grupos médicos con las empresas de seguros de salud y con las operadoras de un modo general. Lucha intensa, al punto de exigir la regulación por parte del Estado, como la que se ha practicado desde la creación, en el año 2000, de la Agencia Nacional de Salud, vinculada al Ministerio de Salud, cuya práctica ha intentado establecer ciertas reglas al mercado privado de planes de medicina prepaga, aunque sin tomar claramente una direccionalidad con respecto a qué tipo de proceso productivo deba ser consagrado; no obstante, esto no inhibe el modo efectivo en que los diferentes tipos de capital han construido sus propias soluciones. Y nuestra sensación es que la aparente convivencia equilibrada entre el modelo médico hegemónico y el de la atención gerenciada no persistirá por mucho tiempo, dado que la tendencia muestra que la transición tecnológica de esta última se impondrá sobre la reestructuración productiva de la primera, generando un nuevo formato predominante, desde el punto de vista del capital, para el mercado de salud, con el intenso proceso de financiarización.

La iniciativa de la atención gerenciada parte de la premisa de que el control administrativo del proceso productivo es capaz de paralizar el creciente consumo de procedimientos y, con eso, reducir los costos operacionales del sistema. Para ejercer ese control, los operadores de medicina prepaga identificaron que es necesario controlar el *trabajo vivo* de los que prescriben, y hacer que ese proceso decisorio que ha sido solitario y privado sea público y compartido, momento en el que surge la figura del *auditor*, en general un administrador con poder de autorizar o no los procedimientos, por encima de los protocolos en los que los parámetros están previamente fijados.

Tal actitud, al estar centrada en una lógica administrativa y burocrática que relega la dimensión cuidadora del proceso de producción de salud, tiene una gran chance de recaer sobre el clásico error de considerar que los procesos resumidos de cuidado pueden reducir el consumo y los costos, pues aquellos usuarios que se consideren mal cuidados o desprotegidos tienden a buscar nuevamente servicios, duplicando así el trabajo para el mismo problema de salud. Reducir costos operacionales de salud está en relación directa con un mayor cuidado, pero de otro tipo, lo que debe significar que si el modo de producir al que apunta la atención gerenciada no se caracteriza por una efectiva transición tecnológica, no logrará dominar la lógica del mercado, tal como ambiciona. Creemos que, en Brasil, esto aún es una disputa abierta.

A partir de lo mencionado hasta aquí consideramos que, para analizar los procesos de cambio que se han producido en el mercado de salud, son muy potentes las perspectivas que toman la atención gerenciada como un analizador sustancial para exponer la discusión de la reestructuración productiva y la transición tecnológica en el mercado de la salud, tanto por su proximidad con la apuesta del capital financiero en el campo de la producción del cuidado en salud, como por las estrategias que construye para enfrentar al modelo médico hegemónico, utilizando los mecanismos de la microregulación de los actos médicos en la producción de la salud, bajo la óptica del interés de aquel capital financiero que no se alimenta de manera acumulativa a través de la dinámica de los procesos productores de procedimientos duros, centrados en los médicos, y sus correlatos.

Ese analizador revela, además, que esa resolución marcará intensamente la propia organización del sector público prestador de servicios de salud, a pesar de que en ese terreno no resulte despreciable el movimiento propio de los diversos grupos sociales interesados y definidores de lo que ocurre en la construcción de este sector productivo, a través del Sistema Único de Salud y de la reforma del Estado que provoca. Aquí hay disputas mucho más profundas desde el punto de vista de la confrontación con el modelo médico hegemónico y de atención gerenciada. Pero este es un tema para otro capítulo, pues vemos que en Brasil:

...la búsqueda de una nueva conformación tecnológica para la producción de los actos de salud, que impacten en la relación entre el núcleo tecnológico del trabajo vivo en acto en salud, con los otros núcleos de este proceso productivo, forma parte de una apuesta que se plantea de un modo antihegemónico, tanto con relación a la medicina tecnológica como a la atención gerenciada que el capital financiero viene introduciendo en el sector salud. (Merhy, 2002, p. 31)

Por una conformación técnica del trabajo centrada en el campo relacional y en las tecnologías leves

Emerson Elias Merhy, Túlio Batista Franco

Introducción: La formación del modelo tecnoasistencial en salud

Hace algún tiempo se ha observado que el cambio del modelo tecnoasistencial en salud depende más de la producción de salud que se da en el espacio de la micro-política de organización de los procesos de trabajo, que de normas generales. Los estudios que se han dedicado a observar y analizar la forma en que se produce salud indican que ese es un lugar donde los sujetos trabajadores –individuales y colectivos– actúan en forma interesada, es decir, de acuerdo a proyectos que pueden ser los de una determinada corporación, o de la propia persona que ocupa un cierto espacio de trabajo. Es un lugar de permanente tensión dado que los intereses pueden ser diversos, y en tanto espacio de producción, se produce el encuentro de diferentes voluntades, como las de los propios trabajadores, los usuarios, el gobierno instituido, los mercados que se entrecruzan en la esfera de la salud, entre otros.

Todos los actores que salen a escena, involucrados con la producción de salud, gobiernan ciertos espacios dado el grado de libertad que existe en el trabajo cotidiano en salud. Esto presupone que el modelo asistencial se constituye siempre a partir de ciertos contratos entre esos actores sociales y políticos, y si bien estos acuerdos se dan bajo una fuerte tensión, la forma de organización de la asistencia es producto de ella (Merhy, 2003a). En el ámbito de la reforma sanitaria brasileña y en los inicios de la construcción del Sistema Único de Salud (SUS), en las décadas de 1970 y 1980, el modelo asistencial, entendido como la forma de organización de la asistencia, organizó la distribución de los servicios de salud con una estructura jerarquizada para intervenir sobre el territorio. En este escenario, el debate se organizaba en torno a la oferta y demanda de servicios, con un proceso de trabajo que operaba centrado en el conocimiento de la vigilancia a la salud, instrumentalizada por la epidemiología, y con poca intervención sobre las prácticas desarrolladas en el campo de la clínica (Mendes *et al.*, 1994; Franco y Merhy, 2003).

Hemos buscado comprender los modelos asistenciales como formas de organización de la producción de servicios, a partir de un determinado acuerdo de saberes

del área (Merhy, 1997; Campos, 1992). Esta producción está asociada, por lo tanto, a los procesos y tecnologías de trabajo, un cierto modo de actuar en el sentido de ofertar ciertos productos y obtener resultados capaces de mejorar la situación de salud del usuario, individual y colectivo. Por lo tanto, entendemos que el campo de saberes y prácticas de la clínica es parte fundamental en el debate en torno a la organización de la producción de salud, asociado a los otros saberes, sin excluir ningún campo específico. Dada la complejidad de los problemas de salud, solo es posible resolverlos contando también con una multiplicidad de saberes y haceres. Para comprender mejor la dimensión de este problema, recuperamos las contribuciones de Cecílio (2001) en torno a la cuestión de las necesidades, en las que el autor presenta una taxonomía organizada en cuatro grandes conjuntos:

...tener “buenas condiciones de vida” [...] tener acceso y poder consumir toda la tecnología de salud capaz de mejorar y prolongar la vida [...] crear vínculos efectivos entre cada usuario y el equipo y/o un profesional [...] aumentar los niveles crecientes de autonomía que cada persona tiene en su modo de andar la vida.

Identificamos el campo de la salud colectiva como el lugar privilegiado para proponer esta discusión, porque congrega en torno de sí los saberes del área, como la clínica, la epidemiología, la planificación, el psicoanálisis, la filosofía, y aún está abierta a incluir otros como el saber del análisis institucional, que recientemente ha sido incorporado al debate en torno a la salud (L'Abbate, 2003).

La micropolítica de la organización del trabajo en la constitución del modelo asistencial

Al observar la constitución de los modelos asistenciales, y focalizar la micropolítica de organización de los procesos de trabajo, tenemos como primera referencia las contribuciones de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994), quien aportó los conceptos de “tecnologías materiales” para los instrumentos y de “tecnologías no materiales” para el conocimiento técnico usado en la producción de salud.

Según nuestras observaciones, además de los instrumentos y el conocimiento técnico como tecnologías más estructuradas, está el terreno de las relaciones, fundamental para la producción del cuidado. Partimos del presupuesto que el trabajo en salud es siempre relacional, porque depende del trabajo vivo en acto, es decir, el trabajo en el momento en que este se está produciendo. Estas relaciones pueden ser, por un lado, breves y burocráticas, en las que la asistencia se produce centrada en el acto prescriptivo conformando un modelo centrado en el saber médico hegemónico, productor de procedimientos. Por otro lado, estas pueden darse como relaciones

*intercesoras*¹ establecidas en el trabajo en acto, realizado en el cuidado a la salud (Merhy, 2002), a las que denominamos tecnologías leves por su carácter relacional, presentes en la forma en que actúan los sujetos trabajadores y usuarios, individuales y colectivos, involucrados con la producción del cuidado.

A las tecnologías inscritas en los instrumentos las identificamos como tecnologías duras, porque ya están estructuradas para elaborar ciertos productos de salud, mientras que en el conocimiento técnico identificamos una parte dura (estructurada) y otra leve, que se refiere al modo singular en que cada profesional aplica su conocimiento para producir el cuidado (Merhy, 1997).

Históricamente, la formación del modelo asistencial en salud estuvo centrada en las tecnologías duras y leve-duras, dado que este modelo se dio a partir de intereses corporativos, en especial de los grupos económicos que actúan en salud. En el plano de la organización micropolítica del trabajo en salud, este modelo produjo una organización del trabajo volcada a la consulta médica, en la que el saber médico estructura el trabajo de otros profesionales, por lo que la producción del cuidado es dependiente de tecnologías duras y leve-duras.

Al observar el cotidiano de un trabajador de la salud en su microespacio de trabajo, y en especial la micropolítica que allí se desarrolla, hemos constatado que al realizar el cuidado opera un núcleo tecnológico compuesto por trabajo muerto y trabajo vivo (Franco, 2003b). El trabajo muerto se expresa en los instrumentos y es definido así porque ya se aplicó en ellos un trabajo previo para su elaboración. El trabajo vivo es el trabajo en acto, campo propio de las tecnologías leves (Marx, 1985; Merhy, 2003a). Este encuentro del trabajo muerto y el trabajo vivo al interior del proceso de trabajo refleja una cierta correlación entre ellos en el núcleo tecnológico del cuidado. A esta correlación la denominamos “composición técnica del trabajo”, que es la razón entre trabajo muerto y trabajo vivo.

Inferimos de allí que la composición técnica del trabajo, cuando favorece al trabajo muerto, refleja un proceso de trabajo dependiente de las tecnologías duras, volcado a la producción de procedimientos; y cuando, por el contrario, predomina el trabajo vivo en acto, la producción del cuidado estará centrada en las tecnologías leves. Como ejemplo, utilizamos el trabajo de un profesional de la salud para atender una necesidad de un usuario: el cuidado de su hipertensión arterial.

Podemos decir que se presentan dos alternativas de proyecto terapéutico: 1) cuidado del problema de salud, casi exclusivamente, con exámenes y medicamentos, y su proceso de trabajo se centra en el acto prescriptivo, por lo que, en este caso, el núcleo tecnológico del cuidado está centrado en el trabajo muerto (instrumental); 2) trabaja un proyecto terapéutico más relacional con el usuario, que aun haciendo uso del instrumental (exámenes y medicamentos), reconoce que ese usuario, además de presentarse con un problema de salud, trae consigo un cierto origen social, relaciones sociales y familiares, una subjetividad determinada que expresa su historia y, por lo tanto, debe ser observado en su conjunto. Aquí el profesional de la salud

¹Como mencionamos al comienzo del libro, el término *intercesoras* se utiliza aquí con un sentido similar al que le otorgó Deleuze en el libro *Conversações*, y que fue retomado por Merhy (2002, pp. 50-51).

trabaja con la transferencia de conocimientos para el autocuidado, con diversas formas de intervenir su subjetividad, valorizándolo y aumentando su autoestima y, así, de manera creativa, el proyecto terapéutico se centra en el objetivo de recuperar mayores grados de autonomía para vivir la vida.

En el segundo caso, hay un proceso de trabajo cuyo núcleo de tecnologías está centrado en el trabajo vivo, en abordajes más relacionales que operan dentro de la idea de que en el encuentro entre trabajador y usuario, el usuario también es sujeto de la producción de la salud y puede, de esta forma, ser también protagonista de actos cuidadores, generadores de autonomía. Esta forma de actuar para la producción del cuidado es capaz de intervenir sobre los cuatro campos de necesidades mencionados anteriormente. Observamos que lo instrumental y el trabajo vivo están juntos en el proceso de trabajo pero, al mismo tiempo, el trabajo vivo ejerce hegemonía sobre el trabajo muerto.

Es importante destacar que la composición técnica del trabajo no es mensurable, sino un analizador cualitativo de las tecnologías de cuidado presentes en el proceso de trabajo (Franco, 2003b). Si la razón existente allí estuviera centrada en el trabajo vivo, ello sería un indicador de que la relación entre el trabajador y el usuario para la producción de salud se da bajo parámetros de implicancia mutua, en el reconocimiento de que allí se produce un encuentro de sujetos en el que ambos tienen protagonismo en la producción de salud y, sobre todo, que están presentes directrices de intervención/relación de acogimiento, establecimiento de vínculos y responsabilización.

Por lo tanto, el modelo asistencial que abogamos debe ofrecer todos los recursos tecnológicos para el cuidado de los usuarios, y si para su asistencia fueran necesarios insumos de alta tecnología, el núcleo de cuidado del proceso de trabajo puede mantener la hegemonía del trabajo vivo, siempre y cuando la necesidad del usuario sea real y el acceso a estas tecnologías y su utilización estén sustentados por una derivación segura y el traslado tranquilo dentro de una *línea de cuidado* que garantice la integralidad de la atención², es decir, que el usuario camine por la red asistencial acompañado por el profesional o por el equipo con el cual entabló su vínculo, y que este se responsabilice por el seguimiento de su proyecto terapéutico. Es como si hubiese cimientos de cuidado que sustentaran todos los actos asistenciales, lo que presupone la presencia frecuente del trabajo vivo para sostener el principio de la integralidad de la asistencia y operar las líneas de cuidado.

²Sobre la integralidad y las líneas de cuidado, ver Cecilio y Merhy (2003) y Franco y Magalhães Jr. (2003).

Reestructuración productiva y transición tecnológica: pensando el cambio en salud a partir de la micropolítica del proceso de trabajo

El debate en torno a la reestructuración productiva de la salud se ha planteado en torno de la discusión de los modelos tecnoasistenciales. Entendemos que la reestructuración productiva se caracteriza por un modo de producir salud diferente del modelo adoptado hasta el momento en una determinada unidad productiva de salud, que si bien impacta en los procesos de trabajo, no produce un cambio en la composición técnica del trabajo.

En Brasil, identificamos diversos procesos de reestructuración productiva de la salud. Para mostrar tres ejemplos en espacios diferentes, mencionaremos el trabajo de Pires (1998), que relata el proceso de incorporación de nuevas tecnologías en la producción de la asistencia en dos hospitales, uno público y otro privado. En el caso analizado, es notorio el impacto que causa la incorporación tecnológica en el hospital: si bien cambia el proceso de trabajo, al mismo tiempo el núcleo tecnológico del cuidado se mantiene sin modificaciones, es decir, centrado en el trabajo muerto, poco relacional, lo que revela la captura del trabajo vivo por el instrumental y la no valoración de la tecnología leve en el proceso productivo.

Otro proceso de reestructuración productiva se puede verificar en el Programa de Salud Familiar, que, en muchos casos, cambia la forma de producir, aunque sin alterar el proceso de trabajo centrado en las tecnologías duras. La formación del equipo, el desplazamiento del trabajo hacia el territorio y el incentivo al trabajo de vigilancia a la salud dan una idea de que se produce un cambio en el modo de producir salud; sin embargo, la micropolítica de organización del trabajo revela, especialmente en la actividad clínica, un núcleo de cuidado que continúa operando un proceso centrado en la lógica instrumental de producción de salud.

La medicina prepaga ha reestructurado su producción con el objetivo de impactar sobre los costos de la asistencia a la salud. Para ello, introdujo directrices del *managed care* al campo de la microrregulación del trabajo, que presuponen el control del acto prescriptivo del médico, con base en protocolos técnicos, y la auditoría de un administrador, al cual a menudo se le delega el poder de autorizar procedimientos que escapan a la norma previamente establecida. Sin embargo, la producción del cuidado conserva la hegemonía de las tecnologías duras, a pesar de producirse un impacto importante en el proceso de trabajo del médico, especialmente por la captura de su microproceso decisorio (Iriart, 1999; Merhy, 2002).

En todos estos casos, observamos que hay cambios en curso, dado que se verifican alteraciones en el proceso de trabajo, pero, al mismo tiempo, la composición técnica del trabajo, es decir, la razón entre trabajo vivo y trabajo muerto, en el núcleo del cuidado, permanece bajo la hegemonía del segundo, lo que nos revela que no hay una alteración estructural en el modo de producir salud. El trabajo realizado sobre la base de la relación entre sujetos, receptivo y productor de vínculos, con responsabilización sobre los clientes, que acompañe proyectos terapéuticos cuidadores, es

absorbido por una lógica instrumental, centrada en las tecnologías duras, a partir del acto prescriptivo. El cambio, en estos casos, no llega a alterar de hecho las estructuras del modelo asistencial vigente: médico hegemónico, productor de procedimientos.

La reestructuración productiva puede producir cambios en el núcleo tecnológico del cuidado a través de la hegemonía del trabajo vivo y, en ese caso, proponemos otro concepto que ayuda a pensar el cambio en el modo de producir salud: el de transición tecnológica. Esta se caracteriza por cambios en el modo de producir salud e impacta sobre los procesos de trabajo, alterando la correlación de las tecnologías existentes en el núcleo tecnológico del cuidado y la composición técnica del trabajo.

Es un proceso tecnológicamente determinado, de construcción social, política, cultural y subjetiva. Por lo tanto, debe configurar un nuevo sentido para las prácticas asistenciales que, como consecuencia, impactan en los resultados obtenidos, en conjunto con los usuarios, y en la resolución de sus problemas. A primera vista, podría imaginarse una tenue línea divisoria entre los dos conceptos (reestructuración productiva y transición tecnológica); no obstante, al sumergirnos en los efectos que tienen en el cuidado del usuario, vemos un proceso productivo guiado por una lógica instrumental y otro guiado por el trabajo vivo en acto, que presupone una lógica relacional, dependiente de las tecnologías leves, por lo que son dos mundos muy distintos.

El trabajo vivo como potencia instituyente para el cambio del modelo asistencial

El debate relacionado con la organización de la asistencia a la salud se ocupó, principalmente, de la discusión en torno al equipamiento hospitalario, por la flagrante hegemonía del hospital en la historia de la conformación del modelo asistencial y por el surgimiento de la atención básica como un proyecto contrahegemónico, temas que son centrales en gran parte de los estudios y de la bibliografía disponible. Entre estos dos polos, la atención secundaria no tuvo el mismo tratamiento por parte de los formuladores de las políticas de salud, y los lineamientos para la gestión de este nivel de cuidado centraron su atención en la cuestión de la oferta y la demanda, sin avanzar en un escenario de construcción de un modelo que interactúe más con los otros equipamientos. La integralidad supone –y por lo tanto, exige– un esfuerzo para abordar este otro conjunto de saberes y prácticas en el cuidado a la salud. Al mismo tiempo, estos servicios han sido un *nudo crítico* para gestores y usuarios, dado que la posibilidad de *caminar en la red* se ve obstaculizada por falta de integración de estos recursos asistenciales.

El tema de la integralidad de la atención a la salud cobra relevancia y se produce en torno a una imagen de construcción de *líneas de cuidado*, que implican la conformación de flujos seguros hacia todos los servicios que atiendan las necesidades de los usuarios (Cecílio y Merhy, 2003; Franco y Magalhães Jr., 2003). Surge como un tema transversal al conjunto de las necesidades de salud ya mencionadas en este

texto. Así, la integralidad aparece en todo el núcleo de competencias que se estructuran en las unidades productivas que ofrecen cuidados a la salud. La *línea de cuidado* a disposición de los usuarios se acciona a partir de ciertos proyectos terapéuticos que requieren recursos para la asistencia de los usuarios, y allí se forma el encuentro entre el mundo de las necesidades con el de las intencionalidades de los trabajadores protagonistas de ciertas cartografías que van delineando y dando forma a la integralidad en salud.

Este actuar en salud, trae consigo innumerables elementos, incluso los de las tecnologías de cuidado, las cuales sugerimos que tengan la hegemonía del trabajo vivo en acto, afianzando un trabajo más relacional, centrado en las tecnologías leves. Esto significa romper con la lógica prescriptiva de la actividad asistencial, que ejerce la captura del trabajo muerto en todos los niveles de la asistencia.

Entendemos que para operar satisfactoriamente la integralidad en los campos de necesidades descritos aquí, el espacio de la micropolítica del proceso de trabajo, como vimos, aparece con evidencia en la medida en que es un lugar de encuentro por excelencia entre los sujetos trabajadores y usuarios y, por lo tanto, es donde se da el actuar en el cotidiano del cuidado a la salud.

Una pregunta que surge con frecuencia en colectivos de trabajadores y gestores de los servicios de salud es cómo lograrlo, o sea, cómo constituir *líneas de cuidado* que actúen en forma interesada en defensa de la vida, centradas en las necesidades de los usuarios. Aquí aparece como esencial la necesidad de acuerdos entre los diversos gestores de los servicios implicados para ofrecer recursos que permitan producir el cuidado en los usuarios. La definición de los flujos entre unidades productivas en diversos niveles de atención depende, fundamentalmente, del esfuerzo y la voluntad política de integrar esos servicios.

A otro nivel, resulta primordial la red de conversaciones que se establece en cada uno de los servicios que componen la *línea de cuidado*. Esta se produce entre los trabajadores, como parte integrante de una red de petición en la que hay mutuas implicancias con el proceso productivo que, por naturaleza, está formado a partir de saberes y haceres que se expresarán en cada servicio en actos tales como el del acogimiento, el vínculo con el público y la responsabilización con su cuidado. Y, sobre todo, para un traslado seguro dentro de la línea de cuidado, es necesaria una gestión eficaz por parte del equipo de salud al proyecto terapéutico al que está vinculado el usuario. Esto se produce con el objetivo de garantizar que los actos cuidadores sean, de hecho, eficaces para conseguir los resultados de autonomización, haciendo de la integralidad un importante dispositivo para la apertura de muchos procesos de cambio en toda la red asistencial, es decir, un dispositivo instituyente del proceso de trabajo y de la producción del cuidado en salud.



Segundo plano

Trabajo y subjetividad en salud



El reconocimiento de una producción subjetiva del cuidado

Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy

Introducción

Este ensayo busca reunir evidencias de que hay una producción subjetiva del cuidado en salud y, a partir de esta constatación, sugiere que los procesos de evaluación cualitativa de servicios de salud admitan en su plano analítico la subjetividad como una de las dimensiones del modo de producción en salud.

Se parte del supuesto de que los trabajadores de un mismo equipo de salud familiar¹ actúan de un modo singular en la producción del cuidado, es decir, cada uno de ellos se comporta de manera diferente aunque todos estén bajo la misma directriz normativa. Esto revela que el proceso de trabajo no sigue un patrón, pues las prácticas de cuidado están mediadas por la singularidad de cada uno.

En ese escenario, las normas de la Estrategia de Salud Familiar (ESF), que tiene como atributo estandarizar las conductas de los trabajadores de acuerdo con reglas dictadas para el funcionamiento del programa, influyen sobre la actividad de los trabajadores dentro de límites muy restringidos, pues cuando se encuentran en situación de trabajo, en relación con el usuario, son ellos mismos los que, en acto, definen cómo se realiza ese cuidado. De ese modo, la capacidad de los niveles gestores de influir sobre la acción cotidiana de cada trabajador es reducida, y muy diferenciada.

Se percibe que el modo de producción del cuidado se revelaría en forma eficaz en el ámbito de su micropolítica si hubiera un método capaz de verificar el dinamismo y la complejidad del modo en que cada trabajador realiza su acción cotidiana, incluso su producción subjetiva en acto que produce el cuidado en salud y, al mismo tiempo, produce al propio trabajador en tanto sujeto en el mundo.

Este texto se basa, inicialmente, en la producción teórica que inscribe la subjetividad que actúa en la construcción del *socius*, es decir, el microcosmos en el que cada uno está inserto y opera micropolíticamente. Al mismo tiempo, se verifica que para identificar la acción micropolítica es necesaria una mirada especializada, vibrante, posible de lograr a partir de ciertos instrumentos cartográficos. Estos instrumentos tienen sensores con un alto grado de sensibilidad para el estudio y comprensión de la realidad social, de la percepción de los fenómenos que la rodean y, sobre todo, de

¹Se hace mención a los equipos que conforman el Programa de Salud Familiar del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil.

la producción de vida en el cotidiano, basada en el protagonismo de los sujetos en acto (Deleuze y Guattari, 1966; 1995; Rolnik, 2006; Osório *et al.*, 2005; Kastrup, 2007).

La producción subjetiva del medio en que se vive y se trabaja está marcada por una constante deconstrucción y construcción de territorios existenciales según ciertos criterios determinados por el saber, pero además y fundamentalmente siguiendo la dimensión sensible de percepción de la vida y de sí mismo, en flujos de intensidades continuas entre los sujetos que actúan en la construcción de la realidad social. Esta percepción, según la cual los sujetos en la escena de trabajo actúan con flujos de conexión entre sí, está inspirada en la idea de “rizoma” usada por Deleuze y Guattari en la introducción del libro *Mil mesetas* (1995), y expresa un movimiento de flujo horizontal y circular al mismo tiempo, que vincula lo múltiple, lo heterogéneo, dentro de la dimensión micropolítica de construcción de un mapa que está siempre abierto, permitiendo diversas entradas, y que al romperse en determinado punto, se rehace encontrando nuevos flujos que permiten su crecimiento, estableciendo nuevas conexiones en el proceso. Las mesetas, por lo tanto, aparecen como un movimiento dinámico que opera en conexión entre diversos planos de existencia y de intensidades.

El desafío de la evaluación cualitativa, según la dimensión subjetiva, es el de profundizar la comprensión de la dinámica micropolítica de cada trabajador para percibir cómo, en su singularidad, ellos producen el cuidado en el cotidiano partiendo del supuesto de que esta producción subjetiva del cuidado en salud está presente en el ámbito del proceso de trabajo, y al mismo tiempo en la producción de sí mismos como sujetos del trabajo. Esto se produce en la medida en que interactúan con los usuarios y los problemas de salud a través de su proceso productivo.

Instrumentos cartográficos aplicados a la evaluación cualitativa del trabajo en salud

Los instrumentos cartográficos que serán discutidos aquí están basados en tres conceptos, considerados constitutivos del método o que componen de manera fundamental la cartografía y le dan una identidad conceptual. Los elementos en discusión son: la tesis del rizoma como flujos de intensidades en conexión, que producen la realidad social (Deleuze y Guattari, 1995), y que parece ser el concepto fundante de la idea general de la cartografía; el deseo como fuerza propulsora de la acción de los sujetos, que expresa la producción subjetiva del *socius* según proponen Deleuze y Guattari en *El Anti-Edipo* (1966); y, por último, la teoría del *trabajo vivo en acto* de Emerson Merhy (1997c; 2002) como el eje de tensión que produce las líneas cartográficas. Estos tres conceptos, dentro de la cartografía que se pretende producir, son inmanentes entre sí.

El rizoma: cartografía en acto en el proceso de trabajo

La primera referencia importante para pensar en la cartografía como método de investigación proviene de Deleuze y Guattari, en especial de la introducción del libro *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*, donde los autores discuten el rizoma como dispositivo de producción de la realidad social, basándose en la acción de los sujetos en conexión entre sí y con el mundo, a través de flujos de intensidades. Allí enumeran varias características de un rizoma:

1.º y 2.º Principios de conexión y de heterogeneidad: cualquier punto del rizoma puede ser conectado con cualquier otro, y debe serlo [...] 3.º Principio de multiplicidad: solo cuando lo múltiple es tratado efectivamente como sustantivo, multiplicidad, deja de tener relación con lo Uno como sujeto o como objeto, como realidad natural o espiritual, como imagen y mundo [...] 4.º Principio de ruptura asignificante: [...] Un rizoma puede ser roto, interrumpido en cualquier parte, pero siempre recomienza según esta o aquellas de sus líneas y según otras. [...] 5.º y 6.º Principio de cartografía y de calcomanía: un rizoma no responde a ningún modelo estructural o generativo [...]. Una de las características más importantes del rizoma quizá sea la de tener siempre múltiples entradas. (Deleuze y Guattari, 1995, pp. 13-18)

El rizoma opera con las mesetas como plataformas de producción subjetiva del medio social, de alta intensidad, que se conectan con los planos sobre los cuales la realidad se manifiesta. Así, las mesetas toman un lugar importante en las cartografías, pues se constituyen como lugar de potencia en la producción del mundo y de la vida. Según los autores:

Una meseta no está ni al principio ni al final, siempre está en el medio. Un rizoma está hecho de mesetas. Gregory Bateson emplea la palabra “meseta” (*plateau*) para designar algo muy especial: una región continua de intensidades, que vibra sobre sí misma, y que se desarrolla evitando cualquier orientación hacia un punto culminante o hacia un fin exterior. (Deleuze y Guattari, 1995, p. 26)

La meseta, en la microfísica del trabajo en salud, es ante todo un lugar de producción y, como tal, de encuentros de intensidades que afectan a los sujetos que están en situación de trabajo y cuidado, y el rizoma es su cartografía en acto. El carácter múltiple, heterogéneo y de muchas entradas del rizoma le va dando porosidad, y es atravesado por diversas lógicas en los agenciamientos de construcción de la realidad social. En su cartografía no caben juicios de valor sobre la actuación de los sujetos, sino que lo que se busca es comprender su funcionamiento dentro de la acción productivo-deseante que emprenden en la producción del cuidado. Dentro de esa lógica no existen el bien o el mal, lo bonito o lo feo, sino subjetividades que están capturadas por determinado territorio existencial y expresan el mundo de la vida según

ese territorio. De ese modo, esos sujetos actúan según los planos de consistencia que se forman en la relación con el otro, en su alteridad inmediata y siempre en acto.

En el encuentro entre el trabajador y el usuario, ambos tienen la capacidad de afectarse el uno al otro, y esto se da por las intensidades que circulan entre las relaciones que se establecen entre los dos cuerpos, entendiendo como cuerpos a los sujetos en acción como trabajador y usuario, o trabajador y trabajador, pero también de ellos con las normas, saberes, instrumentos que configuran cuerpos en el escenario del cuidado en salud. Según Spinoza, citado por Deleuze (2002), los afectos pueden causar alegría o tristeza, aumentando o disminuyendo respectivamente la potencia de los sujetos de actuar en el mundo de la vida. En el caso específico de la salud, las conexiones entre los diversos procesos de trabajo que se realizan entre trabajadores-trabajadores y trabajadores-usuarios pueden formar un campo energético, invisible, que funciona en flujos circulantes que envuelven al cuidado en acto y configuran *líneas de vida* o *líneas de muerte*, según si el encuentro trabajador-usuario produce acogimiento, vínculo, autonomía, satisfacción, o un modo de actuar que se manifieste en forma acotada, burocrática, produciendo heteronomía, insatisfacción. Dependiendo de la situación existente habrá un aumento o reducción de la potencia de actuar.

El deseo: fuerza propulsora de la acción productiva del trabajo en salud

La segunda referencia importante para el uso de instrumentos cartográficos se refiere al concepto de deseo que se encuentra en el pensamiento fundante del esquizoanálisis.

En el libro *El Anti-Edipo: capitalismo y esquizofrenia*, Deleuze y Guattari (1966) entablan una lucha conceptual, al estilo de las grandes epopeyas, para afirmar la idea según la cual el deseo que se forma en el inconsciente es energía productiva y, por lo tanto, impulsora de la construcción de la realidad social por el sujeto. Según Deleuze y Guattari:

...la primera evidencia es que el deseo no tiene por objeto a personas o cosas, sino medios enteros que recorre, vibraciones y flujos de todo tipo que desposa, introduciendo cortes, capturas, deseo siempre nómada y migrante cuya característica primera es el "gigantismo": nadie mejor que Charles Fourier lo ha mostrado. En resumen, los medios sociales tanto como los biológicos son objeto de catexis del inconsciente, que necesariamente son deseantes o libidinales, por oposición a las catexis preconscientes de necesidad e interés. (Deleuze y Guattari, 1966, p. 302)

Según los autores, el deseo, como producción, tiene la energía de la invención de la realidad social, de la creación de un nuevo devenir para el mundo de la vida: es revolucionario. El deseo es agenciamiento, es decir, está siempre en actividad, produciendo lo *real social* en toda dimensión de la vida. Esta idea se asocia a otra, según la cual la producción del mundo se da a través de subjetividades deseantes que al

operar en flujos, en conexión entre muchos campos de intensidades, conforman nuevos mundos que se van constituyendo en el proceso.

La fuerza motriz de construcción de la sociedad es el deseo, que se forma a nivel inconsciente y es constitutivo de las subjetividades, y que en el plano social transforma a los sujetos en protagonistas por excelencia de los procesos de cambio. Estos mismos sujetos operan en la construcción y deconstrucción de mundos, proceso en el que se modifican los territorios existenciales. “El deseo pertenece al orden de la producción, toda producción es a la vez deseante y social” (Deleuze y Guattari, 1966, p. 306).

Un deseo *siempre nómada y migrante*, según nos dicen los autores, que va agenciando la formación de mundos, y también su deconstrucción. Ese proceso es discutido en detalle por Rolnik (2006) cuando revela los procesos de territorialización, desterritorialización y reterritorialización –tratados aquí como territorios existenciales– y cómo ciertos acontecimientos agencian cambios en la subjetividad, ocasión en que individuos o colectivos de sujetos se desterritorializan expresando cambios estructurales en el modo de significar e interactuar con el mundo de la vida. Esto se produce por la fuerza del deseo, es decir, la fuerza motriz de producción de la sociedad, de nuevos modos de actuar en el mundo, y de producción de nuevos sujetos.

Es así como se producen las cartografías. Percibimos hasta aquí que el rizoma, como flujos continuos, y el deseo, como fuerza productiva, van componiendo una idea de formación cartográfica de los procesos de producción del cuidado. Hasta aquí, estamos buscando las referencias para un método de análisis de la producción del cuidado que revele la acción productiva de los sujetos, en tanto singularidades, y sus agenciamientos en la construcción de la realidad social del campo de la acción en el mundo del cuidado en salud. El método busca cartografiar el plano visible e invisible de los procesos de producción, con los sujetos en acción, impulsados por la energía deseante. Para finalizar la composición del método sugerido, traemos a esta discusión el concepto de *trabajo vivo en acto*.

En su texto de 1997, *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*, Merhy recupera para la salud colectiva el concepto y la potencia del trabajo vivo, caracterizándolo como un proceso agenciado por sujetos, que trae en sí el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva. Naturalmente que el proceso productivo de la salud es contradictorio y el trabajo vivo puede ser capturado por la lógica instrumental de producción del cuidado: el trabajo muerto. Pero la importancia de este concepto aplicado al proceso de trabajo en salud revela la posibilidad que tienen los trabajadores de realizar su trabajo con un alto grado de libertad, ejerciendo, podemos decir, un razonable autogobierno sobre su actividad productiva.

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 él puede ser siempre *atravesado* 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 para extenderlo hacia direcciones no pensadas. (Merhy, 2002, p. 44)

Según el autor, el proceso de trabajo en salud es siempre relacional, y esta relación tiene la característica de intercesión, es decir:

...lo que se produce en las relaciones entre “sujetos”, en el espacio de intercesión, que es un producto que existe para ambos 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 al otro. (Merhy, 2002, p. 37)

Este proceso relacional es impulsado por la libertad inmanente al trabajo vivo en acto, y va operando relaciones en flujos de alta intensidad al interior del proceso de trabajo. Estos flujos producen una conexión entre los trabajadores, usuarios, personas y cosas que se encuentran en el plano del proceso de producción del cuidado y son partes constitutivas de él. Esa red que se crea en la informalidad del cotidiano de un equipo o unidad de salud es como el rizoma, no tiene comienzo ni fin, se conecta en cualquier punto.

La libertad constitutiva del trabajo vivo en acto, asociada a los agenciamientos del deseo inmanentes a la actividad productiva de cada trabajador, va produciendo la realidad social inscrita en el mundo del cuidado. El trabajo en salud se circunscribe a un determinado territorio existencial que opera en un referencial ético-político que los trabajadores adoptan como *plano de consistencia* entre ellos y los usuarios. Este plano de consistencia se refiere a los flujos circulantes en la relación que se establece entre trabajador y usuario, y se refiere además al campo invisible del cuidado en salud, los afectos que dan significado a la relación trabajador-usuario y al propio cuidado que se realiza.

La cartografía: producción subjetiva de la micropolítica

De acuerdo con Kastrup:

La cartografía es un método formulado por G. Deleuze y F. Guattari (1995) que apunta a acompañar un proceso, y no a representar un objeto. En líneas generales, se trata siempre de investigar un proceso de producción. Antes que nada, la idea de desarrollar el método cartográfico para su utilización en investigaciones de campo en el estudio de la subjetividad se distancia del objetivo de definir un conjunto de reglas abstractas a ser aplicadas. No se busca establecer un camino lineal para alcanzar un fin. La cartografía es siempre un método *ad hoc*. (Kastrup, 2007, p. 15)

Es importante reafirmar que esa producción de la que habla la autora se refiere a la producción subjetiva de la realidad social, impulsada por el deseo. Ahora bien, al producir el mundo, se está siempre en relación con el *socius*, lo que significa operar

también y simultáneamente la producción de sí mismo. Y esa producción de subjetividad se da por *factores de afectivación*, es decir, acontecimientos que impactan en el microcosmos y que de algún modo llegan hasta el sujeto e impactan sobre su forma de significar el mundo. En este contexto hay un proceso de formación subjetiva del medio social y de sí.

Dentro del campo de la evaluación en salud, tenemos como supuesto que el trabajo de análisis extrae del mundo un conocimiento que puede retornar al mismo medio social bajo la forma de intervención sobre la realidad, y cambios que se procesan en el ambiente de interacción de los propios sujetos que están siendo analizados junto a los servicios de salud. Al mismo tiempo que modifican el medio social, los evaluadores son también afectados por su objeto; por lo tanto, se produce un proceso de subjetivación, en este caso una producción de sí. Como método de investigación, la cartografía provoca al mismo tiempo análisis e intervención, pues reconoce el proceso de producción de sí y del mundo como algo simultáneo, legítimo e inexorable.

Rolnik (2006) utiliza la cartografía para analizar el Brasil de la década de 1980. El libro en el que publica ese trabajo tiene una primera parte en la que la autora delimita el campo teórico en el cual realiza su estudio, y una segunda parte en la que presenta la cartografía de la coyuntura brasileña. En el texto, la autora en su singularidad define la cartografía de este modo:

Para los geógrafos, la cartografía –a diferencia del mapa, representación de un todo estático– es un dibujo que acompaña y se hace al mismo tiempo que los movimientos de transformación del paisaje.

Los paisajes psicosociales también son cartografiables. La cartografía, en ese caso, acompaña y se hace al mismo tiempo que el derrumbamiento de ciertos mundos –su pérdida de sentido– y la formación de otros: mundos que se crean para expresar afectos contemporáneos, con relación a los cuales los universos vigentes se hicieron obsoletos.

Al ser tarea del cartógrafo darle voz a los afectos que piden paso, de él se espera básicamente que esté sumergido en las intensidades de su tiempo y que, atento a los lenguajes que encuentra, devore aquellos elementos que le parezcan posibles para la composición de las cartografías que resulten necesarias. El cartógrafo es ante todo un antropófago. (Rolnik, 2006, p. 23)

La autora menciona los procesos de formación y deconstrucción de territorios, entendiéndolos como *territorios existenciales*, es decir, aquello que cada uno tiene dentro y que define su forma de significar e interactuar con el mundo. Ese actuar ante la vida es singular, o sea, de cada uno, y por eso mismo es múltiple, pues tenemos siempre tantos mundos como aquellos que lo habitan. Llevándolo a la discusión de la producción del cuidado, podemos imaginar que los procesos de trabajo traen en sí la singularidad de los territorios existenciales en los cuales se inscriben los trabajadores, pudiendo ser, por ejemplo, territorios existenciales que expresan como valor

el acogimiento, el vínculo y el cuidado-cuidador, o lo inverso. Y es esto lo que va a definir si el cuidado que se produce es de un modo o de otro.

El hecho de que el territorio existencial habite en el sujeto significa que donde él esté, sea en la atención básica, en el hospital, en la atención especializada, domiciliaria, etcétera, va a producir el tipo de cuidado que se inscribe en su universo como una ética –el modo de ser en el mundo– a ser construida. Por lo tanto, lo que define el perfil del cuidado no es el lugar físico donde se realiza el cuidado, sino el territorio existencial en el cual el trabajador se inscribe como sujeto ético-político, y que anda con él, donde él opere su proceso de trabajo.

Ese proceso es intenso, dinámico y tensionado por sucesivos y continuos procesos de cambio. La producción subjetiva de la realidad social se da a través de movimientos de desterritorialización y reterritorialización de los propios sujetos que producen el cotidiano: el funcionamiento social. Y en ese proceso los sujetos operan cada movimiento con intensidades diferentes, pudiendo desterritorializarse, lo que significa romper con el lugar de origen y, por lo tanto, adoptar nuevos territorios existenciales, ética y políticamente identificados con la producción de una nueva realidad social; por otro lado, pueden no completar el movimiento de desterritorialización, retornando al lugar de origen y así no producir cambios sociales, eternizando un estatus conservador de funcionamiento social.

La desterritorialización puede darse por *coeficientes* diferentes, respetando una cierta graduación de sentidos para las rupturas a ser realizadas. Por último, la autora nos revela en el recorrido de su cartografía una dinámica de producción subjetiva de la realidad que pone de manifiesto los sentidos, la multiplicidad, la complejidad de la acción humana en el ámbito de la micropolítica, su expresión y construcción social.

En líneas generales, la cartografía es un método pero, al mismo tiempo, es un antimétodo, porque no tiene pretensión de verdad, no se propone como modelo a ser seguido y, por eso mismo, sustenta la idea de que hay un método para cada objeto, o sea: la cartografía es un método *ad hoc*. Esto se basa en el supuesto de que es extremadamente complejo para una evaluación de los servicios de salud revelar procesos de producción de subjetividades, haciendo uso de la observación de agenciamientos de deseo, de factores de afectación, de dispositivos colectivos de producción social, sobre la base de que hay una producción subjetiva de la realidad social. Siendo así, la subjetivación produce nuevos territorios existenciales, y posibilita la invención de nuevos mundos en un proceso simultáneo de invención de sí mismo (Kastrup, 2007).

Entendemos que los instrumentos cartográficos tienen la suficiente sensibilidad como para captar la realidad de la producción del cuidado en su forma más próxima de lo real, cerca del caos, en los encuentros en los que se producen los flujos de intensidades, la producción de afectos, las tecnologías que revelan la cara organizada de los saberes aplicados a la producción del cuidado; en síntesis, la cartografía posibilita adentrarse en el complejo mundo singular y, al mismo tiempo, múltiple del cuidado en salud. Pero, por otro lado, la realidad social puede manifestarse, no en la producción, sino en la reproducción, en procesos de captura subjetiva de los sujetos en los que la ética del cuidado está apresada por la normatividad de la vida y del

trabajo, por la repetición de sentidos, la desfiguración de los signos, produciéndose así un borramiento del campo de visión del *ojo vibrante*. Esto es lo que la cartografía debe analizar, tanto en el plano de intensidades de producción de la vida cuanto en el plano de captura molar de la existencia.

Cartografiar la producción del cuidado en las líneas del trabajo vivo en acto

La construcción del Sistema Único de Salud (SUS) fue un acontecimiento que produjo un gran impacto en el concepto de salud, del derecho a la asistencia, al imprimir en la vida cotidiana de los servicios de salud la idea de ciudadanía. Puso en escena nuevos modos de trabajar en salud y, sobre todo, la comprensión de que el escenario de prácticas de los servicios es multiprofesional, y que el cuidado se construye siempre en relación con el otro, sea un trabajador o un usuario.

El SUS fue por lo tanto un acontecimiento de gran impacto, capaz de disparar procesos de subjetivación, es decir, producción colectiva de nuevas subjetividades. La subjetividad es social e históricamente construida, y agenciada sobre la base de acontecimientos, encuentros y múltiples vivencias que un sujeto tiene en su experimentación e interacción social. Lo que queremos decir es que el encuentro de un trabajador individual o colectivo con un acontecimiento –como lo fue la construcción del SUS– puede disparar en él la producción de nueva subjetividad, o sea, una nueva forma de significar el cuidado e interactuar con su construcción social, un *factor de afectivación* (Rolnik, 2006), algo que afecta a los que están presentes en el escenario de impacto del SUS, y de ese modo produce nuevas subjetividades basadas en ese encuentro.

El SUS se desarrolló como producción teórica, práctica y subjetiva a partir del campo de la vigilancia de la salud. Este referencial, instrumentalizado por la epidemiología, produjo un gran campo ordenador de experiencias y modelado de los servicios de salud que se hicieron notorios en Brasil, como el de Sistemas Locales de Salud (Paim, 2001), Distritos Sanitarios (Mendes, 1994), Ciudades Saludables (Ackerman y Mendes, 2006), todos vinculados al campo de la vigilancia de la salud y con un fuerte componente de la promoción de la salud (Buss, 2000). Todos los escenarios de producción del por entonces recién nacido sistema de salud de Brasil, el SUS, la formación, las redes de servicios, la investigación y publicación en el área, en fin, todos los segmentos, fueron agenciados por aquel territorio de saberes y prácticas sobre el cual se edificaron las bases para el sistema de salud.

Por otro lado, en la multiplicidad de campos que constituyen la salud se conformó otro territorio de referencia que influye sobre la producción subjetiva en el área: el modelo *anatomoclínico* de estructuración de los saberes y prácticas de salud,

que toma como base el Informe Flexner², principal dispositivo para la reorganización de los referenciales de formación médica y de las diversas profesiones de salud en el siglo XX.

Dado el avance tecnológico y la tensión creada por el complejo médico-industrial en la organización de los servicios basada en el alto consumo de insumos, el modelo asistencial que nace de esta corriente fue asumiendo la característica hegemónica de un cuidado más volcado a la *producción de procedimientos* (Merhy, 1998).

La vigilancia y la clínica como campos de saberes y prácticas convivieron lado a lado en la construcción del SUS, pero no en forma solidaria, sino como campos opuestos. Esta oposición no es natural, fue construida imaginariamente por los que idearon la reforma sanitaria; es decir, los sujetos que formularon el campo de la salud produjeron una división simbólica y discursiva entre el modelo *preventivista*, originario del campo de la vigilancia de la salud, y el modelo *clínico*, centrado en las prácticas *curativas*. Obviamente que este caso específico se trata de una representación asociada a la clínica flexneriana. Pero insistimos en señalar que no necesariamente debería significar eso, pues la clínica puede tener diversas connotaciones y prácticas, y puede incluso constituir diferentes campos. Sin embargo, esta dicotomía se produjo, principalmente, porque la clínica, en el caso de la reforma sanitaria, se asoció al modelo biomédico.

Esa falsa polaridad entre vigilancia y clínica se transmite por los diversos dispositivos de construcción del SUS: la formación, la educación en salud, la regulación del sistema, los protocolos de servicios, etcétera, de modo tal que en el ámbito de la producción del cuidado se forma una subjetividad que opera de manera colectiva en la producción de servicios altamente involucrados con la promoción y prevención de la salud, pero poco comprometidos con una práctica clínica cuidadora que, cuando se produce, opera centrada en la lógica burocrática de la programación en salud.

En la conducción de los servicios de salud se percibe, por un lado, una lógica determinada por la razón, los saberes constituidos y, por otro, una lógica que opera a través de las subjetividades formadas en el contexto de la construcción del SUS. Si aquella es fácilmente organizable a través de los protocolos y de la educación en salud, es posible producir una estandarización de los procedimientos. Sin embargo, el cuidado en acto es proporcionado a través de los afectos³ que circundan los encuentros entre trabajadores y usuarios.

Este escenario está determinado sobre todo por las singularidades, y por lo tanto, los modelos que allí operan pueden ser tantos como sujetos haya en ese encuentro. Es en este escenario marcado por el caos en el que de hecho se produce el cuidado y se abre al agenciamiento de nuevas prácticas y a la creatividad de los propios trabajadores.

²El denominado *modelo flexneriano* hace referencia al modelo de enseñanza médico implementado a partir del Informe Flexner de 1910, que sugería una formación que tuviera como eje "la necesidad de enlazar la enseñanza con la investigación en las ciencias biomédicas", y que derivó en un modelo de práctica médica centrada en el cuerpo anatomofisiológico, teniendo como principal referencia al hospital (Nogueira, 1994, pp. 92-93).

³"Afectos" tiene aquí el sentido dado por Spinoza, y se refiere a la capacidad de afectar y ser afectado a partir del encuentro. La afectación que aporta positivities –"alegría"– produce mayor potencia de acción en el mundo, y el que aporta negatividades –"tristeza"– produce menor potencia (citado en Deleuze, 2002).

El desarrollo del SUS produjo ciertas paradojas que sirven como analizadores del propio modelo tecnoasistencial que se creó. Un problema-analizador se vincula con la universalidad de acceso, que si bien se inscribió como el principal principio del SUS, aún hoy los servicios conviven con grandes esperas, filas, y, en la mayoría de los casos, dispositivos racionadores, como la selección de usuarios para el ingreso, turnos para procedimientos, etcétera. Se observan, incluso, procesos de trabajo fragmentados, aunque exista un discurso de trabajo en equipo; saberes técnicos supuestamente omnipotentes pero poco eficaces para satisfacer las necesidades de los usuarios; relaciones jerárquicas en el equipo de salud. En síntesis, las contradicciones revelan fuertes tensiones en las redes de atención de la salud.

El proceso de buscar la superación de este escenario, en el ámbito brasileño, se fue produciendo a lo largo del tiempo. En un principio con el cuestionamiento por parte de diversos autores de la salud colectiva acerca de cómo se constituían los territorios de captura en el campo. A modo de ejemplo, se puede mencionar la medicalización de la sociedad, es decir, la constitución, en el ámbito social, de un pensamiento centrado en el modelo biológico y de una construcción de los servicios médicos a gran escala, con el objetivo de la expansión del mercado de trabajo médico, sobre todo luego del advenimiento de la medicina comunitaria en los Estados Unidos en las décadas de 1950 y 1960 (Donnangelo, 1976). Es importante mencionar también la construcción de esta hegemonía en el ámbito de las instituciones brasileñas, descrita por Luz (1981) como la producción de una racionalidad médica hegemónica en el Estado y en la sociedad.

El desarrollo del SUS se compone de múltiples formulaciones, y el tema de la clínica pasa a ser valorizado en el ámbito de la reforma sanitaria, junto con la idea general de invertir en la micropolítica de los procesos de trabajo para la consolidación de procesos de cambio en la salud. Estas formulaciones, producidas principalmente en la década de 1990 por Gonçalves (1994), Cecílio (1994), Campos (1994) y Merhy (1997c), abrieron un nuevo campo de investigación y de intervención sobre los escenarios de producción del SUS como proyecto técnico-político y construcción subjetiva de una determinada ética del cuidado.

El SUS se forma a partir de una multiplicidad de saberes, acciones, técnicas y políticas, conformando así un escenario diverso y, al mismo tiempo, rico en referenciales, que se constituyen en campos de apuesta para la formación de determinado modelo tecnoasistencial. Estos esfuerzos son, sobre todo, la expresión de los deseos de colectivos de trabajadores, formuladores de políticas y usuarios, formados en la estela de la reforma sanitaria y en los acalorados debates de los cambios estructurales vividos en Brasil y en particular en la salud en las décadas de 1980 y 1990.

Vimos aquí que el deseo es el núcleo propulsor de la producción social de los sujetos individuales y colectivos, y crea las subjetividades que expresan singularidades, o sea, el modo singular de percibir y actuar en el mundo en un determinado tiempo y espacio. Por lo tanto, esto puede modificarse todo el tiempo, y un mismo sujeto puede expresar diversas singularidades, dependiendo del tiempoespacio en el que esté inserto y de los factores de afectivación a los que se exponga.

La expresión del medio social se percibe como absolutamente compleja, dinámica e identificada con multiplicidades. El SUS, por lo tanto, es expresión de las diversas formaciones que le dieron sentido: territorios marcados por la tradición de la prevención y promoción de la salud, por la clínica centrada en la investigación biológica, por los procesos de trabajo centrados en el acto prescriptivo y poco relacionales, por los cuidados acogedores, por los vínculos que se forman entre trabajadores y de ellos con los usuarios; en fin, hay una infinidad de agenciamientos que conforman el escenario complejo de producción pero, al mismo tiempo, son la manifestación del mundo real, su expresión más nítida, bajo la lente que las interpretaciones de la realidad tienen el hábito de colocar y que a menudo enmascaran la propia realidad o modifican su imagen.

Según Rolnik (2006), el territorio existencial es un referencial que forma sentidos e identidades en el sujeto, es decir, singularidades que operan en el mundo de la vida en general. En el caso de la salud, podemos decir que la producción del cuidado se da siempre a partir de un trabajador individual o colectivo que opera su proceso de trabajo teniendo como referencia sus territorios existenciales. El movimiento de cambio en la salud presupone procesos de desterritorialización –o sea, la ruptura con el viejo territorio– y movimientos de reterritorialización, buscando nuevas identidades existenciales que van a demandar nuevas prácticas de cuidado. La desterritorialización presupone agenciamientos, es decir, procesos de cambio que son conflictivos, dolorosos, permeados por idas y vueltas en las que el sujeto está todo el tiempo enfrentándose a sí mismo y al nuevo territorio que se anuncia; es algo parecido a *perder el suelo*, a una muerte de sí, hacia la búsqueda de otro suelo y de sí mismo bajo nuevos referenciales de vida y producción.

En el campo de la salud, de manera hegemónica, se estructuran escenarios de un devenir capitalístico⁴ de la producción del cuidado, marcado por un modelo tecnoasistencial centrado en procedimientos y en un alto consumo de insumos.

La construcción de un devenir solidario para el SUS presupone la existencia de dispositivos capaces de agenciar la construcción de nuevos saberes y prácticas que resignifiquen el trabajo en salud y, sobre todo, el cuidado. El agenciamiento de deseos capaces de operar en la construcción de un nuevo SUS presupone el enfrentamiento con los territorios actualmente estructurantes de los servicios de salud y, sobre todo, una ruptura con su devenir capitalista y capitalístico.

Constantemente hay diversos territorios constituyéndose en el escenario del SUS. Los agenciamientos subjetivos, en su movimiento de producción del mundo, promueven la deconstrucción y, al mismo tiempo, nuevas formaciones de territorios en el ámbito de la micropolítica del proceso de trabajo. Esto solo es posible porque el trabajo en salud es dependiente del trabajo vivo en acto (Merhy, 1997c),

⁴A diferencia de *capitalista*, que refiere a un sistema económico, *capitalístico* significa un modo de vida, trabajo, existencia, subjetivamente centrado en referencias orientadas por la organización social del consumo. En la producción del cuidado en el campo de la salud se podría decir que lo capitalístico se relaciona con un proceso de trabajo altamente consumidor de procedimientos, en detrimento de procesos más relacionales, es decir, centrados en territorios existenciales que traen lógicas propias de la subjetividad capitalística. Véase Guattari y Rolnik (1999).

lo que posibilita, dada la libertad de acción en salud, muchos movimientos de idas y vueltas, territorializaciones y desterritorializaciones, composición y descomposición de mundos. Este es un movimiento continuo de descubrimientos que se originan en el movimiento cotidiano de producción del SUS.

Es importante enfatizar que en la misma medida en que el trabajador individual y colectivo produce el mundo del cuidado en salud, es producido a su vez por este mismo mundo, por los afectos circulantes en las relaciones que se entablan entre sí y con los otros. El trabajador de la salud es al mismo tiempo productor y producto de determinados modelos tecnoasistenciales. “Cada uno de nosotros pasamos por las más variadas micropolíticas y, en cada una de ellas, cambia nuestra manera de pensar, sentir, percibir, actuar: cambia todo” (Rolnik, 2006, p. 55).

Cambiar el modo de producción del cuidado presupone, desde nuestro punto de vista, además de un cambio en el proceso de trabajo, un proceso de desterritorialización de los trabajadores y usuarios del SUS, teniendo como referencia que los trabajadores operan a partir de territorios existenciales. Ese territorio existencial no es físico, sino que se encuentra dentro de cada trabajador, organizado por su subjetividad. Por lo tanto, un cambio de carácter estructural y duradero de los procesos de trabajo requiere la producción de una nueva subjetividad del trabajador. Este proceso es difícil, complejo y doloroso, pues significa romper con los modos estructurados de trabajo y producción; y en este caso, el trabajador se va a encontrar con el mundo tal como es: caótico pero potente en las singularidades que se forman y que encuentran sinergia para el cuidado en salud.

El cambio en la producción del cuidado está marcado por nuevas subjetividades activas, vinculadas con un modo de trabajar en salud que tiene como centro el campo relacional y que abre el encuentro con los usuarios a espacios de habla, escucha, miradas y signos que tienen sentido para ambos, trabajador y usuario, y forman el centro del proceso de trabajo. Hasta el momento, los procesos de cambio han sido siempre parciales y no consiguen producir una desterritorialización del modelo médico hegemónico que opera el cuidado centrado en la lógica de la producción de procedimientos.

La reestructuración productiva “es la resultante del cambio en el modo de producir el cuidado, generada a partir de innovaciones en los sistemas productivos de la salud que impactan en el modo de fabricar sus productos, y en su forma de asistir y cuidar a las personas y a los colectivos poblacionales” (Merhy y Franco, 2006). Aunque represente un momento de cambio en el modo de producir el cuidado, la reestructuración se da en los límites del actual modelo; es decir, los agenciamientos capitalísticos que operan en la producción de la salud continúan activos en las subjetividades actuales, incluso con un cambio en el proceso de trabajo.

Para una *transición tecnológica* sería necesario que la reestructuración productiva avance en el sentido de romper con las actuales estructuras del modelo biomédico, del proceso productivo centrado en el acto prescriptivo, organizando procesos de trabajo más relacionales. Si un proceso de reestructuración no llega a este nivel, deja de ser instituyente para instituirse en un territorio fijo que realiza una producción diferente desde el punto de vista del modo actual de producir el cuidado, pero que

no rompe con sus fundamentos, como por ejemplo con el alto consumo de tecnologías duras, el plano secundario de la dimensión relacional del cuidado en salud y las intersubjetividades que operan en la producción subjetiva del cuidado. Ese proceso recrudece, inmoviliza y endurece las estructuras que componen el proceso de trabajo, e impide así agenciamientos del deseo que se manifiestan y están activos en la construcción de nuevos territorios de las prácticas en salud.

El cuidado es un acontecimiento y no un acto

Emerson Elias Merhy

Para poder abordar el cuidado y la subjetividad, ofrezco como imagen la figura del *brincante*¹. Todos, cuando estamos cantando y/o bailando una música cualquiera, nos transformamos en un nodo por el que pasan fuerzas que se reiteran en todos los que cantan y bailan esa música en particular; también hay fuerzas que demarcan el lugar para cantar y bailar dentro de la cultura de cada sociedad; por ende, hay un acontecer que solo ocurre allí, en acto, con ese bailarín y ese cantante específico, como manejo del momento de creación del baile y del canto, allí en el cotidiano del acontecimiento, que ningún otro realizará igual.

En el nodo se produce un pasaje hacia adentro y de adentro hacia afuera de aquel que baila y canta. Su interior y su exterior, en el acontecimiento, son inseparables, se constituyen, se desdobl原因. Este allí, en acto, es el artista puro. Es la síntesis en producción en acto de todas las fuerzas que pasan por el nodo. En su acontecer es que las fuerzas, de hecho, existen.

Imaginemos, ahora, que se encuentran dos *brincantes*, por ejemplo, un par de bailarines. Aunque tengan momentos sincronizados y acompasados, en los nodos de su encuentro, como una micropolítica, cada uno mantiene sus propias características. Sin embargo, como micropolítica, uno interviene en el otro. Bailar de a dos es un proceso, que aunque contenga todas las repeticiones particulares y generales, solo existe en el acto de su acontecimiento.

Estas figuras de los *brincantes*, tomadas de los relatos de los artistas Ariano Suassuna y Antonio Nóbrega, son las que mejor recuperan la imagen que quisiera ofrecer para poder hablar del cuidado en salud.

Veamos esta situación considerando un encuentro entre un trabajador de la salud y un usuario de su servicio (esta imagen puede ser ampliada a un equipo de trabajadores y a un grupo de usuarios y la siguiente reflexión seguirá siendo pertinente). Si bien asocio a los dos con *brincantes*, los recortes situacionales son muy distintos. Ahora, lo relevante del encuentro es lo que caracteriza el *alma* del campo de la salud: la promesa de que allí es un espacio de encuentro de actores sociales/sujetos, en el cual una parte está como expresión y portador de necesidades de salud (que emerge

¹Según Antonio Nóbrega y Rosane Almeida, creadores del Instituto Brincante: "brincante es el modo en que se autodenominan los artistas populares" ver: <https://www.institutobrincante.org.br/institucional>. [N. del T.]

bajo la figura de cualquier tipo de demanda) y otra está como portadora de un cierto saber-hacer tecnológico, productor de cuidado en salud.

En esta promesa, las imágenes que cada uno produce son distintas: el trabajador se coloca en el lugar de quien va a cuidar, por tener un conjunto de saberes y de técnicas, y ser el efectivo prometedor de que con eso va a resolver el problema del otro; el usuario se coloca en el lugar del objeto de la acción del otro, y supone que eso dará cuenta de su demanda, que, en el fondo, implica que se le garantice la recuperación de *su modo de andar la vida*, dentro de lo que desea y representa como tal.

Aquí, como en el caso de los *brincantes* del comienzo de este texto, en cada uno de ellos y en sus encuentros, hay líneas de fuerza que pueden ser particulares o generales, pero las más específicas son las que garantizan que el encuentro en acto traiga en sí la expresión: quien se esté encontrando marca la diferencia.

El cuidado es un acontecimiento productivo intercesor

Cuando un trabajador de salud se encuentra con un usuario al interior de un proceso de trabajo, en particular clínicamente dirigido para la producción del cuidado, se establece entre ellos un espacio intercesor que existirá siempre en sus encuentros, pero solo en sus encuentros, y en acto. La imagen de ese espacio es similar a la de la construcción de un espacio común, en el cual uno interviene sobre el otro, por eso se caracteriza como proceso intercesor y no como una simple intersección, pues contiene en su constitución la lógica de la mutua producción en acto micropolítico, que supone la producción de uno en el otro.

1. Los esquemas más comunes en procesos de trabajo como los de la salud, que realizan actos de asistencia en forma inmediata con el usuario, se presentan como el del siguiente diagrama, que denomino *intersección compartida*.

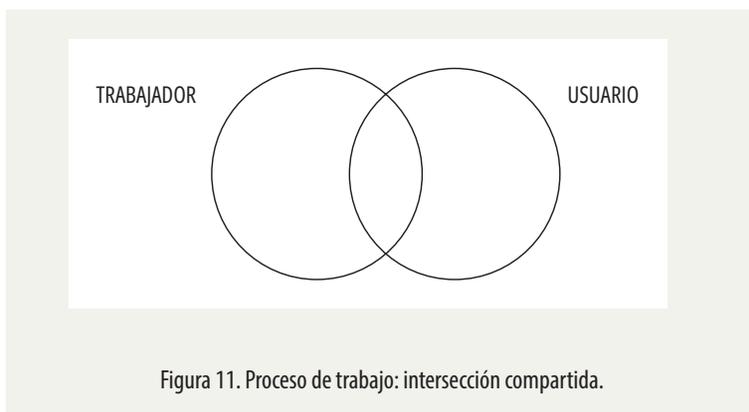


Figura 11. Proceso de trabajo: intersección compartida.

2. Los procesos de trabajo que se constituyen en los casos más típicos, 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*.

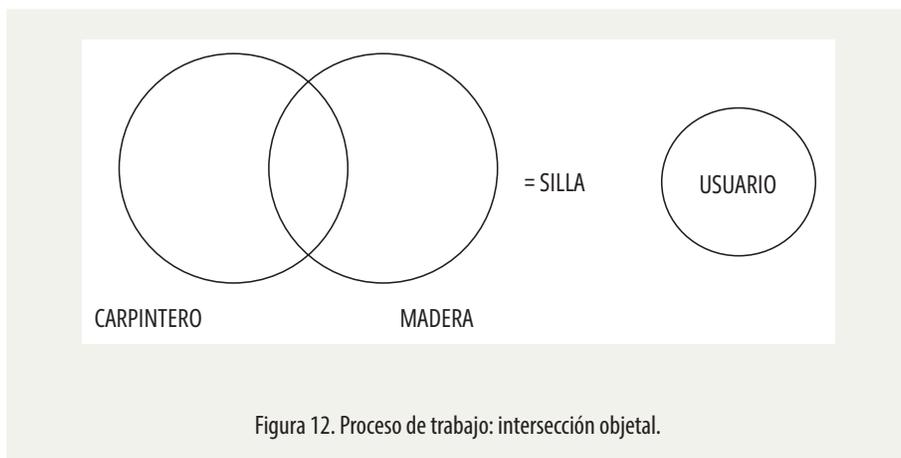


Figura 12. Proceso de trabajo: intersección objetal.

Esta distinción en la constitución de los procesos intercesores muestra cómo la dinámica entre el productor y el consumidor, y el juego entre necesidad y satisfacción, se producen en espacios muy distintos e, incluso, cómo los posibles modelos de configuración de esa dinámica pueden ser más o menos permeables a esas características.

En el juego de las necesidades que se plantea en el proceso de trabajo es posible entonces pensar:

1. Que en el proceso de trabajo en salud hay un encuentro del agente productor y sus herramientas (conocimientos, equipamientos, tecnologías de un modo general), con el agente consumidor que, parcialmente, lo torna objeto de la acción del productor, pero sin que por eso deje de ser también un agente que, en acto, coloca sus intencionalidades, conocimientos y representaciones, que se expresan como un modo de sentir y elaborar necesidades de salud en el momento del trabajo;
2. Que en su interior hay una búsqueda de realización de un producto/finalidad como, por ejemplo, la salud, que el usuario representa como algo útil, por permitirle estar en el mundo y poder vivirlo, de un modo autodeterminado, según su universo de representaciones, y que es asimilado como un proceso distinto por los agentes involucrados, o puede ser coincidente.

Lo que revela que el análisis del proceso intercesor que se efectúa en el cotidiano de los encuentros puede evidenciar cómo los agentes se ubican, en tanto *portadores/elaboradores* de necesidades, en el interior de ese proceso de *intersección compartida*. Los agentes productores y consumidores son *portadores* de necesidades macro y micropolíticamente constituidas, como también son instituyentes de necesidades

singulares que atraviesan el modelo instituido en el juego del trabajo vivo y muerto al cual están vinculados.

La conformación de las necesidades, por lo tanto, se da en procesos sociales e históricos definidos por los agentes en acto, como positivities y no exclusivamente como carencias determinadas de afuera hacia adentro. Aquí no interesa el juicio de valor acerca de qué necesidad es más legítima; este es un posicionamiento necesario para la acción, pero no puede ser un a priori para el análisis, porque lo importante es percibir que todo el proceso de trabajo está atravesado por distintas lógicas que se presentan en el proceso en acto como necesidades, que disputan, como fuerzas instituyentes –al igual que los *brincantes*–, sus instituciones.

Un análisis más detallado de las interfaces entre los sujetos instituidos, sus métodos de acción y el modo en que esos sujetos interceden, permite realizar una nueva comprensión sobre el tema de la tecnología en salud, al tomar como eje el trabajo vivo en acto, que es esencialmente un tipo de fuerza que en forma permanente opera en proceso y en relaciones.

El cuidado es un acontecimiento en el cual hay presencia de múltiples maletines tecnológicos

Para facilitar el entendimiento de las cuestiones que estamos abordando, propongo ahora como imagen el encuentro entre un trabajador de la salud –un médico, un enfermero, un psicólogo o cualquier otro– y un usuario, observando este encuentro bajo la noción de los maletines que el profesional de salud utiliza para actuar en el proceso intercesor. Voy a considerar que estos maletines representan cajas de herramientas tecnológicas, en tanto saberes y sus desdoblamientos materiales y no-materiales, que cobran sentido de acuerdo con los lugares que ocupan en aquel encuentro y según las finalidades que anhele.

Entendemos que el trabajador, para actuar, utiliza tres tipos de maletines: uno vinculado a sus manos y en el cual cabe, por ejemplo, un estetoscopio, como también una lapicera, papeles, entre diversos tipos de objetos vinculados a una caja de herramientas tecnológicas formada por *tecnologías duras*; otro, que está en su cabeza y en el cual caben saberes muy estructurados como la clínica, la epidemiología o la pedagogía, que muestran una caja formada por *tecnologías leve-duras*; y, finalmente, otro que está presente en el espacio relacional trabajador-usuario y que contiene *tecnologías leves* implicadas con la producción de las relaciones entre dos sujetos que solo tienen existencia en acto.

Al observar esos maletines e intentar entenderlos desde la óptica de la micro-política de los procesos de trabajo, se puede afirmar que todos expresan procesos productivos singulares vinculados a ciertos tipos de productos. Por ejemplo, el maletín de las manos, de las tecnologías duras, con sus equipamientos, permite procesar: imágenes, datos físicos, exámenes de laboratorio, registros, entre otros. Sin embargo, estos productos para ser realizados, consumen, además del trabajo muerto

de las cosas que operan, el trabajo vivo de su *operador* con sus saberes tecnológicos, pero de tal manera que hay una captura predominante del momento vivo por la lógica productiva instituida, por ejemplo, en el equipamiento.

El otro maletín, el de la cabeza, permite procesar el recorte centrado en la mirada del trabajador sobre el usuario como objeto de su intervención, en un proceso de captura de su mundo y de sus necesidades bajo una forma particular de significarlo. Esa mirada está construida a partir de ciertos saberes muy definidos que se expresan como trabajo muerto, de allí su lado duro. Sin embargo, al momento de actuar sobre el usuario a través de su trabajo vivo en acto, es *contaminado* en el proceso productivo por la relación centralmente leve que el usuario real le impone al raciocinio clínico, dándole cierta incertidumbre al producto y desviándolo de su dureza. Aunque esté formada, la mirada se singulariza en acto. Por lo tanto, por más que sufra esa *contaminación* que le otorga cierta levedad del propio actuar en acto del trabajo vivo –que no es plenamente capturado por un saber tecnológico muy definido, pues tal captura también es disputada por el usuario presente en acto en ese proceso–, los productos realizados en esta situación productiva suelen circunscribirse a la imposición del lado más duro sobre el más leve. Pero lo contrario también puede suceder. No hay solo una forma de hacer clínica.

Esa incertidumbre sobre la finalidad a cumplir en ese tipo de proceso productivo que se inscribe en el maletín de la cabeza contaminará al maletín de las manos, pues mantiene una relación de predominio. A partir de este terreno, el del maletín de la cabeza y de sus procesos productivos, los productos del maletín de las manos adquieren significados como actos de salud. Y según el grado de rígidos que tengan los procesos productivos en torno a saberes tecnológicos muy bien definidos, se producirá una mayor o menor resistencia a la posibilidad de que el mundo del usuario penetre también como capturador de las finalidades de los procesos productivos en salud.

Los distintos modelos de atención varían en esa situación relacional. Pero sin duda, el maletín que por sus características tecnológicas propias permite reconocer en la producción de los actos de salud una situación de permanente disputa abierta de juegos de captura, que imposibilitan que las finalidades e incluso sus objetos sean de un solo tipo, es el maletín del espacio relacional trabajador-usuario. Los procesos productivos en salud que se producen en ese espacio solo se realizan en acto y en las intercesiones del trabajador y del usuario. Ese encuentro es el que da, en última instancia, uno de los momentos más singulares del proceso de trabajo en salud como productor de cuidado.

Sin embargo, es un encuentro que el trabajador también busca capturar. Basta solo con verificar la importancia que adquieren las reglas sobre la ética del ejercicio profesional y los saberes sobre la relación trabajador-usuario en ese momento productivo, para tener una noción de cuán presente está el trabajo vivo en acto del trabajador sobre ese espacio, intentando imponer su modo de significar ese encuentro con el maletín de la cabeza, y ampliándolo con saberes que van más allá de los de la clínica. Recuerda a las distintas líneas de fuerza que actúan en el canto y el baile de los *brincantes*.

Se trata de un espacio ocupado por procesos productivos que solo se realizan en la acción entre los sujetos que se encuentran. Por eso, estos procesos son regidos por tecnologías leves que permiten producir relaciones y cuyos productos son, por ejemplo, la construcción o no de acogimiento, vínculos y responsabilizaciones, juegos transferenciales, entre otros. La presencia de situaciones más duras en ese espacio productivo es prácticamente insignificante, pues aunque el encuentro deba contar también con una cierta materialidad dura, no es dependiente de ella. Es como si el proceso de producción de un determinado acogimiento se pudiera realizar hasta en la calle, o en cualquier otro lugar.

Ese momento productivo, esencialmente del trabajo vivo en acto, está abierto a la disputa de capturas por parte de diversas lógicas sociales que buscan que la producción de las acciones de salud opere de acuerdo a ciertos intereses, limitando otros. Nunca pierde su tensión de espacio de disputas, y aún más, nunca pierde la demostración de que las fuerzas, aunque hayan sido relegadas, operan en acto con su presencia, siempre. En ese espacio es donde la búsqueda capturante del usuario presenta mayores chances de conquistas para imponer *finalidades* al trabajo vivo del trabajador.

La relación particular que adquiere este maletín con los otros dos define el sentido social y contemporáneo de actuar en salud: la producción del cuidado, como un modelado tecnológico (de salud) a través del cual se realiza el encuentro entre el usuario y su mundo de necesidades, como expresión de *su modo de andar la vida*, y las distintas formas productivas (tecnológicas) de capturar y transformar ese mundo en su objeto de trabajo.

Desde la óptica del trabajo en salud, las diferentes formas de concretar los modelos de atención a la salud y definir reestructuraciones productivas en el sector muestran que los acuerdos entre los maletines son estratégicos e, incluso, definen el sentido de los modelos, a partir de las configuraciones que adquieren internamente, y entre sí, los maletines de la cabeza y del espacio relacional.

Por ejemplo, en la medicina tecnológica hay un empobrecimiento del maletín de las tecnologías leves, que desvía el eje del acuerdo tecnológico hacia una articulación especial entre el maletín de las tecnologías leve-duras con el de las tecnologías duras, lo que muestra una relación cada vez más focal de la competencia de acción del médico, al punto de reducirse prácticamente a una unidad de producción de procedimientos, como el acto de salud pretendido. Expresa ciertos modos de proceder muy definidos, reducidos a meros procedimientos puntuales, subespecializados en el plano de la formación de la competencia profesional, con los cuales los profesionales establecen sus verdaderos vínculos y a través de los que capturan a los usuarios y su mundo. Aun así, no elimina la tensión constitutiva del conjunto de los actos de salud en tanto producción del cuidado, y mucho menos logra apagar el hecho de que el conjunto de las formas de proceder en salud son situaciones que buscan, particularmente, la captura del trabajo vivo en acto.

El trabajo médico, para plasmarse como una forma del cuidado en salud y conformar su lugar en la organización y estructuración de los modelos de atención, tiene que construir competencia de acción en dos dimensiones básicas de las intervenciones en salud: una, que es la dimensión propiamente cuidadora, pertinente a todos

los tipos de trabajos de salud y, la otra, la dimensión profesional-centrada, propia de su recorte tecnológico específico. La construcción de estas competencias se logra a través de acuerdos posibles entre los tres maletines, produciendo una intervención médica focalizada tanto en los procedimientos como en ciertas formas cuidadoras.

El cuidado es un acontecimiento autopoiético

En los procesos relacionales entre sujetos individuales y/o colectivos hay una micropolítica de los encuentros que se expresa en diferentes mapas, o mejor dicho, a través de una efervescente cartografía de los procesos relacionales que operan los sujetos del encuentro.

Para comprender partes de esta cartografía recorro a la noción de autopoiesis, que me ayuda a comprender un poco más los diversos procesos constitutivos de las acciones en los encuentros, como en el caso de la relación entre aquel que cuida y aquel que es cuidado. Dimensión típica del campo de la salud.

Por eso, antes de entrar en la micropolítica del cuidado como encuentro, sus tensiones y desafíos, retomo un fragmento del texto *A loucura e a cidade, outros mapas* (Merhy, 2003b) para compartir el concepto de autopoiesis.

Luego de describir situaciones de encuentro en las que lo que se mostraba eran procesos relacionales de dominación, exclusión, eliminación, entre otros procesos de interdicción, escribí:

De este modo, creé para mí una tercera imagen: pensé escenas bajo la perspectiva de una micropolítica de encuentros. A partir de esta idea intenté mirar de nuevo todas las escenas. Ya no bajo la óptica de que el presente era duro y de que el futuro sería mucho más duro. Intenté observarlas como *lugares* en los que se encuentran o relacionan territorios-sujetos, en acontecimientos y aconteceres. Y, allí, todas esas escenas comenzaron a mostrar otras posibilidades: allí, existían sujetos territorializados y en desterritorialización, encontrándose con sus dificultades, sus comensalidades, sus posibilidades, sus luchas; lo que me permitía mirar los encuentros de territorios sujetos en movimiento e intentar crear nuevas categorías para mirarlos y para pensar lo que sucedía, o podría suceder, en la micropolítica de los encuentros.

La primera noción que adopté era que allí sucedían diversas cosas al mismo tiempo y que no necesariamente se excluían. La segunda era que eso permitía obtener otra clave para ver *portadores de futuro*, tanto para la redención como para un cambio radical del encuentro. La tercera era que, en la micropolítica de los encuentros que se producían en las escenas, había diversas relaciones de exclusiones y fugas.

En esta micropolítica de los encuentros se territorializan, dentro de las locuras que contiene, relaciones en las que territorios y sujetos excluyen otros territorios y sujetos. Los encuentros revelan que los grupos de sujetos se colocan ante otras agrupaciones, con la voluntad y la acción de excluir al otro, incluso en su pensamiento. Al parecer, el otro, en tanto extraño, resulta ser una gran incomodidad, y no se soporta la posibilidad de que exista ni como

imaginario. Movimiento que se da en todos lados, de un lado hacia el otro, sin parar.

Estas escenas contenían estos puntos pero, además, contenían otros procesos de encuentro, otras situaciones que se producían al mismo tiempo que el proceso de exclusión, como si estos mismos grupos de sujetos procesaran de otra forma sus micropolíticas, a lo que denominé, para mi nueva lectura, encuentros autopoieticos. Como un acontecer en el otro acontecimiento-exclusión. (Merhy, 2003b)

¿Qué es, entonces, este encuentro autopoietico que opera en la relación cuidador-cuidado? Sería aquel en el que se produce, micropolíticamente, el encuentro de dos vidas, de tres vidas, de cuatro vidas, de n vidas en mutuas producciones. Esta palabra, autopoietico, la tomé prestada de la biología, que la utiliza para hablar del movimiento de una ameba, dado que expresa y simboliza la imagen de que caminar de un ser vivo se produce en vida. Expresa el movimiento que construye el sentido de vivir, de modo continuo; de lo contrario, su característica de ser vivo se extingue. Tienen la fuerza de representar el movimiento de la vida que produce vida.

La autopoiesis, por lo tanto, es eso: un movimiento de la vida produciendo vida, lo que me permite resignificar las escenas de los encuentros en la producción del cuidado en salud, que pasan a tener nuevos sentidos para mí: el mismo lugar, ocupado por la exclusión, es también un espacio de encuentro autopoietico. Hay una micropolítica inscrita dentro de la otra; y es lo que permite la sensación, por ejemplo, de que una escena que transmite la angustia de la muerte, que incluso puede encomendarse a ella, de repente, se asuma, y se instale la posibilidad de producción de vida en el encuentro de estos vivires.

La tutela autonomizadora de la producción del cuidado, en su modo de agenciar una liberación a partir de sí, en un aparente movimiento paradójico en el cual de la dependencia se busca generar liberación, para que no se torne un mero proyecto *autocentrado*, debe lograr que la producción del proceso liberador se realice simultáneamente con la del proceso público de establecimiento de responsabilizaciones, que se refiere al momento en el que las máquinas deseantes se involucran con otras, en posibles procesos cooperativos y contractualizados, en un movimiento en el que el actuar vivo de uno dispara producción de vida en el otro. Este es el sentido más intenso del cuidado como un acontecer *brincante*.

Producción del cuidado y producción pedagógica: integración de escenarios del SUS

Túlio Batista Franco

La gestión del SUS como escenario diversificado de aprendizaje

La educación en salud ha sido defendida como una práctica simple y ha acompañado el desarrollo del SUS desde que se impuso por conquista popular y con el estatuto legal de la reforma en la organización de la asistencia a la salud. Aunque se haya realizado una gran inversión en educación –desde que se instituyeron los principios de la reforma sanitaria brasileña o incluso antes de la concepción del SUS, en el seno de las luchas por la universalidad, la equidad y la integralidad de la atención, hasta la actualidad–, en las conversaciones entre gestores y trabajadores del área de la salud se constata con frecuencia que esa gran inversión de recursos y esfuerzos en procesos educativos no ha impactado en los servicios. Esto es lo que nos dicen Ceccim y Ferla (2003, p. 212):

...en Brasil se observó una reciente inversión en procesos de formación posteriores a la graduación o a la inserción en los puestos de trabajo del Sistema de Salud, sin que se instituya un proceso de cambio en la formación que aporte humanización, acogimiento, responsabilización para con el usuario de las acciones y servicios de salud y el desarrollo de proyectos de producción de autonomía en el cuidado y en la producción de la vida como objetos de aprendizaje y ajuste de los perfiles de trabajo individuales y colectivos.

En tal sentido, hay algunas cuestiones que nos interrogan desde hace tiempo, como por ejemplo: ¿por qué, a pesar de todo el esfuerzo en educación, las prácticas asistenciales, en su gran mayoría, siguen siendo las mismas, estructuradas por un proceso de trabajo que opera a partir de relaciones jerárquicas; la atención sigue siendo acotada y los trabajadores se escudan en su pequeño espacio de saber-hacer, demostrando gran dificultad para interactuar y conformar una práctica multiprofesional? ¿Por qué persiste en los servicios de salud un proceso de trabajo fragmentado, dentro de moldes tayloristas, con saberes aislados, con dificultades de interacción entre los miembros de un mismo equipo, y sobre todo, bajo los valores y la cultura de una

clínica que tiene como referencia al viejo modelo flexneriano¹ que sobrevive a las innumerables demandas realizadas en las diversas estrategias de educación (capacitaciones, revisiones, actualizaciones, etcétera) de los trabajadores de la salud?

Algunas respuestas pueden ser encontradas en el período de conformación de la reforma sanitaria brasileña. Las políticas educativas implementadas acarrearón una idea de procesos de gestión excesivamente normativos, sea por la herencia de subjetividades individuales y sociabilidades colectivas de la planificación y la organización de los procesos de trabajo, sea por la construcción del SUS en un momento en el que el protagonismo de grupos *sujeto* en el ambiente organizacional era visto como algo no esperado y no deseado por las esferas de mando en el interior de las organizaciones y muchas veces antagónico a ellas.

Iniciativas propias, creación y originalidad en el ambiente de trabajo se consideraban movimientos de resistencia, como también cuestionadores de una deseable dirección central de la estructura. Ese ambiente organizacional trae el imaginario de que la cadena de mando del sistema de salud ocupa el lugar del saber y este debe ser traspasado al nivel de la producción que supuestamente no tiene ese conocimiento necesario para operar los procesos disparados a partir de su dirección. Hay un sentido común de no reconocimiento del conocimiento generado a partir de las vivencias cotidianas en la actividad de trabajo.

La idea general de insuficiencia de los trabajadores, que los coloca como grupo *sujetado* a los procesos pensados por una instancia directiva, generó propuestas educativas tales como las vinculadas con la idea de *educación continua*, en las que la continuidad de la *transferencia de conocimiento* es necesaria para suplir una supuesta formación deficitaria para los servicios de salud. Las metodologías educativas implementadas con esa perspectiva se transformaron en verdaderas máquinas de captura de las subjetividades y de anulación de la capacidad creativa. El no reconocimiento de un saber generado desde *abajo* lleva a la formación de sujetos heterónomos (grupos sujetos en lugar de grupos-sujeto) y los trabajadores quedan reducidos a eso, sometidos a una *pedagogía de la dependencia*.

Sin embargo, la apuesta por una educación que proponga un cambio en los servicios de salud continúa siendo válida y actual, motivando la acción de miles de trabajadores, gestores y usuarios del SUS. Y en esta cuestión constatamos una importante paradoja en las políticas de educación del sector salud: por un lado, muchas inversiones institucionales, que históricamente se originaban en el Ministerio de Salud, ponen de manifiesto el deseo de operar procesos educativos eficaces que transfieran tecnologías de cuidado a los trabajadores del SUS y, por otro lado, el bajo impacto de esos mismos programas de educación en los procesos productivos del sector salud, es decir, en la práctica cotidiana de producción del cuidado. Tomamos esta paradoja como nuestro *analizador* del problema de la educación en salud, como “aquello que permite revelar la estructura de la organización, provocarla, forzarla a

¹El denominado modelo flexneriano es el modelo de enseñanza médica fue implementado a partir del informe Flexner, en 1910, que sugería una formación que tuviera como eje “la necesidad de enlazar la enseñanza con la investigación en las ciencias biomédicas”, lo cual derivó en una práctica médica centrada en el cuerpo anatomofisiológico y con el hospital como principal referencia (Nogueira, 1994, pp. 92-93).

hablar” (Lourau, 1996, p. 284) y entendemos que es imperativo comprenderla para avanzar en el proceso de cambio del SUS.

Para confirmar esto, las experiencias innovadoras, de cambios en los sistemas y servicios de salud, que tienen como base la reorganización del proceso de trabajo², han demostrado que la acción de los colectivos de trabajadores en una nueva forma de producción del cuidado crea en ellos un modo nuevo de significar el mundo del trabajo en salud. Al mismo tiempo que producen el cuidado, los trabajadores se producen a sí mismos como sujetos. Trabajo, enseñanza y aprendizaje se combinan en los escenarios de producción de salud como procesos cognitivos y de subjetivación, y suceden en forma simultánea como expresión de la realidad. Verificamos que, en la estructura organizacional del SUS, paralelamente a la línea de producción del cuidado, hay una línea de producción pedagógica.

Las líneas de producción del cuidado y pedagógica van desde la actividad de investigación, creación de conceptos innovadores y diversas prácticas educativas, hasta las prácticas cuidadoras de la base colectiva o individual de operadores: los trabajadores y usuarios de los servicios de salud. Todo esto cuenta con el apoyo de un gran número de organismos formadores que colaboran con el sistema de salud brasileño. Los diversos actores sociales y políticos implicados en la construcción del SUS y comprometidos con los ideales de transformación social, constitutivos del histórico movimiento sanitario, y que se reivindican como sus herederos, producen diversas propuestas educativas para la salud que traen, en su enunciado, la idea de educar con el objetivo de producir sujetos capaces de protagonizar cambios en los servicios de salud. La intención de las propuestas es organizar la acción, direccionándola hacia cambios en el nivel organizacional, técnico-asistencial y de las relaciones en equipo, como también en las formas de acogimiento y responsabilización por el usuario. Provocar cambios en algún sentido es lo que guía el esfuerzo pedagógico que se debe emprender actualmente.

El primer presupuesto, desde el cual partimos, es el de que la educación no se presenta como un objetivo en sí mismo, o sea, siempre educamos para un deseo. Así, entendemos los procesos educativos como dispositivos, tal como las corrientes institucionalistas nos ofrecen ese concepto, en las que “dispositivo” es “un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos y devenires, actualiza virtualidades e inventa algo radicalmente nuevo” (Baremlitt, 2002, p. 135).

El segundo presupuesto es el de la educación como institución que opera a partir de lo humano, es decir, moviliza a sujetos que traen como elementos constitutivos de su ser una historia de vida, un origen sociocultural, saberes constituidos a lo largo de su formación y vivencias en el trabajo en salud, es decir, toda la complejidad del vivir que forma una cierta subjetividad y pone, en el mundo, una forma singular en acción. Un tercer presupuesto es del que, en educación, el trabajo es en gran medida relacional y, tal como en la salud, es *trabajo vivo en acto* (Merhy, 1997c, pp. 71-112),

²Sobre experiencias innovadoras en sistemas y servicios de salud véanse, por ejemplo, *Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuáριοcentrada* (Malta et al., 1998); *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG* (Franco, Bueno y Merhy, 1999) y *Alcoher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo technoassistencial com base no processo de trabalho* (Franco et al., 2004).

por lo que los trabajadores de la educación cuentan con un gran autogobierno de su proceso de trabajo, lo que permite ponerlo a disposición de sus *usuarios*.

Al mencionar que es posible que la educación actúe en el mundo de las relaciones de enseñanza/aprendizaje como dispositivo, sugerimos que la acción pedagógica dispare procesos de subjetivación asociados a los cognitivos. La apuesta que se hace es la de que los procesos educativos puedan contribuir a la producción de sujetos, entendidos estos como colectivos con capacidad de intervenir en la realidad con el objetivo de transformarla. Ahora bien, un requisito importante para el protagonismo de un sujeto es la capacidad de autoanálisis, es decir, de “apropiación por parte de los colectivos autogestivos de un saber acerca de sí mismos, sus necesidades, deseos, demandas, problemas, soluciones y límites” (Baremblyt, 2002, p. 139). Grupos que serían capaces de *hablar por sí mismos*.

En ese escenario es que la idea de reorganizar los procesos de trabajo y de constituir un nuevo modo de producción de salud, con base en principios humanitarios y de solidaridad, se presenta como un objetivo a ser permanentemente perseguido, el proceso instituyente que trae en su enunciado lo nuevo como potencial. El trabajador de la salud opera su dimensión cognitiva, la de ser un trabajador dotado de plena capacidad técnica para intervenir sobre problemas de salud, y opera también una dimensión subjetiva, la de ser para sí y para el otro, confiriendo alteridad a los actos de cuidado, en los que el otro está siempre presente como sujeto en la acción de producir el cuidado.

Tal como señalamos hasta aquí, reconocemos la existencia de dos grandes dimensiones en el campo de la educación: una primera, cognitiva, dada por la capacidad de transferir y producir conocimiento técnico en salud, aplicado a sus procesos productivos, dentro de una cierta organización del trabajo y, una segunda, de subjetivación, dada por la capacidad que tienen ciertas pedagogías de promover cambios en la subjetividad.

¿De qué forma los procesos de subjetivación pueden ser verificados en las prácticas cotidianas de los servicios de salud? Para comprender mejor esta cuestión, imaginemos a un profesional haciendo una anamnesis y utilizando para eso un cuestionario prediseñado por la dirección del establecimiento de salud. Él puede hacer la anamnesis en poco tiempo, de manera burocrática, dando poco lugar a los actos de escucha y habla, y centrando su actividad en el cuestionario previamente estructurado; o puede hacerlo de otro modo, teniendo el cuestionario como guía e interactuando con el usuario, permitiendo un espacio común de intercambios, intercesor. Según Merhy (2002, p. 51), ese término es el que designa

...lo que se produce en las relaciones entre sujetos, en el espacio intercesor, que es un producto que existe para los dos en acto y no tiene existencia por fuera de esa relación en proceso, y en la cual los inter se plantean como instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos, incluso uno con relación al otro.

Según Merhy, entre el profesional y el usuario se abre un *espacio intercesor*, es decir que la relación mutua entre ellos es, al mismo tiempo, un lugar de construcción

común, en este caso, del cuidado en salud. Lo que hace que el trabajador actúe de una forma o de otra es su subjetividad, estructurada a partir de su historia de vida, de sus experiencias, de los valores que adquirió y que van a determinar una forma de analizar e intervenir sobre el mundo del trabajo en salud, a lo que contribuye su implicancia con el objeto: el problema de salud del usuario con el cual se relaciona. La subjetividad y la implicancia no aparecen en los manuales de enseñanza y aprendizaje, pero están presentes en todo proceso asistencial, de producción pedagógica y de salud.

Entendemos que los procesos educativos solo serán eficaces si, junto con los procesos cognitivos, consiguieran operar cambios también en las subjetividades de los trabajadores. Se han observado algunas experiencias en ese sentido, como, por ejemplo, la Residencia Integrada en Salud, implementada por la Secretaría Estadual de Salud de Rio Grande do Sul en 2002 (Ceccim y Ferla, 2003) y, en el ámbito de la educación permanente en salud, la experiencia de la Secretaría Municipal de Salud de Aracaju, analizada por Santos (2005) y Santana (2005). Además de esas experiencias *locales*, se puede mencionar el esfuerzo realizado para emitir una política nacional de educación y desarrollo para el SUS a partir del Departamento de Gestión de Educación en Salud del Ministerio de Salud durante la gestión 2003-2005.

Sobre la educación permanente en salud, Ceccim (2005, p. 161) menciona que:

...la educación permanente en salud asume, entonces, la definición pedagógica del proceso educativo que analiza el cotidiano del trabajo o de la formación en salud, permeada por las relaciones concretas que operan realidades, que posibilita construir espacios colectivos para la reflexión y evaluación de sentidos de los actos producidos en el cotidiano. La educación permanente en salud, al mismo tiempo que disputa la actualización cotidiana de las prácticas, según los más recientes aportes teóricos, metodológicos, científicos y tecnológicos disponibles, se inserta en una necesaria construcción de relaciones y procesos que van desde la actuación conjunta al interior de los equipos (involucrando a sus agentes), a las prácticas organizacionales (involucrando a la institución y/o el sector salud), y a las prácticas interinstitucionales y/o intersectoriales (involucrando las políticas en las cuales se inscriben los actos de salud).

La subjetividad es una producción sociohistórica y asume, por lo tanto, un carácter dinámico. Es “el conjunto de las condiciones que hace posible que instancias individuales y/o colectivas estén en condiciones de emerger como territorio existencial autorreferencial, en adyacencia o en relación de delimitación con una alteridad ella misma subjetiva” (Guattari, 1992, p. 19). Se estructura nuclearmente en el deseo, que se forma en los procesos primarios y que es su principal elemento. El deseo es también la energía que impulsa el actuar sobre el mundo. A los cambios en ese núcleo se los denomina “procesos de subjetivación”, y son capaces de alterar la intencionalidad bajo la cual las personas actúan sobre el mundo de la vida. La subjetividad puede sufrir procesos de cambio a lo largo del tiempo o puede ser llevada a eso. En el trabajo en salud, puede estructurarse bajo el ideal flexneriano de la clínica y concentrar toda la capacidad de un trabajador para lidiar con problemas

de salud en intervenciones en el cuerpo anatomofisiológico; pero, por otro lado, puede formarse a partir de ideales y representaciones simbólicas que entienden que el proceso salud-enfermedad se da a partir de múltiples fenómenos que son sociales, ambientales, clínicos y subjetivos, y demarcan, así, un modo de actuar diferente con respecto al sujeto que se presenta con necesidades de cuidados a su salud.

Lidiar con la subjetividad es extremadamente complejo y aún más difícil es cambiarla, o sea, crear procesos de subjetivación capaces de producir impacto en el modo en que cada uno interpreta y actúa sobre el *socius*. Esto es posible a partir de las vivencias, de experiencias de vida, en procesos que crean la exposición de las personas y que, al mismo tiempo, las afectan en su modo de pensar, ser y actuar sobre la realidad. Algo parecido a la pedagogía del *factor de exposición*, concepto desarrollado en la III Fase del Proyecto de Evaluación de Enseñanza Médica llevado a cabo por la Comisión Interinstitucional Nacional de Evaluación de la Enseñanza Médica (CINAEM, por sus siglas en portugués) y presentado en el informe “Preparando la transformación de la educación médica brasileña”, citado en Santos (2005, p. 106):

...los factores de exposición son objetos, recortes de la realidad vivida, modos de ver y de delimitar un determinado campo de la organización de la vida, con existencia real, naturaleza propia y siempre en producción, para los cuales podemos disponer de un conjunto de saberes y tecnologías que nos permiten comprender, significar e intervenir. Santos (2005, p. 106)

Para Santos, uno de los autores de ese informe, la apuesta que se hizo en el proceso de implementación del SUS en la ciudad de Aracaju, durante su gestión como secretario municipal de Salud, fue la de tomarlo como un “espacio de producción social de factores de exposición”. El autor nos habla muy objetivamente de procesos de educación en salud centrados en la experimentación y vivencias del cotidiano del trabajo, es decir, una metodología que opera procesos cognitivos y, al mismo tiempo, de subjetivación, pues dispara “agenciamientos colectivos de enunciación [...] del lado del socius, y más acá de la persona, del lado de intensidades preverbales tributarias de una lógica de los afectos más que de una lógica de conjuntos bien circunscritos” (Guattari, 1992, pp. 19-20).

A fin de provocar procesos de subjetivación, la educación permanente en salud debe involucrar a los sujetos con su propio proceso de trabajo, colocándose, según Merhy (2005, p. 174),

...ante el desafío de pensar una nueva pedagogía, que usufructúe a todas aquellas implicadas con la construcción de sujetos autodeterminados y comprometidos sociohistóricamente con la construcción de vida y su defensa, individual y colectiva, y que se aferre a una intervención que coloca en el centro del proceso pedagógico la implicancia ético-política del trabajador con su actuar en acto, produciendo el cuidado en salud, en el plano individual y colectivo, en sí y en equipo.

La gestión del SUS y sus flujos de educación permanente en salud

El SUS, por su dimensión y amplitud, por su capilaridad social y la diversidad tecnológica presente en las prácticas de los trabajadores, aparece en la arena de los procesos educativos de salud como un lugar privilegiado para la enseñanza y el aprendizaje, especialmente en los lugares de producción de salud, el *piso de la fábrica* del SUS, lugar rico de acción creativa de los trabajadores y usuarios. Educar en el y para el trabajo es el presupuesto de la propuesta de educación permanente en salud. En el SUS, los lugares de producción de cuidado son al mismo tiempo escenarios de producción pedagógica, pues concentran las vivencias del cotidiano, el encuentro creativo entre trabajadores y usuarios.

Es como nos dice Deleuze, cuando cita su implicancia con la lectura de Nietzsche: “Él da un gusto perverso [...]: el gusto de cada uno de decir cosas sencillas en nombre propio, de hablar por afectos, intensidades, experiencias, experimentaciones” (Deleuze, 1992, p. 15). En las unidades de producción de cuidado, en las que se producen los encuentros entre trabajadores y usuarios, se pueden observar fenómenos menos relacionados a lo cognoscitivo, y más vinculados al campo de los agenciamientos de subjetividad.

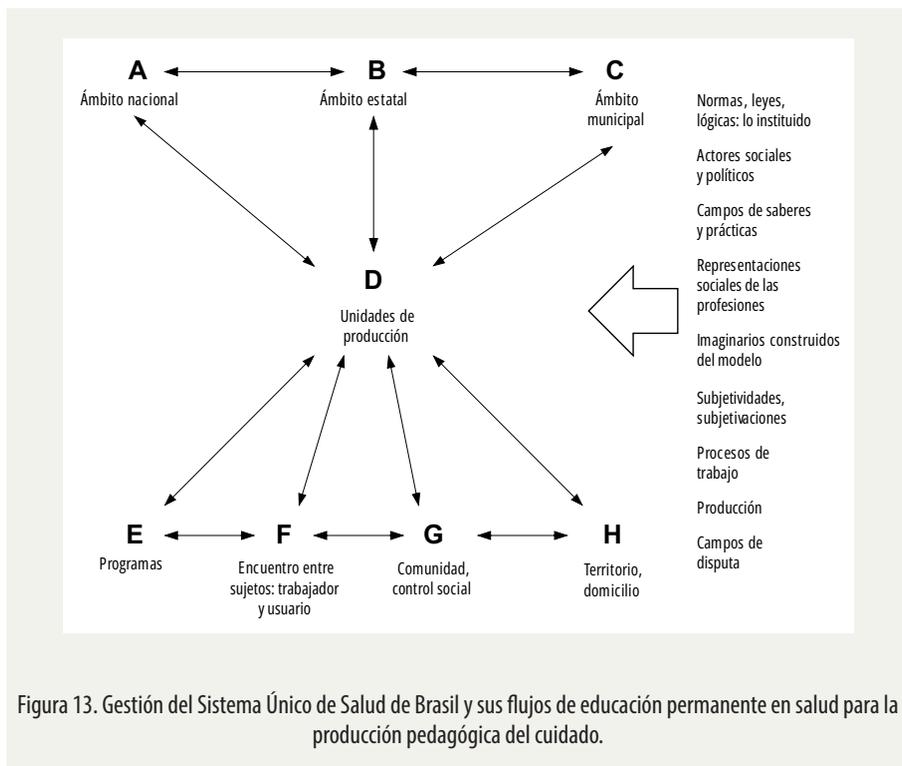
La red que constituye la gestión del SUS opera con una fuerte transversalidad, en especial cuando opera a través de *líneas de producción de cuidado integral* sobre las cuales trabajadores y usuarios buscan satisfacer las necesidades de salud. Para visualizar mejor esta red entrecruzada por vectores que actúan creando relaciones entre los diversos lugares de producción, proponemos la Figura 13 como diagrama interpretativo.

Este diagrama se diseñó en forma simétrica como recurso didáctico y de efecto demostrativo. Pero, en realidad, es absolutamente asimétrico, o sea, las posiciones de los escenarios cambian con la dinámica de los acontecimientos que los afectan; los vectores que indican los flujos no tienen la misma frecuencia y pueden tener intensidades diferentes. Hay una tensión permanente entre los diversos escenarios, dado que operan en red y esa relación tensa provoca desvíos de los flujos conectivos que asumen un efecto dinámico sobre ese estado. Esas tensiones y los flujos agregan elementos de una determinada producción (social, política, técnica y subjetiva) a las políticas de salud y educativas, que dependen de la acción de los sujetos o de grupos-sujeto en la micropolítica que opera en esos mismos escenarios.

El diagrama representa diversos lugares de gestión, espacios de microgestión y producción del cuidado en el interior del SUS, que conforman los flujos conectivos de la red. La microgestión se expresa en la regulación de la acción cotidiana de los trabajadores, que está dada por lo instituido como patrón de conducta técnica, ética, política y subjetiva, socialmente producida, que será asumida ante el usuario y su problema de salud. La norma puede escribirse como un protocolo o simplemente expresarse como una lógica que atraviesa las relaciones de trabajo.

Como el proceso de trabajo en salud es dependiente del trabajo vivo en acto, y se caracteriza por su autogobierno, inferimos que la microgestión es un espacio donde

los trabajadores se gestionan a sí mismos y a su proceso de trabajo, conformando prácticas autogestivas del trabajo en salud, o sufriendo procesos de captura por normativas instituidas sobre su proceso de trabajo. Entre los trabajadores, hay un flujo continuo de saberes y haceres que se traducen en los actos de habla y las prácticas en el ambiente microorganizacional, conformando escenarios relacionales de alta intensidad.



En esa estructura se organiza la gestión del SUS como capacidad de gobierno, definido aquí como la alta dirección del SUS y de las Secretarías de Salud, así como los espacios de gestión local que configuran una instancia intermedia de gerenciamento del gobierno general del SUS. Pero, sobre todo, hay un espacio –poco explorado aún– vinculado con la microgestión que opera fuertemente en la determinación del modo de producción del cuidado a la salud. Son escenarios con un fuerte potencial autogestivo, centrados en el “trabajo vivo en acto de manera constante, de modo similar al trabajo en educación” (Merhy, 2002, p. 48) y que, por eso mismo, le otorga al trabajador una alta libertad de acción sobre su proceso de trabajo.

Hay innumerables campos temáticos que atraviesan los escenarios de producción de salud generando transversalidad y creando tensiones sobre esa red, lo que potencia a los escenarios, en el sentido de la creación de posibilidades de

intervención en los problemas de salud y de educación. Es, al mismo tiempo, una arena de disputas de proyectos, en el ámbito intermedio del gerenciamiento, que obliga a realizar acuerdos entre los diversos actores implicados con la salud, sobre las formas de gestión de ese aparato asistencial, como también de cuidado a los usuarios.

La idea general de tratar la educación como dispositivo contribuye a comprender su función estratégica en el cambio de las prácticas de cuidado, sobre todo en la transición tecnológica en salud (Franco, 2003b), postura reivindicada por aquellos que luchan por un servicio de salud centrado en las necesidades de los usuarios (Malta *et al.*, 1998). Una práctica educacional –como la que se propone aquí– se sitúa en la perspectiva libertaria, con un claro sentido de provocar transformaciones en los sujetos y en el SUS. Los escenarios de producción de cuidado, en tanto escenarios de producción pedagógica, resignifican la educación en salud y la colocan más allá de la relación enseñanza-aprendizaje: en el ámbito de los agenciamientos cognitivos y de subjetivación, con el sentido de crear grupos-sujeto capaces de asumir para sí el protagonismo, bajo cierta intencionalidad que determina el desarrollo del SUS.

Conclusiones

La cuestión aquí planteada respecto de que las unidades de producción del cuidado son, al mismo tiempo, unidades de producción pedagógica se asocia a la idea de una *pedagogía en acto*, constitutiva de los protagonismos que componen el “cuadrilátero de la formación para el área de la salud: enseñanza gestión sectorial prácticas de atención control social”, sugerido por Ceccim y Feuerwerker (2004, pp. 41-65). Esa es una directriz sobre la cual se hacen nuevas apuestas de superación de los obstáculos al cambio en la salud, una apuesta que acredita que el cambio necesario pasa indiscutiblemente por la constitución de nuevos sujetos o grupos-sujeto y de otras subjetividades, despertadas/convocadas al interior de los servicios de salud.

Otro aspecto relevante de la educación permanente en salud es tratar el trabajo como núcleo de la acción pedagógica. Esto debe ser analizado desde la perspectiva de que la acción productiva es doblemente transformadora: al mismo tiempo que el trabajador produce los actos de cuidado, cambiando la realidad, se produce a sí mismo como sujeto. “La subjetividad es producida por agenciamientos colectivos de enunciación” (Guattari y Rolnik, 1999, p. 31).

La actividad del trabajo en salud produce enunciados durante todo su proceso. Por su naturaleza relacional, la dinámica del trabajo vivo en acto trae la posibilidad de tener el mundo de la salud en transformación y, sobre todo, la implicancia de los sujetos con la actividad productiva. Todo eso trae en sí la potencia del cambio de los trabajadores y de los usuarios. La producción pedagógica ocurre *pari passu* a la producción del cuidado, y sus elementos constitutivos son los procesos cognitivos y la formación de nuevas subjetividades.

Dentro de la educación permanente en salud identificamos el carácter inmanente entre la producción de cuidado y la producción pedagógica. Eso significa que

uno está dentro del otro, es decir que el trabajo está en la pedagogía y que la pedagogía está en la actividad laboral, y solo tiene la potencia de producir educación permanente cuando se produce esa inmanencia. La vivencia, o mejor dicho, la experimentación que posibilita la afectación de los sujetos del proceso educacional solo ocurre si el trabajo y la educación van juntos, al mismo tiempo, actuando transversalmente en los escenarios del SUS.

Los procesos de cambio en el SUS, especialmente en las formas de producción del cuidado, a partir de la reorganización del proceso de trabajo deben tener como presupuesto la educación permanente de los trabajadores de la salud, que emerge como la metodología eficaz para agregar nuevos conocimientos a los equipos y hacerlos protagonistas de los procesos productivos en salud. Todo esto tiene como telón de fondo la micropolítica de los procesos de trabajo que operan en los diversos escenarios del SUS, tanto los más relacionados a la esfera de la gestión, como los más relacionados al ámbito asistencial.

La producción imaginaria de la demanda y el proceso de trabajo en salud

Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy

Introducción

Hace algún tiempo venimos proponiendo la reorganización de los servicios de salud desde el presupuesto de la producción de cuidado: un proceso de trabajo usuario-centrado y relaciones de acogimiento, capaces de producir vínculo, en un proceso productivo que apuesta a las tecnologías más relacionales para la asistencia a los usuarios. En ese recorrido nos ha intrigado el hecho de que, algunas veces, nos deparamos con usuarios que llegan a las unidades de salud y que en la recepción solicitan una consulta médica o un procedimiento, como, por ejemplo, un *examen de sangre* o una *radiografía*, que no es lo que ellos de hecho necesitan, o lo que resolvería su verdadero problema.

El asombro aumenta al percibir que los profesionales de la salud tienen dificultades para lidiar con esa cuestión, pues se plantean el siguiente dilema: si aceptan, están haciendo un uso indebido de los recursos asistenciales, pues no es cierto que el usuario necesite los procedimientos solicitados por él mismo; y, si no aceptan, pueden ser acusados por el propio usuario de realizar una *mala atención*, de ser un *médico malo porque no recetó*, aumentando la tensión en la relación del equipo con su público.

Este fenómeno provoca un gran ruido en los servicios de salud, y puede revelarnos cómo se produce la demanda de los usuarios frente a los profesionales de la salud, de modo de funcionar como un analizador de la asistencia que se presta. Se supone que existe una relación entre el modo de producción de cuidado y la construcción de significados para el servicio de salud, generada por los usuarios en el ejercicio cotidiano de buscar asistencia, y esta parece ser una de las formas de construcción de la demanda a partir de la percepción del usuario y de los sentidos que este otorga a las prácticas asistenciales y su implicancia con la producción de salud.

La construcción de este texto parte del presupuesto de que el usuario, cuando entra en contacto con el servicio de salud, se conecta a este a través de flujos comunicantes por los que transitan ofertas, demandas, deseos, realizaciones de expectativas, satisfacción de necesidades, y que en esa comunicación se realiza la relación de cuidado o descuido. La búsqueda del servicio de salud se da a través de la percepción que el usuario tiene de lo que ofrece ese servicio. Y esa percepción no siempre es

objetiva, porque se forma a partir de un campo simbólico que el usuario utiliza para crear cierta idea de lo que el servicio le ofrece para resolver su problema.

Esta idea del cuidado que se produce en el servicio de salud está formada por un conjunto de representaciones que otorgan significado a la asistencia que se presta. Si esa asistencia no fuera capaz de hacer que el usuario se sienta de hecho protegido, es decir, si la idea de cuidado, traducida en actos asistenciales, no coincidiera con la de los usuarios, los flujos comunicantes en la relación usuario-servicio de salud se tornarían ruidosos y generarían conflictos y tensiones que impedirían la relación de cuidado.

Lo que se pretende en este texto es discutir la producción imaginaria de la demanda por parte del usuario, partiendo del presupuesto de que se construye socialmente y se relaciona de una manera o de otra con el perfil del servicio de salud y con la forma en que se efectúa la producción de cuidado y las relaciones entre trabajadores y su público.

La producción imaginaria de la demanda

Un primer aspecto que debe abordarse sobre la demanda proviene de las afirmaciones de Baremlitt (1992) en las que menciona que la demanda se construye a partir de la oferta, es decir que nadie demanda aquello que sabe que no puede ser obtenido en el servicio de salud. Un segundo aspecto se refiere al hecho de que la demanda, para un determinado servicio de salud, se construye a partir de la no realización de ciertas necesidades por parte de otros servicios, como, por ejemplo, la frecuente búsqueda de *tratamientos* que realiza el portador de una enfermedad crónica, que provoca un perfil de usuario dependiente de los servicios, esto es, que no consigue tomar la vida con un grado razonable de autonomía como resultado de un cierto déficit de cuidado proporcionado a partir de una determinada manera de trabajar en salud, o sea, pautada por la no interactividad con el usuario; un servicio así es incapaz de producir sujetos, autonomizar al usuario, por lo que lo torna *sujetado* a la lógica de la dependencia de procedimientos. Un tercer aspecto importante es el hecho de que los usuarios asocian la solución de sus problemas de salud a ciertos productos realizados por el servicio, como atribuir al procedimiento en sí mismo la satisfacción de necesidades.

Un fetiche, como si cualquier examen tuviese la propiedad natural de proteger la salud de las personas. Sin embargo, se observa que esa idea es muy común, es decir que el usuario se crea una imagen en la que sitúa toda la expectativa de ser cuidado y protegido en el procedimiento, cuando en realidad este es un recurso limitado, pues es solo una parte de un complejo proceso productivo de salud y su eficacia depende de muchas otras acciones que se desarrollan dentro de una determinada *línea de cuidado* producida al interior de los servicios de salud, y que están determinadas por procesos sociales, técnicos y de subjetivación, sobre todo por la capacidad de establecer relaciones intercesoras (Merhy, 2002), que se refiere al encuentro de personas, trabajador de la salud y usuario, para que juntas produzcan algo en común. En suma, son sujetos de un mismo proceso: el cuidado.

Partimos del presupuesto de que la asociación entre procedimiento y satisfacción de necesidades por parte de los usuarios es una construcción imaginaria inventada, tal como señala Castoriadis:

...hablamos de imaginario cuando queremos hablar de algo “inventado” –ya se trate de un “invento absoluto” (una historia inventada de cabo a rabo), o de un deslizamiento o un desplazamiento de sentido, en el que unos símbolos ya disponibles están investidos de otras significaciones que las suyas (normales o canónicas). En los dos casos, es evidente que el imaginario se separa de lo real, que pretende colocarse en su lugar. Castoriadis (1995, p. 154)

De acuerdo con Castoriadis, el imaginario utiliza lo simbólico para existir, expresarse, pasar del plano virtual al real. En el caso analizado aquí, es como si el usuario le otorgara al examen/procedimiento un significado creado por él mismo, y representara algo que no es real, como, por ejemplo, que el examen/procedimiento sea en sí mismo el responsable de todo el proceso de cuidado de un usuario, cuando sabemos que no puede de hecho producir el cuidado, sino que aquel, como ya fue mencionado, es solo una parte de un conjunto de acciones que dependen de ciertas tecnologías y procesos de trabajo con un perfil más relacional. Al atribuirle al examen/procedimiento funciones que no tiene, el usuario está actuando a través de representaciones simbólicas y conformando lo que denominamos “construcción imaginaria del objeto” que, en este caso, es el procedimiento.

Para ejemplificar mejor esta idea, tomamos un examen muy común y conocido por los usuarios, la radiografía, que es un producto que tiene una expresión material clara y objetiva, así como la propiedad de revelar determinada estructura interna del cuerpo. Como tal, es parte de un plan de cuidado del usuario que prevé la realización de ese examen como apoyo al diagnóstico realizado. Pero el usuario no ve la radiografía solo como un examen/procedimiento, sino que le otorga un cierto valor simbólico dándole el atributo de producir cuidado, como si la realización de aquel examen protegiera su salud, le trajera satisfacción, atendiera sus necesidades; esta es la producción imaginaria: ocasiona la demanda de un procedimiento, aunque no existan necesidades que justifiquen su consumo.

La construcción imaginaria del procedimiento lleva a la producción imaginaria de la demanda, es decir, la imagen que se crea respecto de lo que el procedimiento es capaz de hacer induce al usuario a demandar el procedimiento y no el cuidado, como si el examen fuese el cuidado y no la atención del equipo de salud. Al demandar el procedimiento, accede al nivel imaginario, aquel universo simbólico que le otorga un amplio significado al procedimiento, atribuyéndole una potencialidad que no tiene y que es la de producir el cuidado por sí mismo. Este universo simbólico que da significado al examen/ procedimiento opera también a nivel de los trabajadores de la salud imbuidos en el modelo *médico hegemónico, productor de procedimientos*, de manera tal que hay una producción imaginaria de la oferta alimentada por el modelo tecnoasistencial que induce al alto consumo de procedimientos. Por lo tanto, podemos percibir que la producción imaginaria de la demanda es una construcción

sociohistórica, cuya génesis es el modo de conformación de los modelos tecnoasistenciales de salud.

La historia de la conformación de los modelos tecnoasistenciales ya fue contada por innumerables autores, pero fundamentalmente nos interesa el hecho de que durante el siglo XX se desarrolló una clínica centrada en los conceptos flexnerianos, o sea, basada en la investigación biológica y restringida al desarrollo de una experticia de intervención anatomofisiológica. Se produjo así un reduccionismo de la práctica clínica, simplificando la idea de producción del cuidado en salud. Por otro lado, los modelos alternativos que se construyeron en ese período estaban centrados en la idea de la vigilancia a la salud y no consiguieron operar una reforma potente de la clínica (Campos, 1992).

Esa dicotomía, que es la de la historia de la reforma sanitaria brasileña, produjo una gran habilidad para la vigilancia y dejó a merced del mercado y del modelo médico hegemónico la conducción de la clínica, lo que resultó en la conformación de modelos volcados a la producción de procedimientos y de procesos de trabajo centrados en la lógica instrumental, en la maquinaria, en detrimento de abordajes más relacionales (Merhy, 1998; Franco y Merhy, 2003b).

Esa centralidad de la producción de salud basada en el procedimiento indujo a la formación de una imagen entre los usuarios respecto de que ese era el camino para construir el cuidado. Todo este movimiento impacta en el modo en que los profesionales y usuarios perciben el servicio de salud y crea procesos de subjetivación que producen en ellos una determinada forma de ver y de relacionarse con el mundo de la salud, es decir, una subjetividad que se organiza y opera un cierto imaginario de la demanda de procedimiento en vez de una demanda de cuidado.

Son muy conocidos los efectos de un imaginario que asocia calidad del cuidado con procedimiento, por las paradojas que produce en los servicios de salud: exceso de pedidos de examen y, al mismo tiempo, un gran ausentismo, o sea, los usuarios no asisten a hacerse el examen por la demora de los turnos, o incluso porque cuando llega la fecha del examen su problema ya fue resuelto; excesiva demanda de exámenes en contraposición a la incapacidad de los servicios de diagnóstico de conseguir absorber toda la necesidad; tensión entre los usuarios y los profesionales de la salud por la divergencia entre la construcción imaginaria de la demanda y la percepción de la necesidad técnicamente orientada por el profesional, a partir de una escucha calificada y una responsabilización por su problema de salud.

Estas paradojas indican las fuentes de conflicto existentes en los servicios de salud, que al mismo tiempo revelan su funcionamiento, la capacidad de producir cuidado centrado en los procedimientos en los usuarios, y el modo en que se puede deconstruir el *sentido común* que asocia procedimiento al cuidado deseado. Para los que trabajan con salud, el desafío es construir procesos de producción de salud capaces de afirmarse a través de nuevas referencias para los usuarios, dándoles seguridad de que un modelo centrado en las tecnologías leves¹, más relacionales, tenga la potencia de cuidar tal como él imagina y desea.

¹Para ahondar en los conceptos de tecnologías leves, leve-duras y duras, véase Merhy (1997c).

Hemos apostado a la idea de que los procesos de trabajo, mediados por ciertas tecnologías de cuidado, definen el perfil de la asistencia. Y así como el imaginario del cuidado centrado en el procedimiento fue socialmente creado, es posible construir otro, basado en la idea de cuidado centrado en el usuario. Esto permitiría armonizar la relación de los servicios de salud con su público, hacer que los usuarios y trabajadores, como sujetos del proceso de construcción de una nueva forma de hacer salud, puedan alinearse en un trabajo conjunto de construcción de un nuevo modelo tecnoasistencial.

La deconstrucción imaginaria de la demanda de procedimiento a través de un nuevo proceso de trabajo

El cambio de los servicios de salud es posiblemente la clave para la constitución de nuevas referencias simbólicas, capaces de reorganizar el imaginario sobre la producción de la demanda. Hemos trabajado un método en el cual el cambio del modelo se da a través de un proceso *en caliente*, es decir, a partir de discusiones y movilizaciones, fundamentalmente de los trabajadores y los usuarios, los principales sujetos protagónicos de una nueva organización del proceso de producción del cuidado. Estos sujetos construyen un nuevo servicio de salud y, en simultáneo, se construyen a sí mismos en el proceso, es decir, reciben el impacto de los cambios producidos en su entorno. Para operar la construcción de una nueva forma de producir el cuidado, es necesario cambiar el modelo productivo y promover una transición tecnológica en salud (Merhy, 2002; Franco, 2003a).

La transición tecnológica implica un nuevo patrón de producción del cuidado, que altera no solo el modo de organización del proceso productivo, sino que además invierte la composición técnica del trabajo, configurando la hegemonía del trabajo vivo en los procesos de trabajo, mediada por ciertas intencionalidades vinculadas con el acto de cuidar, lo que significa operar la asistencia con sentidos diferentes de los existentes en el *modelo médico hegemónico, productor de procedimientos*, pues su acción está volcada al campo de las necesidades de los usuarios. Siempre es un proceso de construcción social, política, cultural, subjetiva y tecnológicamente determinado (Franco, 2003a).

Se han llevado a cabo diversas experiencias de cambio en los servicios de salud² que apuestan a la reorganización del proceso de trabajo, a nuevas formas de actuar con los usuarios que resignifiquen la relación, institucionalizando en los servicios prácticas de acogimiento que abran espacios de escucha en las relaciones asistenciales y de cuidado.

Experiencias en las que el vínculo se sustenta en la responsabilización del equipo de salud por el cuidado de los usuarios, creando referencias seguras y, sobre todo,

²Véase Merhy (1997c); Franco, Bueno y Merhy (2000); Malta *et al.*, (1998); Malta (2001); Silva Jr., 1998); Merhy *et al.*, (2003); Franco *et al.*, (2004).

una fuerte idea de *empoderamiento* de los usuarios, a través de procesos de aprendizaje de cómo cuidarse y también procesos de subjetivación que hacen que ellos se sientan en condiciones y competentes y aptos para cuidarse. Como sujetos del proceso de producción de salud, ellos mismos aumentan su grado de autonomía frente a los servicios. Todo esto es posible a partir de la construcción de una nueva forma de actuar en la producción del cuidado que, además de un proceso de trabajo que apueste a la relación del equipo, propone una red solidaria de conversaciones entre los propios trabajadores en el momento de la producción, lo que posibilita la interacción de saberes y prácticas, la constitución entre los trabajadores de un nuevo ideario del trabajo en salud volcado a un significado de cuidado construido por el equipo y transmitido a los usuarios.

Como en cualquier proceso en el que se pretende romper con viejas formas y proponer nuevas conductas, el cambio implica un gran esfuerzo. Presupone intervenciones a nivel de la micropolítica, en cada lugar de trabajo, meterse con los diversos poderes instalados en el ambiente de producción de salud y con los intereses individuales, pactar con los saberes y formas de actuar existentes a nivel organizacional, resignificar las relaciones de trabajo y calificar la relación con los propios usuarios. En ese escenario complejo de cambio se desarrollan procesos de subjetivación que buscan cambiar actitudes, y eso es sin dudas un aspecto central a ser tratado en el tema de la producción imaginaria de la demanda.

El proceso instituyente que se abre con la reorganización del trabajo interpela a las viejas formas de actuar y organizar la producción del cuidado, pues busca deconstruir un trabajo productor de cuidado centrado en la producción de procedimientos, y construir otro centrado en el cuidado. Sobre todo, se trata de un proceso de disputas que debe buscar energía para estimular la acción de cada sujeto a partir de su propio lugar de producción.

Un presupuesto para el cambio es que los trabajadores y usuarios sean sujetos del proceso, es decir, capaces de un cierto protagonismo que cambie el sentido del trabajo y la producción de salud. El *deseo* ha sido señalado por Deleuze y Guattari como esa energía capaz de movilizar a los sujetos en procesos de construcción radicalmente nuevos, es decir, cambios sociales que apunten a un devenir que implique otra estructura de funcionamiento de las instituciones. “[Ellos nos dicen que] la producción social es tan solo la propia producción deseante en condiciones determinadas. Nosotros decimos que el campo social está inmediatamente recorrido por el deseo, que es su producto históricamente determinado” (Deleuze y Guattari, 1966, p. 33). Según los autores, el deseo que se forma en los procesos primarios, es decir, a nivel inconsciente, tiene en sí una potencia de producción, de creación de lo nuevo, que se manifiesta en la construcción de lo que los autores denominan *socius*, o sea, el campo social en el cual se insertan los sujetos. Es por excelencia la energía que mueve a los sujetos y su protagonismo.

De acuerdo con el ideario que da significado a la expresión *producción del cuidado*, como un modo de hacer salud a partir de las tecnologías más relacionales y trabajo vivo-dependientes (Merhy 1997c; 2002), podríamos afirmar que, en salud, la construcción de un nuevo modelo tecnoasistencial es un proceso revolucionario que se

abre en relación con el modo de producir salud, en las actitudes y subjetividades que se forman en el mundo del trabajo y del cuidado: “Se hace la revolución por deseo, no por deber” (Deleuze y Guattari, 1966, p. 361).

Los procesos de cambio necesariamente deben reconocer que en la fuente del deseo está la energía motora capaz de producir lo instituyente, enunciar y construir lo nuevo, resignificar el modo de hacer el cuidado. El cambio radical del modo de producir salud, como ha sido sugerido aquí, será un proceso construido por sujetos deseantes-revolucionarios, y el desafío es que los trabajadores y usuarios sean portadores de ese sentido en sus vidas.

Cuando los autores mencionan que el deseo es capaz de modificar el *socius*, están refiriéndose naturalmente a la subjetividad como uno de los factores que conducen al proceso de cambio. La subjetividad se produce a partir de las vivencias y los registros que las personas acumulan en sus experiencias de vida y está socialmente determinada, por lo que es dinámica y mutable en el tiempo. Por eso es posible que existan trabajadores de la salud con actitudes de acogimiento para con los usuarios, que producen el cuidado en forma independiente a la orientación de las instancias gestoras de un determinado servicio, así como otros que producen procedimientos a partir de relaciones acotadas y burocráticas con los usuarios, provocando que estos se sientan desprotegidos en las relaciones de cuidado. Lo que estructura un comportamiento u otro, es decir, la actitud de cada uno con relación al usuario y a los otros trabajadores, es notoriamente su subjetividad, expresión del deseo de actuar en el mundo de un cierto modo.

Para el desarrollo de los procesos de cambio del modelo asistencial, identificar el papel central de la subjetividad nos trae nuevos desafíos: reconocer que el protagonismo de los sujetos trabajadores y usuarios para cambiar el funcionamiento de los servicios de salud, no se va a dar solo a través de la excelencia técnica, es decir, a través de procesos cognitivos vinculados al modo de hacer salud, sino que será necesario invertir en procesos de subjetivación para que estos sean portadores de proyectos que recuperen la utopía activa de un servicio de salud centrado en el usuario, productor de cuidado, en el sentido de asumir prácticas de acogimiento y responsabilización de su público.

Cambiar de actitud y asumir una nueva propuesta de modelo asistencial no es tan fácil como parece. Los trabajadores de la salud, que detentan un saber y prácticas tradicionales que reflejan el *modelo productor de procedimientos*, requieren una deconstrucción a nivel cognitivo y subjetivo del proyecto al que adscriban hasta ese momento. Eso es posible a través de procesos de autoanálisis en los que ellos interrogan a sus propias prácticas y cuestionan su tradicional modo de actuar frente al usuario y a la producción del cuidado.

Los métodos de intervención colectivos para la organización de los servicios de salud deben considerar esa premisa y conducir a los grupos de trabajadores a procesos autoanalíticos, al mismo tiempo que construyen un nuevo sentido del trabajo en salud y producen una nueva forma de interpretar y de relacionarse con el mundo del trabajo y de la producción del cuidado. En este caso, se trata de establecer flujos comunicantes entre los diversos sujetos presentes en la escena de producción de salud, usuarios y

trabajadores, asociados a una idea común de asistencia a la salud, de cuidado, resignificando saberes, actitudes, modos de relacionarse y prácticas de cuidado.

En la experiencia realizada con grupos de trabajadores de servicios de salud, hemos observado que algunas herramientas analizadoras pueden ayudar a provocar ese efecto de autoanálisis en los escenarios de producción y a que se relacionen con su proceso de trabajo; como, por ejemplo, el “flujograma analizador” (Merhy, 1997c; Franco y Merhy, 2003b; Silva Jr. et al., 2003), la “red de petición y compromisos” (Franco y Merhy, 2003b), la propuesta de “matriz de análisis de conflictos” (Cecilio, 2005), o el método de cogestión de colectivos (Campos, 2000).

Naturalmente que esas herramientas por sí solas no producen el efecto autoanalítico y de transformación de los sujetos, pero asociadas a un método de intervención provocador, dialógico, interactivo, constructivista, pueden llevar a eso, abriendo la posibilidad de producir realmente un cierto protagonismo de los sujetos trabajadores individuales y colectivos, en el sentido de constituir un nuevo proceso de trabajo, centrado en la producción de un cuidado más involucrado con la defensa de la vida en el plano individual y colectivo.

Conclusión: producir cuidado centrado en el usuario para construir una nueva imagen de la demanda

En este trabajo planteamos que un nuevo tipo de servicio de salud puede producir otro referencial para los usuarios, que deconstruya el imaginario que tienen sobre el procedimiento, otorgándole la dimensión exacta que debe tener, y que resignifique la idea del cuidado al valorizar, sobre todo, el trabajo realizado por todos los profesionales de la salud y las tecnologías relacionales, a menudo relegadas en función de la dureza del modelo hegemónico y de la propia forma en la que este modelo está estructurado en la cabeza de cada trabajador y usuario.

Sugerimos así que las demandas se adapten a la forma en la que vemos a un servicio funcionando en una determinada imagen objetivo: procesos de trabajo en equipo, multiprofesionales, con centralidad de tecnologías leves, en los que el trabajo vivo opere con el grado máximo de libertad; valorización de las tecnologías de un cuidado cuidador que busque producir en los usuarios prácticas de autocuidado, para lo cual deben transferir conocimientos y actuar sobre su subjetividad a fin de que el usuario opere su relación con el mundo desde la lógica de la vida, practicando hábitos y cuidados consigo mismo que eviten el padecimiento y produzcan coeficientes mayores de salud. Esto significa que es necesario actuar sobre su subjetividad, para que el usuario tenga la potencialidad suficiente como para actuar de este modo consigo mismo.

Lo que se está sugiriendo aquí es una deconstrucción del imaginario en el cual el producto/procedimiento ocupa un lugar privilegiado en la idea de cuidado, atrayendo para sí al conjunto de la demanda, y, al mismo tiempo, la construcción de otra idea de cuidado, que llevaría naturalmente a la producción de un tipo de demanda

asociada al cuidado de la salud, evitando así la tensión existente en la actualidad, fruto de la contradicción entre el modelo de producción de cuidado que se está proponiendo y el modelo productor de procedimientos.

Como se analizó en el texto, para que todo eso ocurra es necesario contar con un proceso que busque construir nuevas bases productivas en salud asentadas en el actuar cotidiano de los sujetos, que partan de modelos centrados en los usuarios, que respeten su singularidad y que aquellos actúen como productores del cuidado integral de la salud.



Los centros de atención psicosocial y sus trabajadores, en el ojo del huracán antimanicomial: alegría y alivio como dispositivos analizadores¹

Emerson Elias Merhy

Ideas

En su tesis de doctorado en Salud Colectiva, sobre el trabajo médico en el Programa de Salud Familiar de San Pablo, Angela Capozzolo² planteó la interesante imagen del “ojo del huracán” para representar cómo veía la promesa de este programa con respecto a su carácter alternativo y sustituto del denominado “Modelo médico hegemónico” (Menéndez, 2020), el cual considera que no tiene la capacidad de operar la producción de salud pues está, ante todo, comprometido con los intereses económicos y corporativos predominantes en la sociedad, y no con el mundo de las necesidades de salud de los individuos y colectivos.

Sin discrepar con la visión crítica que nos ofrece del modelo médico hegemónico, lo que me llamó la atención, y de lo cual voy a tomar algunas cosas prestadas de Angela, es la idea de que aquel que promete ser alternativo y sustituto de otro modo de producir acciones de salud, o incluso aquel que desde su lugar hace una lectura crítica de las formas hegemónicas de construir prácticas de salud, solo puede estar en el “ojo del huracán”.

No quiero con esto copiar los mismos sentidos de esta representación, pero nos ayuda a mirar lo que la red de centros de atención psicosocial (CAPS) promete actualmente con el discurso del movimiento antimanicomial y el campo de las estrategias para la reforma psiquiátrica en Brasil.

¹Me gustaría dejar en claro que este texto es un ensayo que refleja el trabajo colectivo realizado junto con los profesionales del Servicio de Salud “Dr. Cândido Ferreira” (Campinas, Brasil) durante el año 2003, con quienes pude vivenciar muchas situaciones acuciantes, engorrosas, que reflejaban cuán dura es la vida de los que apuestan al cambio. Les debo muchas de sus ideas, que sistematizo aquí y a las que agrego nuevos elementos. Muchos de los términos que utilizo –como “alivio”, “cuidar de cuidadores”, etcétera– están tomados de varios otros autores con los que vengo trabajando. En el transcurso de este texto cito parte de las fuentes, otras ya son tan mías que no las identifico, pero reconozco que son de múltiples autores.

²Angela presentó este trabajo como su tesis de doctorado en el marco del curso de posgrado en Salud Colectiva del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Universidade Estadual de Campinas (DMPS/Unicamp).

Aquellos que proponen que avanzar hacia la conformación de redes sustitutas al manicomio es apostar por la construcción de CAPS –lo cual me parece muy acertado– están en un lugar muy similar a aquel que describí anteriormente en el estudio de Angela. Pues, en este sentido, entiendo que los CAPS prometen hacer una crítica del mundo manicomial y ser un lugar de construcción de prácticas alternativas y sustitutas.

Reafirmo que las experiencias de construcción de los CAPS han sido muy productivas para generar procesos antimanicomiales y, de hecho, han mejorado la vida de miles de usuarios de estos servicios.

Osaría decir que entre sus misiones hay algunas que han mostrado una superioridad efectiva de estos tipos de equipamientos frente a lo que la psiquiatría clásica y los manicomios construyeron en estos últimos siglos. De hecho, los CAPS están dirigidos, como equipamientos de salud, a la producción de intervenciones en salud mental, que se rigen por:

- el derecho del usuario a ir y venir;
- el derecho del usuario a desear el cuidado;
- la oferta de acogimiento ante una crisis;
- la atención clínica individual y colectiva de los usuarios, en sus complejas necesidades;
- la construcción de vínculos y referencias, para ellos y sus *cuidadores familiares* o equivalentes;
- la generación de alivio en los demandantes;
- la producción de lógicas sustitutivas en red; y
- el apoyo matricial con otras complejidades del sistema de salud.

El hecho de crear oportunidades y generar redes de rehabilitación psicosocial inclusivas, en términos de finalidades, los transforma tanto en dispositivos efectivos de tensión entre las nuevas prácticas y los *viejos hábitos*, como en lugares de mejoras reales en la construcción de formas sociales de tratar y cuidar la locura.

Por eso, estar en el *ojo del huracán* antimanicomial los convierte en lugares en los que se manifiestan grandes conflictos y desafíos, como vengo señalando en el transcurso de este texto; y osar dar cuenta de estas misiones gigantescas es estar dispuesto a operar con el tamaño de su potencia y gobernabilidad, adoptando como uno de los principios el de ser un dispositivo, lo que implica producir nuevos colectivos por fuera de sí mismo.

En este sentido, están en el ojo del huracán y, como tal, los que lo están fabricando deben y pueden usufructuar las dudas y las experiencias, y sería muy interesante que lo transformaran en un elemento positivo, como marcador contra aquellos que imaginan que ya se constituyó en el lugar de las certezas antimanicomiales.

Esta última postura, la de las certezas, conlleva un gran peligro. Estar en el ojo del huracán es provocar a un enemigo poderoso: el conjunto de los que instituyeron e instituyen el mundo, un mundo manicomial. De este modo, sostener que en la conformación de los CAPS debemos seguir modelos cerrados o recetas es eliminar su interesante multiplicidad y no aprovechar el hacer colectivo, solidario y experimental. Esto abre la posibilidad de que ese enemigo poderoso sea el referencial

crítico, haciendo de la crítica un lugar de negación y no un campo estimulante de cooperación, reflexión, autoanálisis y resignificación de las prácticas que, ante todo, se propone producir nuevas vidas deseantes, nuevos sentidos para la inclusión social, donde antes solo había exclusión e inhibición de los deseos.

Apostar fuerte en este sentido implica creer en la construcción de nuevos colectivos de trabajadores de la salud en el campo de la salud mental, que con sus actos vivos, tecnológicos y micropolíticos del trabajo en salud, consigan producir más vida e impidan la producción de la muerte manicomial en cualquier lugar donde ocurra.

Uno de los ejes nucleares de esta reflexión es la noción de que el trabajo en el campo de la salud mental –que se dirige a desinhibir la producción del deseo y, al mismo tiempo, a generar redes inclusivas en la producción de nuevos sentidos para vivir en el ámbito social– es de alta complejidad, múltiple, interdisciplinario, intersectorial e interprofesional; y es factible solo si forma parte de una *revolución cultural* del imaginario social de los diversos sujetos y actores sociales, o sea, si se constituye, además, como generador de nuevas posibilidades antihegemónicas de comprender la multiplicidad y el sufrimiento humano dentro de un campo social de inclusión y ciudadanía.

Señalo nuevamente que este trabajo tiene que ser portador de una capacidad de vivificar modos de existir excluidos y antiproductivos, así como debe permitir que la vida produzca vida, finalidad de cualquier trabajo en salud en tanto trabajo que opera, en su dimensión tecnológica, modos de trabajo vivo en acto que pueden y deben, desde mi concepción, adquirir sentido en la medida en que su *alma* sea la producción de un cuidado en salud dirigido a que los usuarios –para quienes la vida, como utilidad, tiene mucho sentido– ganen autonomía y vida.

Apostar fuerte en este sentido es permitirse usufructuar el hecho de ser el lugar de lo nuevo y del acontecer abierto y experimental, construir un campo de protección para quien tiene que inventar cosas no pensadas y no resueltas, para quien tiene que construir sus cajas de herramientas, muchas veces en acto, para quien, siendo cuidador, debe ser cuidado.

Siempre será una apuesta, en buena medida experimental, construir nuevos modos tecnológicos y sociales que permitan el nacimiento, en un terreno no fértil, de la subjetividad apresada de la locura excluida e inhibida, de nuevas posibilidades deseantes, protegidas en redes sociales inclusivas.

Por eso, para todos aquellos que estén implicados con estas apuestas, incluso teniendo pistas sobre cómo lo llevaron a cabo en algún lugar, cómo algún colectivo ya lo puso en práctica y lo realizó, debemos protegernos de tomar esas experiencias como paradigmas y recetas, de transformarlas en guías de nuestras prácticas, y, sabiamente, considerarlas como pistas, como momentos y lugares, mirarlas como alimentos para digerir y resignificar con nuestro hacer, con nuestros colectivos reales, en nuestros mundos concretos.

Propongo ingresar a esta apuesta de un modo crítico, solidario, experimental, impidiendo que los enemigos sean los que formulen nuestros cuestionamientos. Hagámoslo entre nosotros, ampliando de esta forma nuestra capacidad de inventar muchas maneras de ser antimanicomial. Partamos del principio de que ya sabemos hacer muchas cosas y que, además, no sabemos muchas otras; o incluso, que hacemos

cosas que salen mal. Por lo tanto, reconozcamos que es interesante y productivo construir una *escucha* de nuestro hacer cotidiano para captar esos ruidos del lugar donde se apuesta a lo nuevo, porque se está frente a la permanente tensión entre una nueva y una vieja forma de hacer psiquiatría y/o sus equivalentes.

Como regla, al depararnos ante una tarea de este tipo, dirigimos nuestra mirada inmediatamente hacia aquel que otorga el sentido del trabajo en salud: el usuario y su mundo de necesidades y posibilidades y, con tino, salimos a probar modos de señalar que nuestro actuar antimanicomial produce desinhibición de deseos e inclusión. Sin embargo, sobre esto me gustaría dar otro giro, pues entiendo que un colectivo involucrado con este tipo de accionar, para tener las capacidades que se requieren, necesita recrear por sí mismo, y de manera constante, mecanismos de re-producción que garanticen el colectivo como espacio de vida de sus protagonistas.

Propongo, en adelante, mirar el colectivo de trabajadores de un CAPS como *máquina deseante*, como un lugar que nos estimula a hablar sobre lo que estoy señalando, tanto como aquel que analíticamente se pregunta lo que estamos haciendo con el usuario y nuestro trabajo en salud.

Reflexionando sobre el cotidiano de un equipo de un CAPS: ofreciendo ideas

La mirada que ofrezco en esta reflexión proviene del lugar de quien en este último tiempo se ha dedicado a *cuidar* a los cuidadores, término que tomo prestado de Cinira Fortuna³ (2003), quien estudió el *modus operandi* de un colectivo de trabajadores de la salud en Ribeirão Preto. Pues bien, estoy ofreciendo una mirada desde ese lugar que ocupamos, junto a otros colectivos que operan en salud mental, en la red de Campinas, vinculados a los equipos del Servicio de Salud “Dr. Cândido Ferreira”.

Entre las muchas cosas interesantes y acertadas que realizan los trabajadores, vi y veo, también, muchas dificultades para entender y resolver diversas cuestiones vinculadas a su exigente cotidiano, en el que se cruzan distintas e importantes intencionalidades. Entre ellas destaco, por un lado, un cotidiano fuertemente habitado por intensas demandas de cuidado por parte de usuarios muy diversos y, fácilmente, en estado de crisis; y, por otro, la notoria presencia de un imaginario del trabajador en el que su actuar clínico es suficientemente amplio y su red de relaciones intra e intersectorial, más allá de la clínica, es adecuadamente inclusiva, de tal manera que, con su hacer, el loco no va quedar ni más enloquecido, ni excluido.

Transitar este camino ha colocado sobre el hombro de los trabajadores *cargas* importantes que fácilmente generan formas de actuar arduas, que los hacen experimentar, todo el tiempo, sensaciones tensas y polares como las de potencia e impotencia, construyendo en el colectivo de trabajadores situaciones muy paradójicas

³Cinira presentó esta temática en su tesis de doctorado del curso de posgrado de la Escuela de Enfermería de la Universidade de São Paulo, Campus Ribeirão Preto.

en las cuales reclaman al conjunto, y a sí mismos, posicionamientos profesionales y estados de ánimos muy difíciles de sostener durante todo el tiempo de trabajo; particularmente, para aquellos que ofrecen su trabajo vivo para vivificar en el otro el sentido de la vida.

No es casual que muchos trabajadores, en supervisión, se lamenten de su extenuación, de su tristeza, de su incapacidad para acoger al otro todo el tiempo y de su pánico frente a las crisis de los usuarios. Y se exigen a sí mismos exactamente lo opuesto: estar siempre dispuestos y aptos, estar siempre atentos y alegres, ofrecer escucha en todo momento que sea necesario y entender las crisis como eventos positivos y como oportunidades.

Estas manifestaciones son tan frecuentes, sufridas y dubitativas que debemos abrimos para escucharlas, y es justamente esto lo que quiero analizar ahora. Antes que nada, me gustaría proponer que encaremos estas situaciones como lugares de polaridades no excluyentes y, al mismo tiempo, que consideremos estas polaridades como constitutivas del *ojo del huracán* en el que se encuentran los CAPS y sus trabajadores. Y, así, como materia-prima/oportunidades para pensar y problematizar cómo se fabrican o se pueden fabricar CAPS antimanicomios.

Las paradojas del cotidiano y qué aprender con ellas para pensar la producción de los antimanicomios

Me restrinjo, nuevamente, al ámbito de los CAPS, pues podría abordar la construcción de antimanicomios de una manera más amplia, lo que sería muy pertinente por el hecho de que lo manicomial no es un lugar, sino una práctica social, cultural, política e ideológica. Sin embargo, a los efectos de lo que he dicho hasta ahora, situarse en los CAPS ya es mucho.

A partir del principio de que solo produce nuevos sentidos para vivir quien tiene vida para ofrecer, voy a intentar pensar en un equipo alegre, que no se agota, que actúa sobre la crisis como una oportunidad.

En este momento, otro préstamo es útil. Spinoza me ayuda a pensar –en forma muy libre– que la vida en producción, como lugar de expresión de lo divino, se manifiesta de varias formas y, entre ellas, la alegría es una de las más interesantes, porque un cuerpo alegre está en plena producción de vida, en expansión. Por eso, tomo prestada esta idea para sugerir que solo puede estar involucrado con un actuar antimanicomial un equipo de trabajadores alegres. O sea, solo un colectivo en plena producción de vida, en sí y para sí, puede ofrecer, con su hacer, la producción en otros de nuevas formas de vivir no dadas. O, por lo menos, incitarlos a eso.

Tomando la alegría como indicador de la lucha contra la tristeza y el sufrimiento al que son sometidos todos los colectivos de trabajadores de la salud, podemos utilizarlo también como analizador de sus prácticas. No es que imagino al colectivo como un montón de *Penélope saltarinas*, sino que pienso que en la dupla tristeza/

alegría de este colectivo, en su hacer cotidiano, puede haber algunas claves autoanalíticas para poner en discusión sus procesos de trabajo y sus implicancias.

Las experiencias con grupos de trabajadores me sugirieron la idea de que hay que instituir, como parte del cotidiano, además de las supervisiones institucionales y clínicas, acuerdos autogestionados por los trabajadores que les permitan reordenar sus tristezas y sufrimientos realizando, incluso, autocuidado de sí como cuidadores. Acuerdos que los descoloquen, pero los recolocan, en ese hacer cotidiano que los consume en vida y en acto, como si fuesen seres antropofágicos. Situación no difícil de entender en procesos de trabajo que se alimentan del trabajo vivo en acto, como cualquier actuar en salud.

Por eso, añado la idea de extenuación o, mejor, de agotamiento del trabajador y del equipo. Aquí, el préstamo es de las líneas de investigación que, desde el campo de la salud del trabajador, han pensado el burnout como expresión de procesos de trabajo altamente explotadores y alienantes. Es decir, traigo como indicador analítico la noción de extenuación del trabajador para agregarlo al de alegría/tristeza, en el sentido de que en tanto productor de nuevas posibilidades de vida, consume su propia vida, y si no la reproduce todo el tiempo, se agota. O sea, provoca un agotamiento total de su energía vital.

En el cotidiano, poder generar procesos que expongan estas cuestiones es permitir que el colectivo piense y hable sobre eso, y que actúe sobre la producción de estas situaciones y estados. Veo que los trabajadores que buscan transitar este camino cuestionan de un modo muy productivo su propio hacer manicomial, se interrogan sobre lo que los entristece y extenua, y con estos interrogantes abren oportunidades de resituarse con relación a nuevas posibilidades antimanicomiales.

Ofreciendo imágenes

Imagínense a un trabajador que, en un encuentro del equipo, relata el sentido de no-vida y el agotamiento que siente al final de cada día de trabajo; que cuando sale del servicio o de las actividades siente un alivio enorme, adquiere más oxígeno y respira mejor; que no tiene ganas de volver al día siguiente. Imaginen a este trabajador que al llegar a un CAPS se encuentra con decenas de usuarios que participarán de varias actividades, de algunas de las cuales es el responsable y, de repente, uno de sus veinte casos de referencia entra en una crisis seria en el domicilio.

Este trabajador, para dar cuenta de estas tareas, deberá apoyarse en el equipo, pero también tendrá que actuar en forma directa en la crisis de su caso de referencia. Deberá usar su clínica, sus perspicacias, sus redes de ayuda. Tendrá que generar intervenciones singulares y nuevas redes. Podrá y tendrá que aprovechar la oportunidad que le ofrece la crisis para resignificar el proyecto terapéutico que ha gestionado con relación a ese usuario. Puede incluso descubrir nuevas pistas intersectoriales para crear otros sentidos para sus otros casos de referencia.

En síntesis, va a tener que acoger, escuchar, resignificar, exponerse a vínculos y juegos transferenciales, abrirse en red, actuar en líneas de fuga. Deberá ejercer saberes tecnológicos clínicos, construir redes de encuentros entre competencias de intervención, abrirse a redes intrasalud que puedan soportar y agregar nuevas formas tecnológicas de actuar, e incluso al momento de una crisis que puede tornarse un serio caso de urgencia y emergencia, tendrá que tener una red de soporte.

Alguien que está exhausto y triste, sin alivio, frente a todas estas demandas y necesidades, ¿cómo va a generar vida y además producir acciones nuevas e innovadoras? Si este trabajador se sumara a un grupo que lo ampare y lo escuche, probablemente transmitiría una sensación de mayor agotamiento y tristeza, una gran sensación de impotencia, o incluso mencionaría que pudo realizar las tareas porque no fue antimanicomial, sino un burócrata de la atención que puso en marcha el flujo de atención pero que no lo domina ni lo comprende. Solo activó el cotidiano. Generó alivio en los otros.

De hecho, en situaciones similares he visto muchos equipos que relatan su miedo ante las crisis, las urgencias y emergencias, y la catástrofe que ha implicado tocar, simplemente, los flujos de atención. Esto ha sido tan significativo que, en una actividad de supervisión concreta, algunos trabajadores llegaron a montar la siguiente imagen: nosotros generamos alivio en los otros, pero no tenemos ningún alivio para mirar y repensar nuestro trabajo; no sabemos si somos o no un colectivo/dispositivo antimanicomio.

Y el desafío que le planteé al equipo –con el cual pude pensar y sistematizar gran parte de lo que analizo en este texto– fue el de imaginar las distintas posibilidades de producción de una alegría y un alivio en el cotidiano de un trabajador implicado con un actuar antimanicomial, encarando la producción cotidiana de lo inverso a la tristeza y el agotamiento para poder crear una apuesta colectiva para deconstruirlos. En esta dirección, estoy sugiriendo, además de los ejes planteados, focalizar en la producción del alivio productivo antimanicomial como un arma poderosa a favor de la construcción de los CAPS antimanicomios.

Alivio productivo antimanicomial: ¿qué significa eso?, ¿cómo imaginarlo?

Todo proceso de trabajo que capture plenamente el trabajo vivo en acto impide la construcción de alivio productivo por parte del trabajador y el equipo, sin libertad para resignificar sus actos e inventar nuevas posibilidades y sentidos para su hacer productivo. Organizar CAPS que alivien a los demandantes, sin construir mecanismos descapturantes del trabajo vivo en acto, impide que el trabajo en salud mental se torne un dispositivo de intervención antimanicomio. Esto plantea la construcción cotidiana de alivio como una gran tarea, para que el trabajo vivo en acto genere nuevos caminos.

¿Cómo hacer eso? Sin recetas. Creo que cada colectivo debe problematizar, en su hacer, las implicancias con el actuar antimanicomial y la construcción del trabajo en tiempo real al interior del equipo, dirigiéndolo intencionalmente para crear nuevos sentidos del vivir del loco y de la locura en la sociedad, abriendo nuevas pistas, en cada lugar donde se construyan los CAPS.

Sin embargo, ¿es posible producir alivio productivo al interior del equipo sin negar que una de las misiones sea generar alivio en los demandantes? ¿Esto no exige resignificar lo que entendemos como crisis/oportunidad y construcción de redes de intervenciones en la urgencia y emergencia en salud mental? ¿Es posible desestimar el apoyo de los hospitales generales? Y donde estos últimos no existan, ¿los CAPS *de alta complejidad* son una solución para brindar acogimiento e internar en las crisis?

No conozco una experiencia que dé cuenta de esto de manera concluyente, pero sí buenos ejemplos que muestran diversos caminos. Están aquellos que no desestiman, en casos de urgencia y emergencia, el soporte especializado de los hospitales generales, lo que me parece una buena idea; están aquellos que crean servicios propios en la red de salud mental, con distinto nivel de complejidad para dar cuenta de esta situación; están aquellos que apuestan a que los CAPS, en sí, deben dar cuenta de esta situación, y así en adelante.

Un equipo de trabajadores de los CAPS que no pueda usufructuar el alivio productivo y los estados de alegría, involucrándose, no tiene mucho para ofrecer a no ser agotarse para generar alivio en los otros, como lo hacía y aún lo hace el manicomio. Con relación a las crisis, hay que radicalizar el sentimiento de miedo *bueno* en el interior de los equipos, y comprenderlas como *dispositivos en rotación* que, al operar, generan nuevas formas de cuidado en su interior, pero agitan y movilizan en este mismo sentido a los otros que componen la red de cuidados.

Creo que tener una red bien articulada entre servicios de salud mental (CAPS), servicios propios de urgencia y emergencia –como el Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y los Pronto Socorro (PS)– sumados a equipos locales de salud, es esencial para dar respuestas razonables a uno de los problemas que más aportan, en el imaginario social, a la lógica manicomial. O sea, enfrentar bien esta situación tiene un doble sentido: por un lado, es una de las claves para generar alivio productivo en los equipos de CAPS; por otro, al generar alivio frente a una crisis en los que conviven con locos, disminuye la presión para la segregación y la exclusión.

La mejor solución es aquella que se basa en la red necesaria, que da cuenta efectiva de los casos de urgencia/emergencia sin generar exclusión y segregación, sino, por el contrario, promoviendo oportunidades de intervenciones terapéuticas y trabajos intersectoriales inclusivos. Lo mejor es la red factible a nivel local o regional que consiga impedir la manicomialización y que, al mismo tiempo, no niegue la necesidad de generar alivio en los familiares (o equivalentes) y en los cuidadores.

Lo que interesa, en última instancia, es la oportunidad de operar nuevos sentidos para la resignificación de las crisis, tanto al desencadenar proyectos terapéuticos, como al construir un conjunto de actividades en red que incorporen al usuario para ampliar sus redes de vinculación aumentando las chances de producir contractualización y responsabilización en las relaciones con los otros.

En este recorrido, apostar a la construcción de procesos de trabajo que produzcan cuidados para los usuarios y cuidados para los cuidadores es vital. Estos permiten vivificar el trabajo en salud que apuesta a la construcción de la calificación de vidas.

Construir la alegría y el alivio productivo como dispositivos analizadores es un desafío para aquellos colectivos sociales que operan en el *ojo del huracán* y se proponen como generadores de antimanicomios.



Las redes en la micropolítica del proceso de trabajo en salud

Túlio Batista Franco

Los investigadores del conocimiento nos desconocemos. La razón de ello es clara; nunca nos hemos buscado: ¿cómo, pues, nos íbamos a “encontrar”?

Friedrich Nietzsche

Introducción

Es común observar en las discusiones y talleres de planificación la afirmación de que la gestión estratégica de la organización debe darse por proyectos, y su conducción debe estar a cargo de colectivos de sujetos, muy comúnmente llamados *colegiados gestores*. Una lectura posible de este innovador acuerdo organizacional es la de la ineficacia de las estructuras del organigrama y el reconocimiento de que la vida productiva se organiza a través de relaciones o, mejor dicho, conexiones realizadas por las personas que están en situación, que forman líneas de flujos horizontales al interior de las organizaciones. Esa forma de conducción de procesos se repite en todos los niveles de producción, es social y subjetivamente determinada, y configura una cierta micropolítica, entendida como el actuar cotidiano de los sujetos relacionados entre sí y con el escenario en el que se encuentran. Por lo tanto, podemos observar que en las propuestas de planificación que escapan a la matriz normativa reconocen que la formación de microrredes al interior de la organización es eficaz para la conducción de los proyectos, colocando en segundo plano el funcionamiento con base en las formaciones estructurales de la organización.

Imagino que las redes, en la micropolítica del proceso de trabajo en salud, especialmente en los escenarios de producción del cuidado, se radicalizan sobre la primera idea de trabajo en red dentro de una organización. Así, al iniciar la reflexión sobre las redes en los servicios de salud fui a buscar aportes en el texto titulado

Rizoma¹, que Deleuze y Guattari escribieron como introducción al libro *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*.

Los autores utilizan esa figura de la botánica para referirse a sistemas abiertos de conexión que transitan en el medio social a través de diversos agenciamientos, es decir, produciendo nuevas formaciones relacionales sobre las cuales se construye el socius, el medio social en el que cada uno está inserto. Desde esa perspectiva, la producción de la vida se da sin que exista un eje estructurado sobre el cual se organiza. Esta se produce a partir de múltiples conexiones y flujos construidos en procesos, que crean líneas de contacto entre agentes sociales que son la fuente de producción de la realidad.

Cuando la micropolítica del proceso de trabajo en salud funciona bajo una cierta hegemonía del trabajo vivo, nos revela un mundo extremadamente rico, dinámico, creativo, no estructurado y de alta posibilidad inventiva. En ese campo Emerson Merhy, al discutir el *trabajo vivo en acto*, nos habla de la potencia instituyente del trabajo en salud, de su alto grado de gobierno de la producción del cuidado, y expone diecisiete tesis sobre la teoría del trabajo y las tecnologías de producción del cuidado, en las que el trabajo vivo es el elemento central (Merhy, 1997c; 2002).

El trabajo vivo, como dispositivo de formación de flujos-conectivos, forma una cartografía al interior de los procesos de trabajo, como un mapa abierto con muchas conexiones que transitan por diversos territorios y asumen características de multiplicidad y heterogeneidad, que es capaz de operar un alto grado de creatividad. El trabajo vivo sufre procesos de captura por parte de la normativa que hegemoniza el funcionamiento del servicio de salud pero, al mismo tiempo, su capacidad rizomática de abrir líneas de fuga y trabajar con lógicas muy propias, que son del propio sujeto que opera el sistema productivo, es capaz de encontrar nuevos territorios de significaciones, que dan sentido, por ejemplo, a la producción del cuidado en salud.

Para ilustrar un poco esta afirmación, me gustaría señalar que la organización de la red básica de salud en el Sistema Único de Salud (SUS) es excesivamente normatizada; el Programa de Salud Familiar refleja mucho esa directriz normativa, aun más cuando la red opera bajo la lógica de acciones programáticas y determina horarios específicos para atender cierto tipo de público, las fichas y los turnos, la disponibilidad de ciertos procedimientos, en síntesis: la norma le impone a los trabajadores fuertes ataduras que limitan el objetivo de producir el cuidado. Esto es, la captura de su trabajo vivo que impide el establecimiento de relaciones positivas con los usuarios.

Por otro lado, imaginemos que el trabajo vivo en acto es autogobernable y, por lo tanto, pasible de subvertir el orden y la norma, y de abrir líneas de fuga en las que

¹El rizoma es un vegetal de tipo tubérculo, que crece en forma subterránea (horizontalmente), pero muy cercano a la superficie, y que se compone esencialmente de una raíz. Cuando el ejemplar alcanza grandes proporciones, es difícil saber cuáles son sus límites externos. En su interior, el complejo, digamos, radicular, está compuesto por células que no tienen membrana, y que solo pueden ser supuestas como unidades porque tienen núcleos alrededor de los cuales se distribuyen cambios metabólicos y áreas energéticas. Entonces, al menos en el sentido tradicional, el rizoma no tiene límites internos que lo compartimentalicen. Aquello que circula en el interior, circula en 'todas y en cualquier' dirección, sin obstáculos morfológicamente materiales que lo impidan'. (Barembliitt, 1998, p. 58).

pueda realizarse con mayores grados de libertad, mostrando su potencia creativa. Y cuando los trabajadores de la salud lo desean, crean y operan en sus relaciones otros flujos de conexión con sus equipos, otras unidades de salud, principalmente con los usuarios. En esos casos, el cuidado se produce en la red que se formó y no en la estructura rígida que persiste bajo el imperio de la norma. Es de cierta forma común que los trabajadores, por actuar así, se vuelvan *inadaptados* y nómades dentro de la red de salud, comiencen a transitar por diferentes equipos y unidades, haciendo vínculos y rupturas, como si estuvieran siendo perseguidos por un fantasma que intenta encuadrarlos bajo cierta conducta para el trabajo. Ese fantasma es la institución de la norma bajo la cual el trabajo vivo pierde su potencia resolutive.

En los servicios de salud hay una multiplicidad de redes operando en conexiones entre sí, en diversas direcciones y sentidos, que construyen líneas de producción del cuidado. Así, percibimos que la cartografía del trabajo vivo está compuesta por muchas líneas en conexión que se abren en múltiples direcciones. Eso le da esa extraordinaria característica caótica, revolucionaria, potencialmente instituyente (Franco, 2003a). “Un rizoma no puede ser justificado por ningún modelo estructural o generativo” (Deleuze y Guattari, 1995, p. 21). Pretendemos discutir esas redes en su constitucionalidad, y buscamos didácticamente diferenciarlas en tres niveles de organización, con el conocimiento de que se confunden en el plano de la realidad.

Una primera reflexión que sugerimos es sobre la inmanencia de las redes en el proceso de trabajo en salud (es decir, son constitutivas de los sistemas productivos), por lo que la cuestión central es: ¿qué tipo de red opera en ciertos procesos de trabajo? O sea, no cuestionamos su existencia, y por lo tanto vamos al punto siguiente, que es el de analizar y caracterizar las redes.

La segunda cuestión planteada se refiere al carácter rizomático de las redes que se constituyen al interior de los servicios de salud, en especial en la micropolítica de los procesos de trabajo. En este punto, opto por un cierto tipo de red como parámetro para ponerla en discusión bajo el foco de la micropolítica, y esa elección no vincula con la idea de una red modelo, que serializa las prácticas en salud, sino con una red que trata cada caso como un nuevo cuidado a producir, que respeta singularidades y en todo momento crea nuevos flujos de competencias. Procuero representar la red que opera con base en el trabajo vivo en acto y las múltiples conexiones posibles a partir del ambiente de producción.

La tercera cuestión discutida aquí se refiere al carácter autoanalítico y autogestivo presente en la red que opera en la micropolítica de los procesos de trabajo. Ese carácter no está dado a priori, sino que se plantea como posibilidad, y depende de los sujetos que operan la red y sus singularidades. El concepto de singularidad es central, pues se refiere al hecho de no reconocer a un sujeto y a un objeto como uno, sino como multiplicidades. ¿Cómo es esto? Partimos de la idea de que el sujeto, cuando organiza su acción en el mundo, accede a diferentes campos semióticos y, dependiendo de las representaciones simbólicas a las que acceda, asume diferentes actitudes. Es como si esas representaciones organizaran en el sujeto trabajador un modo específico de ver el mundo y de actuar en él. Esto hace que los trabajadores actúen en forma singular, conformando sus actitudes, su subjetividad, las representaciones simbólicas

del mundo del trabajo en salud y los diversos vectores de formación de la realidad presentes en su cotidiano. No hay *un* sujeto, sino singularidades, algo parecido a la idea de que *uno* son *varios*. Este tema será retomado más adelante.

La inmanencia de las redes en la micropolítica del proceso de trabajo

Al observar el funcionamiento de las redes de cuidado del SUS, verificamos que las diversas unidades –el equipo de salud familiar, las unidades básicas, los servicios de especialidades, la red hospitalaria o incluso la atención prehospitalaria– trabajan comunicándose mutuamente, en un proceso que funciona en red. Lo mismo se repite en una unidad de salud, donde las diversas microunidades de producción tienen, a su vez, una interrelación cuando producen procedimientos que son consumidos por los diversos usuarios que transitan ese establecimiento en busca de resolver su problema y, en otro nivel, el de los equipos y/o trabajadores de la salud, cuando en su actividad operan una red entre sí, que cobra gran intensidad en la búsqueda de producción del cuidado.

A partir de esta descripción, podemos inferir que el cuidado se produce siempre en red y podríamos decir, en forma preliminar, que estas se articulan intensamente, como mínimo, en tres niveles, tal como afirmamos antes. Por lo tanto, se va haciendo evidente que las redes son inmanentes al modo de producción del cuidado, más allá del nivel en el que se articule.

Esa idea de inmanencia es particularmente importante, pues expresa que siempre existirá la articulación de diversas unidades y equipos, saberes, haceres, subjetividades, singularidades, que actúan de modo continuo para lograr que el cuidado se realice. “Para el institucionalismo [la inmanencia] expresa la no-separación entre los procesos económicos, políticos, culturales [sociales en su amplio sentido], los naturales y los deseantes. Todos ellos son coextensivos, intrínsecos y solo separables con finalidades semánticas o pedagógicas” (Barembliitt, 1992, p. 176).

Es relativamente sencillo observar que las redes son inmanentes a los procesos productivos en salud. A nivel de la relación entre las diversas unidades, en todo momento hay una gran articulación entre ellas. Existe, incluso, hasta una cultura de la derivación, que se expresa por la normativa de la referencia y contrarreferencia, expresiones de amplia utilización en el SUS. El grado de interdependencia es siempre alto también en el espacio de trabajo interno a una unidad de salud, o incluso en un equipo del Programa de Salud Familiar.

Eventualmente, algún profesional puede imaginar que su saber y hacer se superponen a los de los otros trabajadores de la salud, cultura construida en la tradición de las corporaciones y su forma mezquina de ver el mundo de la producción en salud. Pero esas impresiones ilusorias sobre el trabajo en salud no resisten ni un pequeño ejercicio de observación en el espacio de la micropolítica, donde es fácil verificar que se produce una red de relaciones, autorreferenciada en los propios trabajadores,

que definen entre sí los actos necesarios para la producción del cuidado, para cada usuario que llega, en movimientos que se repiten día a día en los servicios de salud. De esa red no están excluidos ni siquiera los trabajadores de las áreas de “apoyo” como, por ejemplo, de la higiene, donde todos, sin excepción, son “dependientes” del trabajo que se realiza con el fin de mantener una unidad de salud en condiciones de bioseguridad adecuadas.

El trabajo en salud se da a partir de encuentros entre trabajadores y de estos con los usuarios, es decir, son flujos permanentes entre sujetos, y esos flujos son operativos, políticos, comunicacionales, simbólicos, subjetivos y forman una intrincada red de relaciones a partir de la cual los productos referentes al cuidado cobran materialidad y condiciones de consumo. La inmanencia de las redes en ese proceso aporta la idea de pertenencia, es decir, los trabajadores pertenecen a un equipo que opera incluso en la informalidad, pertenecen también a una red mayor que produce flujos-conectivos con otros equipos y unidades de salud y expanden sus conexiones al territorio del área de la unidad o equipo y al domicilio del usuario.

Para verificar esta afirmación, basta observar el trabajo de cualquier profesional en un servicio de salud. Si tomamos como ejemplo un equipo de salud familiar, verificamos que hay conexiones en diferentes direcciones, que pueden partir del agente comunitario de salud en el domicilio al vincularse con la familia y con entidades de la comunidad, e incluso se conecta con el equipo de salud; así como pueden partir de cualquier trabajador del equipo o de los propios usuarios. Si el profesional del equipo identifica un problema de salud, tiene condiciones para disparar un proyecto terapéutico, a partir del cual multiplicará su red rizomática en los procesos de trabajo que se producirán, con otros profesionales u otros servicios de salud, y estas relaciones locales o a la distancia, pactadas o no, señalan la existencia de las redes que operan en la producción del cuidado. En una unidad básica de salud o en un equipo de salud familiar que tenga el acogimiento como directriz de su proceso de trabajo, el equipo de acogimiento genera rizomas con todos los trabajadores de la unidad de salud, es decir, opera múltiples conexiones en las microunidades de cuidado, en las que se produce el encuentro entre el usuario y el trabajador, y se forman redes con alta capacidad conectiva entre sí y hacia otras instancias del amplio escenario de producción.

La idea de integralidad en los servicios de salud, ampliamente discutida en las compilaciones organizadas por Pinheiro y Mattos (2001; 2003), presupone procesos en red. Pinheiro sugiere que la integralidad se realiza como producto de la acción social, en dos planos: “el plano individual, en el que se construye la integralidad en el acto de la atención individual, y el plano sistémico, en el que se garantiza la integralidad de las acciones en la red de servicios” (Pinheiro, 2001, p. 65). De acuerdo con esta aseveración, entendemos que puede conformarse una red que integra los diversos servicios de salud y otra que opera la atención individual. Esta última, desde la perspectiva de la micropolítica del proceso de trabajo, revela actos sincronizados de trabajadores en relación entre sí y con el usuario, configurando en ese escenario una microrred de alta potencia para el cuidado.

El análisis que se hace aquí sobre la inmanencia de las redes en los procesos de trabajo en salud supera la polarización del discurso que sugiere la existencia de un

servicio que organiza su proceso de trabajo sin redes versus otro que produce el cuidado a partir de procesos de trabajo que funcionan en redes. Observamos que todo proceso de trabajo en salud opera en redes, aunque este sufra exclusiones y capturas de modelos tayloristas, trágicamente normativos en la organización del trabajo.

La cuestión central es pensar el perfil que asumen las redes constituidas en el escenario de producción de la salud. Están aquellas que se organizan en esos escenarios con prácticas de reproducción de la realidad, repitiendo viejos métodos de gestión del cuidado. Esas redes son modelos capturados por sistemas normativos de significación de la realidad, serializan las prácticas de cuidado y rompen la lógica de las singularidades existentes tanto en el trabajador como en el usuario. Hay otras que se organizan en conexiones y flujos continuos de cuidado, que son producto y al mismo tiempo productoras de la acción de los sujetos singulares que se sitúan como protagonistas en un determinado servicio de salud. Esas redes trazan un mapa que se va formando como si sus líneas navegaran sobre la realidad, en flujos de alta intensidad. Tienen alta potencia de conformación de lo nuevo, un devenir para los servicios de salud asociados al cuidado y centrados en los campos de necesidades de los usuarios.

Las redes como conexiones y flujos: las redes rizomáticas en el trabajo en salud

Ya mencioné al inicio de este texto el concepto de rizoma y su aplicación a la idea de redes. Los trabajadores de la salud, a través del trabajo vivo en acto, al operar con base en fuertes conexiones entre sí, forman rizomas en los que la acción de algunos complementa la acción de otros y viceversa. Hay un dinámico y rico cruce de saberes y haceres, tecnologías, subjetividades, y es a partir de esta configuración del trabajo, como una amalgama, que los actos de salud se tornan productivos y realizan el cuidado.

El hecho de que los trabajadores de la salud en actividad abran espacios de habla y de escucha entre sí, produce que estos espacios relacionales medien su proceso de trabajo, y nos revelan que *establecer relaciones* es un saber intrínseco a la actividad laboral. Es como si no existiera una autosuficiencia en el trabajo en salud, o sea, ningún trabajador podría decir que él solo puede tener una resolutivez que sea satisfactoria, desde el punto de vista de la realización de un proyecto terapéutico centrado en las necesidades de los usuarios. La red que se forma y las acciones asistenciales hacen que unos encuentren potencia en los otros: el proceso productivo es altamente relacional.

Las relaciones se dan a partir de acuerdos que ocurren entre los equipos de salud, que pueden ser explícitos o no, y son el resultado de tensiones y conflictos que se producen en el acto de constitución de la gestión del cuidado, o pueden formarse a partir de acuerdos constituidos armoniosamente; el hecho es que no hay un presupuesto de cómo se da el pacto relacional. Admitimos la idea de que

los flujos-conectivos en las relaciones que operan la micropolítica del proceso de trabajo pueden darse aun sin un pacto, sino solo a través de flujos de alta densidad capaces de operar vías comunicacionales en la dimensión de lo simbólico y lo subjetivo, y no necesariamente verbales y cognitivas.

Esa alta densidad relacional se organiza en forma intrínseca a la micropolítica del proceso productivo en salud, por lo que es constitutiva de ese proceso. En la composición técnica del trabajo, una menor densidad de tecnologías duras asociada a una mayor presencia de tecnologías más relacionales abre innumerables espacios relacionales dados por los actos de habla, escucha, miradas y contacto, en los que operan los sentidos junto con los saberes. Eso sin duda impacta sobre el grado de resolutivez de las acciones asistenciales y de cuidado.

Para intervenir sobre el mundo de las necesidades de los usuarios, será siempre necesario el trabajo de diversos profesionales que operen en red para resolver los problemas que surgen en el cotidiano de los servicios de salud. Las ideas que asocian la densidad tecnológica (tecnologías duras) con la alta complejidad de los servicios de salud y, al mismo tiempo, el uso de esas tecnologías en los proyectos terapéuticos, con la calidad del cuidado que se ofrece al usuario, lo hacen porque tienen un pensamiento centrado en una cierta producción imaginaria de la demanda, es decir, en la representación simbólica de que esas tecnologías actúan sobre los campos de necesidades de los usuarios con alta resolutivez (Cecilio, 2001).

Sin embargo, observamos que, en realidad, ese tipo de pensamiento crea una imagen ilusoria de los procesos productivos (Franco y Merhy, 2005). Desde otro ángulo, el trabajo centrado en las tecnologías más relacionales y en las conexiones que hacen entre sí los trabajadores, es de alta sofisticación y exige una gran energía. Aquí el trabajo en salud asume una gran complejidad, porque cruza al mismo tiempo los saberes-haceres de diversos profesionales, atravesados por singularidades, en permanente proceso de subjetivación. Todo esto impacta en las prácticas cotidianas y en el modo de producir salud.

Las redes que constituyen la micropolítica del proceso de trabajo se estructuran a partir de determinado territorio semiótico, subjetivo, de saberes, prácticas. En ciertas situaciones es posible percibir redes en las que están presentes escenarios de prácticas serializadas, no singulares y con bajo nivel de flujos-conectivos y, al mismo tiempo, en el mismo escenario, redes rizomáticas que operan subjetividades deseantes en alta potencia con el trabajo vivo en acto. A través de esa constatación se puede percibir cuán diverso es el proceso de trabajo al interior de un equipo o unidad de salud, donde lo instituido y lo instituyente están presentes y expresan procesos de permanente disputa. Esto es particularmente más fuerte en momentos de cambio, que sugieren siempre períodos de transición entre lo viejo y lo nuevo, cuando los escenarios se confunden en su conformación. Incluso en situaciones de aparente estabilidad institucional, es posible percibir movimientos de cambio al interior del proceso de trabajo, que pueden incidir en el perfil de las conexiones y los flujos ejercidos en cierta red de cuidados.

Imaginar las redes que operan en la micropolítica de los procesos de trabajo como rizomáticas significa pensarlas como algo que opera a través de líneas de

cuidado que dan seguimiento a innumerables itinerarios terapéuticos que atraviesan determinado equipo o unidad de salud. Esa imagen expresa la idea general de múltiples conexiones, realizadas fuera de un eje estructurante. Así imaginamos que las redes rizomáticas combinan con la idea de un servicio de salud centrado en la ética del cuidado, operando las tecnologías relacionales como el centro neurálgico de la actividad productiva.

Autoanálisis y autogestión en la configuración de las redes de cuidado

El proceso de trabajo en salud tiene, como una de sus principales características, un alto grado de autonomía que los trabajadores ejercen sobre su propio trabajo. Estos operan a partir de cierta singularidad, es decir, un modo específico de ser y actuar en el mundo. Así, la singularidad revela la forma de actuar de los sujetos que conducen los sistemas productivos en salud. Desde el esquizoanálisis, la singularidad se refiere al hecho de que el sujeto no es uno, o mejor dicho, no hay sujeto, sino sujetos singulares, porque cada uno actúa sobre la base de representaciones simbólicas que definen el modo de actuar en un tiempo y lugar específicos. “El Anti-Edipo lo escribimos a dúo. Como cada uno de nosotros era varios, en total ya éramos muchos”, dicen Deleuze y Guattari en la apertura de *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. Cuando los autores expresan “cada uno de nosotros era varios”, describen la inexorable desventura de acceder a campos simbólicos diferentes, como referenciales en la construcción de su actuación en el “mundo de la vida”. Cada persona –en este caso, el sujeto trabajador– puede ser varios. La singularidad puede hacer que ciertos sujetos trabajadores actúen de forma solidaria y armónica con ciertos equipos pero, en otros, pueden actuar de manera diferente y hasta antagonica. O sea, simbólicamente los equipos tienen diversas representaciones que hacen que ese trabajador accione ciertas actitudes a partir de ese referencial simbólico.

La gestión de las redes que constituyen la producción de salud la efectúan sus propios protagonistas, lo que le da un carácter autogestivo. Esa autogestión es posible, en el caso de la salud, justamente porque el trabajo vivo en acto tiene una presencia fuerte en los procesos productivos, y opera con altos grados de libertad (Merhy, 2002). Esto produce que cualquier miembro de un equipo pueda conectarse con otros trabajadores y disparar “líneas de cuidado” en diferentes direcciones, promoviendo el autocontrol de la red de cuidados que comienza a esbozarse a partir de allí. La posibilidad de capturar esa red depende del grado de subordinación que los propios trabajadores se imponen, pues el trabajo vivo en acto les da una gran posibilidad de creación e invención en la acción cotidiana de producción del cuidado.

El concepto de autogestión está asociado a otro, el de autoanálisis, que tiene que ver con el “proceso de producción y reapropiación, por parte de los colectivos autogestivos, de un saber acerca de sí mismos, sus necesidades, deseos, demandas, problemas, soluciones y límites” (Barembly, 1998, p. 156). Ese conocimiento de sí,

contextualizado en la realidad en la cual el sujeto está inserto, le da la potencia de intervenir sobre el mundo para realizar sus deseos, que pueden estar asociados a la construcción de una realidad de producción de servicios solidarios, acogedores, que establezcan vínculos y se responsabilicen por los usuarios.

El autoanálisis puede ejercer la función de inhibir la captura de los colectivos-equipos al valorizar su propio conocimiento, sus iniciativas y su capacidad creativa, y recuperar la capacidad que, generalmente, les es sustraída a estos colectivos por el apresamiento que la normatización del mundo del trabajo les impone. La peor de las ataduras normativas es la anulación del deseo. El deseo es visto aquí no como la energía que proviene de la libido y tiene por objetivo la realización de una falta –tal como lo define Freud al discutir el *complejo de Edipo*– sino como energía originaria del inconsciente con alta potencia productiva, que alienta a los sujetos a la construcción de lo nuevo en procesos instituyentes. “El deseo es lo que anima un proceso que no es propio de una instancia, sistema o territorio del sujeto, sino de la propia realidad y de su realización” (Deleuze y Guattari, citado por Barembliitt, 1998).

Barembliitt (2004) señala que el deseo pertenece al campo de producción de la realidad, responsable de la creación de lo nuevo; es decir, los procesos de cambio se inscriben en una producción deseante que, al mismo tiempo, se moviliza por un deseo productivo. Deseo y producción son inmanentes uno al otro.

Estimular a los colectivos, es decir, a los miles de equipos de salud, es intentar que en ese proceso se transformen en sujetos deseantes, capaces de actuar en el mundo según los preceptos de un proyecto de cambio, pautado por la ética del cuidado, en condiciones de revolucionar lo impuesto hasta el momento, como una realidad que vive en la repetición. Los grupos y colectivos-equipos tienen la potencia para cambiar la realidad, al adquirir la capacidad autoanalítica y autogestiva. Las redes que operan centradas en el trabajo vivo son autogestivas, o sea, son los sujetos los que conducen los flujos y hacen las conexiones para su funcionamiento.

Conclusiones

En este texto abordamos una red de salud, de carácter rizomático, que opera en la micropolítica del proceso de trabajo en salud, y en la que el trabajo vivo en acto es el elemento central de esa actividad productiva. Esta red tendría las siguientes características:

- 1.³ *Conexiones multidireccionales y flujos continuos.* Cualquier punto de la red puede ser conectado a otro, es decir, la lógica de la red no debe ser la misma que la de la matriz burocrática que define la jerarquía de las conexiones o la dirección de los flujos. La conexión se produce a través de la acción de los trabajadores en el cotidiano, al entrar en relación con los otros y operar todo el tiempo la alteridad. Ese actuar en la micropolítica del proceso de trabajo puede sintonizar con la idea de producción del “cuidado cuidador” y articular una forma de trabajo centrada sobre el mundo de las necesidades de los usuarios. Las redes se forman en ciertos sentidos sobre una supuesta línea de cuidado, que es la expresión de proyectos terapéuticos, es decir, del conjunto de actos asistenciales pensados para resolver determinado problema de salud del usuario (Franco, 2003b). Podríamos decir que los campos simbólicos a los que accede el sujeto trabajador son un primer vector de

organización de sus acciones para la producción del cuidado. Otro vector sería la subjetividad que se manifiesta en la acción deseante de cada uno y que opera sobre el mundo del trabajo en salud. El plano simbólico y el de la subjetividad, aplicados a la producción del cuidado, son constitutivos de las tecnologías más relacionales. Lo simbólico pertenece al mundo del conocer, es decir, los saberes, la cultura, los valores, la historia, las artes, el lenguaje y las n expresiones de la realidad, difíciles de enumerar, tal su magnitud. La subjetividad pertenece al mundo del ser, aquello que no es necesariamente conocido pero que es extremadamente significativo en la producción del *socius*, que, en el caso de la salud, es la expresión del medio social del trabajo y la producción, colmado de significaciones para el sujeto trabajador.

- 2.^a *Heterogeneidad*. Una red rizomática presupone conexiones con los diferentes, pues el mundo que articula el campo de la salud es de por sí heterogéneo, permeado por relaciones de poder, sistemas sociales de producción de subjetivaciones, y esa complejidad del “mundo de la vida” se expresa en diferentes modos de comprender la realidad y de actuar en ella. La heterogeneidad presupone capacidad de convivencia, acuerdos, manejo de conflictos y alta capacidad de autoanálisis, pues es más difícil y complejo lidiar de manera productiva con lo diferente que con lo igual. Es importante para la red realizar el esfuerzo de no operar en la antiproducción, sino que se mantenga activa en la superficie de producción vinculada a la realidad.
- 3.^a *Multiplidad*. Las redes rompen con la idea de uno, o sea, una dirección, un sujeto, una directriz, etcétera, y articulan la idea de lo múltiple. Esto presupone reconocer diversas lógicas y poder operar sobre lógicas determinadas por las representaciones simbólicas y la subjetividad, que a su vez determinan las singularidades de los sujetos. El principio de la multiplidad está asociado a la idea general de no-exclusión, por lo que cada uno puede hacer conexiones en varias direcciones y con los muchos otros sujetos que están también operando al interior de esos flujos. La diversidad multiplica las posibilidades de flujos-conectivos, lo que permite que se genere la línea de cuidado.
- 4.^a *Ruptura y no-ruptura*. La red, cuando se rompe, consigue recomponerse en otro lugar, rearmándose. Una red puede quebrarse, pero se encuentra con otras conexiones o incluso es capaz de producir nuevas conexiones como si tuviera una vida propia que le garantizara su autorrealización. Una ruptura en cierto lugar puede significar la apertura de líneas de fuga hacia otros sentidos no previstos anteriormente, lo que significa una alta capacidad para producirse a sí misma, propia de las redes rizomáticas.
- 5.^a *Principio de la cartografía*. Las conexiones van produciendo mapas a través de los flujos por los que transita la acción de los sujetos singulares que allí actúan. “El mapa es abierto, es conectable en todas sus dimensiones, desmontable, reversible, susceptible de recibir constantemente modificaciones. Puede ser roto, invertido, adaptarse a montañas de cualquier naturaleza, puede ser hecho por un individuo, grupo, formación social” (Deleuze y Guattari, 1995, p. 22). La cartografía que se produce es la del trabajo vivo en acto, que es como un sistema abierto –no un modelo, ni serial– con muchas entradas y salidas, operando de forma no estructurada sobre la realidad.

El trabajador de la salud como potencia: ensayo sobre la gestión del trabajo¹

Túlio Batista Franco

Introducción: libertad como potencia para el cuidado en salud

¿Qué puede hacer un trabajador de la salud? Todo (en potencia). Esta cuestión resulta extraña, y la respuesta causa mayor sorpresa aún a los ojos de los que hacen la gestión del trabajo en forma exclusivamente administrativa, o sea, pautando la gestión a través de estructuras de mando, directrices prescriptivas sobre el modo de organización del trabajo y su actividad productiva. Sin embargo, bajo la mirada de la acción cotidiana del trabajador, en su microcosmos, el espacio social de trabajo en el cual opera su micropolítica, esto es, las relaciones, el modo de actuar, la manera de manejar los casos en los que actúa, la singularidad con que interpreta las muchas situaciones de su trabajo y las actitudes específicas de interactuar con ese ambiente y con los otros en este mismo espacio, puede percibir que esta forma de mirar trae nuevos y espectaculares datos para comprender por qué el trabajador *puede todo*.

El trabajo en salud está fuertemente marcado por la libertad; es libre porque es el propio sujeto-trabajador quien define el modo de organización de su proceso productivo, es decir, la producción del cuidado. Y al ser libre en el acto de gobernar su propio proceso de trabajo, una vez más, el trabajador puede hacer todo. Puede usar la libertad para hacer un cuidado-cuidador o para cuidar en forma acotada y prescriptiva. Pero lo hace basado en la libertad de actuar, y conforme su intencionalidad, su propuesta ética y política para el cuidado en salud, las verdades que él crea para sí mismo.

¿Y dónde surge esa libertad? El presupuesto es que forma parte de la naturaleza del trabajo en salud que, al ser siempre relacional, es trabajo vivo en acto, como sugiere Merhy (2002). Pues del trabajo vivo, de esa matriz inicial que caracteriza al trabajo en salud, proviene la libertad de actuar, de hacer, de producir los muchos actos asistenciales que tienen por producto final el cuidado; sea receptivo o prescriptivo, singular o serial. Estas características las imprime el trabajador en su modo singular de trabajar en salud.

¹Versión revisada de “Gestão do trabalho em Saúde Mental”, publicado por la X Conferência Nacional de Saúde Mental de 2010.

En esta primera argumentación del texto, lo importante es instituir la idea de que el trabajador es libre para decidir, en la relación con el otro, su proceso de trabajo, y la libertad le brinda la posibilidad de producir el cuidado de la forma que más le convenga, o sea, en el momento de su encuentro con el usuario él decide sobre el proceso de trabajo, agenciado por los afectos del propio encuentro. Por lo tanto, la palabra mágica es libertad, el sustantivo del cual el trabajador sacará provecho para proveer acogimiento, establecer vínculos, responsabilizarse; o para producir un cuidado burocrático, meramente prescriptivo. Incluso, por momentos puede hacer una cosa u otra, no hay a priori un modelo de trabajo a seguir en el cuidado en salud; las prácticas en salud suceden según cómo el propio trabajador produzca ese acontecimiento. Es decir que su subjetividad, que es dinámica, produce el cuidado según las variaciones que sufre este sujeto en su relación con el mundo del trabajo.

Al mencionar el tema de la libertad del trabajador, en general, me cuestionan el siguiente aspecto: “La gestión tienen sus normas, resoluciones, reglas, protocolos, que definen el comportamiento a ser adoptado por los trabajadores y estandarizan su trabajo, ¿esto no les quita libertad?”. Al respecto, diría que la gestión tiene formas de disciplinar a los trabajadores, y el trabajador usa su libertad incluso para dejarse capturar y disciplinar su modo de actuar. Estas reglas, normas y protocolos son instrumentos usados para estandarizar pero, al mismo tiempo, capturan el trabajo vivo, o sea, le quitan libertad al trabajador y capturan sus actos asistenciales y de cuidado dentro un patrón previamente concebido. Y la gestión tiene instrumentos reales o simbólicos que actúan *encuadrando* a los trabajadores. Todo esto es verdad.

Se establece entonces una tensión que es immanente al trabajo en salud, que pone de manifiesto, por un lado, la libertad de actuar y, por otro, las formas de captura del trabajo vivo. Convivir todo el tiempo con esta tensión genera procesos de trabajo a veces más creativos, libres, que operan a través de flujos entre los propios trabajadores y usuarios, y formas más rígidas de control de estos. Los haceres, las prácticas de cuidado, van asumiendo así configuraciones diferentes en espacios y tiempos distintos. Esta es la dinámica del trabajo en salud, que parece paradójica, pero en realidad es la contradicción que se instala como elemento de la realidad, inherente al trabajo en salud.

La libertad y la captura actúan de manera simultánea, y se inscriben en el sujeto-trabajador de la salud, formando su subjetividad nómada o apresada. La subjetividad nómada está siempre en el medio, es dinámica y se expresa por un acontecer, siempre en movimiento, sin inscribirse en un polo fijo de concepto previo sobre la salud, el usuario o el trabajo y, por lo tanto, es creativa y capaz de un actuar-libertario. Lo nómada se conecta a las subjetividades ajenas de los usuarios y, al asociarse a ellas, produce sujetos-diferentes, en un mundo capaz de asimilar esa diferencia como singularidades dentro de un conjunto que es múltiple y, por lo tanto, formado por todos.

La subjetividad capturada reitera las prácticas serializadas de siempre y, en forma burocrática, considera al usuario como uno más dentro de un conjunto estandarizado. Se fija en un polo conceptual previo, e instituye verdades a priori, no considera la potencia del otro, ni lo contradictorio del proceso relacional que se

establece entre sujetos trabajadores y usuarios. La relación es de captura, control, y el cuidado que allí se produce es fijo, regular, protocolar.

Lo que observamos, por lo tanto, es que hay una producción subjetiva (Franco *et al.*, 2009) que opera fuertemente en el trabajo, núcleo central de la realización del cuidado y sus derivaciones hacia el mundo de la vida como actividad humana; por lo que puede traer en sí la potencia de la creatividad, la inventiva, o puede dejarse capturar por el aparato instrumental que cerca toda actividad de cuidado en salud.

Esta producción subjetiva, en primer lugar, fluye sobre el trabajo vivo, que funciona como una plataforma en la cual los sujetos-trabajadores producen el cuidado en las relaciones con los otros profesionales y los usuarios. Pero ese movimiento no se da por inercia: el trabajador moviliza la fuerza de una energía propulsora que viene de sí, la cual denominamos deseo o voluntad, que actúa como fuerza, pero con cierta levedad que provoca que el trabajador fluya en su trabajo de cuidado, como un surfista se desliza y maneja sus instrumentos y saberes para trazar trayectorias curvas sobre una ola. El trabajador actúa así, va diseñando el cuidado, como trabajo artesanal, y opera sus procesos de escucha, los actos de habla, la clínica analítica, peripatética, o la de los afectos, impulsado por el deseo de hacer el cuidado, y darle características propias, singulares, en las que se inscribe siempre su manejo de situaciones, que es singular.

Ese movimiento se produce en los encuentros, necesarios para la producción del cuidado. Encuentros con otros trabajadores, porque el trabajo es siempre en red; con los usuarios, como destinatarios de las acciones de cuidado; y además con los otros equipamientos del cuidado, las normas y los protocolos, los saberes estructurados, etcétera. El cuidado en salud es producto del trabajo que se da en flujos de conexiones; este es el aspecto fundante de la idea de redes rizomáticas que atraviesan las líneas de cuidado. Estos flujos son desarrollados por el propio trabajo, dependiente del trabajo vivo y del protagonismo de los sujetos en los escenarios de cuidado. Estos aspectos que dan cuenta de la subjetividad presente en los encuentros en los que se realiza el trabajo nos revelan que hay una dimensión subjetiva en la producción del cuidado, y es necesario considerarla siempre que se discuta la gestión del trabajo en salud.

La gestión del trabajo y la potencia para hacer todo

El desafío de la gestión del trabajo en salud, por lo tanto, es poner la “potencia andante” del trabajador al servicio del cuidado en salud, de un proyecto técnico-ético-político asociado a la idea de producción de sujetos plenos, al concepto de autonomía para producir su propia vida, a la potencia vital para la producción de vida por sí mismo (autopoiesis). En síntesis, es partir del presupuesto de que, en el plano de la acción cotidiana, micropolítica, el trabajador es libre para gobernar su propio proceso de trabajo, libre hasta para dejarse capturar, como mencioné antes. La gestión del trabajo debe necesariamente considerar que su proyecto para el cuidado en salud será viable en la medida en que sea también un proyecto del

propio trabajador, pero no solo como saber inscrito en su lado cognoscente, sino como signos inscritos en su subjetividad.

En este punto, sobre todo, es en el que los gestores del trabajo se equivocan, pues están acostumbrados a dictar normas, trabajar con protocolos y prescribir a los trabajadores lo que deben ser sus prácticas, y creen que esto por sí solo garantiza que los proyectos de organización de las redes de cuidado sean viables, cuando, en realidad, solo forma trabajadores seriados que repiten viejas prácticas. En el plano del trabajo cotidiano y en la relación de cuidado, el trabajador puede operar nuevos dispositivos en los servicios de salud, cambiar las prácticas, accionar nuevos modos de producir el cuidado, si esto formara parte de él, tanto de su aprendizaje técnico como de su deseo de hacer. Y para lograrlo, es necesario pensar que las formas de intervención en un servicio, para la reorganización de sus modelos productivos de cuidado y de los procesos de trabajo, requieren un método que considere la dimensión subjetiva de cada uno, que se sumerja en su propio microcosmos de producción del cuidado en salud.

La construcción de nuevas prácticas solo se hace a partir de procesos autoanalíticos en los que se analiza la vieja práctica para poder deconstruirla y producir nuevas posibilidades de cuidar. Los procesos de educación permanente, por ejemplo, que consideran que el aprendizaje significativo parte de fragmentos del cotidiano, de los escenarios de prácticas, y cierran su ciclo en el propio lugar de trabajo, modificándolo, son propuestas que vienen al encuentro de lo que estamos proponiendo: la formación de nuevos saberes asociada a un proceso de subjetivación.

Producir buenos encuentros en la gestión del trabajo en salud

La potencia del trabajador para actuar en el cuidado en salud se erige a partir de los encuentros que realiza en su andar por el mundo del trabajo. Deleuze (2002), en su libro sobre Spinoza, menciona que los encuentros pueden aumentar o reducir la potencia de actuar en el mundo. Según el filósofo, todo cuerpo, en el encuentro con otro, tiene la capacidad de afectarse mutuamente. Por cuerpo se entiende todo objeto que nos afecta, sea otro sujeto, las instituciones que regulan la vida en sociedad, las normas del trabajo, la gestión, etcétera. Los encuentros entre los cuerpos están marcados por la capacidad de afectar, uno produce en el otro *pasiones alegres* o *pasiones tristes*, según los flujos de intensidades que circulan entre los cuerpos, en la relación entre ellos. Es algo que sucede en el plano sensible, de la percepción –por lo tanto, no sería visto sino sentido–, y afecta fuertemente la potencia vital de estos mismos cuerpos. De este modo, un encuentro que produce tristeza reduce la potencia de actuar para el cuidado, y el sujeto se torna así productor de muerte en sí mismo, como en los casos de situaciones en las que el usuario se *olvida* de tomar el medicamento, no se cuida, no busca ayuda. Por el contrario, si el encuentro produce alegría, aumenta la potencia vital, como en los casos en que el usuario produce vida en sí mismo, se cuida

a sí mismo, intenta interactuar con el mundo, socializar, ser productivo, en fin, actúa en el mundo a partir de iniciativas de producción de sí como sujeto.

Para el cuidado en salud es necesario que los trabajadores produzcan buenos encuentros entre sí, con el usuario y, sobre todo, con la gestión. Es fundamental que ese trabajador tenga buenos encuentros con el mundo del trabajo, específicamente con la gestión, que es un cuerpo concreto y simbólico que puede operar en un polo paranoide, creando un ambiente persecutorio en las relaciones de trabajo, o en un polo esquizoide, el de la creación, invención, lugar de los procesos instituyentes y ricos en subjetivaciones. Todo esto atraviesa el ambiente de producción del cuidado en salud.

En general, la denominada gestión de la salud –que en realidad es la expresión del Estado-regulador en su acto de gobernar los servicios asistenciales– ha actuado en el campo del trabajo produciendo *pasiones tristes* entre los sujetos que están allí: los trabajadores. ¿Qué significa esto? Significa que ese Estado-regulador, al conducir un tipo de gestión que no produce las condiciones ideales de trabajo –seguridad, confort, perspectiva de futuro, etcétera– opera en su relación con los trabajadores produciendo tristeza, y esta ha sido la marca de la gestión del trabajo en salud, que no prioriza cuestiones fundamentales para el cuidado del cuidador, como la producción de buenos encuentros. Estos podrían estar vinculados con la idea concreta de carrera profesional, remuneración suficiente para el bienestar, educación permanente que posibilite el análisis y autoanálisis del trabajo y de la vida en el SUS, trabajo multi-profesional y en redes, formas de participación colegiada, libertad en la conducción de su proceso de trabajo y en el cuidado en salud, líneas activas de libertad y utopía activa. Es como si fuese necesario para el Estado, en su acto de gobernar, reducir la potencia de actuar en el otro; o sea, el Estado vive si produce pasiones tristes, ese es el modo singular de mantener el control sobre los movimientos propios de la actividad humana, específicamente, en este caso, sobre el trabajo en salud.

Por último, es necesario que la gestión reconozca que, en el cuidado en salud, el trabajador opera con su subjetividad, aun para manejar los instrumentos y protocolos. Este aspecto, poco reconocido por los gestores, es de fundamental importancia, pues será motivo de fuerte reflexión en el campo social que circunda a la actividad del propio trabajador.

Hace mucho tiempo, la gestión del trabajo ha sido el centro de grandes debates, principalmente porque, como es sabido, se trata de una cuestión pendiente en el SUS: al trabajador, en general, se lo equipara a un insumo para el funcionamiento de los servicios de salud, cuando en realidad es el mayor protagonista de la producción del cuidado, es un sujeto activo que opera con sus saberes, es deseante, tiene proyectos, expectativas y actúa en el mundo del trabajo y cuidado con sus cajas de herramientas adquiridas en la formación y, sobre todo, en la experimentación del mundo del trabajo y de la vida, y esto es lo que marca su actividad. Por eso mismo, la forma en la que él signifique su lugar de trabajo, el cuidado y las relaciones productivas en el campo de la salud definirá, en gran medida, su forma de actuar.

Lo que se discute, por lo tanto, es la necesidad de integrar al trabajador a los procesos de formulación de la propia política de gestión del trabajo, reconocerlo en su

protagonismo y su saber sobre el trabajo en salud. Esta es la oportunidad de activar nuevas posibilidades y nuevos posibles en la relación con los trabajadores, traerlos a la acción instituyente, operando con la energía y la creatividad del propio trabajo. Activar la potencia es producir buenos encuentros, y esto vale para todos los dispositivos de contractualización, en especial la educación permanente, que ha sido una herramienta fundamental para tornar productivas las subjetivaciones en curso en los colectivos de trabajadores.

En la gestión del trabajo en salud, mantener al trabajador con una gran potencia para actuar en el mundo del cuidado, que es también un mundo social y afectivo, es posibilitar que el trabajador produzca en el otro –los que se relacionan con él– una gran potencia vital, formando así una cadena de intensidades que actúe en flujo, con líneas de fuerza en la producción ilimitada de las subjetividades. Para los usuarios, esto implica cuidado en salud, en la medida en que esta potencia vital se convierte en potencia de ser y autopoietica, es decir, el usuario pasa a producir vida por sí mismo.

Mantener a los trabajadores con una gran potencia para actuar en el mundo del cuidado en salud es el desafío para la gestión del trabajo.

Cargar de sentido las palabras: el caso de la integralidad

Emerson Elias Merhy

*Pedir prestada la mirada del otro es el método,
el resto son herramientas.*

Introducción

Este texto surge de mi participación en el Congreso de la Red Unida que tuvo lugar en Belo Horizonte, en julio de 2005, al cual fui invitado a dar una conferencia sobre integralidad en la formación y en los servicios de salud. Ya venía actuando en ese evento desde los talleres pre-Congreso, y el colectivo del taller me estimuló a abordar el tema de nuestras implicancias en el cuidado, qué hacemos como trabajadores de salud, apuntando a la necesidad de poner en jaque el lugar desde donde hablamos y actuamos: los núcleos de las profesiones. Lo interesante de esto es que, en el medio de esa conferencia, hubo alguien que me interrogó sobre esta cuestión, como una incomodidad o incluso imposibilidad de emprender otros modos de actuar en salud. Sin querer dar cuenta de todo lo que ello pueda significar, en este texto intento dialogar con esa situación.

Delimitando el problema

Tal vez una de las peores cosas que pueden sucedernos es fetichizar las palabras, como si ellas pudiesen en sí ser portadoras de sentidos y significados sin los sujetos que les dan sustancia. Nosotros cargamos de sentido a las palabras.

No soy tan ingenuo como para imaginar que, en el acto de otorgar sentidos, los sujetos no tengan ya posiciones tomadas, sean culturales, políticas, ideológicas, entre otras. Pero lo que destaco aquí es que, al reconocer que nosotros cargamos de sentido a las palabras, podemos mirar nuestro proceso de inseminación. Podemos desfetichizar las palabras de sentidos y significados, y plantearnos el desafío de promover nuevas posibilidades.

Esa es una de las cuestiones que quiero tratar en este texto, en particular considerando que, con mucha facilidad, en el caso de la integralidad –que busca expresar una categoría analítica para el pensamiento con la intención de ser portadora de una formulación de cambios radicales para las acciones en salud– adoptamos la postura de que la palabra es portadora de sentidos y significados por sí y que basta adoptarla para sentirnos profundamente innovadores. No es así.

Somos testigos, en el día a día de nuestros servicios, de que son muchos los que hablan de integralidad y que eso no necesariamente significa que sean protagonistas de nuevas prácticas de salud. Al contrario, la mayoría de las veces la integralidad es capturada por modelos muy tradicionales de producción del cuidado en salud, muy corporativo-centrados.

Los modos actuales de producir el cuidado en salud, a partir de los territorios nucleares de las profesiones –que podemos denominar como modelos médicos hegemónicos por la fuerza representativa que esa categoría profesional tiene como expresión de los paradigmas dominantes en las maneras de construir actos de salud–, han tenido la fuerza de capturar varias categorías analíticas, dispositivos de nuevas prácticas, y cargarlas con otros sentidos. El conjunto de las prácticas centradas en procedimientos profesionales en salud ha expresado ese tipo de acción hegemónica.

No es extraño asistir a movimientos corporativo-centrados que reconocen pérdidas de efectividad en sus territorios de acciones tecnológicas, productores de cuidados en salud, y que proponen soluciones para esos problemas, como es el caso de la búsqueda de construcción de una medicina integral después de la Segunda Guerra Mundial.

No es que ese movimiento no haya planteado cuestiones interesantes, pero observémoslo desde la perspectiva de captura ya señalada. Al reconocer que el campo de prácticas de la medicina prometía resultados que no obtenía –o sea, cuidar globalmente del otro en sus necesidades de salud por la pérdida de diversas dimensiones tecnológicas de la acción médica–, ese movimiento pretendió adjetivar la medicina como “integral”. Pero con esa adjetivación produjo otra intervención interesante: transformó la idea de integralidad en una categoría que pasó a tener sentido al interior del modo médico de actuar y, a su vez, en una práctica que solo tendría sentido a partir de un acto centrado en el actuar de un profesional de salud.

Capturó sus sentidos y significados en el campo nuclear de las profesiones y embarazó la integralidad con un paradigma ya dado: la perspectiva biologicista de la medicina hegemónica. Y no podemos decir que solo los médicos hicieron y hacen eso, pues, con una mirada atenta, vemos que ese es el movimiento realizado por todas las profesiones de salud, universitarias o no.

Mirar y poder percibir que ese es el modo más común de hacer uso de las apuestas a la integralidad nos puede posicionar –con relación a nuestros propios modos individuales y colectivos de cargar las palabras de sentidos y significados, y a nuestro

propio modo, actuar– como una “pororoca”¹, un oleaje de producción que, a su vez, produce al propio mundo pero ahora de un modo diferente. Salir de nuestro territorio ya dado y abrirlo a nuevas posibilidades de embarazo, perseguir nuevos objetos y modos de producir el cuidado que invadan nuestro actuar a partir del núcleo profesional, transformándolo en un lugar comprometido con la construcción de un cuidado en salud que ve en el otro la mirada que tomará prestada. Reconocer en esos actos nuestra propia presencia, y abrirlos a nuevas resignificaciones, como actos de inseminar palabras en los que también somos sus parteros, involucrándonos. Ese proceso solo puede ser un acto colectivo en el mundo del trabajo, aunque las resignificaciones se produzcan en el plano individual, como sujetos morales.

El mundo del trabajo es una escuela²

Mirar el día a día en el mundo del trabajo y poder ver los modos en que se embarazan las palabras con los actos productivos, transformar ese proceso en objeto de nuestra propia curiosidad, vernos como sus fabricantes y dialogar en el propio espacio de trabajo con todos los otros que están allí, no es solo un desafío, sino una necesidad para tornar el espacio de la gestión del trabajo, el sentido de su hacer, en un acto colectivo e implicado.

En salud esto es como un imperativo categórico. Como algo que debemos no solo desear, sino de lo cual no podemos huir. Pues a diferencia de otros procesos productivos, en salud el trabajador en cualquier momento podrá ser su propio usuario. Categóricamente, casi de manera obligatoria, tendrá que verse siempre frente a su propio hacer, y aunque en forma inconsciente deberá responderse a sí mismo si sería un usuario de lo que está haciendo con el otro.

Ya es sabido por muchos de nosotros que hay trabajadores que pasan decenas de años fabricando ciertos productos –como, por ejemplo, una bicicleta– y que no saben utilizarlos, o incluso que no les son para nada útiles. No se ven como posibles usuarios de los productos de sus trabajos. Sin embargo, en salud, eso es imposible. En cualquier momento, al interior del propio proceso productivo, un trabajador puede pasar de un territorio situacional a otro, o sea, puede pasar del lugar de trabajador a tener la necesidad inmediata de la producción de actos de salud. Y, como tal, sabe si lo que está haciendo como trabajador está o no cargado de ofertas significativas para el otro.

¹La idea de “pororoca” está tomada de Ana Lucia Abrahão da Silva, quien en su tesis de doctorado usa esa figura para mostrar la doble acción sobre el propio agente del acto (Silva, 2004). “Pororoca” es un fenómeno natural que ocurre con frecuencia en Brasil, en el encuentro de las aguas del río Amazonas con el océano Atlántico, en periodos en que la elevación de la marea hace que las aguas invadan la desembocadura del río, retornando a él con la misma fuerza con que antes vertían del río al mar.

²Esta imagen está tomada de Erminia Silva, que en su estudio sobre los circenses y el arte nos muestra que el circo es una escuela, en tanto lugar de producción del hacer artístico, de sus propios artistas y de los saberes.

Hacer del mundo del trabajo, en su micropolítica, un lugar para que esas intencionalidades e implicancias se tornen elementos explícitos, a fin de constituirlos en materia prima para la producción de redes de conversaciones colectivas entre los diversos trabajadores que habitan el cotidiano de los servicios y de los equipos de salud, es explorar esa potencia inscrita en los haceres productivos como actos pedagógicos. Por lo tanto, el mundo del trabajo es una escuela. Es el lugar para abocarse a los objetos de las acciones, los haceres, los saberes y los agenciamientos de sujetos. El mundo del trabajo, en los encuentros que provoca, se abre a nuestras voluntades y deseos, condenándonos también a la libertad y a estar frente a nosotros mismos, en nuestros actos y nuestras implicancias. ¿Cómo se traduce esto al trabajo en salud?

La producción de un acto de salud, para que se concrete, debe construir ciertas situaciones como su objeto de acción y, como tal, opera un acto tecnológico, o sea, un acto comprometido con la realización de un cierto producto. Un acto dirigido a eso. Un acto que desde el comienzo ya es finalístico, porque apunta a producir un producto: el acto de salud sobre un objeto cualquiera.

Según el paradigma de cuidado imperante, ese acto tecnológico puede considerar al usuario como un portador de necesidad/fragmento, es decir, ser visto como un objeto, como un cuerpo o parte de un cuerpo con problemas biológicos, como un ser sin subjetividad, sin intenciones, sin voluntades, sin deseos. Bajo la mirada de los núcleos profesionales consagrados, hegemónicos, el usuario puede fragmentarse aún más, pues puede ser mirado como un objeto, un soporte para la producción de un acto de salud reducido a un procedimiento profesional, lo que ha consagrado la construcción de modos de cuidar centrados en procedimientos.

Dentro de ese tipo de acción de cuidado, ni sumando todas las miradas profesionales se consigue llegar al otro como alguien que también mira, que también tiene deseos, voluntades, intenciones, modos de expresar necesidades no fragmentarias, un otro que no parte de ningún núcleo profesional, de ningún territorio tecnológico de acción, que es un mundo de necesidades, rico de complejidades lógicas, pues puede contener desde dimensiones que se restrinjan a las formas corporales de sufrir, hasta necesidades de ser escuchado, vinculado, insertado en redes comunicativas con otros, con voluntades ciudadanas.

La suma de las lógicas centradas en los profesionales no da cuenta del vaciamiento de las lógicas que habitan la producción del cuidado. Al observar desde otro lugar –el del usuario, por ejemplo–, estas lógicas no pueden ser plenamente capturadas por acciones tecnológicas centradas en los profesionales, sino que las extrapolan, colocan el cuidado en otro lugar, no es solo un acto tecnológico centrado en un actuar profesional sobre un objeto, como el cuerpo que sufre. Estas lógicas sitúan el cuidado como referente simbólico del campo de la salud. Producen otro tipo de objeto, que no es aquel que apunta a la realización de un acto de salud, con el cuerpo como centro del cuidado, sino aquel prometido simbólicamente como el alma del campo de la salud, como un lugar que cuida.

Ese cuidado, como referente simbólico, es mucho más amplio y vasto que cualquier intención o posibilidad de realización productiva que tenga un conjunto de

trabajadores de la salud de una profesión, o aun, de la que todos los profesionales de la salud puedan sumar.

Tomar el mundo del trabajo como escuela, como lugar de una micropolítica que constituye encuentros de sujetos/poderes con sus haceres y saberes, permite abrir nuestra propia acción productiva como acto colectivo y lugar de nuevas posibilidades de haceres para extraerla del propio encuentro y del propio hacer, desterritorializarla de los núcleos profesionales y dejar que se contamine por la mirada del otro del campo de la salud: el usuario, individual y colectivo, como lugar de un complejo modo de vivir el mundo, abriéndonos en acto a nuevos embarazos y partos.

La integralidad embarazada de nosotros, en ese cotidiano, puede revelar los modos de capturas o los espacios de posibles libertades que operamos, individual y colectivamente, al hacer nuestro trabajo de cuidar.

Pensar en cómo ir más allá de los encuentros, mutuamente irritantes y que reafirmen territorios muy instituidos, entre las distintas profesiones, en el cotidiano del trabajo en salud, y buscar nuevas formas de cargar de sentido nuestros actos con sentidos y significaciones diferentes de los paradigmas que hemos adoptado a partir de nuestros núcleos profesionales, es una tarea para todos los trabajadores que no tienen el coraje de ser usuarios de su propio hacer, mucho menos del colega de al lado, o de todo su equipo.

La porosidad de la dimensión cuidadora: maletines de las relaciones que invaden los núcleos profesionales y los abren al cuidado como referente simbólico del usuario

Como hemos afirmado junto a otros autores, el trabajador de la salud, para dar cuenta de parte de lo que está en juego en el acto de cuidar, en su encuentro con un usuario, individual o colectivo, se moviliza como portador de cajas de herramientas tecnológicas, a las que denomino maletines de las manos, de la cabeza y de las relaciones³.

Esos maletines están conformados por equipamientos, saberes tecnológicos y modos de comunicarse con el otro. Para construir esas tecnologías –duras, leves-duras y leves– movilizamos al menos dos núcleos de conformación tecnológica: el núcleo cuidador y el centrado en el profesional.

Las catorce profesiones universitarias del área de la salud buscan distinguirse entre sí por el núcleo profesional, a través del cual definen los saberes que dominan con exclusividad o preponderancia, los objetos de sus acciones y sus finalidades como productores de actos de salud específicos. Este núcleo está presente en cada uno de los maletines que, como parte de su conformación, se transforman en modos de realizarse de la profesión.

³Véase esta discusión en el libro *Sáude: a cartografia do trabalho vivo* (Merhy, 2002).

Por ejemplo, un médico –como una de las catorce categorías profesionales– dice que su identidad profesional se define por su dominio de la clínica y de la terapéutica; que le cabe a él, como profesional, dominar ese territorio, al punto de decir a otros cuál es el diagnóstico del problema de salud presentado por un individuo, que toma como su objeto, como un cuerpo enfermo, en sufrimiento, y debe decidir qué tipos de intervenciones se deberán hacer.

En el proceso de construcción de su núcleo profesional, el médico configura parte de sus maletines y busca formatear hasta el de las relaciones con sus teorías sobre la relación médico-paciente. Al considerar que su núcleo le permite poder hablar sobre el propio campo de la salud como un todo, termina ponderando que todas las otras profesiones son brazos de la de él. Y aun más: toma aquello que produce como su objeto de acción, el referente simbólico del campo, reprimiendo todo movimiento que escape a su pretensión imposible. Sin embargo, el cuidado como referente y objeto simbólico del campo excede su ámbito y pide mucho más de lo que una profesión le puede proveer.

Es interesante también el hecho de que las otras trece profesiones hacen movimientos similares, como si fuese una forma instituida de ordenar organizaciones profesionales, imponiendo las mismas lógicas y reglas de conformación. Y, de esta forma, en cualquier otra profesión del área vemos movimientos iguales procurando imponer su territorio de dominio a través de la conformación de objetos de la práctica, prácticas y saberes, que toman el referente simbólico del campo de la salud como la suma de sus objetos. Sin embargo, nuevamente es posible observar que el referente lo excede, que le exige al actuar tecnológico de las profesiones más de lo que cada núcleo solo, o sumado a otro, puede proveerle.

Además, vemos que otra parte de los maletines está ocupada por otros territorios de saberes y prácticas que no pertenecen a ninguna de las catorce profesiones, pero que hacen referencia a todas, lo que crea una porosidad entre el mundo de las profesiones entre sí y entre el mundo de los trabajadores de salud y el de los usuarios. Porosidades localizadas de modo más explícito en los maletines de las relaciones, que operan tecnologías leves para dar cuenta de los encuentros y relaciones de alteridades con el otro: el usuario. Pero esas porosidades también están presentes en el núcleo tecnológico no-profesional al dar cuenta del cuidado, a lo que denomino *dimensión cuidadora de las prácticas de salud*, la cual apunta al mundo del referente simbólico del campo y viceversa (Merhy, 2002). Al ser porosidades, las profesiones pueden encontrarse desterritorializadas, y es por allí que el otro, el usuario, penetra con su complejo mundo de necesidades que excede nuestras capturas nucleares. Veamos un poco más de cerca estos dos *lugares* micropolíticos.

Son encuentros de sujetos en acción, con sus poderes, que producen relaciones, excluyéndose y produciéndose mutuamente, lo que permite que en los mapas de esos encuentros se disparen posibilidades de nuevos trazos que se abren a nuevas conformaciones cartográficas. Son micropolíticos, pues es allí que el trabajo vivo en acto se concreta en la construcción del cuidado y, como tal, opera como partero de palabras, significados y sentidos. Allí es posible construir dispositivos de gestión

colectiva del trabajo en salud que abran encuentros públicos a los haceres privados de los actos profesionales-centrados.

Provocar todo esto al mismo tiempo, en la lógica del trabajo como acto pedagógico expresado por la mirada de la educación permanente, crea nuevas formas de construir el cotidiano en los servicios de salud.

La dimensión cuidadora opera situaciones con las que se enfrentan todos los profesionales de la salud, aunque intenten, sin mucho éxito, transformarla en su objeto restringido de acción, como señalé en el caso de la relación médico-paciente. En el ámbito de la dimensión del actuar tecnológico en salud, el profesional o los profesionales están delante de prácticas tecnológicas que deben dar respuesta a diversos pedidos, posibles de ser inscritos en el campo del referente simbólico, incluso aquel que asevera que el campo de la salud es el lugar de producción de un cuidado que cuida, comprometiéndose de hecho con la vida del otro.

Solo como ejemplo, para estimular nuestros pensamientos, cito algunos de los pedidos posibles, inscritos en esta dimensión cuidadora:

- relación intercesora con el mundo subjetivo del usuario y su modo de representar y construir necesidades de salud;
- relación acogedora que incluya al usuario como sujeto de saberes y prácticas en el campo de las acciones de salud;
- relación acogedora con el usuario que permita producir vínculos y responsabilizaciones entre todos los que están implicados en los actos de salud;
- relación que permita articulación de saberes para conformar los maletines tecnológicos y los proyectos de intervenciones en salud del modo más amplio posible;
- relación que posibilite el encuentro de los núcleos profesionales a partir del mundo del usuario como lógica capturante de las otras lógicas, y no al revés;
- relación que se compromete con la finalidad de los actos de salud como efectivos para calificar el vivir individual y colectivo;
- relación orientada por apostar al agenciamiento de sujetos morales implicados con la defensa de la vida individual y colectiva;
- relación de inclusión ciudadana, que opera en la construcción de autonomías y no de clones en el campo de la producción de los sujetos sociales; entre otras.

No es casual que este ejercicio de embarazos haya apuntado a la producción de relaciones. Entiendo que el lugar más abierto para actuar en una producción no capturada totalmente, que denuncia todo el tiempo el límite de los modos instituidos de producir actos de salud, es donde actúa el maletín de las relaciones, lleno de tecnologías leves y en acto⁴, enteramente cubierto de porosidades y, por lo tanto, se abre en acto a todas las posibilidades instituyentes en el campo de la salud. El trabajo vivo en acto es su sustancia productiva nuclear, además de no pertenecer plenamente a ningún núcleo profesional. En ese territorio tecnológico, por ejemplo, la relación médicopaciente es denunciada como limitada, insuficiente, o mismo como lugar de dominación y de control.

⁴Los primeros textos que produce en este eje están en el libro *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (Merhy y Onocko, 1997).

Pero es un territorio de ruidos provocados por los desgastes, por lo que se trata de un óptimo dispositivo para que los equipos de salud, en sus cotidianos, construyan sus encuentros abiertos a generar nuevas formas comunicativas entre sí y conformar maletines en conjunto.

La mayor parte de los maletines de las relaciones, a diferencia de los otros dos, corresponde a la dimensión cuidadora. De allí que se transforme en un lugar privilegiado, en tanto lugar de acciones que interrogan los límites de los modelos hegemónicos, centrados en los propios profesionales de salud.

No son pocos los ejemplos que muestran esa porosidad en el cotidiano de los servicios, revelando nuevos territorios de encuentros y acciones, en la búsqueda de un actuar colectivo en salud que se interroga sobre el embarazo de la integralidad.

Actuar en salud: la integralidad como desafío para la desterritorialización

El relato de un caso puede abrir nuestras imágenes con relación a esto. Lo que describo forma parte de una experiencia en la que participé con un equipo de trabajadores de salud, de una unidad básica, en la red de servicios de salud de Campinas (San Pablo), a fines de los años noventa, y que incluso me estimuló a escribir el texto sobre maletines tecnológicos.

Conversando con los trabajadores de esa unidad, les propuse que trajeran situaciones del cotidiano sobre las cuales quisieran conversar, además del mapeo que con Marta Tornavoi y Mauricio Chakkour (compañeros en este trabajo) estábamos ⁵⁴haciendo sobre quiénes eran y cómo se movilizaban los usuarios en la unidad en un día entero de trabajo. Ese mapeo se realizó con el colectivo de trabajadores de la unidad, a partir de la construcción de ciertas técnicas para la producción de información de salud por parte del propio equipo, lo que nos daría la imagen de quién había ido al servicio, con qué problema y/o queja, a qué hora, qué tipo de acciones habían sido realizadas, quién las hizo, a qué hora, cuánto tiempo permaneció en la unidad y qué problemas se enfrentaron, por quiénes y cómo.

Entre las conversaciones sobre la cartografía producida ese día de trabajo, hicimos una reflexión sobre qué tecnologías portábamos para hacer nuestras acciones en ese cotidiano. A partir de ese diálogo, y con la necesidad de aprehender lo que se estaba diciendo, propuse algunas ideas conceptuales para hacer otro tipo de mapeo: el de los maletines tecnológicos, sugiriendo que cada uno observara lo que tenía en las manos, en la cabeza y en los actos relacionales, en los distintos momentos de su trabajo, y así poder cartografiarlos.

Una auxiliar de enfermería, en un momento determinado, se dirigió al grupo y mencionó cuán alegre se sentía de verse como productora y portadora de tecnologías

⁵⁴“Estábamos” hace referencia a mis compañeros en este trabajo, Marta Tornavoi y Mauricio Chakkour.

en salud; afirmó que por primera vez tenía la noción de que era una trabajadora de la salud y que actuaba con un maletín como el de las relaciones. Además de decir eso, hizo la siguiente observación: que ella ahora entendía por qué el modo en que los médicos trataban a las señoras más ancianas, con remedios para calmarlas, la irritaba y que lo plantearía en el lugar.

Mi cabeza enloqueció al oír eso. La incité a que continuase, brindándole apoyo – ese tipo de respaldo que puede empoderar al otro, provocar su autonomía al actuar; formas muy utilizadas en cuidados, como en las redes de atención en salud mental– para que continuara explorando su descubrimiento.

Ella decía que las personas viejas, como aquellas señoras, tenían una vida muy rica para ofrecer y el modo en que los médicos se relacionaban con ellas era muy pobre. No veían en ellas todo eso. Que ahora ella entendía que podía ir al interior del equipo para plantear este tema y proponer modos diferentes de relacionarse con aquellas señoras. Imaginaba la posibilidad de que ellas mismas, en ruedas de conversaciones, plantearan cosas nuevas, unas a otras, o incluso encontrar en aquel lugar un espacio para poder ser escuchadas. Que iba a proponer esto a su grupo de trabajo y a los médicos, y ver si ellos aceptaban hacer algo diferente, que no sea solo recetar Diazepan.

No es necesario decir que allí, en aquel colectivo, algo ocurrió. Hoy, a pesar de mi curiosidad, no sé cómo sigue; pero debe haber cambiado mucho, pues el propio equipo de esa unidad ya no es el mismo. Seguramente esa trabajadora no dejará de sentirse sujeto de la acción y con poderes. De eso tengo certeza.

En este momento quisiera señalar que el modo de cargar de sentido las palabras y, obviamente, nuestros actos de salud, a partir de ciertas visiones o proyectos de integralidad de nuestras acciones, puede abrirnos a lo nuevo a partir de las porosidades de la dimensión cuidadora y del maletín de las relaciones.

Que el colectivo de trabajadores asuma en forma explícita la capacidad interrogativa que contiene la integralidad, como dispositivo de transformación de las prácticas de salud, me parece no solo posible, sino necesario, como ya mencioné, para todos aquellos que se interesen por el hacer cotidiano de los servicios de salud pero, en particular, para aquellos que saben que no serían usuarios de sí mismos.

La posibilidad de mirar esos lugares a partir de su potencial desterritorializante, propio de la apuesta de la integralidad, permite que interroguemos nuestros haceres, como constructores de sentidos, apuntando a ese campo de porosidades. Abre la gestión del trabajo al colectivo y a un mundo nuevo en el campo de la salud, operando otras lógicas capturantes por las cuales el mundo de los usuarios puede y debe invadir nuestros núcleos tecnológicos de acción e imponer nuevas lógicas que miren hacia el lugar de la promesa del referente simbólico de la salud: el acto de cuidar como un hacer colectivo volcado a la defensa de la vida, individual y colectiva.



Tercer plano

**Herramientas de análisis y autoanálisis de
los procesos de trabajo**



Público y privado: entre aparatos, rondas y plazas

Emerson Elias Merhy

Campinas, febrero de 2006, debajo de lluvias intensas

Había nacido al lado de una iglesia católica, construida sobre una elevación que la colocaba un poco por encima de las otras casas. En el frente había un atrio muy amplio, con jardines y muros; además de un patio muy generoso.

Temprano, cuando me despertaba y me levantaba, saltaba de la cama al atrio; al igual que una decena de chicos de 8 a 16 años. Se juntaban, luego de un desayuno impuesto por las madres, y con la pelota en la ronda invadían el atrio y lo transformaban en algo solo de ellos: un potrero.

Varias veces eran denunciados por el padre de la iglesia, como invasores y perturbadores. El auto de la policía, un Cosme y Damián, llegaba con la sirena encendida y por un tiempo terminaba con la fiesta.

Los chicos corrían por todos lados. Los policías amenazaban con atraparlos. Al final, todos se escapaban. La policía se retiraba. Y el atrio volvía a ser una plaza de nuevo.

Esta pequeña historia, vivida de hecho en el barrio Bela Vista, en San Pablo, en la década de 1950, y originalmente publicada como introducción al libro de Giovanni Gurgel (2006) tiene muchos elementos que me gustaría retomar¹.

Destaco, en primer lugar, la idea de un lugar público constituido como un aparato con una funcionalidad muy definida: ser el atrio de una iglesia. Una función que transforma el lugar público en algo de uso privado: solo cobra sentido para ciertos fieles y creyentes, cuyos intereses en ese espacio lo tornan una extensión de un modo simbólico de producir el espacio, como un lugar para la fe cristiana. En síntesis, una producción y apropiación de un espacio que posee un sentido muy preciso y bien definido, con un valor de uso muy delimitado. En la constitución de lo público y lo privado prevalece, claramente, una cierta conformación de lo público a través de formas privadas y específicas de constituirlo.

Esta figura, para mí, se asemeja a la noción de aparato institucional, como un partido, un aparato estatal, una máquina gubernamental, una repartición de una empresa, o una empresa en sí. En todos estos casos, la funcionalidad definida es imperativa del lugar, es instituyente. La dupla público/privado se expresa como una relación instrumental y solo esta razón da cuenta de este proceso. Por ejemplo, una

¹Este texto fue publicado originalmente como introducción al libro de Giovanni Gurgel (2006).

organización fabril que no produce su producto no es una organización fabril y, como tal, al perseguir su alma particular, captura en forma privada todos sus lugares públicos. No obstante, como en todos los formatos adquiridos –aparato, ronda y plaza–, como veremos más adelante, no es indiferente qué tipo de actores sociales/sujetos están operando la producción del lugar, pues constituir cierto valor de uso es, ante todo, una operación simbólica e imaginaria. Parafraseando a Ruben Alves podríamos decir que para que algo sea útil debe constituirse simbólicamente como necesidad.

Destaco, en segundo lugar, la ronda que los chicos conformaron para armar sus equipos de fútbol e invadir el aparato atrio. Se reunieron y se hicieron ofertas unos a otros, construyeron entre sí acuerdos y reglas. Se organizaron para actuar como un colectivo, pero en el que cada uno pudiera jugar a su manera. Jugar, para producir el acuerdo, o para participar de lo que más querían: jugar a la pelota o a inventar otros juegos, como la escondida, el baloncesto, entre otros. Después de varias charlas en ronda, se decidieron por el fútbol y empezaron a formar los equipos. Dividieron imaginariamente el atrio en un campo de fútbol. Establecieron los goles, ordenaron los equipos e iniciaron el juego. El atrio estaba allí para que este colectivo, los chicos, lo ocuparan de distintas maneras. En rueda, con ofertas, conversaciones y acuerdos, ellos lo transformaron de atrio de iglesia en campo de fútbol o cualquier otro territorio funcional en el que se producían nuevas reglas.

La dinámica público/privado parecía que obedecía a otros tipos de lógicas. Una mirada atenta, bien de cerca, podría ver el encuentro *entre* el atrio aparato y el atrio rueda, uno dentro del otro como una dupla; vería cómo los chicos construían, en acto, sus acuerdos y reglas, y percibiría cómo se abrían muchas posibilidades de modificarlos para adecuarse a las características del juego que producía el colectivo en acción. Por ejemplo, podrían formar equipos con más o con menos jugadores, según la cantidad de chicos que hubiera en la ronda. El tiempo del juego podría variar. Tener o no arquero era algo a decidir en acto. Por lo tanto, la forma de construir la funcionalidad del espacio que se producía era mucho más elástica. Sin embargo, todos estos procesos tenían un objetivo final a ser alcanzado: organizar una acción colectiva para producir un juego de fútbol, por ejemplo. Esta funcionalidad no se perdía en ningún momento, aunque se realizara de muchas formas y maneras distintas. La dinámica del colectivo en una ronda se imponía sobre la construcción del espacio público, privatizándolo.

Transformar el atrio en campo de fútbol era un acto imperativo del acuerdo realizado, y rompía la funcionalidad del atrio aparato, en función de las acciones del colectivo en acción. La dupla público/privado, ahora, en la ronda de los chicos, aparecía de un modo más explícito: la conformación del espacio privado, como el campo de fútbol, se daba a partir de un acto colectivo y más público y en su inmediatez; diferente del atrio aparato, que estaba allí incluso sin la presencia de sus instituyentes reales. De hecho, en aquel campo de fútbol, la funcionalidad no estaba del todo constituida como en el atrio de la iglesia, en el que la fuerza simbólica cristalizada en íconos instituyentes conformaba fuertes significantes sociales.

Que se instituya como ronda depende del colectivo que está allí actuando, por lo que la tensión en la dupla público/privado está a la vista: no hay una exclusión

tan fuerte como en el caso del aparato, en el que la regla es única y la punición es inevitable e inmediata ante su violación. En las rondas los procesos están abiertos a los acontecimientos, aun dentro de ciertas funcionalidades acordadas entre los colectivos que las constituyen.

En tercer lugar, destaco que aquel atrio aparato religioso que puede ser, al mismo tiempo, campo de fútbol, puede además estar siendo lugar de otras rondas no conectadas a la de los chicos. O puede ser un lugar que alguien ocupa y produce solo para observar a los otros. O un lugar que alguien produce para descansar, mirar el cielo, charlar, o tantas otras formas que somos capaces de inventar y que dan múltiples sentidos a la dupla público/privado allí existente. Y lo interesante es observar que esas diversas maneras de producir un espacio, en tanto modos privados de ocupación, no llevan necesariamente a discrepar con lo diferente. Esta es la imagen de una plaza, en la cual el espacio público se construye de diferentes formas que instituyen desigualmente sus usos, sin el compromiso de ponerlos globalmente al servicio de una única función y/o finalidad, pues habrá varias que están en producción y en acontecimiento. Son muchos los colectivos que interceden. En una plaza, el acontecimiento es la regla y los encuentros son su constitutividad. En ella hay muchos *entre*. Y poder ver esto, incluso al interior de otros modos de constituir la dupla público/privado, puede implicar la posibilidad de abrir la tensión público/privado a nuevos procesos de producción en flujo.

No hay una regla unificadora a ser impuesta, no hay funcionalidad a priori a ser obedecida. Los colectivos que están allí, conformando esta tensión, se encuentran en pleno acto de acontecer y dan lugar a los sentidos de los haceres de cada uno en sus numerosas multiplicidades. La posibilidad de comprender esta convivencia contaminante, productiva y creadora, de lo diferente, en los aparatos y rondas, puede permitir la institución de la dupla público/privado como un lugar profundamente democrático en el cual la igualdad en la diferencia es la referencia ética y estética. El atrio de una iglesia como lugar para hacer un picnic, charlar, jugar al fútbol, a la mancha, predicar, como ámbito de protestas, de noviazgos, de presentaciones artísticas, ya no es solo el atrio de una iglesia: ahora es una plaza.

Sin juzgar moralmente ninguno de los niveles señalados, pues a priori no podría decir cuál es mejor o cuál es más correcto, destaco el hecho de que en los tres hay una mutua constitución de lo público y lo privado, y que un aparato también es una ronda que, a su vez, también es una plaza.

El aparato conformado a partir de ciertos poderes instituidos y reconocidos como las organizaciones religiosas, las rondas creadas y reinventadas por los chicos que generan nuevos sentidos al uso del lugar –aunque dentro de ciertas reglas que supone la formación de un equipo de fútbol–, como así también los múltiples encuentros con los más variados sentidos, no necesariamente para cumplir una misión a priori, sino simplemente para realizar un acontecer en flujo, como quedarse en la plaza mirando el cielo, o charlando, o leyendo un libro, etcétera, crean un diseño interesante: lo público y lo privado se constituyen mutuamente, en flujo, en acontecimiento, y en forma continua se crean lugares de aparatos, rondas y plazas.

Esta intensa constitución, que nos permite percibir que no debemos separar una cosa de la otra sino percibir una cosa en la otra, nos abre chances de poder actuar también sobre esto. Así, entender que hay *entres* en estos espacios –es decir, entre un aparato y una ronda, entre una ronda y una plaza– nos da la posibilidad de poder explorar estos *entres* como posibilidades de instituir una plaza dentro de una ronda, una ronda dentro de un aparato, pues están allí para ser desvirtualizados. Cuando hay dominio instrumental de uno sobre el otro, podemos pensar cómo crear situaciones para interrogar ese dominio a través de los *entres*. En el caso de salud, sería el desafío de pensar en un lugar tan privado como un consultorio de un médico, cómo crear situaciones de plazas y rondas en ese lugar que claramente se constituye como aparato.

Aunque quisiera separar estos procesos, están siempre presentes y muchas veces causan malestar en ciertos pensadores que, aunque muy bienintencionados, buscan valorarlos moralmente o incluso destacarlos. Sean o no pensadores neoliberales capitalistas que ven en lo privado y en el mercado el lugar de definición y de determinación, sean los antineoliberales que instrumentalizan la razón y transforman todo en aparatos, incluso el actuar y la subjetividad colectiva. Y aquellos autores que intentan destacar una dimensión sobre la otra no consiguen hacerlo con mucho éxito, y siempre presentan alguna salvedad.

En este sentido, es interesante la idea de Toni Negri acerca de que la democracia, cuando normatiza y reglamenta, cuando ordena su andamiaje constitucional, no consigue escapar del poder constituyente y se presenta como un tipo de sociedad y de gobierno que se rehace en forma permanente, y asume claramente el riesgo de pervertirse, de no ser una ronda que funcionalmente gira bien. De allí que hable del inevitable y no controlado *poder constituyente* de las multitudes.

Por lo tanto, el tipo de mutua constitutividad entre lo público y lo privado al que apostemos no es irrelevante, dado que se transforma en un problema cuando imaginamos que nuestro modo es único y anula la existencia de los otros. Hay que señalar ciertas líneas de sentido, en las que hacer de los aparatos verdaderas rondas y de las rondas grandes plazas me parece mucho más adecuado e interesante. Hay que convivir con la tensión de la constitutividad y explorarla en el eterno retorno: lo público que se hace privado y viceversa.

Cabe analizar también cómo se puede colonizar una constitutividad dentro de otra y, así, ordenar formas específicas de poderes para instrumentalizar un lugar a partir de otro. Claro que si esto ocurriera en el sentido de transformar siempre las rondas y los aparatos en plazas, estaríamos más cerca de lo que señala Negri, pero si fuera lo opuesto, es decir, el sentido del aparato se impondría sobre la ronda y la plaza, o aun si la ronda, en su funcionalidad, matara a la plaza que hay en ella, estaríamos ante un proceso que creo legítimo denominar como privatización de lo público, en el que la política se reduce al movimiento de tornar universal un proyecto muy particular y único. Esta unicidad del espacio público, en ciertos bloques históricos, no escapa a Arendt. Sin embargo, aquí me refiero a cómo el Estado ampliado, en Brasil, ha sido un aparato efectivo de intereses muy restringidos, desde el punto de vista de la multiplicidad social de intereses que constituye la sociedad brasileña. Y el campo de la salud puede ser un buen ejemplo y un analizador de esto.

El libro de Gurgel (2006) es uno de los estudios más interesantes en esta dirección. No solo muestra la mutua constitutividad de lo público y lo privado, sino que revela la intensa privatización de los intereses y del campo de las políticas públicas y gubernamentales, y señala los desafíos de aquellos que actúan para invertir las lógicas de ocupación y producción de los espacios públicos y privados, en el ámbito societario, en general.

Dentro de los temas de discusión que el SUS le planteó a la sociedad brasileña en estos últimos años, ciertos interrogantes resultan muy relevantes y pertinentes: ¿qué implica una política pública de Estado que se modela según los bloques gubernamentales que la constituyen? ¿Cómo opera esto en la multiplicidad de tipos de apuestas a las que es permeable la salud hoy? ¿De qué manera la reforma de lo público estatal con la formación de lo privado de interés público convive con estas situaciones? ¿Y el mercado y sus organizaciones privadas? ¿Qué tiene que ver todo eso con esta discusión?

En el trabajo de Gurgel el lector no encontrará de modo explícito la evocación a aparatos, rondas y plazas, pero no perderá de vista que aborda la mutua constitutividad de lo público y lo privado, en el tiempo, en el plano de los colectivos sociales en acción, en el campo de la salud, en tanto territorio de prácticas sociales e históricas. Asimismo, el libro muestra las implicancias de los procesos de constitución de las multitudes en acción y sus expresiones como colectivos específicos que producen e instituyen aparatos, rondas y plazas en el campo de la salud, en Brasil. Eso es lo que veremos, bajo otros nombres, en ese libro. E invito al lector a pensar con respecto a qué hacer con los aprendizajes a los que nos conduce Gurgel.

No sabría responder esta pregunta en forma inmediata, pero tengo la sensación de que las posibilidades que abre son muchas, pues expone nuestras propias implicancias con lo que aquí se revela y muestra cómo nos vinculamos con relación a todo eso. Nos revela, incluso, con qué tipo de mutua constitutividad de lo público y lo privado estamos de hecho interesados. Y nuestro modo de actuar dentro del campo de la salud depende de eso.



El uso de herramientas analizadoras como soporte de la planificación de los servicios de salud: el caso del servicio social del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (San Pablo, Brasil)

Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy

Presentación

El presente trabajo tiene por objetivo analizar el servicio social del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HCUnicamp). Se trata de un análisis situacional que involucra a todo el equipo de coordinadores del servicio y fue realizado a partir de un proceso colectivo de formulación.

La metodología incluye, principalmente, el uso de *herramientas analizadoras* como el *flujograma descriptivo* y la *red de petición y compromisos*, descritos por Merhy (1997b). En este caso, el *flujograma descriptivo* está conformado por una representación gráfica del proceso de trabajo, elaborado desde una perspectiva centrada en el usuario, con una riqueza de detalles que permite percibir aspectos de la micropolítica de la organización del trabajo y de la producción de servicios. La *red de petición y compromisos* es una descripción de las relaciones intra e interinstitucionales, en la que se revelan las discrepancias y los conflictos entre los diversos actores del escenario. La identificación y discusión de estos *ruidos cotidianos* ponen de manifiesto los diversos proyectos existentes en la arena decisoria, como también ponen en evidencia la disputa en torno de ellos. Utilizando la terminología de la planificación estratégica situacional (PES), podríamos decir que estas herramientas identifican los *problemas* en los procesos de trabajo y las relaciones entre los diversos actores en escena, contribuyendo al proceso de planificación.

Además de la PES, se utilizan otros campos de conocimiento para analizar el producto de estas herramientas, como las referencias a las políticas de salud, el análisis institucional, la sociología y, principalmente, la teoría del trabajo en salud.

La insistencia en que la aplicación de las herramientas y la discusión en torno a sus productos se realice colectivamente se da por la convicción de que estos procesos colectivos son *autopedagógicos*, permiten que el equipo gestor de los servicios

acumule conocimientos en la medida en que se apropia de la realidad en la cual está inserto. En este sentido, aportan una mayor potencia a los sujetos en acto, en procesos de gerencia y coordinación.

Introducción

En general, cuando comenzamos a evaluar un determinado servicio de salud, los trabajadores que hacen ese ejercicio tienen tendencia a discutir los aspectos macroestructurales, más generales, del servicio, a menudo centrados en el propio servicio. Pero, para que un análisis sea eficaz debe reunir elementos referidos a las relaciones intra e interinstitucionales, y a la micropolítica de la organización de los servicios que se refieren a los vínculos consolidados en el proceso de trabajo y los intereses en juego en el día a día del servicio. Solo así será posible sumergirse en los procesos microdecisorios del cotidiano del servicio de salud e identificar sus problemas a partir de los ruidos generados en la asistencia ofrecida al usuario.

La reflexión que tenga como objetivo realizar un análisis situacional de los servicios y/o establecimientos de salud debe construir una mirada crítica e interrogadora de las diversas cuestiones implicadas. Será muy importante para este objetivo, localizar el lugar que ocupa el servicio en cuestión en el contexto general, situacional; identificar la red de relaciones inter e intra existente dentro del equipamiento asistencial analizado y, en esa red, explicitar los pedidos y compromisos asumidos entre los diversos actores implicados en la arena operacional y decisoria; escuchar con objetividad los ruidos que existen en el proceso de trabajo y en la asistencia prestada al usuario; analizar la micropolítica de la organización del proceso de trabajo y de la tecnología de las relaciones como campo privilegiado del *saber-hacer* y, en este contexto, el manejo de las *tecnologías leves* (Merhy, 1997b) como determinante de las energías creativas y creadoras de nuevos patrones asistenciales.

Antes de que los gestores y trabajadores inicien un proceso de evaluación de determinado servicio y/o establecimiento de salud, debemos hacernos las siguientes preguntas: *¿Para qué* vamos a evaluar este servicio? *¿A quién* le servirá la evaluación aquí realizada? *¿Cómo* se viabilizarán los cambios institucionales posiblemente identificados como necesarios? Por lo tanto, al colocarnos sobre nuestro propio trabajo analítico, estamos ante una cuestión de mayor complejidad cuando nos interrogamos acerca de su utilidad, a quién se destina y las posibles consecuencias prácticas que pueda producir.

Al referirnos a estas cuestiones no estamos hablando solo del contenido, sino principalmente del *¿para qué?*, *¿a quién?* y *¿cómo?*, que se refieren, fundamentalmente, a un cierto rumbo del ejercicio profesional y al método de intervenir los servicios, el cual debe ser competente para, en el proceso, producir sujetos. Además, responder a estas cuestiones indica también un camino a seguir, señala determinada estrategia, en el sentido matusiano del término, que considera la estrategia como *el uso o aplicación del cambio situacional para lograr la situación objetivo* (Matus, 1993, p. 195).

A continuación, presentamos las herramientas analizadoras que fueron testeadas en el marco de un proceso de análisis en el servicio social del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp).

Caracterización del servicio social del HC-Unicamp

Este servicio actúa en las áreas de servicios ambulatorios, procedimientos especializados, urgencias, programa de ETS-sida y enfermería del hospital. Cuenta actualmente con una planta de cincuenta asistentes sociales (incluyendo la dirección técnica), treinta auxiliares de asistentes sociales y seis empleados administrativos. Ofrece productos de asistencia social, definidos por su grado de complejidad:

- 1) Atención social I: orientación simple.
- 2) Atención social II: orientación simple y solicitudes/beneficios concretos (pase, refrigerio, ayuda financiera).
- 3) Atención social III: abordaje de baja complejidad (orientación y derivación a *recursos de la comunidad*, casas de retaguardia, grupos de sala de espera).
- 4) Atención IV: abordaje de media complejidad (entrevista inicial, casos nuevos, grupos educativo-terapéuticos).
- 5) Atención V: abordaje de alta complejidad (atención familiar, atención individual compleja, infecciones de transmisión sexual, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida).
- 6) Atención VI: Abordaje de altísima complejidad (atención de maltrato, rechazo familiar, desconocidos).

En los servicios ambulatorios, el servicio social cuenta con una guardia y tienen como misión específica, reglamentariamente definida, “ser un servicio social de referencia que actúa junto al usuario de los diversos servicios ambulatorios del Hospital de Clínicas y sus familiares, para brindar atención a nivel asistencial y educativo, favorecer la adherencia al tratamiento, implementar proyectos de pasantías y perfeccionar el área de servicio social elaborando y llevando a cabo investigaciones vinculadas al trabajo desarrollado”.

Responder el *para qué*, o hablar de la estrategia

Los servicios de salud operan, en general, de acuerdo con el modelo hegemónico, centrado en los intereses de las grandes corporaciones, en sintonía con los objetivos institucionales del establecimiento. Estos están determinados, por un lado, por las cuestiones relacionadas a la macroestructura social de la división técnica y social del trabajo, de orden mercadológico, y de las políticas de salud. Por otro lado, entre los determinantes del modelo de atención de la salud se encuentran la forma en que los trabajadores operan los servicios, el modo de hacer la asistencia, las relaciones que establecen y los procesos decisorios implícitos en el proceso de trabajo cotidiano.

Este conjunto macro y microorganizacional e institucional que modela el servicio de salud raramente diseña su modelo de asistencia centrado en el usuario. La forma normativo-burocrática de operar los procesos de trabajo en salud apresa la energía transformadora producida por las relaciones construidas en el día a día del servicio entre los propios trabajadores y de estos con los usuarios. Con relación a estos últimos, son vistos como un objeto a merced del poder absoluto ejercido por los trabajadores. En ese modelo tradicional, el encuentro de los servicios con su destinatario final se da por parámetros burocráticos, donde las *necesidades* de los usuarios son apenas subsidiarias de los intereses de las corporaciones y del establecimiento.

Desarrollo del proceso de análisis

El proceso de análisis del servicio social fue desarrollado a partir del relevamiento de datos e información, realizado a través de la aplicación del *flujograma descriptivo* y de la *red de petición y compromisos*. Este proceso se construyó en dos momentos.

El primero es la construcción del flujograma, donde el equipo reunido en un proceso de discusión y formulación del flujo del proceso de trabajo busca, en la memoria de cada profesional, las preguntas que los profesionales realizan a los usuarios, las decisiones tomadas, las idas y venidas del usuario, las barreras que se colocan en su trayectoria en busca de atención. En ese momento se recuperan los *haceres* cotidianos y se codifican en el flujograma, como un territorio tecnológico del trabajo en salud que se da a través del uso de los diversos instrumentos, conocimientos y relaciones que se establecen entre los profesionales y los usuarios. Lo mismo sucede con la red de petición y compromisos, en la que los *ruidos del cotidiano* aparecen y van formando opiniones dentro del equipo que trabaja con el instrumento.

En un segundo momento, con el equipo reunido, se realiza un análisis de los servicios a través de los instrumentos que plasman el proceso de trabajo y las relaciones entre los actores que se presentan en la producción de los servicios de salud. Para este análisis se utiliza la *caja de herramientas* que, de acuerdo con Merhy (1997b), es un conjunto de saberes disponible en el equipo.

Si definimos como objetivo de un trabajo analítico *contribuir a remodelar los servicios de salud*, surge entonces la segunda cuestión: ¿quién conducirá la acción transformadora, la construcción del devenir a partir de las bases constituidas mediante el análisis del servicio y/o el establecimiento?

Responder *para quién* está destinado el trabajo

Los actores sociales y políticos capaces de conducir un proceso de cambio a partir del trabajo son los propios trabajadores. Ellos detentan el recurso fundamental del conocimiento técnico, no solo de su formación, sino principalmente lo que adquirieron a partir de su experiencia concreta en el día a día del servicio. Más aún, los trabajadores establecen relaciones entre sí y con el usuario, controlando el proceso

de trabajo. Este control les da el extraordinario poder del *hacer*, lo que les permite operar los servicios de un modo o de otro, según el proyecto que consideren más adecuado, de acuerdo con sus intereses, los del usuario y los del servicio (probablemente, en ese orden). La transformación de los servicios de salud, por lo tanto, es posible a partir de cambios en el proceso de trabajo, siempre que se permita que el trabajo vivo –que opera a partir del conocimiento y de las relaciones establecidas entre los propios trabajadores y de estos con los usuarios– sea el factor determinante en la organización y operacionalización de los servicios/establecimientos. Este es el terreno de las tecnologías leves, capaces de conducir a procesos de cambios en la micropolítica de la organización de los servicios de salud (Merhy, 1997b).

El proceso de análisis de un determinado servicio de salud debe ser eficaz en mostrarles a los trabajadores lo que ellos están viviendo todos los días, en el sentido de construirlos como sujetos colectivos, protagonistas de los cambios en los servicios. En cuyo interior, hay procesos operativos no conscientes, velados por el dominio hegemónico de las corporaciones y por la burocracia en los establecimientos de salud, que encuadran los servicios a sus intereses impidiendo la acción creativa y creadora de cada uno. Esa captura del proceso de trabajo anula a los *sujetos auténticos*, trabajadores individuales y colectivos, y crea una cierta *ceguera institucional* que, al impedir su acción consciente, los torna sujetos en vez de sujetos de su propio proceso de trabajo.

Por lo tanto, el desafío que se plantea es el de hacer un análisis situacional del servicio de salud con características de *análisis institucional*¹, capaz de abrir procesos de reflexión formadores de sujetos a partir de los objetivos mencionados antes.

Responder al *cómo* formar sujetos en el proceso de análisis de un determinado servicio y/o establecimiento de salud

Partimos del presupuesto de que, para formar sujetos en el proceso, el análisis de la situación del servicio debe ser realizado en forma colectiva, involucrando a los gestores y, a través de estos, a los trabajadores. Buscamos en los registros de la memoria de cada uno, los datos y la información para discutir y procesar colectivamente. Muchas veces, la observación directa, la memoria y la verbalización de los procesos vividos por cada uno son insuficientes para revelar algunas áreas ocultas de la micropolítica de la organización de los servicios y del proceso de trabajo. En este sentido, es necesario recurrir a instrumentos, que al ser autoanalíticos de los protagonismos cotidianos de los distintos agentes institucionales, iluminan estas áreas hasta entonces oscuras para los trabajadores que operan los servicios de salud diariamente.

¹El análisis institucional está aquí mencionado como método de intervención analítico. Gregório Barremblitt (1992) menciona que el análisis institucional “se propone proporcionar los procesos autoanalíticos[...] y autogestivos [...] circunscritos (si fuera el caso), pero tendiendo siempre a que se expandan hasta conseguir un alcance generalizado”.

Utilizamos la *red de petición y compromisos* y el *flujograma descriptivo* como herramientas analizadoras que pueden contribuir a abrir algunas *cajas negras* presentes tanto en la micropolítica de los procesos de trabajo (Merhy, 1997b) como en los mecanismos organizacionales capturantes de las acciones más autónomas de los distintos sujetos en escena. Estas *cajas negras* se refieren a los mecanismos que las corporaciones y la burocracia del establecimiento utilizan para capturar y encuadrar el servicio a determinadas normas, objetivos y resultados. De esta forma, imponen a los servicios de salud un modo de actuar de acuerdo con sus intereses. Ese proceso, histórica y políticamente determinado, es institucionalmente subliminal a la acción consciente del trabajador y, por lo tanto, mecánico. Por otro lado, la mayoría de las veces es determinante del resultado final del trabajo realizado, sobre todo, de los productos de ese establecimiento.

Lo que se pretende con el proceso de análisis, al abrir las *cajas negras*, es que los trabajadores puedan visualizar las ataduras del servicio de salud. Y de este modo, que sean conscientes y, al mismo tiempo, dueños de los procesos vividos y constituidos por ellos mismos.

La utilización de la *red de peticiones y compromisos* y del *flujograma descriptivo* contribuye a la acción de observar, relatar y analizar el servicio de salud desde el punto de vista macro y microestructural. Permite la deconstrucción y la simultánea construcción del imaginario colectivo en torno a las cuestiones planteadas por el servicio de salud, el trabajo y las relaciones involucradas con los productos de este mismo servicio.

El método, por lo tanto, conduce a una búsqueda continua, a partir de los propios protagonistas del trabajo que se realiza.

El caso del servicio social del Hospital de Clínicas

Relato

El trabajo junto al servicio social del HC-Unicamp se originó a partir de una solicitud realizada por la dirección técnica y el cuerpo de coordinadores para contribuir a la reflexión y análisis sobre el desarrollo del servicio social del HC-Unicamp. Partieron de diversos cuestionamientos con relación al modelo de asistencia social adoptado, y aun tenían dudas con relación al propio camino seguido por el servicio social del hospital.

La búsqueda de claridad sobre su papel, la forma de organizar la asistencia social y un proyecto determinado del servicio social para el HC-Unicamp, planteaban como primer desafío entender exactamente lo que representa el servicio social dentro de un establecimiento de salud complejo como un hospital escuela, en particular, el Hospital de Clínicas de la Unicamp.

Resultaba necesaria una mirada radiográfica de afuera hacia adentro y desde adentro hacia afuera del servicio, capaz de captar macro y microprocesos decisivos de la organización del trabajo, de los productos ofrecidos, de las relaciones y del poder instituido. Como fuente de información, se buscó la observación directa de los protagonistas de este proceso: las coordinadoras del servicio social. Además,

utilizamos como fuente sus registros en la memoria, existentes en función de la experiencia y del saber acumulado a partir del propio trabajo de asistencia. Para contribuir con el análisis situacional se usó como instrumento analizador la *red de petición y compromisos*, utilizada en las relaciones inter e intraservicio, que conecta a los otros actores sociales implicados de alguna forma con el servicio y aquellos que operan el trabajo diariamente.

La construcción de la red de peticiones y compromisos

En la construcción de esta red se colocó en el centro al propio servicio social de cada área o unidad del hospital. La imagen es la de una *estaca* colocada junto al área de asistencia social, que figura en el centro de la red. A partir de este punto, se identificaron y relacionaron los diversos actores que se vinculan con el servicio social, haciendo peticiones y firmando compromisos al mismo tiempo. La construcción de esta red se completa al identificar el tipo de pedidos y de compromisos establecidos entre los diversos actores y el servicio social e incluso en el interior del propio servicio.

Todas las unidades hicieron sus redes de petición y compromisos, siempre a partir del área de asistencia social. Como hay ciertas equivalencias entre las diversas cuestiones relacionadas al servicio social en las diversas áreas del hospital, a los efectos del análisis se hizo un recorte delimitando la red al área de servicios ambulatorios. La Figura 14 muestra la representación gráfica de la red de petición y compromisos del área de servicios ambulatorios.

Podemos observar que, en realidad, existen dos *estacas* en el servicio social, que reciben y emiten pedidos y establecen compromisos (Figura 14). La primera referencia es al servicio de guardia y la otra, relacionada a los programas. Verificamos que el usuario, identificado aquí como paciente, solo aparece una vez en el extremo del diagrama, relacionándose con el asistente social de guardia, el auxiliar del asistente social y el núcleo de procedimientos especializados. Todas las otras relaciones se mantienen con los servicios internos del propio hospital. Cabe señalar que, a pesar de que esta expresión gráfica se haya planteado a partir del servicio social en el centro, lo que aparece de hecho en posición central es el acto médico a través de la consulta, lo que refleja, por lo tanto, su fuerza de atracción en el interior de la red.

Cabe cuestionar aquí el hecho de que, en esta red, el usuario es quien menos pedidos hace. Tiene una posición marginal en el área de servicios ambulatorios, y mantiene central y prioritariamente relaciones con los otros servicios allí existentes. Como se puede verificar en la representación gráfica, este no es un servicio centrado en el usuario. La escucha calificada y el establecimiento de relaciones que puedan contribuir a la definición de la micropolítica de la organización de los servicios no existen institucionalmente.

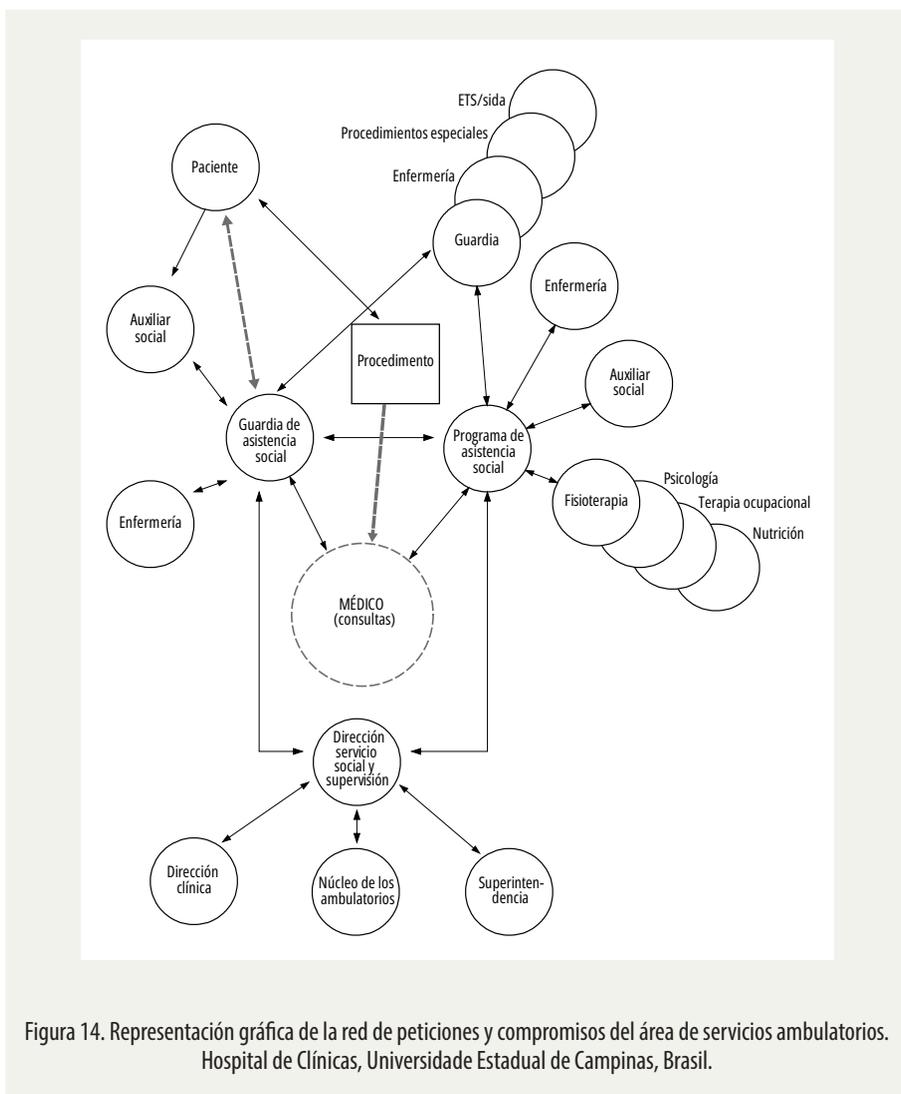


Figura 14. Representación gráfica de la red de peticiones y compromisos del área de servicios ambulatorios. Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

En la red de peticiones y compromisos, está claro que el servicio se escucha y se habla a sí mismo y a los otros servicios circunscritos al área de servicios ambulatorios, a los que la asistencia social, naturalmente, se vincula. En este movimiento, el servicio social obedece a un comando determinado por las dinámicas intrínsecas del propio establecimiento. Por lo tanto, se plantean los siguientes interrogantes: ¿quién hace pedidos al servicio social y determina su red de peticiones y compromisos, e incluso la dinámica de su funcionamiento?; ¿quién, en sus pedidos, coloca al usuario *paciente* al margen de los procesos inter e intrainstitucionales?

En la representación gráfica de la red de petición y compromisos, podemos observar que hay tres líneas por las que circulan los pedidos y compromisos que comandan la micropolítica de la organización y las relaciones del servicio social:

1. El hospital, representado por su superintendencia, que comanda toda la burocracia interna, define normas y controla recursos. La superintendencia seguramente tiene interés en que el servicio social cumpla determinada misión y actúe bajo preceptos rigurosamente determinados de acuerdo con los intereses del establecimiento. La asistencia social se ve así encuadrada por lo instituido, que es capaz de definir su red de compromisos. El servicio queda subsumido por las leyes y normas que rigen los intereses del hospital escuela.
2. Los médicos docentes, representados en el diagrama como la *dirección clínica* y que en realidad son un cuerpo interno fuerte que define relaciones, normas y criterios para el funcionamiento del servicio social. Para la corporación médico-docente el servicio social debe ser útil a sus intereses, por lo que determinan qué resultados y productos debe ofrecer la asistencia social del hospital.
3. El saber técnico estructurado de la asistencia social, representado por la dirección y supervisión que encauzan las prácticas bajo determinados parámetros y que, principalmente, cumplen los compromisos tácitamente establecidos por la superintendencia del hospital y la corporación médica docente. En la Figura 14, estas relaciones están muy bien representadas. Allí podemos ver que la Superintendencia y la Dirección Clínica mantienen relación con la Dirección de Servicio Social y esta, a su vez, comanda las esferas operacionales de Servicio Social, Guardia y Programas, del área de Servicios Ambulatorios. Esta es la red transmisora de lo instituido. Se puede observar que, a partir de allí, el servicio social establece su amplia red, en el plano operacional, con los diversos servicios internos del área ambulatoria.

La red de peticiones y compromisos nos revela cómo se encuadra el servicio social a los intereses del hospital. Se observa con claridad la imposibilidad del usuario de penetrar este sistema e influir en esta red de compromisos. Una vez más, es posible ver con nitidez su figura cosificada como receptor y no como sujeto de la organización de los servicios y sus procesos microdecisorios.

En el análisis se puede verificar, además, que la red de conversaciones entre el servicio social, el usuario y el médico es tensa. Hay, por lo menos, tres hospitales operando en un mismo espacio, en un mismo ambiente. Hay un hospital en la cabeza de los médicos que, como docentes, piensan una misión determinada para el hospital que viene al encuentro de sus intereses (como, por ejemplo, brindar atención hospitalaria, teniendo el HC-Unicamp como un centro de excelencia en esta área, y producir conocimiento a través de las actividades de investigación y docencia). De este modo, el servicio social se inserta en la organización de los servicios del hospital de manera secundaria para que el establecimiento tenga éxito en su misión. Retomaremos este punto más adelante, en la discusión del flujograma descriptivo.

Hay otro hospital en la cabeza de las asistentes sociales, que trabajan con el imaginario de la práctica de la asistencia social como una acción autónoma, en la que sería posible operar a partir de la tecnología propia del servicio social y bajo parámetros humanitarios y del derecho de ciudadanía. Las exigencias que el modelo instituido le impone al hospital se ponen en evidencia a partir de la construcción de la red de petición y compromisos, en la que sus relaciones y compromisos establecidos

revelan que ese ideario de los trabajadores de la asistencia social no forma parte de los intereses de las corporaciones que dirigen el hospital.

Hay un tercer hospital, el de los papeles, el de la burocracia, que opera a través de las normas y los expedientes administrativos, y utiliza estos instrumentos para garantizar la misión del hospital, mencionada anteriormente. Define, de esta forma, procesos microdecisorios como los flujos, el acceso, la asistencia real prestada a los usuarios y los productos ofrecidos por los diversos servicios hospitalarios y, sobre todo, encuadra los diversos segmentos a su propósito.

Hay innumerables ruidos que atraviesan el servicio social y que, por lo tanto, son objeto de análisis. Los problemas, que provienen en general del usuario, se manifiestan a menudo en estos ruidos que hacen eco en los pasillos del hospital y son, por excelencia, cuestionadores del modelo. Estas voces se hacen presentes en el cotidiano, en las siguientes situaciones:

- Usuarios que, ante las tensiones existentes en el propio servicio y las dificultades de acceso, construyen una red paralela de internación, principalmente a través de la Guardia.
- Intentos del usuario de manipular a los trabajadores del servicio social, a fin de garantizar sus intereses/derechos.
- Dificultad en la interlocución entre los que operan los servicios y los que determinan sus normas, o sea, entre los que hacen y los que mandan, en función de trabajar en una red de servicios verticalizada.
- Distanciamiento del centro de poder del hospital –que en realidad define el proceso de trabajo– de quien realmente lo ejecuta y promueve el encuentro del servicio con su destinatario final: el usuario.
- Criterios para internación no siempre definidos con objetividad, ni por quien está en la *punta* del servicio.

La red de peticiones y compromisos reveló importantes cuestiones hasta entonces no percibidas, y planteó la necesidad de un análisis más detallado de la micropolítica de organización del trabajo en el servicio social. Sería necesario incluso ubicar mejor este servicio en el contexto más general del área de atención ambulatoria, como también revelar los caminos que el usuario recorre en busca del acceso, atención, en síntesis, de sus derechos con relación a la asistencia. Para hacer este análisis, se optó por la construcción de un flujograma que describiera el proceso de trabajo en forma detallada.

El flujograma como analizador de la micropolítica de los procesos productivos

El flujograma, en este caso, es una representación gráfica de todas las etapas del proceso de trabajo, por lo que es una forma de mirar lo que sucede cotidianamente en la operacionalización del trabajo de asistencia social. Está representado por tres símbolos convencionales: la elipse, que representa siempre la entrada o la salida del proceso de producción de servicios; el rombo, que indica los momentos en que

se debe tomar una decisión para poder continuar el trabajo; y un rectángulo, que representa el momento de intervención, la acción sobre el proceso.

Con el flujograma se busca interrogar la micropolítica de la organización del servicio de asistencia social y revelar así las relaciones que se establecen entre los trabajadores y entre estos y los usuarios, los nudos críticos del proceso de trabajo, el juego de intereses, de poder y los procesos decisorios. Al retratar todos los procesos e intereses implicados en la organización del servicio, se busca revelar áreas de sombra que no están claras y explícitas para los trabajadores y gestores del servicio.

Del mismo modo que en la elaboración de la red de peticiones y compromisos, para la construcción del flujograma se seleccionó el área de servicios ambulatorios del HC-Unicamp.

El trabajo de elaboración del flujograma contó con la presencia de la dirección del servicio social y demás trabajadores, asistentes sociales y auxiliares de asistentes sociales del área de servicios ambulatorios. Como ya fue mencionado en este texto, es fundamental que el proceso de construcción del flujograma sea colectivo: por un lado, permite aportar más memoria acumulada para componer el diagrama de flujo, en la medida en que utilizamos la memoria de las personas como fuente de registros e información; por otro lado, es importante como ejercicio de reflexión del proceso de trabajo de cada uno y del equipo al mismo tiempo. En la discusión colectiva que se produce al construir el flujograma hay una acumulación de conciencia de la situación del servicio, como también una apropiación de los procesos vividos por los trabajadores, por lo que podríamos decir que es así que se inicia la construcción de sujetos capaces de influir en el cambio del modelo de asistencia.

La Figura 15 presenta las etapas del proceso de trabajo del servicio social en la atención ambulatoria. Esta parte del flujograma (Figura 15) muestra que para que el usuario acceda a la consulta médica, que es el principal producto ofrecido por el área ambulatoria, tiene que cumplir una serie de requisitos que se verifican en la entrada del hospital. Este contacto inicial con el usuario se da de forma breve y, a veces, hasta autoritaria. No hay, por lo tanto, ninguna escucha a este usuario que llega.

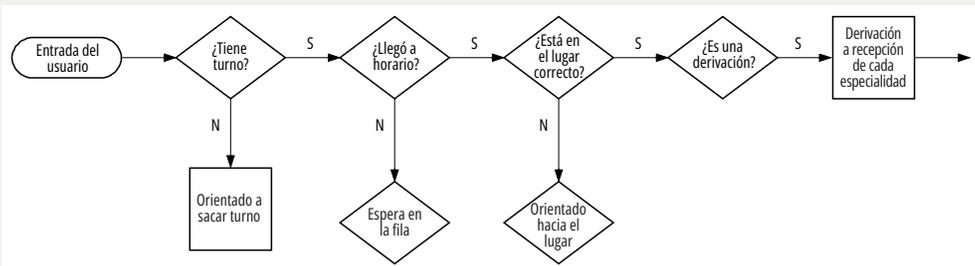


Figura 15. Flujograma descriptivo: proceso de trabajo del servicio social en la atención ambulatoria. Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Los requisitos están representados por los rombos e interpelan al usuario con las siguientes preguntas: ¿Tiene turno?, ¿Llegó en horario?, ¿Está en el piso correcto?, ¿Es una derivación?

La entrada es rígidamente burocrática, lo que configura el perfil del servicio en las otras etapas del proceso de trabajo. Nuevamente se confirma el hecho de que el usuario se torna un objeto frente a las diversas etapas del proceso de trabajo que va a atravesar.

Si el usuario responde todas las preguntas anteriores, pasa a la recepción para esperar la consulta con el médico (Figura 16). En este momento, la información para confirmar la consulta del usuario ha sido chequeada por segunda vez. Luego se verifica la historia clínica, se realizan los procedimientos de enfermería (preconsulta) y finalmente lo derivan a la sala de espera, donde debe aguardar que el médico lo llame.

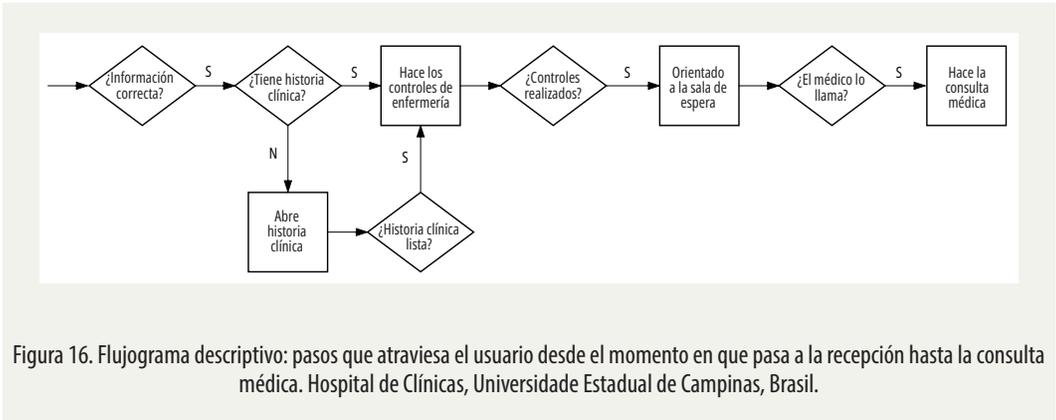


Figura 16. Flujograma descriptivo: pasos que atraviesa el usuario desde el momento en que pasa a la recepción hasta la consulta médica. Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Todas las acciones realizadas hasta aquí se hicieron en función del acto médico, revelando un proceso de trabajo centrado en el saber y en la persona del profesional. A su vez, la consulta genera una serie de necesidades, alimentadas por un menú de ofertas de servicios disponibles (o no), reproducidos en la Figura 17.

La consulta médica genera una serie de necesidades y es la que define cuál de los servicios deberá ser ofertado al usuario. Este análisis reafirma que es el centro del proceso de trabajo. Para entender esta etapa, se realizó un recorte en el que se construyó un flujograma solo de los exámenes, dado que los flujos de los otros servicios repiten este proceso de trabajo, con pequeñas variaciones que no modificarían nuestro análisis.

En la Figura 17, por primera vez aparece el servicio social como la última opción del usuario luego de intentar conseguir un turno para los exámenes por todos los medios señalados en el diagrama.

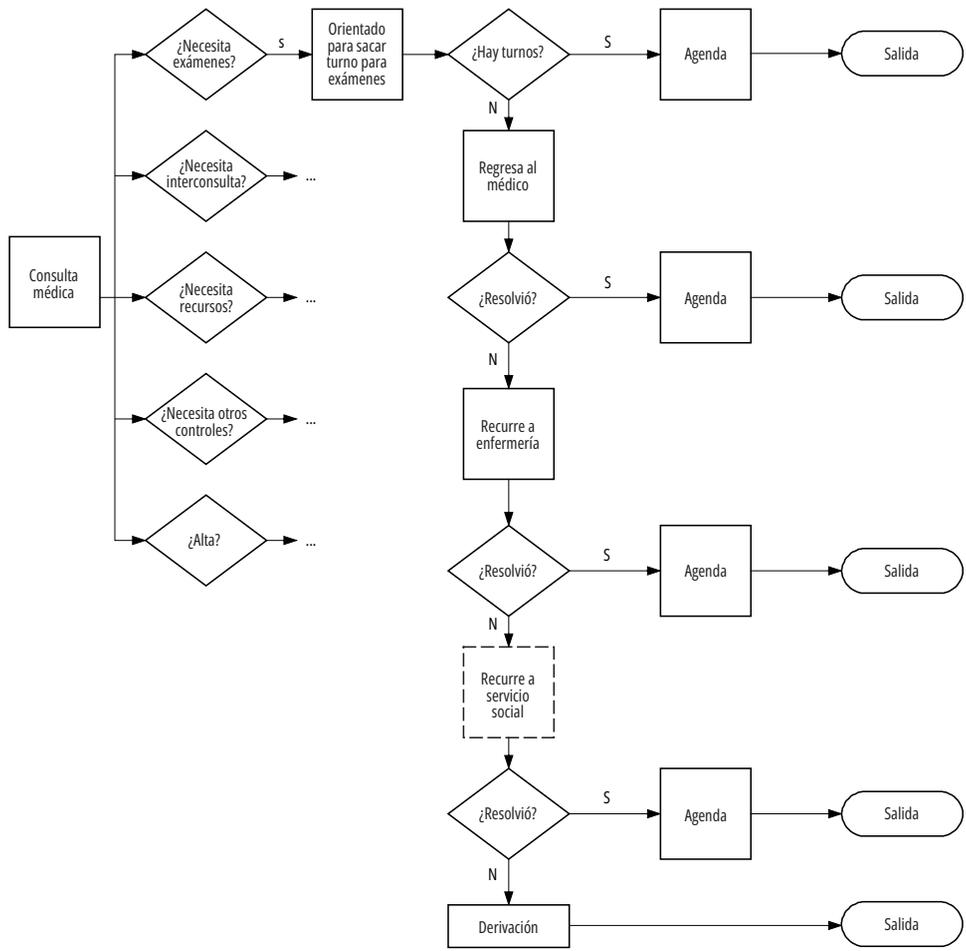


Figura 17. Flujograma descriptivo: necesidades y menú de ofertas generadas por la consulta médica. Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Regresando a la entrada, la Figura 18 reproduce el flujograma del usuario que intenta conseguir un turno para la consulta médica luego de no poder acceder por no tener turno.

Conseguir un turno es un camino tortuoso e incierto. Aquí el servicio social aparece ubicado gráficamente un mayor número de veces en el momento en que el usuario tiene un problema que resolver, específicamente cuando no tiene turno, o si lo consigue, pero necesita orientación o recursos (transporte, alimentos, etcétera).

La propia ubicación del servicio social en los extremos del gráfico, pareciera indicar que a la asistencia social le correspondería asegurar el *perímetro* por si el usuario, al encontrar alguna dificultad, decide *escaparse* de la asistencia que le ofrece el hospital.

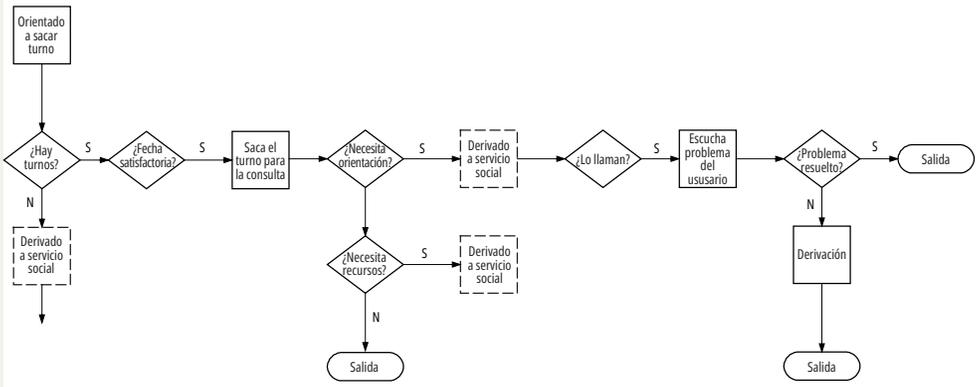


Figura 18. Flujograma descriptivo: usuario que intenta conseguir un turno para la consulta médica. Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Verificamos que, en el Servicio Social, ante la imposibilidad para resolver los problemas de los usuarios –a veces por políticas, a veces por la falta de recursos impuesta por el propio establecimiento–, la *derivación* aparece como la solución o la no solución para el usuario. Aquí queda a merced de su propia suerte, pues no hay contrarreferencia para las derivaciones realizadas.

Análisis del flujograma

Durante el trabajo de construcción del flujograma se verificó cierta dificultad para definir la entrada del usuario al servicio ambulatorio. El equipo de técnicos, al colocarse (como profesionales) en el lugar del usuario –en el sentido de reproducir el mismo camino que hace el usuario–, experimentó colectivamente la dificultad de acceder a los servicios. Fue necesario deconstruir la entrada para *desobstruir*, en el imaginario de cada uno, el camino del usuario y describir así cómo se da el acceso de este a la asistencia. En este proceso quedó en evidencia una entrada rígidamente burocratizada, como ya se ha mencionado.

La construcción del flujograma fue revelando un proceso de trabajo extremadamente burocratizado, realizado en función del acto médico, el cual produce una consulta especializada que se ubica como núcleo central del trabajo. Toda la producción

del servicio que se realiza antes y después de la consulta médica ocurre en función de esta. En este proceso, no hay ninguna etapa de *escucha* del usuario, excepto en el acto de la propia consulta. Se verifica que el usuario, durante el trayecto que recorre hasta la realización de la consulta, es *cosificado*, o sea, tratado como un objeto.

En el proceso de trabajo, el servicio social, como se puede ver en el flujograma (Figura 18), aparece siempre *en las puntas del servicio*; es decir, cuando el usuario tiene algún problema aparece para dar apoyo al usuario, *resolver* su problema y garantizar que continúe el tratamiento.

Una cosa importante es la identificación de los actores que determinan el funcionamiento del hospital. Así, luego de la lectura del flujograma se plantearon las siguientes preguntas: ¿quién determina el funcionamiento del área de servicios ambulatorios, al igual que las del resto del hospital?; ¿quién organiza el proceso de trabajo de los servicios ambulatorios en una forma burocrática que cosifica al usuario?

Al confrontar el análisis realizado con la red de petición y compromisos, verificamos que la administración del HC-Unicamp, la corporación médico-docente y el propio servicio social determinaban la organización de los servicios, instituyendo un proceso de trabajo burocratizado. Los dos primeros actores tienen un poder de mando muy grande sobre el hospital, ejercen su hegemonía definiendo la organización de los servicios y sus productos de acuerdo con sus intereses. El servicio social participa de este proceso, en la medida en que se preestablece determinada misión a cumplir, con su saber técnico estructurado y las relaciones que mantiene con otros servicios, misión subsidiaria a los grandes intereses de la administración y de la corporación médico docente.

Si tenemos en claro la misión del hospital escuela, y por consiguiente del HC-Unicamp, el análisis se completa con la siguiente pregunta: ¿qué tipo de usuario frecuente este hospital y qué ruidos se provocan al establecer la relación de este hospital con el usuario? Las respuestas a estas cuestiones ayudan a esclarecer la función del servicio social en este contexto.

Vale decir que el hospital escuela, a diferencia de otros hospitales, tiene una misión que reúne dos grandes objetivos y productos diferenciados. Por un lado, ofrecer asistencia hospitalaria de calidad y producir servicios que cumplan con este propósito y, por otro, *producir conocimiento* a través de la enseñanza que allí se realiza. Por lo tanto, al pensar la relación del usuario con el hospital verificamos que, por la propia naturaleza del HC-Unicamp, debería otorgarle un valor adicional al usuario y su problema de salud, dado que es por excelencia un *insumo* fundamental para la producción de conocimiento.

El HC-Unicamp, con el objetivo de asegurar que este usuario continúe su tratamiento (porque de lo contrario no puede garantizar que sus objetivos se realicen), establece como misión del servicio social *lograr la adherencia del usuario al tratamiento*. Así se resume la *misión* real del servicio social dentro del HC-Unicamp. Esto queda claro al verificar la ubicación del servicio en la imagen del flujograma: aparece *en las puntas* y siempre con posterioridad a la presencia de un problema que podría funcionar como *barrera* para la continuidad de la frecuencia y, por lo tanto, del tratamiento del usuario dentro del hospital. La asistencia social actúa para garantizar que

no se pierda un usuario en tanto insumo que realimenta el sistema de producción de conocimientos a través de los servicios hospitalarios.

Esta misión impuesta al servicio social por el cuerpo hegemónico del hospital entra en conflicto con otra misión, que con frecuencia está presente en el imaginario de los profesionales de la asistencia. La misión imaginada por ellos está vinculada con la garantía de los derechos del usuario, con la mejora de las relaciones intraservicios y de estos con el usuario, y con la humanización de la asistencia. Los profesionales aplican esta idea de misión en microacciones *instituyentes*, a partir de su propio proceso de trabajo, lo que los hace entrar en conflicto y tensionar la relación con lo *instituido*, o sea, las normas del hospital que imponen una organización del servicio y del trabajo relacionada con los intereses hegemónicos que actúan dentro del establecimiento. Esa tensión está presente en el cotidiano del trabajo del servicio social.

En los movimientos instituyentes de los trabajadores de la asistencia social se puede identificar la producción de pequeños cambios en la relación de los servicios con los usuarios, pero sin la potencia suficiente para modificar lo instituido. Conviven así, en una relación conflictiva y tensa, por un lado, el proceso de trabajo del servicio social, encuadrado por la rígida y burocrática organización del trabajo en el área ambulatoria, que le impone una misión restringida, y por otro lado el ideal de la misión del servicio social que los trabajadores de la asistencia intentan operacionalizar a partir de este ideario.

Revisitando a Matus y su teoría de la planificación estratégica situacional, este análisis puede ser realizado a partir del *triángulo de gobierno* (Matus, 1993). Podemos considerar que en el vértice del triángulo hay dos proyectos para el servicio social: el de los grupos hegemónicos del hospital (*lograr la adherencia del usuario al tratamiento*) y el de los profesionales (*eleva los grados de ciudadanía del usuario*). En los recursos controlados por cada uno de estos actores verificamos que los que controlan los recursos cognitivos y del proceso de trabajo son los profesionales del servicio social (detentan el conocimiento técnico y operan el trabajo según su propio modo, su singularidad).

Los recursos materiales están controlados en cierta medida por la superintendencia del hospital, que provee estos recursos al servicio y, por otra parte, por el propio servicio social, que al detentar estos recursos, los utiliza según sus criterios. El recurso político es controlado fundamentalmente por la *institución*, dado que la corporación médico-docente y la superintendencia del hospital tienen el poder de decisión y de mando, que normatiza, reglamenta y controla los procesos de producción de la asistencia hospitalaria.

O sea, la gobernabilidad –que de acuerdo con Matus es la relación entre los recursos que el actor controla y no controla para implementar su proyecto– es en mayor medida favorable a los grupos hegemónicos del hospital, lo que significa que el servicio social tiene baja gobernabilidad sobre el proceso de producción de la asistencia, del cual es protagonista.

De acuerdo con Merhy y Onocko (1997), los trabajadores tienen autonomía, un cierto autogobierno sobre sus procesos de trabajo, los haceres en el microespacio de producción de la asistencia de la salud. Podemos así considerar que el hecho de que el servicio social controle este recurso del proceso de trabajo le da la posibilidad

de implementar su proyecto a través de la microorganización del trabajo. Este es, por excelencia, un proceso de disputas en la arena decisoria que simboliza un juego interminable por el perfil de la asistencia hospitalaria, a partir de un determinado recorte interesado de los actores en escena.

Resta, por lo tanto, una cuestión importante que aparece como un desafío para los profesionales del servicio social: ¿cómo hacer que la *misión ideal* se transforme en la *misión real* de la asistencia social, en un establecimiento complejo como el hospital escuela?

Creemos que el método utilizado para discutir una evaluación de los servicios, con los trabajadores en situación y participando del análisis, contribuye decididamente a que ellos se apropien de su proceso de trabajo. Esta es la condición para que se tornen sujetos del proceso vivido por ellos mismos.

La condición para que esto se dé se encuentra en la toma de conciencia de los diversos encuadramientos que sufren en su proceso de trabajo, burocráticamente determinados por la corporación médico docente y por la burocracia hospitalaria, y, sobre todo, en la apropiación de los problemas que tienen para implementar su propio proyecto, que posee como referencia fundamental el ideario de misión que los trabajadores de la asistencia social piensan como objeto de su trabajo.

En síntesis, lo que se pretende con este trabajo es mostrar un método que resulta eficaz para la evaluación y planificación de los servicios de salud. La utilización de herramientas analizadoras, como la *red de peticiones y compromisos* y el *flujograma descriptivo*, contribuye a revelar cuestiones veladas por la situación institucional, al mismo tiempo que abre condiciones para la formación de sujetos sociales y políticos que pueden ser los constructores del devenir a través de su acción instituyente.



El uso del flujograma descriptivo y los proyectos terapéuticos para analizar los servicios de salud como soporte de la planificación: el caso del municipio de Luz, en Minas Gerais

Túlio Batista Franco

Delimitando el problema

Con relación a los modelos tecnoasistenciales para la salud, hemos insistido en la tesis de que estos asumen determinadas configuraciones de acuerdo con los procesos y tecnologías de trabajo usados en la producción de la asistencia a la salud. Consideramos que un modelo *productor del cuidado*, centrado en el usuario y sus necesidades, debe operar centralmente a partir de las tecnologías leves (aquellas inscritas en las relaciones en el momento en el que se realizan los actos productores de salud) y de las tecnologías leve-duras (las inscritas en el conocimiento técnico estructurado) (Merhy, 1999a).

La reestructuración tecnológica en la producción de la asistencia a la salud y, en consecuencia, en la transformación del modelo tecnoasistencial, se ha dado de dos formas distintas: en la primera, por normatización *dura* que obedece a una lógica administrativo-financiera que refleja los intereses del mercado, cuya mayor expresión son los planes y seguros de salud. Estos tienen como objetivo ampliar su margen de ganancias en los negocios vinculados con la salud, reduciendo los costos de producción de la asistencia a través del control administrativo de los proyectos terapéuticos, para lo cual intervienen en el proceso decisorio, especialmente del médico, reduciendo al mínimo su autonomía. Han servido como ejemplo, en este caso, las experiencias del *managed care*.

En la segunda alternativa, la transformación del modelo tecnoasistencial se ha dado a través de una intervención a nivel de la micropolítica de la organización de los procesos de trabajo, incorporando prácticas asistenciales que operan, principalmente, a partir de las tecnologías leves/leve-duras. Así, se busca la *producción del cuidado* como eje en la elaboración de los proyectos terapéuticos. Esta propuesta se centra, sobre todo, en ampliar los grados de libertad de los trabajadores de salud, dando potencia al *trabajo vivo* como *modus operandi* por excelencia del proceso productivo en salud. El modo de implementar el cambio parte de la evaluación de que

la transformación del modelo asistencial es procesual y debe darse a medida que se consiguen detonar procesos instituyentes, protagonizados por los diversos actores implicados en la cuestión, o sea, gestores, trabajadores y usuarios de los servicios de salud. Este conjunto articulado se moviliza en función de un proyecto asistencial y del *deseo productivo* de realizar el cambio que, efectivamente, tienen la posibilidad de realizar.

A su vez, el análisis del cambio de los servicios de salud obedece a la lógica estructurante de cada método (lógica administrativo-financiera e intervención en la micropolítica de organización de la asistencia). En el primer caso, muy estructurado, el cambio es fácilmente capturable a través de indicadores también muy estructurados, formulados de acuerdo con técnicas propias de la administración pública. En el segundo caso, el análisis de procesos de cambio del modelo asistencial se transformó en un desafío dada la dificultad natural de capturar movimientos instituyentes en curso, especialmente en el plano micropolítico, para la transformación de los procesos y de las tecnologías de trabajo en salud. Sin embargo, la comprobación empírica de un proceso de cambio en los servicios de salud es importante para la propia conducción del nuevo proyecto asistencial, y puede contribuir a la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre, en la actividad de planificar, en la construcción de un nuevo devenir para estos mismos servicios. Como estamos acostumbrados a la evaluación de productos muy estructurados, en los que hay innumerables indicadores que señalan datos cuantitativos exactos, con determinadas operaciones que permiten reconocer fácilmente los resultados obtenidos, resta pensar: ¿cómo capturar los procesos en curso, de modo que esta captura sea capaz de aportar datos e información sustantiva suficiente para validar determinados análisis y contribuir a la actividad de planificar?

De modo que, a partir de una mirada centrada en el usuario sobre los servicios de salud, el objetivo de este estudio es testear la eficacia de la herramienta *flujograma descriptivo*, combinada con *proyectos terapéuticos*, en este caso, como una categoría analítica para la evaluación de los servicios de salud, en apoyo a la planificación. Para el estudio, usamos el caso del municipio de Luz del estado de Minas Gerais.

Breve caracterización del municipio de Luz

Luz se sitúa en la región de Alto São Francisco, a 200 km de Belo Horizonte, en dirección oeste, a ambos lados de la ruta BR 262. Tiene 17 mil habitantes y una economía predominantemente agrícola. La red de enseñanza primaria y secundaria es pública y depende de la gestión municipal. Posee además cursos de nivel superior en el área de ciencias humanas y biológicas. Al ser sede del obispado, la Iglesia tiene una presencia significativa en la organización social.

El servicio de salud está constituido por una red formada por dos unidades básicas de salud en la zona urbana, dos unidades de salud en la zona rural, un laboratorio de análisis clínicos y un hospital privado filantrópico, contratado por el SUS,

que, además de la asistencia hospitalaria, presta servicios de urgencia/emergencia. También cuenta con servicio de odontología, con atención prioritaria para niños y niñas de 6 a 14 años y un servicio de referencia en salud mental (SERSAM). El municipio es sede administrativa del Consorcio Intermunicipal de Salud del Vale Alto São Francisco (CISVASF), que congrega los municipios de la región para la organización de la asistencia especializada, a través de referencias constituidas entre estos municipios. Por lo tanto, el acceso a las especialidades o exámenes de mayor complejidad se da en otros municipios, a través del CISVASF o en servicios del municipio de Divinópolis y Belo Horizonte.

En 1998, el intendente municipal convocó a la II Conferencia Municipal de Salud, detonando un proceso intenso de discusión junto a la comunidad local en torno al tema de la salud. Esos debates dieron como resultado que la Conferencia aprobara, en diciembre de 1998, un nuevo Modelo Asistencial para la Salud sustentado en las directrices del acceso, acogimiento, vínculo/responsabilización, resolutivez y vigilancia de la salud.

A inicios de 1999 comenzó la reorganización de la asistencia de la salud en el municipio con discusiones entre todos los profesionales del sector y los usuarios, a través del Consejo Municipal de Salud y otras entidades de las cuales estos participaban. La opción técnico política del equipo dirigente de la Secretaría Municipal de Salud para la construcción del nuevo modelo asistencial fue la de reordenar el proceso de trabajo, reestructurando así el modo de producción e invirtiendo las tecnologías de trabajo en salud. Esto se realizaría a través de la intervención a nivel micropolítico, involucrando a todos los trabajadores de la salud y buscando, a partir de su adhesión, detonar procesos instituyentes, potencializados por un cierto *deseo* de cambio que existía pero que era impotente para alterar la situación. El presupuesto para iniciar este proceso era la adhesión de los profesionales de la salud –aunque se diera en forma gradual– a un nuevo proyecto asistencial. Este nuevo proceso de trabajo debería, al mismo tiempo, incorporar nuevas tecnologías para la asistencia de los usuarios, las que son entendidas aquí no solo como máquinas e instrumentos sino, sobre todo, como conocimientos. Para este proceso se utilizaron las técnicas de *planificación estratégica situacional modificada o ZOPP enriquecida con PES*¹ (Cecílio, 1994). En este estudio, analizaremos un momento de este recorrido.

Análisis de un servicio de salud usando el flujograma descriptivo

En un estudio reciente del servicio de atención al adulto (clínica médica) en una unidad básica de salud ubicada en el municipio de Luz en Mina Gerais, utilizamos

¹ZOPP es el acrónimo para la expresión alemana *Zielorientierte Projektplanung*, que significa “planificación de proyectos orientada a objetivos”.

el *flujograma descriptivo* para analizar el proceso de trabajo (Merhy y Onocko, 1997; Franco y Merhy, 2003b). Este consiste en una representación gráfica del proceso de trabajo, cuyo objetivo es percibir los caminos que recorre el usuario cuando busca asistencia y su ingreso al servicio. El flujograma permite una mirada aguda sobre los flujos existentes en el momento de la producción de la asistencia de la salud, y detectar sus problemas. Es como si al aplicarlo arrojáramos luz en áreas de sombra hasta entonces no percibidas y que operan en sentido contrario a una atención con calidad centrada en el usuario.

La construcción del flujograma se realiza en forma colectiva, de manera de recuperar, en los registros de memoria del equipo encargado de la atención del adulto, los pasos seguidos por el usuario en la búsqueda de la resolución de su problema en los diversos espacios productores de asistencia en la unidad de salud. El proceso de construcción colectiva, además de posibilitar un producto rico, permeado por múltiples saberes, tiene el efecto de formar una opinión entre los trabajadores en torno a la realidad, una conciencia en el equipo de los problemas enfrentados por el usuario, como consecuencia de la organización del proceso de trabajo. El grupo produce una organización de su pensamiento, consciente, que le da la real dimensión de cómo se producen las acciones de salud, lo que muchas veces no es percibido por los trabajadores a causa de una cierta compartimentación y hasta incluso una *automatización* del trabajo.

Otra cuestión importante a verificar es el hecho de que la actividad de construcción del flujograma es lúdica y motiva a los trabajadores a la participación, proceso que se refuerza con los descubrimientos realizados por cada uno a medida que se construye el flujo y cada profesional va percibiéndose a sí mismo en la *cadena productiva* de la asistencia de la salud dentro de su unidad. Estas revelaciones en torno del proceso de trabajo producidas por el equipo se presentan como verdaderos descubrimientos. En el flujograma construido se percibe de manera nítida el usuario y su camino en la búsqueda de asistencia.

Dividimos el flujograma en tres partes, las cuales serán presentadas y analizadas a continuación, intentando identificar principalmente los problemas evidentes en el proceso de trabajo, los cuales impiden que se realice una asistencia de calidad centrada en el usuario.

La Figura 19 retrata la primera etapa con la entrada a la unidad y el acceso a la consulta médica. Si pensáramos la unidad básica de salud dividida en unidades de producción de servicios, en esta etapa estarían representados los flujos de la *unidad de recepción*, la *unidad de consulta médica* y la *unidad de historias clínicas*.

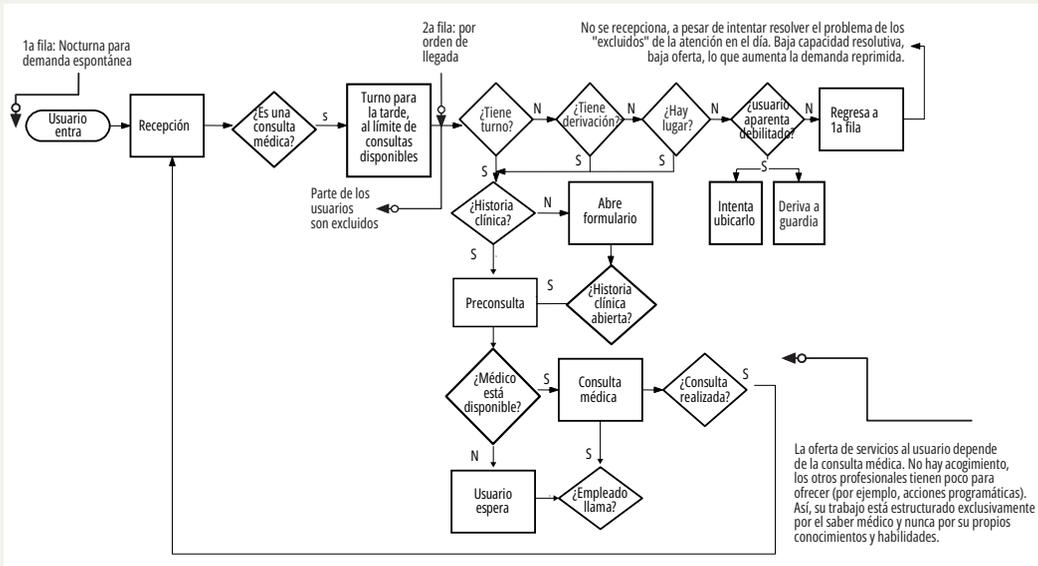


Figura 19. Primera parte del flujograma descriptivo del servicio de clínica médica de la Unidad Básica de Salud Central. Municipio de Luz, estado de Minas Gerais, Brasil, 1999.

Descripción de la primera parte del flujograma

El primer problema evidente en el flujograma (Figura 19) se refiere a la fila que se forma a la madrugada, a veces desde la noche anterior, de usuarios en busca de la *ficha* para acceder a la consulta médica. Luego de enfrentar la primera fila, el usuario ingresa a la unidad a las siete de la mañana (horario en el que se inician los expedientes) y se dirige a la recepción para recibir la ficha y sacar un turno para la consulta médica, por orden de llegada. Luego de conseguir el turno, para acceder efectivamente a la consulta que se realiza a la tarde tendrá que enfrentar una segunda fila (a la tarde), también por orden de llegada. El proceso burocrático de acceso a la consulta y la inexistencia de dispositivos como el acogimiento y la baja oferta excluyen a la mayoría de los usuarios.

Para la consulta de la tarde, el usuario tuvo que haber solicitado previamente un turno (lo cual debe hacerlo por la mañana). También hay un esquema para *colarse en la fila*, de usuarios recomendados por personas con ciertas influencias políticas en la ciudad, herencia de una vieja cultura que el equipo identifica como un problema. Vale registrar que esta no es una práctica oficial de la administración municipal, sino un procedimiento que se realiza en contra de su orientación.

Una vez que se verifica que haya lugar, se deriva a los usuarios a la consulta. Entre los que quedan excluidos, para aquellos que aparenten estar *debilitados* –lo cual verifica una auxiliar de enfermería de la recepción– se intenta encontrar un lugar dentro del horario del médico o se derivan a la guardia. Caso contrario, este usuario tiene que volver a la madrugada a la primera fila a fin de intentar conseguir un turno al día siguiente.

Discusión

El análisis de los procesos vividos en la unidad básica de salud por el equipo de profesionales y los usuarios se realiza con la mirada sobre el flujograma y la discusión con el colectivo de trabajadores. Hay una serie de factores que definen la primera fila a la madrugada, la segunda fila a la tarde y la exclusión de una parte de los usuarios sin que su problema de salud haya sido al menos *escuchado en forma calificada*. En primer lugar, la asistencia está centrada en la consulta médica, lo que reduce la capacidad de respuesta del servicio a la demanda, o sea, los otros profesionales –notoriamente la enfermera y los auxiliares de enfermería– no actúan en la asistencia directa a los usuarios, reduciendo la oferta y en consecuencia el acceso a los servicios. Este problema se agrava con la baja disponibilidad de horas/trabajo de los médicos. De los dos que trabajan en el área de clínica general, uno de ellos dispone de seis horas/semana para la unidad básica y, el otro, de diez horas/semana. Esta cuestión es señalada por los trabajadores como un *nudo crítico* para la asistencia ofrecida a los usuarios.

Se registra un intento por parte de los empleados de la recepción de *ubicar* para ser atendidos en la propia unidad o de *derivar* a la guardia a aquellos usuarios excluidos de la atención ese mismo día y que necesiten atención inmediata por estar *debilitados*, condición verificada por las auxiliares de enfermería y por el relato de los propios usuarios. Aun así, esta acción no tiene la potencia para cambiar el cuadro general de baja oferta y exclusión de gran parte de los usuarios.

El proceso de atención es sucinto, burocratizado, e impone a los usuarios grandes esperas que aumentan su carga de sufrimiento.

Luego de realizar la consulta, el usuario vuelve a la recepción para ser orientado sobre otras intervenciones necesarias.

La otra fase del flujograma (Figura 20) muestra el abanico de servicios ofertados por el menú de la unidad, que se accionan a partir de la consulta médica. Estos servicios demandados por el médico se encaminan desde la recepción.

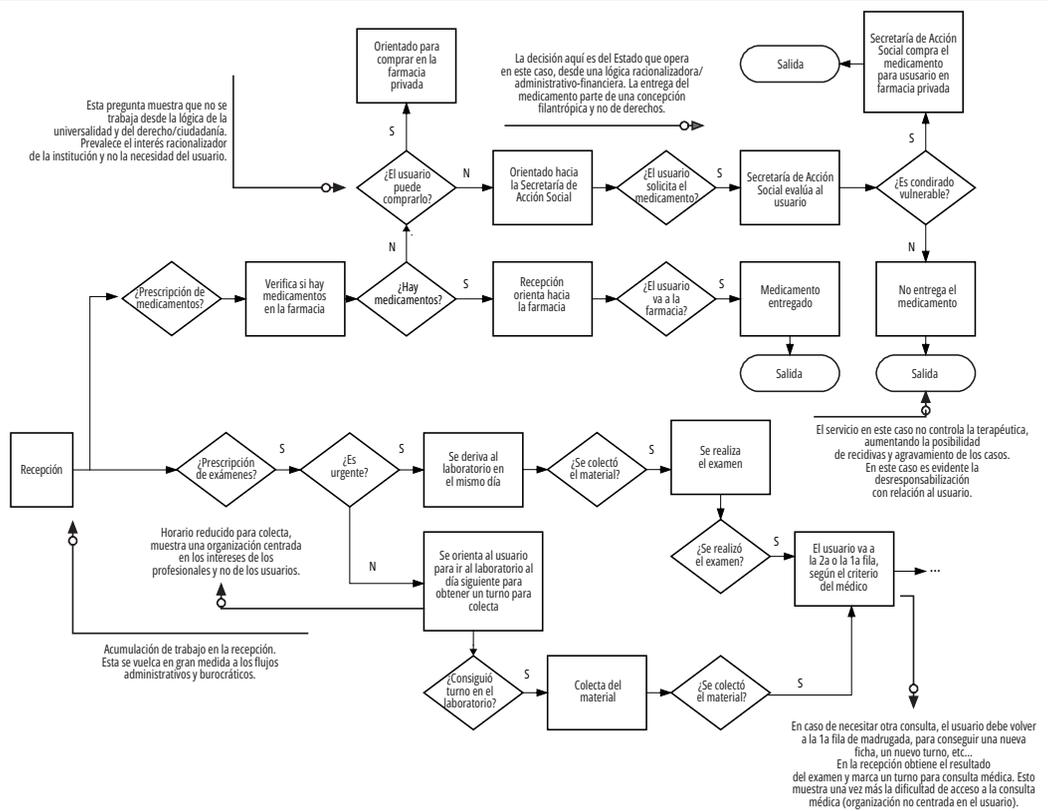


Figura 20. Segunda parte del flujograma descriptivo de clínica médica de la Unidad Básica de Salud Central. Municipio de Luz, estado de Minas Gerais, Brasil, 1999.

Descripción de la segunda etapa del flujograma

En esta etapa se grafica cómo se realiza la provisión de medicamentos luego de la prescripción del médico. Aquí está representada como la unidad de *dispensa de medicamentos* (farmacia).

Luego de verificar la prescripción, en la recepción verifican la existencia del medicamento en el stock de la farmacia, y si el medicamento está, se orienta al usuario para que lo reciba. Una vez que recibe el medicamento, el usuario da por concluido su trayecto por la unidad. Pero si el medicamento no está, el empleado del servicio le pregunta al usuario si puede comprarlo. Si la respuesta es sí, se le indica al usuario cómo adquirir el medicamento en la farmacia privada. Si la respuesta es

no, el usuario es orientado para recurrir a la Secretaría de Acción Social para que esta evalúe su grado de *vulnerabilidad económica/financiera* y si estuviera dentro de los criterios de esa Secretaría, recibirá de la propia Secretaría el medicamento requerido; caso contrario, este no será otorgado.

Discusión

En este punto es importante percibir que la cuestión de la provisión de medicamentos al usuario se realiza de acuerdo con una lógica filantrópica, a partir de la acción del Estado (en este caso, municipal). Esto se explica, en primer lugar, porque parte de los medicamentos son provistos por la Secretaría de Acción Social. En segundo lugar, por el hecho de que la evaluación de la vulnerabilidad económica del usuario la realiza un representante del gobierno municipal, un empleado de la Secretaría de Acción Social, quien, por lo tanto, juzga de acuerdo con los criterios de dicha Secretaría, que es la que representa al gobierno en el área de asistencia social. Por estas razones, podemos deducir que el acceso a los medicamentos, en este caso, aunque sea reconocido idealmente como un derecho de la ciudadanía, en la práctica es considerado como un beneficio a conceder a los pobres, que son evaluados como tales por la municipalidad, a través de la Secretaría de Acción Social.

En las entrevistas que realizamos durante la construcción del flujograma y en los días que lo antecedieron, el tema de la distribución de medicamentos en la red asistencial para proveer a los usuarios que los necesiten fue dominante en las discusiones entre el equipo técnico y el de gestión del SUS. Constatar que solo una pequeña parte de los usuarios tenía acceso a los medicamentos –incluso los de uso prolongado–, que un gran volumen de medicamentos se adquiría en las farmacias privadas, que muchos usuarios dejaban de tomar la medicación y regresaban al servicio con su estado de salud agravado por este motivo, provocó una crisis. El flujograma reveló con toda nitidez el problema que se estaba discutiendo.

Además del sesgo filantrópico que opera sobre la cuestión de los medicamentos, aparece otra lógica estructurante en la organización de este servicio: los intereses racionalizadores/administrativos/financieros que nacen en algún lugar del gobierno con el propósito de economizar recursos con los medicamentos. Esta cuestión, por los relatos ofrecidos, escapa a la gobernabilidad de la Secretaría de Salud; problema que, combinado con la desorganización del flujo en la provisión de medicamentos y la falta de una lista básica que oriente la prescripción, tornó caótica la cuestión.

El otro servicio mostrado en esta etapa es la *unidad de exámenes de laboratorio*. Luego de que los médicos prescriben los exámenes, y de que el usuario haya ido a la recepción para buscar orientación, el auxiliar de enfermería verifica si el examen es urgente. Si lo es, el usuario es inmediatamente derivado al *laboratorio de análisis clínicos* para la toma de material. Luego de realizar el examen, para acceder al resultado, se le indica al usuario ir a la segunda fila para volver al médico, o hacia la primera fila de madrugada para que obtenga una nueva *ficha* y saque un turno para una consulta médica. El criterio entre una y otra opción (primera o segunda fila) es

del médico, por lo que el gestor del SUS carece de posibilidades de intervención para establecer alguna norma del servicio que pueda estandarizar estos flujos, en el sentido de favorecer al usuario en esta cuestión.

Si el examen no fuera de urgencia, se le indica al usuario volver al laboratorio al día siguiente, en un horario preestablecido (entre las 13 y las 16) para solicitar un turno y posteriormente hacer la toma de material. Después de la colecta, se repite el mismo flujo anterior.

El funcionamiento del laboratorio deja en claro el proceso burocrático, centrado en los intereses corporativos de quien está trabajando allí, un servicio poco involucrado con los problemas de salud de los usuarios. Las evidencias de esta afirmación están en el horario restringido para la recepción en el caso de análisis no urgentes. Cabe mencionar que para el usuario que vive en la zona rural, los horarios no siempre coinciden con su transporte, lo que vuelve todo más difícil y aumenta la carga de sufrimiento de estas personas para acceder a los servicios del laboratorio. Por otro lado, los médicos que trabajan en la Unidad Básica de Salud, en el período de la tarde, al terminar su trabajo ya encuentran el laboratorio *cerrado*, hecho que imposibilita incluso programar turnos para la recepción de materiales.

En la siguiente etapa, el flujograma muestra la demanda de una nueva consulta solicitada por el médico. Por falta de disponibilidad de turnos, se indica a los usuarios retornar a la primera fila a la madrugada para disputar una nueva *ficha* y un nuevo turno para volver a ver al médico. Como ya fue relatado, el proceso es muy dificultoso y se ve agravado por el hecho de que el usuario tenga que regresar a la primera fila.

La Figura 21 muestra el flujo de derivaciones realizadas desde la recepción al especialista o a procedimientos ambulatorios que no son realizados por la Unidad Básica de Salud Central.

Descripción

Como se observa en el flujograma descriptivo, en los casos de derivación a un especialista, lo primero que se verifica es el tipo de procedimiento. Si su costo no es alto, el médico completa el formulario de derivación en la propia unidad y lo deriva a la Secretaría Municipal de Salud, la cual pasa a tomar las medidas necesarias para viabilizar la consulta o el procedimiento especializado, verificando la disponibilidad de turnos en el servicio específico y la viabilidad del transporte para el usuario.

Si el costo es alto, el usuario es derivado a la Secretaría Municipal de Salud, donde se completa el formulario. Luego regresa del médico, para que lo firme y vuelve nuevamente a la Secretaría Municipal de Salud para que se tomen los recaudos necesarios para realizar el procedimiento solicitado.

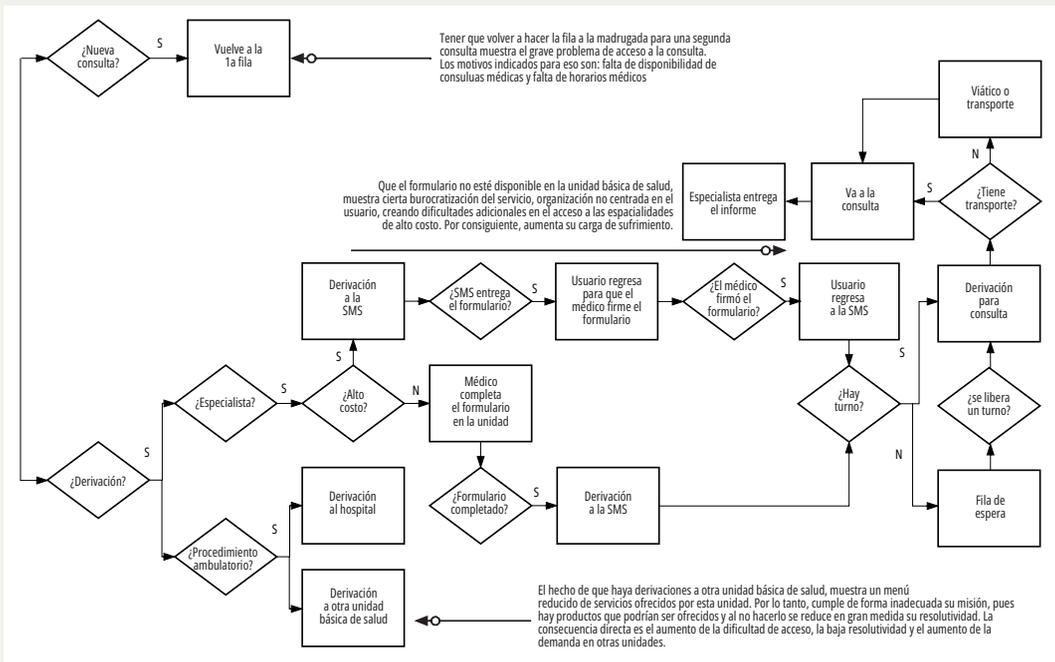


Figura 21. Flujoograma descriptivo de las derivaciones realizadas desde la recepción al especialista o a procedimientos ambulatorios que no son realizados por la Unidad Básica de Salud Central. Municipio de Luz, estado de Minas Gerais, Brasil, 1999.

Discusión

Si el procedimiento es de costo alto, el camino que debe recorrer el usuario es mucho mayor, dado que el protocolo establecido por la Secretaría de Salud define que el formulario es de control exclusivo de la Secretaría, por lo que no permite su guarda a la unidad básica, ni siquiera que lo complete el médico, lo que reduciría el enorme esfuerzo del usuario y garantizaría agilidad para acceder a procedimientos de alta complejidad/costo. Nuevamente queda demostrado que, en la organización de los servicios, los intereses de los profesionales o incluso de la institución están por encima de los intereses de los usuarios.

Otra derivación que se realiza aquí son aquellas de naturaleza ambulatoria, para procedimientos que no son realizados por la Unidad Básica Central (analizada aquí); los usuarios son, por lo tanto, derivados a la guardia del hospital o a otra unidad

básica para ser atendidos. Esto revela una bajísima capacidad de oferta de servicios de la Unidad Básica de Salud Central.

Conclusión sobre la herramienta flujograma descriptivo

Lo que verificamos es que esta herramienta, el *flujograma descriptivo*, no se resume a graficar el proceso de trabajo. Su riqueza se completa con los relatos del equipo que lo formuló y su conocimiento acerca del trabajo asistencial. Este conjunto da cuerpo y contenido al flujograma.

Se mostró como una herramienta potente para percibir los problemas existentes en el servicio de salud a partir de una mirada sobre los procesos de trabajo. Los problemas indicados por el flujograma son un punto de partida importante para planificar los servicios, especialmente las acciones referentes al cambio del modelo tecnoasistencial.

La herramienta revela, como todo proceso, su dinamismo, acciones en movimiento; cuestiones antes no percibidas por los trabajadores –incluso porque estaban desacostumbrados a mirar el problema de salud desde el punto de vista del usuario– se mostraron como temas importantes a enfrentar.

Derivaciones a partir del uso del flujograma descriptivo

Algunos problemas que aparecieron como importantes en el proceso analítico, se priorizaron para su resolución en el plano operativo a partir de lo que revelaba el flujograma. Por ejemplo, se modificó el horario del laboratorio para atender mejor a los usuarios. El flujo de acceso a los exámenes y los procedimientos de alto costo fue desburocratizado, creando facilidades al usuario y evitando caminatas exhaustivas dentro del servicio para cumplimentar un determinado proceso burocrático que permitiera obtener un turno para un procedimiento necesario. Se abrió un proceso intenso de discusión en torno a la cuestión de los medicamentos que culminó con la adopción de medidas de emergencia para provisión de remedios a la red básica, en las que se involucraron el Consejo de Salud y el gobierno municipal. Posteriormente, se tomaron medidas de mayor envergadura, con normatización y control de stock para evitar el desabastecimiento. La provisión de medicamentos a través del SUS comenzó a tratarse como una cuestión de ciudadanía, de derecho, alterando así el estatus que esta cuestión tenía dentro de la Secretaría Municipal de Salud.

Otra cuestión importante se refiere a que la disponibilidad de trabajo médico en esta unidad básica de salud estaba muy por debajo de las necesidades. Esto aparece como un obstáculo ante el incremento de las acciones asistenciales. Esta cuestión pasó a ser uno de los problemas centrales a ser tratados a lo largo de muchos meses

de discusión, porque enfrentaba el tema del *trabajo médico* y su inserción y regulación por parte del servicio público de salud. Este problema, que puso en tensión a la Secretaría de Salud y al propio equipo de trabajadores de la unidad en cuestión, ha sido un campo de disputas interesante, en el que el gestor, luego del análisis realizado a través del flujograma, se posicionaba de manera más sólida para afrontar este debate. Esta tensión sobre el horario de trabajo, asociada a una postura negociadora, por otro lado ha presentado resultados satisfactorios para la Secretaría Municipal de Salud en la perspectiva de aumentar la disponibilidad y la responsabilización del profesional médico para con el equipo de trabajo y los usuarios y, en consecuencia, de elevar el coeficiente de ciudadanía presente en los servicios de salud.

Imaginemos que después de implementar un nuevo proyecto asistencial en el municipio se formula otro *flujograma descriptivo*. La imagen ofrecida será otra, muy diferente, con énfasis en los usuarios y sus problemas de salud.

Continuaremos la discusión y el análisis sobre la Unidad Básica de Salud a través de la *unidad de producción* y la unidad de *proyectos terapéuticos*.

Una mirada al proceso de trabajo a partir de la unidad de producción de la Unidad Básica de Salud

Consideramos que en cada lugar donde se producen actos de intervención sobre un determinado problema de salud, cuyo portador es el usuario, se generan productos bien definidos. Esta combinación trabajo/productos caracteriza a una *unidad de producción de salud*. Así, un establecimiento como, por ejemplo, la Unidad Básica de Salud aquí analizada contiene:

- Unidad de producción de recepción a los usuarios
- Unidad de producción de acciones de enfermería
- Unidad de producción de consulta médica
- Unidad de control y producción de historias clínicas
- Unidad de dispensa de medicamentos
- Unidad de producción de exámenes de laboratorios

Las unidades de producción pueden estar *integradas* y operar en un mismo proceso productivo o actuar en forma compartimentada, *autonomizadas* unas con relación a las otras. Lo que define el modo en que se integran estas unidades de producción es el proceso de trabajo desarrollado en su propio espacio. El *proceso de trabajo* se desarrolla de manera interactiva entre los diversos profesionales, lo que forma, en el espacio del trabajo en acto, la interacción de saberes y prácticas, motivo por el cual puede servir de elemento integrador entre los diversos procesos productores de salud existentes en el interior de cada unidad productiva de la Unidad Básica de Salud. Así, el proceso de trabajo puede ser el *enlace* entre los diversos productos de las unidades y funcionar como una *cadena productiva de los proyectos terapéuticos*, llevando por lo tanto a los resultados esperados en relación con la resolución del problema de

salud del usuario. Por otro lado, si los procesos de trabajo no están integrados sino compartimentados, cada unidad productiva va a operar en forma autonomizada, alienando los diversos productos de un proyecto terapéutico en curso.

Por lo tanto, los *proyectos terapéuticos* y las *unidades de producción* están intrínsecamente vinculados. Unos, como el conjunto de actos de salud pensados para resolver determinado problema y las otras, como el lugar donde opera esta producción, con los recursos inherentes y necesarios. El trabajo aparece como el elemento propulsor de los procesos productivos, atravesando tanto a unos como a otras.

Los proyectos terapéuticos como analizadores de servicios de salud

Cuando el usuario entra a la unidad en busca de la resolución de un determinado problema de salud y accede a la atención, en primer lugar pasa por una evaluación del riesgo o incluso, por un diagnóstico, si ya se instaló algún proceso mórbido. Luego de esta definición, el o los profesionales que lo atendieron imaginan un conjunto de actos asistenciales que deberán ser encauzados con el objetivo de resolver su problema de salud. Por lo tanto, el *proyecto terapéutico* es el *conjunto de actos asistenciales pensados para resolver un problema de salud*. Puede ser definido por un profesional –por ejemplo, el médico–, en procesos de trabajo centrados en el médico, o por varios profesionales, en procesos de trabajo multiprofesionales.

Los proyectos terapéuticos se estructuran para producir el cuidado del usuario. La producción del cuidado puede darse a través de una excesiva carga prescriptiva, con relaciones breves y burocráticas centradas en la *producción de procedimientos*, utilizando para su ejecución sobre todo las tecnologías duras/leve-duras; o puede estar centrada en un abordaje *light* del problema de salud, basado en relaciones solidarias y conocimiento técnico, realizado principalmente a través de tecnologías leves/leve-duras.

Es importante señalar que el *proyecto terapéutico* es siempre un conjunto de actos pensados. En este sentido, solo existe si es ideado y programado mentalmente por el o los profesionales. Cobra materialidad si se ejecuta a través de la acción del trabajo sobre el usuario *portador de problemas de salud*, y cuando esto ocurre, deja de ser proyecto para transformarse en actos concretos asistenciales. Un *proyecto terapéutico* puede transformarse en *actos asistenciales* o no, dependiendo de si ha sido ejecutado en su totalidad o en parte, o sea, si el trabajo se ha aplicado como la fuente transformadora de una cosa (proyectos) en otra (actos concretos).

Aquí estamos diferenciando *proyectos terapéuticos* de *actos asistenciales*. El primero, como instancia idealizada, tiene al *conocimiento* como estructurante de sí mismo de un modo general, tanto el conocimiento técnico estructurado, como aquel obtenido a través de las experiencias de vida y del trabajo. Articulamos aquí la idea de Pierre Lévy (1995) de *patrimonio de conocimientos* como organizadores de los proyectos

terapéuticos. En cambio, los *actos asistenciales* son estructurados por se por la acción del trabajo, a través de la cual se tornan concretos y asumen la configuración de productos incorporando *valor de uso* (Gonçalves, 1979).

Ahora bien, el trabajo se realiza a partir de determinadas *tecnologías de trabajo*. Entendemos tecnología como el conjunto de conocimientos utilizados para realizar algo, en este caso, para realizar la asistencia de la salud (Gonçalves, 1994) o ejecutar el proyecto terapéutico. Así, las tecnologías, es decir, toda tecnología, emanan del conocimiento. La máquina (tecnología dura) no es más que conocimiento incorporado, que cobra materialidad y valor con el trabajo.

A su vez, los conocimientos o los saberes usados para formular determinado proyecto terapéutico van a determinar las prácticas de salud al momento de ejecutar ese proyecto. Son saberes que provienen de la clínica, la epidemiología, el psicoanálisis, la sociología de la salud; de las relaciones humanas estructuradas o no; de la incorporación de nuevas tecnologías inscritas en máquinas e instrumentos que se insertan en los servicios de salud; de los saberes acumulados a través de la experiencia de trabajo y la experiencia de vida, y que sirven para la resolución de problemas de salud, siempre que haya espacio en los servicios para que el trabajo opere con el máximo de *grados de libertad*; o que el *trabajo vivo en acto* sea apto para la acción creadora y creativa en las relaciones establecidas con el usuario (Merhy, 1997c).

Al respecto, es interesante la siguiente reflexión de Merhy sobre el trabajo médico y las tecnologías usadas por estos, vinculadas a la definición de los proyectos terapéuticos:

Creo que el médico para actuar utiliza tres tipos de maletines: uno que está vinculado a su mano y en el cual cabe, por ejemplo, el estetoscopio, como también el ecógrafo, el endoscopio, entre otros equipos que expresan una caja de herramientas tecnológicas formada por *tecnologías duras*; otro que está en su cabeza y en el cual caben saberes muy estructurados como la clínica y la epidemiología, que expresan una caja formada por tecnologías leve-duras; y, finalmente, otro que está presente en el espacio relacional trabajador-usuario y que contiene tecnologías leves implicadas con la producción de las relaciones entre dos sujetos, que solo tienen materialidad en acto (Merhy, 1999b).

Como ya mencionamos, el volumen de conocimientos usados en la asistencia, organizado en estos tres grandes campos tecnológicos, cobra materialidad en la resolución de problemas de salud a través de las tecnologías de trabajo, según las tres categorías de Merhy (1998; 1999a): las tecnologías duras, leve-duras y leves. Los *proyectos terapéuticos* son elaborados, a partir de un determinado conocimiento que es hegemónico en el tiempo y en el espacio y, por esto mismo, es indicado para estructurar la intervención sobre determinado problema de salud. Sucede que este conocimiento que estructura el proyecto terapéutico es el mismo que va a definir los campos tecnológicos que deberán ser utilizados para la ejecución de estos proyectos terapéuticos.

En la *era flexneriana*, para resolver problemas de salud la comunidad médico-científica indicaba como válidos los conocimientos centrados en el cuerpo biológico y en la *clínica restrictiva*. Es como si la comunidad médico-científica colocara

en poder de los médicos los *maletines* vinculados a sus manos –que contienen los equipamientos– y aquellos vinculados a su cabeza –con los conocimientos técnicos estructurados–, *validando* los proyectos terapéuticos que operan a partir de estos dos *maletines*. Esto significó la organización de servicios de salud centrados en el saber y en la persona del médico que opera a través de una excesiva carga prescriptiva. Así, el cuidado se produce a través de procedimientos y deja de representar el *cuidado* para pasar a representar, a nivel de la micropolítica de la organización de la asistencia, los intereses del capital (Franco, 1999).

Los proyectos terapéuticos y el paradigma de las prácticas en salud

Tomando prestado el concepto de *paradigma* de Thomas Kuhn (1962), según el cual la organización y el desarrollo de un determinado conocimiento se da a lo largo del tiempo y de manera procesual pero se torna paradigma cuando se instituye y recibe el reconocimiento de la comunidad científica, podemos decir que los *proyectos terapéuticos* actuales reflejan un cierto paradigma de las prácticas de salud, porque siguen aquellos criterios. Por lo tanto, son hegemónicos entre los proyectos terapéuticos y las prácticas asistenciales en salud.

Esto nos plantea la siguiente cuestión: si el modo en que se produce salud hoy refleja un determinado paradigma de las prácticas de salud, entonces la transformación del modelo asistencial es también de orden paradigmática, o sea, los saberes nuevos, no instituidos pero que existen y estructuran prácticas *antihegemónicas* en el interior de los servicios de salud, pueden caracterizarse como un *preparadigma* que a futuro puede instituirse y transformarse en un nuevo paradigma asistencial. Los proyectos terapéuticos que rompan las barreras del actual modelo *médico productor de procedimientos* (Merhy, 1998) y que lleven a la producción del cuidado en forma efectiva, si sus prácticas no son validadas por la comunidad científica (contrariando a Kuhn), lo serán por las evidencias empíricas. Esto plantea la cuestión de que el cambio de paradigma es, por excelencia, una acción instituyente sin tiempos definidos y, sobre todo, un proceso en el que el viejo y el nuevo paradigma conviven en permanente tensión.

Vivimos una situación en la que los proyectos terapéuticos pueden expresar el modelo *médico productor de procedimientos* o el *productor de cuidado* (Merhy, 1999b): el primero opera a partir del actual paradigma de las prácticas en salud, y el otro se coloca como instituyente, disputando el devenir. Tanto un proyecto como el otro van a estructurar las prácticas de salud.

Tomamos el caso de la Unidad Básica de Salud Central del municipio de Luz para discutir los *proyectos terapéuticos* como categoría de análisis de los servicios de salud.

Para discutir esta cuestión tomamos el caso del proyecto terapéutico dirigido a usuarios portadores de hipertensión arterial (enfermedad con mayor prevalencia

en la población del municipio) que buscan asistencia en la unidad básica de salud central del municipio de Luz (Figura 22).

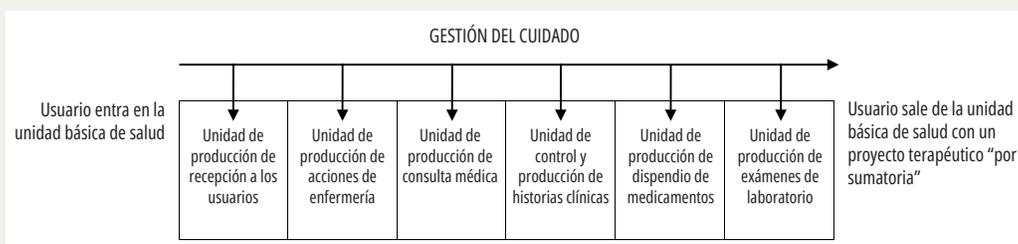


Figura 22. Proyecto terapéutico centrado en procedimientos médicos o burocráticos (Merhy, 1996).

El *proyecto terapéutico* fue aquí definido como el conjunto de actos asistenciales pensados para resolver un problema de salud. En este caso, el relato de este proyecto terapéutico se dio en una reunión del equipo de la unidad básica de salud, haciendo uso de la memoria y del conocimiento de estos profesionales con relación a la asistencia y a su proceso de trabajo. Se observa una articulación entre el proyecto terapéutico y las prácticas asistenciales (tecnologías) en uso.

Proyecto terapéutico para portadores de hipertensión arterial

- Atención individual.
- Primera consulta médica.
- Controles médicos cada tres meses (casos graves) o seis meses (casos moderados y leves).
- Orientación realizada por el médico en la primera consulta.
- Control de presión arterial y orientación realizada por el profesional disponible (auxiliar de enfermería o enfermera) cuando el usuario lo requiera.
- Exámenes de laboratorio.
- Dispensa de medicamentos.

Una primera cuestión observada se refiere al modo abreviado en que se realizó el proyecto terapéutico en el grupo de discusión. Esto refleja, en gran medida, cómo se realizan estas acciones, igualmente reducidas, en las que no se mencionan relaciones acogedoras, ni siquiera interacción entre las diversas acciones que componen el proyecto terapéutico.

En este caso, al tratarse de un proceso de trabajo centrado en el médico, una primera cuestión a considerar se refiere a la acción estructurante ejercida por el saber médico sobre el proyecto. Podemos decir que este se encuentra en el centro de las definiciones de la terapéutica que será adoptada. Las otras acciones/necesidades

del proyecto terapéutico son también demandadas por el médico, a través de su comprensión del problema de salud del usuario. En este sentido, este proyecto terapéutico se formula a partir del patrimonio de conocimientos existente en el profesional médico, el cual, en gran medida, es producto de su formación académica, referenciada en el modelo médico hegemónico de enseñanza, basado en los principios *flexnerianos*.

Hay una simplificación del problema de salud que, en este contexto, aparece como determinado por alteraciones en el cuerpo biológico o, mejor dicho, circunscrito al campo de la clínica, pese a que su causa puede tener una determinación social, psicológica o de otra naturaleza que, en ese proceso, permanece ignorada. Por lo tanto, un proyecto terapéutico con este perfil propone una intervención simplificada en su contenido, en la medida en que no hay un reconocimiento de la multicausalidad en la producción de la enfermedad y, de esta forma, no se convoca a otros saberes-haceres a las prácticas demandadas por este proyecto terapéutico.

Cuando mencionamos que en los proyectos terapéuticos deberían insertarse otros campos de conocimiento, interactuando entre sí, estamos hablando no solo del saber técnico estructurado, sino también de otros saberes que se refieren a la producción de acciones acogedoras, de relaciones intercesoras entre profesionales y usuarios, de responsabilización con su problema de salud, de tecnologías propias para el trabajo de promoción y prevención de la salud, que contribuyen a la autonomización de los usuarios para *vivir la vida* (Campos, 1992). O sea, los problemas de salud son lo suficientemente complejos como para requerir proyectos terapéuticos igualmente complejos para su resolución, en los que la suma de diversos saberes articulados tenga la potencia para resolverlos efectivamente. Esto requiere actos asistenciales producidos por los profesionales de salud, sea por la habilidad de sus manos, por el conocimiento asimilado en su cerebro o la capacidad de percibir al otro como una totalidad y relacionarse con él, reconociéndolo como sujeto en el proceso asistencial. Esta complejidad del proyecto terapéutico se refiere también a la incorporación del conocimiento producto de la interacción del usuario con su propio medio, las condiciones de vida y ambiente en las cuales está insertado. Es este conjunto el que puede responder de hecho a las necesidades de asistencia de la salud que se demandan a los servicios.

Otra cuestión a destacar se vincula con la atención exclusivamente individual del usuario. Sin dejar de valorizar la atención individual/curativa como uno de los recursos importantes de la clínica para intervenir en procesos mórbidos ya instalados, las técnicas grupales pueden contribuir sobremedida al control de determinados segmentos de usuarios. Por ejemplo, tomemos la población de hipertensos del área de cobertura de una unidad básica de salud. Si el seguimiento lo realizaran a través de programas de perfil burocrático, podrían sufrir de otro mal, la baja autoestima, la incapacidad de operar el autocuidado, lo que derrota cualquier proyecto terapéutico. Los grupos programáticos solidarios, *no burocratizados*, que tienen el perfil de un *grupo de convivencia* o de *autoayuda*, son capaces de elevar la autoestima del público, generar adhesión al tratamiento, mejorar el humor y construir un estado general más favorable a las relaciones del usuario con el mundo y al éxito del

proyecto terapéutico. Lo fundamental es crear el hábito del autocuidado, lo que solo es posible en usuarios con autoestima elevada. Las acciones colectivas de este perfil deben formar parte del conjunto de actos de salud pensados para ciertos grupos de usuarios. Este es un aspecto prácticamente desconocido de los proyectos terapéuticos actuales, como el caso de la unidad de salud en estudio.

La eficacia de las acciones programáticas está relacionada al hecho de incorporar innumerables campos de saber y de prácticas, con conocimientos que son propios de la epidemiología, la sociología, el psicoanálisis, los grupos, las relaciones, los procesos pedagógicos, entre otras prácticas, que significan la producción de la asistencia, más centrada en las *tecnologías leves y leve-duras* que en las *tecnologías duras*. Naturalmente que las acciones programáticas deben conformar un conjunto de acciones pensadas para los usuarios, incluso las de la clínica propiamente dichas.

En el ámbito de los proyectos terapéuticos, es necesario reconocer que el usuario que se presenta en la unidad básica de salud, portador de algún problema, trae consigo, por un lado, una realidad socioeconómica y sanitaria y, por otro, una cierta carga de subjetividad producto de sus experiencias pasadas y vivencias actuales y, por lo tanto, necesita de un abordaje completo de su ser. Esto puede ser realizado en una delicada combinación entre las acciones programáticas y aquellas que se resumen a los cuidados individuales necesarios.

Como ya mencionamos, el proyecto terapéutico hegemónico no está pensado para estructurar actos asistenciales centrados en el trabajo en equipo, aunque diversos profesionales se involucren en el mismo caso, porque se involucran de un modo formal, normatizado, burocrático, dado que el trabajo de cada uno se organiza de manera compartimentada. La relación entre los profesionales, en vez de solidaria, es de naturaleza jerárquica, dado que detentan el saber y, en consecuencia, el hacer (el médico, en relación con los otros trabajadores; la enfermera en relación con los auxiliares de enfermería, etcétera), y el trabajo de los otros está estructurado por este saber-hacer *superior*.

A continuación, describiremos cómo aparece ese proyecto terapéutico compartimentado, lo que refleja las acciones y los procedimientos que se realizan en cada unidad de producción de la unidad básica de salud, en el caso aquí estudiado.

Para la *unidad de recepción*, el usuario aparece más como un problema, o sea, consume una *ficha* para la consulta, lo que limita el ya racionado número de consultas a ser ofertadas a los demás. Como la responsabilidad de la recepción es administrar el acceso a las consultas y racionar la oferta, la presencia del usuario (cualquiera de ellos) produce de inmediato una cierta tensión en la recepción. Esta tensión encuentra una *línea de fuga* a través de la acción de algunos profesionales que interrogan al usuario que ese día fue excluido de la atención con la intención de percibir si su problema de salud es urgente. Si confirman que sí, se acciona la guardia del hospital para la atención de ese usuario. El trabajo en la recepción se divide, además, entre la asignación de turnos para consultas, dentro del límite de los lugares existentes, y la orientación a los usuarios.

Para la *unidad de control y producción de historias clínicas* el usuario representa un número, que lo identifica y facilita al recepcionista encontrar el documento, sin el

cual no se realiza la consulta. La misión de esta unidad es simplemente burocrática, de guarda y organización de las historias clínicas. En una organización optimizada de esta unidad, podría ofrecer otros productos, como datos de morbilidad ambulatoria, información relacionada con las prescripciones para mayor control de su eficacia, información que contribuya al control de costos, y otros productos generados a partir de la información que contienen las historias clínicas. Sin embargo, en la actual forma de organización, la misión de esta unidad es bastante reducida.

Para la *unidad de producción de consulta médica*, el usuario es uno más entre los demás, y es la unidad en la que ha sido estructurado su proyecto terapéutico. De aquí parten las definiciones relacionadas con las acciones y procedimientos que serán demandados a los otros profesionales de la salud. La consulta médica es el dispositivo organizado para el diagnóstico y la obtención de subsidios para la formulación del proyecto terapéutico. Sin embargo, los relatos indican que, en la mayoría de los casos, se ha realizado como un acto simplificado, regulado por un tiempo T , virtualmente de quince minutos, pero que se realiza también en un tiempo muy inferior que le permite al profesional quedar *liberado* para una segunda jornada de trabajo en otro lugar. Esta cuestión se tornó, en varios casos, una discusión importante en la negociación de la renovación de un contrato de trabajo médico en modelos asistenciales centrados en el usuario.

Organizar servicios capaces de formular y operar proyectos terapéuticos que atiendan las necesidades reales de los usuarios significa incorporar la idea de multicausalidad en la producción de los problemas de salud, en la que el médico es uno de los componentes importantes en la definición de este proyecto terapéutico, pero en la que participan además los diversos profesionales de salud. En gran medida, ellos son las grandes víctimas de un modelo asistencial que empobrece los proyectos terapéuticos, que menosprecia las prácticas en salud a través de una idea reduccionista del objeto de trabajo. “Toda apreciación del objeto de trabajo médico que se detenga en el cuerpo anatomofisiológico se equivoca, por lo tanto, al disociar el contenido técnico de ese trabajo de su naturaleza inmediatamente social” (Gonçalves, 1979). Liberar a los diversos trabajadores de la salud de la prisión en la que se encuentra su trabajo, con la consiguiente reducción de su potencia para resolver problemas de salud, es una obra colectiva en la que ellos mismos pueden ser dispositivos de cambios al reorganizar el proceso de trabajo para la producción de la salud.

La *unidad de producción de acciones de enfermería* produce intervenciones sobre el cuerpo del usuario con vistas a las inmunizaciones, de carácter curativo, de apoyo a la consulta médica como la *preconsulta* y *posconsulta*, acciones para el diagnóstico, como colecta de material para exámenes en el laboratorio de análisis clínicos, entre otros. Esta unidad opera a través del trabajo de los auxiliares de enfermería, bajo el mando de la demanda médica –como ya fue mencionado– y la supervisión de la enfermera. El auxiliar de enfermería se coloca en estos casos como asesor del médico, sin autonomía, con su potencial asistencial reducido a las acciones estructuradas de la unidad de producción. Incluso teniendo habilidades para la escucha de los usuarios, a través de acciones de acogimiento que podrían ser organizadas en un nuevo modelo de asistencia, su accionar se resume a la acción normatizada de la

preconsulta y posconsulta. El tipo de organización de la producción en esta unidad la burocratiza, restando potencia al servicio.

La *unidad de entrega de medicamentos*, en el modelo tradicional, tiene un papel central en los proyectos terapéuticos, pues uno de sus principales insumos son los medicamentos, y su performance está bien definida en el flujograma descriptivo. Considerada una unidad cara, dado los altos precios impartidos por los fabricantes y distribuidores de medicamentos, opera con racionamiento. Sin embargo, es una unidad sensible para la percepción del usuario, dado el alto valor que le da a los medicamentos para su terapéutica. Con relación a los modelos asistenciales, la valoración de esta unidad depende de cuál sea el modelo que opera en los servicios de salud. Dentro del modelo *médico productor de procedimientos* hay una valorización de la producción de salud por encima de lo necesario; y en el modelo *productor del cuidado* esta valorización se da en la medida exacta de la necesidad de los cuidados asistenciales. En el caso de la unidad del municipio de Luz, además de la escasez de recursos, esta unidad es supervalorada y, por eso mismo, la contradicción existente se exacerbó y el servicio entró en crisis porque no conseguía responder a la excesiva demanda de medicamentos, generando insatisfacción en los usuarios o incluso costos extraordinarios debido a la adquisición de los medicamentos demandados en el mercado privado farmacéutico del municipio.

La *unidad de producción de exámenes de laboratorio* opera también a partir de la demanda médica. Integrada a los proyectos terapéuticos, es responsable de uno de los principales insumos en la producción de la salud dentro del modelo asistencial tradicional: los exámenes diagnósticos. En este sentido, ocupa un espacio importante junto a la unidad de dispensa de medicamentos. Igualmente sensible para los usuarios, en el actual modelo está sobrevalorada en los proyectos terapéuticos.

Conclusión

Los proyectos terapéuticos, tal como están pensados, centrados en el problema de salud entendido como expresión de un cuerpo anatomofisiológico, y dada la forma en que se aplican al interior de la unidad de salud, organizados en torno de las diversas unidades de producción, se mostraron potentes para revelar los límites del proceso de producción de la asistencia al usuario.

Para el trabajo de análisis del servicio, realizado a partir del proyecto terapéutico, fue importante elegir un problema de salud existente, de gran prevalencia en el municipio, dado que al ser de conocimiento de todo el equipo facilitaba las discusiones en torno al problema. Este procedimiento hizo más fácil buscar en la memoria del equipo, la forma en que los profesionales de la salud operan ante ese problema y los proyectos terapéuticos elaborados para su resolución.

Es importante resaltar que la discusión del proyecto terapéutico revela los problemas relacionados al proceso de trabajo, pero sobre todo el uso del patrimonio de conocimiento existente en el equipo para resolver problemas de salud. Este patrimonio de conocimientos se inscribe entre el *núcleo de conocimiento especializado* de

cada profesional, y el *campo cuidador*, común a todos (Merhy, 1998). Ahora bien, en un proceso de trabajo centrado en el médico, la cantidad de conocimiento empleado para atender las necesidades de salud de los usuarios es mínima, visto que se piensa el problema de salud en forma restringida a la causalidad biológica, a las alteraciones en el cuerpo anatomofisiológico. Por otro lado, en un proceso de trabajo centrado en lo multiprofesional, la cantidad de conocimiento empleado para resolver los mismos problemas es mucho mayor, dado que, en este caso, se trabaja con multi-causalidades en la producción de la enfermedad.

Al parecer, el análisis de los servicios a partir de *proyectos terapéuticos* refleja en gran medida la relación entre los *tres maletines* –expresión usada por Merhy (1999b) para expresar las tres categorías tecnológicas–, relación que, a su vez, revela las tecnologías de trabajo en salud en la producción de la asistencia. Este es el punto central de este análisis combinado con el patrimonio de conocimiento empleado en la resolución de los problemas de salud.

Otro aspecto importante para ser comentado, específicamente sobre el análisis de este servicio de salud, se refiere al hecho de que la producción de la asistencia a partir de cada *unidad de producción* es focal, sin *interacción* entre ellas. Es como si intervinieran sobre *múltiples usuarios* salidos de un mismo cuerpo o un mismo ser y que se presentan ante estas unidades. Nunca el usuario se presenta por completo, con un cuerpo enfermo, sobre el que existe una carga social relacionada con su modo de vida, con el ambiente en el cual está insertado; usuario que detenta una subjetividad determinada producto de sus relaciones, su historia y su percepción del mundo de las cosas y del mundo de las personas. De este conjunto se forman múltiples factores que producen su cuadro mórbido. Los proyectos terapéuticos actuales, que recorren las diversas unidades de producción, desconocen estas cuestiones, en la medida en que apenas imaginan partes de lo que debería ser un proceso. Así, hoy operan piezas de una cadena productiva de asistencia y no la cadena de asistencia a la salud, como un conjunto articulado.

La compartimentación de la intervención sobre el problema de salud del usuario, que se expresa en la autonomización de cada unidad de producción de la unidad de salud, caracteriza un proyecto terapéutico dividido y configura un modo de operar el cuidado que no está centrado en el usuario, sino en otras cuestiones, como los intereses privados de las corporaciones, la *institucionalidad*, la razón instrumental que opera sobre la lógica administrativa (mantener los costos de salud congelados en un cierto nivel) o económica (manteniendo la lógica de la producción de procedimientos para el cuidado a los usuarios). A menudo, esta lógica no es determinada en la esfera del municipio, sino que existe como una cultura que es transmitida en cadena a los gestores de los servicios.

El proyecto terapéutico expresado aquí se muestra extremadamente empobrecido por el escaso menú de servicios ofrecidos para la resolución del problema de salud del usuario, lo que muchas veces provoca inseguridad para *vivir la vida*. Esto lleva a que los mismos usuarios recurran permanentemente a la unidad de salud (léase, al médico) en busca de asistencia, provocando una enorme demanda evitable. Si el proyecto terapéutico fuera el resultado de la integración entre las unidades

de producción y la interacción entre los profesionales, con acciones multicentradas en las diversas causalidades del problema de salud de los usuarios, posiblemente se produciría otra realidad vinculada con la asistencia a los usuarios y la capacidad resolutoria de los servicios de salud.

Dispositivos para la organización de proyectos terapéuticos centrados en la producción del cuidado: una nueva forma de realizar la asistencia en salud

Uno de los resultados esperados con relación al cambio del modelo asistencial para la salud se refiere a la producción de *proyectos terapéuticos cuidadores*, centrados en los usuarios y sus necesidades. Este tipo de proyecto terapéutico es viable luego de un proceso de maduración de la institución, de los trabajadores y de los usuarios con relación a la nueva propuesta asistencial. Esto naturalmente no ocurre sin resistencias, en la medida en que el nuevo modelo asistencial enfrenta la cristalización de una cultura y de valores forjados a lo largo de muchos años a partir del ideario flexneriano, combinado con los intereses del capital en la estructuración de los servicios de salud.

Lo que se pretende es una reorganización productiva operada a partir de invertir las tecnologías en la producción de la salud. Para esto, podemos hacer uso de algunos dispositivos, que detallaremos a continuación, que permiten detonar los procesos de cambio.

Incorporación de múltiples saberes en la producción de salud, especialmente el de las políticas de salud, de la clínica, la epidemiología, la sociología de la salud, el psicoanálisis, las relaciones, el análisis institucional, la vigilancia de la salud, entre otros que se inscriben en los saberes obtenidos de modo informal. Estos saberes solo pueden aplicarse si el proceso de trabajo es multiprofesional y opera, en gran medida, a partir del trabajo vivo en acto, en relaciones intercesoras en las que toda la energía creativa encuentra espacio para manifestarse en el proceso productivo (Merhy y Onocko, 1997; 1999b).

Invertir los procesos y las tecnologías de trabajo significa cambiar toda la lógica de la organización de la fuerza productiva, lo que equivale a decir que las funciones de cada trabajador, su posicionamiento en el proceso productivo, la forma en que se posicionan los saberes/haceres para la realización de la asistencia, deben estar direccionados para la atención de las necesidades reales de los usuarios. El reordenamiento de los procesos de trabajo debe estar asociado al cambio propuesto en las tecnologías de trabajo: de estar centradas en las tecnologías duras y leve-duras deben pasar a centrarse en las tecnologías leves y leve-duras, tal como fue discutido en este texto. Estos cambios son capaces de configurar un nuevo modelo de asistencia.

Un *ambiente organizacional favorable a los cambios* en el plano micropolítico requiere de la adhesión de los profesionales de la salud con relación a la nueva propuesta de

organización de la asistencia. Sin la adhesión de los trabajadores de la salud, no se realiza un cambio duradero y en profundidad de los servicios.

Un *ambiente institucional favorable a los cambios* significa la adhesión de los actores sociales que controlan recursos estratégicos para la viabilidad del nuevo modelo asistencial. En un municipio, el intendente es un actor social y político importante, por los recursos que controla y, por lo tanto, su adhesión se ha mostrado muy importante para la gobernabilidad del proyecto. Desde nuestro punto de vista, esto no es un prerrequisito, en la medida en que los trabajadores de la salud, a partir de sus microespacios de trabajo, pueden accionar dispositivos que crean procesos instituyentes que se movilizan en el sentido de cambiar lo establecido. Los propios proyectos terapéuticos cuidadores pueden servir de dispositivos. Sin embargo, el escenario ideal es el que consigue una articulación entre la intervención en el espacio micropolítico y una buena performance en el escenario macropolítico, lo que es capaz de garantizar alta gobernabilidad al nuevo proyecto.

La Figura 23 muestra cómo puede operar un proyecto terapéutico integral, cuidador, centrado en el usuario, construido a partir de múltiples saberes y prácticas. En una unidad en la que este proyecto terapéutico es hegemónico, es el proyecto el que demanda acciones a las unidades de producción, y estas producen acciones de salud en forma integrada e interactiva, centradas en el usuario y en su problema de salud, dentro de una concepción en la que este problema es multicausal. Es importante percibir que el usuario debe ser sujeto de su propio proceso cuidador, ejerciendo el autocuidado e interactuando con los trabajadores.

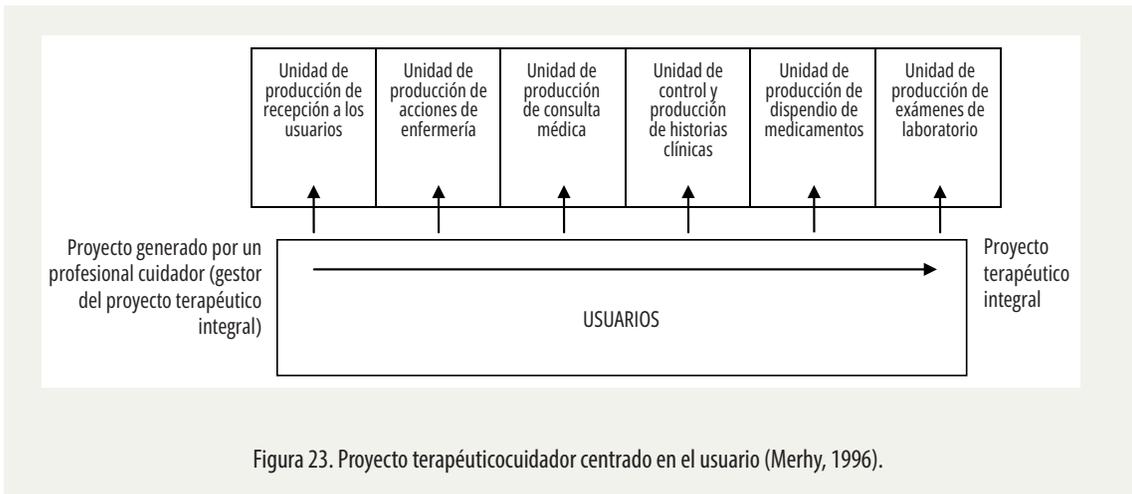


Figura 23. Proyecto terapéuticocuidador centrado en el usuario (Merhy, 1996).

Este proyecto terapéutico requiere de un *gestor del cuidado* (Merhy, 1998). Es el profesional de la salud quien deberá *administrar* el proyecto terapéutico, demandando

acciones de otros profesionales y haciéndolos interactuar para obtener los resultados esperados en relación con la salud del usuario.

El nuevo proyecto terapéutico, al invertir las tecnologías de trabajo, hace que el conocimiento matricial de cada profesional opere de otro modo. Esto porque consideramos que hay en cada trabajador un núcleo especializado de conocimiento, el cual usa para resolver problemas de salud que son propios de la competencia de este núcleo, y un campo de conocimiento que puede ser común a todos los profesionales (Campos, Chakkour y Santos, 1997). En el modo tradicional de operar el proceso de trabajo, los profesionales han accionado en gran medida el núcleo especializado de conocimiento, visto que este ha sido el principal insumo en la producción de la salud en el modelo flexneriano. Al invertir las tecnologías de trabajo, deberá valorizar el campo de conocimiento ampliado asociado al núcleo de las actividades cuidadoras que cada trabajador opera (Merhy, 1998).

Otra cuestión importante se refiere a la *red de conversaciones* por la cual fluyen las *relaciones intercesoras* (Merhy, 1998) de algunos profesionales con otros y de todos con los usuarios, en la conducción de un proyecto terapéutico cuidador. El gestor del proyecto terapéutico integral tiene también la función de contribuir a que esta red de conversaciones opere en el verdadero sentido de la interacción entre profesionales en la resolución de los problemas de salud.

El cambio en los servicios de salud requiere de la construcción de sujetos individuales y colectivos con valores que reconozcan los derechos de ciudadanía con relación a la asistencia de la salud y, sobre todo, que asuman un nuevo comportamiento con relación al trabajo en equipo y a las relaciones con los usuarios. El cambio de las prácticas asistenciales, territorio por excelencia de las tecnologías de trabajo, requiere intensos *procesos de subjetivaciones solidarias*, que entran en disputa con los *procesos de subjetivaciones capitalísticas* actuales (Guattari, 1992). Todo proceso de producción colectiva –la gestión participativa, los procesos asistenciales multiprofesionales o incluso programas de educación permanente– pueden contribuir a la formación de este nuevo sujeto, motivado para producir cambios en los servicios de salud.

Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo¹

Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy

*Rompí el muro [...], mis ojos no me sirven para nada,
pues solo me remiten a la imagen de lo conocido.*

Henry Miller (Citado por Deleuze y Guattari, 1995, p. 36)

Introducción

Nos encontramos en un taller de trabajo con un grupo de trabajadores de salud de una misma red, pero de lugares de trabajo muy diferentes. Hay trabajadores de diversos establecimientos, tanto del nivel central como de los servicios asistenciales.

Luego de la presentación, casi por costumbre, hacemos una pregunta: “¿Qué acciones realizaron ayer en el trabajo que considerarían inútiles y por qué?”

El grupo, dividido en subgrupos, tiene un comportamiento unánime: se queda en el mayor silencio. Demoran en responder, hasta que alguien pregunta en voz alta: “¿Sería por ejemplo hacer un informe que nunca nadie va a leer?”

Respondemos: sí.

Entonces se produce una gran excitación en la sala. Hay bullicio, todos quieren hablar al mismo tiempo.

Pasado el revuelo, hacemos otra pregunta: “¿Y actos repetitivos útiles?”. Otra vez el grupo se inquieta y quiere conversar sobre lo útil y lo inútil.

Abrimos una pequeña discusión acerca de cómo esa significación depende de quién habla y desde qué lugar habla, pues un acto útil para uno puede ser inútil para otro. De ese modo, pedimos que siempre que nombren un acto deben situarlo, para que todos puedan entender por qué lo caracterizaron como útil o inútil.

A medida que todos van entrando en la actividad de un modo muy *natural*, pedimos que cuando nombren esos actos intenten indicar quién está involucrado en su construcción y a quién se dirige ese acto y para qué.

¹Los mapas analíticos fueron propuestos originalmente por los autores de este texto y experimentados en el contexto de un curso de especialización en gestión en salud que tuvo lugar en la ciudad de Vitória (estado de Espírito Santo, Brasil), en diciembre de 2006.

Lograda cierta serenidad en los distintos subgrupos, preguntamos: “¿Qué opinan acerca de nombrar actos conflictivos y describir quiénes son los diversos ‘quiénes’ que están involucrados y desde qué posicionamiento?”

Y de este modo vamos construyendo mapas del cotidiano del mundo de su trabajo junto a cada uno de los que están intensamente involucrados en ese mundo, quienes se visualizan como parte e incluso como protagonistas de diversos actos.

Les sugerimos que pueden proponer nuevos modos de mapear y les explicamos que cada uno de los posibles recortes mencionados no son recetas para producir esos mapas, sino que están abiertos a las situaciones singulares de los diversos mundos del trabajo donde ellos están involucrados, y se basan en las distintas características analizadoras que quieren explorar.

De manera sencilla, conversamos un poco sobre qué son los analizadores. Les pedimos que piensen en el siguiente ejemplo: en los test de química, cuando tenemos un líquido cuya composición desconocemos, podemos usar una gota de otro líquido que conocemos y que sabemos que al contacto con ciertas sustancias producen colores determinados. Entonces colocamos unas gotas de este segundo líquido sobre el primero y según el color que se produzca podemos saber qué es lo que contenía aquel líquido que no conocíamos.

Con este ejemplo mostramos cómo el analizador hace aparecer cosas que están allí pero que no son tan visibles. Como dice Lourau (1996): un analizador hace hablar a una institución, decir cosas que no son conversadas, aun estando allí, casi ocultas, pero que están sucediendo.

Vamos experimentando así diversos *mapas analíticos* de la cotidianeidad del mundo del trabajo de aquel grupo, y eso va detonando en su interior la necesidad de hablar y conversar sobre cada nueva *revelación*, llevándolos a ese mundo como uno de sus fabricantes fundamentales, involucrados con él y no como sus víctimas.

Aparece en escena el tema de la libertad y la captura de los actos productivos de los trabajadores en la micropolítica de su trabajo: surgen importantes reflexiones sobre cómo cada uno usa su trabajo vivo en acto y sus sentidos en ese mundo.

Les proponemos que miren los mapas como herramientas analizadoras de sus espacios y sus relaciones e intenten *escuchar* los ruidos que producen, incluso la incomodidad que les provoca.

Hasta aquí debe haber quedado claro que *miramos* el cotidiano del mundo del trabajo como una micropolítica, en la cual somos, individual y colectivamente, productores y producidos en nuestros modos de actuar y en nuestros procesos relacionales. Conceptos que reiteraremos más adelante, pero que por ahora ya muestran una cierta radicalidad diferenciada en cuanto a la manera en que muchos visualizan el mundo del trabajo: un mundo donde el trabajador no puede hacer nada, porque está totalmente capturado por las estructuras que lo definen y determinan. Nosotros no lo vemos así.

Antes de discutir esto desde otro foco teórico, es importante observar las consecuencias de los mapeos que fuimos haciendo.

A medida que el grupo, como ya mencionamos, va hablando y conversando, van apareciendo *ideas-concepto* como parte de una teorización que el grupo va construyendo. Vamos registrando esas *ideas* y juntos buscamos ordenarlas.

Con todo esto montamos un cierto marco referencial que el grupo produce y sobre el cual podemos crear nuevas reflexiones teórico explicativas, como herramientas para la acción de sus componentes. Vamos buscando implementar la *caja de herramientas* que cada uno posee, e incluso ponemos en jaque a las que ya traían y al modo de utilizarlas en su protagonismo cotidiano.

En esta experiencia aparecieron con mucha fuerza –en la forma de representar aquello que el grupo tenía frente a sí mismo– las siguientes nociones: macropolítica versus micropolítica; trabajador como sujeto víctima; impotencia y potencia del actor para actuar sobre aquello que lo incomoda; gestión como algo del gestor formal; el mundo de la política versus el de la técnica; la neutralidad y el compromiso del trabajador sobre los intereses en juego en la salud; recursos como dinero, siempre en falta; entre otras.

Este otro mapeo, el de los modelos de significación que utiliza el grupo, permite agregar una nueva cartografía a esta experiencia: la de los trabajadores como actores/sujetos formuladores de teorías y la manera de involucrarse con ellas en su acción cotidiana, como parte de su modo de ser ético-político, en el mundo de la vida como un todo.

En ese momento, procuramos operar con otra meseta de mapas²: aquella que pone en evidencia al trabajador como actor/sujeto de la acción, involucrado con la salud, con ciertos proyectos de construcción de cuidado y no con otros; involucrado con ciertos modos de concebir la acción en el campo de la salud, propiamente como un trabajador de la salud.

Entonces, planteamos como ejercicio: “¿Qué hacer ahora con todo esto?”

Vamos imaginando y produciendo un debate colectivo en el cual planteamos que, al colectivizarse, esas situaciones podrían modificar el mundo del trabajo, si en conjunto buscaran problematizarlas con la finalidad de resignificarlas. Salir de los ruidos, incomodidades o quejas, para llevarlas hacia el lugar de las cuestiones a ser enfrentadas con sus acciones colectivas y pactadas, con sus teorías, bajo problematización, y que pueden desproducirlas en la construcción del cotidiano, en el que ya no se ven como víctimas sino como sus productores.

Y al estar involucrados con la producción de un cotidiano que no les agrada, pueden también *desproducirlo*, encarando cada una de esas situaciones–posibilidades dentro del juego de fuerzas en el que se encuentran y en la trama de la red de actores en la que emergen, pudiendo incluso operar las diferentes potencias que cada uno tiene para eso.

Como aprendimos con Carlos Matus (1993), y socializamos: de hecho, no hay un actor social impotente; todos *actúan/juegan* en el mundo de la vida.

²Los “mapas analíticos” fueron propuestos originalmente por los autores de este texto y experimentados en el contexto de un curso de especialización en gestión en salud que tuvo lugar en la ciudad de Vitória (estado de Espírito Santo, Brasil) en diciembre de 2006.

Inicio de una teorización

Muchas veces se intenta analizar un establecimiento de salud, sea un hospital, una clínica, un centro de salud, o incluso un equipo, a través de su estructura organizacional. La mirada del planificador recorre su interior buscando el organigrama, los flujos estructurados, el patrón funcional, las normas elaboradas para reglamentar la vida; finalmente, ella se va revelando desde la óptica del mundo racionalmente concebido, que refleja la realidad desde cierto ángulo. El cambio del foco de la mirada puede viabilizar diversas percepciones de esos establecimientos, concebirlos como más o menos organizados, analizar sus funcionamientos y apropiarse de la calidad de los servicios que prestan, emitiendo diferentes juicios de valor sobre ellos.

En estas unidades de salud, al estar aferradas a diversas lógicas organizacionales al mismo tiempo, dependiendo del lugar desde donde se las observe, se puede percibir la existencia de varias unidades en una. Sin embargo, todas van a revelar un mismo tipo de *ojo-fundamento*, aquel que ya está preprogramado para percibir las cosas de siempre (aunque sean fundamentales): espacios de poder, líneas de mando, ciertas prácticas y reglas de funcionamiento. En síntesis, estructuras determinadas y constituidas en operación, que representan cierta vida productiva al interior de aquel organismo, bajo la mirada del *observador-analista*.

Sin embargo, podemos y debemos abrirnos a nuevas posibilidades de percepción. No solo desde otro lugar, sino desde otros campos de visibilidades, podemos percibir que al interior de las organizaciones operan otros planos (mesetas)³, flujos continuos de intensidades entre los *actores-sujetos* (sociales) que se encuentran en los espacios de producción, en sus diferentes procesos de trabajo. Es como si en aquellas organizaciones una nueva realidad emergiera sobre la preexistente (estructurada, dada, constituida), dándole otra vida, superponiéndose y dominando la dinámica de los escenarios que se componen y descomponen cotidianamente en los diversos procesos de producción de cuidado.

Esta nueva realidad no es organizada, porque no reconoce los órganos de la estructura previamente concebida; no es estructurada porque no hay límites capaces de delimitar su campo de acción; no es jerárquica porque opera por flujos-conectivos (Franco, 2006).

Todo espacio en el que se producen prácticas de salud opera en el campo de los procesos de subjetivación que se expresan en la construcción de espacios de subjetividades comprometidos con la producción de ciertos sentidos para aquellas prácticas. Esos procesos pueden ser ejemplificados a través de la producción subjetiva de la reforma sanitaria brasileña, del modelo médico hegemónico, de los diversos modelos profesionales del campo de la salud, en síntesis, de los innumerables planos

³Una meseta es el plano en el que ocurre producción-deseante de gran intensidad y, al mismo tiempo, produce el flujo formando un rizoma, o mapas abiertos que se conectan en diversas direcciones. Según Deleuze y Guattari (1966, p. 13), “una meseta no está al principio ni al final, siempre está en el medio. Un rizoma está hecho de mesetas [...]. Llamamos ‘meseta’ a toda multiplicidad conectable con otras por tallos subterráneos superficiales a fin de formar y extender un rizoma”

de construcción semiótica/subjetiva de la realidad que forman modos singulares de comprensión y producción de lo real-social en el que los sujetos están insertos.

Un modo de producción de cuidado que opera por flujos de intensidad, mediados por las tecnologías de trabajo, produce y es producido al menos por dos grandes vectores de construcción de la realidad: el primero se refiere a la producción de subjetividades presente en ese contexto, la semiotización de los flujos que los carga de significados. El segundo se vincula con los afectos entre los sujetos, o sea, al producir el mundo del cuidado en salud se producen a sí mismos y se afectan mutuamente, lo que les va imprimiendo una cierta identidad subjetiva en la alteridad.

Es como un efecto “pororoca”⁴, un oleaje de producción que a su vez produce al propio mundo pero ahora de un modo diferente, porque ya está bajo la influencia de la acción de una nueva subjetividad que fue construida por el mismo sujeto de la acción en su alteridad.

Ahora bien, si la vida se produce en forma tan dinámica al interior de las unidades de salud, como si estas fueran habitadas por una autopoiesis propia de los organismos vivos, es necesario comprender la importancia –en el caso de la producción de la salud– del significado revelador de aquella dinámica, de los procesos de trabajo bajo la mirada de las tecnologías de trabajo en la acción micropolítica del trabajo vivo en acto, sumados a los procesos de formación de subjetividades, a los afectos mutuos y a los flujos de intensidades que operan en la formación de la realidad.

Percibimos que lo que llamamos *unidad de salud*, cualquiera de ellas, se organiza y funciona en plataformas sobre las cuales va ocurriendo su vida, con una primera forma, estructurada, que refleja lo instituido, y una segunda, no estructurada, que funciona transversalmente dentro de la organización de un modo instituyente. Esta última posibilitaría la acción de los sujetos-deseantes que traen en sí la fuerza de producción de la realidad.

El desafío de este texto es el de presentar una manera de analizar el funcionamiento de las unidades de salud a partir de los actores/sujetos en acción, como artífices del cotidiano de esas unidades, focalizando los procesos de trabajo constructores de las prácticas de salud observados en sus dinámicas productoras del cuidado (que es, al mismo tiempo, la de los propios sujetos en *pororoca* y en alteridad) y focalizando además la producción de esa cotidianidad, múltiple y relacional, pero situada.

Buscamos aquí discutir una manera cartográfica de realizar esa tarea, reconociendo la necesidad de identificar en los sujetos del trabajo en salud los procesos productivos, los flujos de intensidades y los afectos de los cuales estamos hablando.

Para ello es necesario ir conformando meticulosamente las cartografías diseñadas por el trabajo vivo en acto, en la plenitud de su actividad productiva. El método cartográfico debe ser capaz de ir captando la sutil transversalidad que opera como mediadora de intersubjetividades en la producción de los actores/sujetos en escena

⁴“Pororoca” es un fenómeno natural que ocurre con frecuencia en Brasil, en el encuentro de las aguas del Río Amazonas con el Océano Atlántico, en períodos en que la elevación de la marea hace que las aguas invadan la desembocadura del río, retornando a él, con la misma fuerza con que antes vertían del río al mar. La metáfora ilustra el efecto de los procesos autoanalíticos en colectivos de trabajadores.

y en la producción de sí mismos en el proceso. Como herramientas/instrumentos sugerimos los *mapas analíticos*.

De hecho, utilizar la cartografía como método de análisis, nos obliga a tomar la realidad en su dinámica cotidiana. Como nos dice Rolnik (2006), cartografiar es acompañar la construcción y deconstrucción de mundos “que se crean para expresar afectos contemporáneos, con relación a los cuales, los universos vigentes (datos, instituidos) se tornaron obsoletos”. Lo que el cartógrafo quiere es “sumergirse en la geografía de los afectos y, al mismo tiempo, inventar puentes para hacer su travesía: puentes de lenguaje”.

El lenguaje no solo como acto de habla, sino como todas las formas de expresión y manifestación de la producción micropolítica deseante. Es por esa vía que se pretende realizar el análisis del modo de producción de las organizaciones, sobre todo de los procesos productivos (de trabajo), que son la dimensión más viva de esa producción.

El desafío del método es el centro de la discusión que este texto intenta enfrentar. Estamos en la búsqueda de una mirada analítica sobre las organizaciones de salud que tienen un modo de producción dependiente del trabajo vivo en acto (Merhy, 1997b; 1997c; 2002); lo que por sí solo aporta una alta complejidad a la escena en foco, pues ese trabajo vivo, al ser operado en acto, en los procesos de trabajo, trae en sí una gran potencia instituyente para formar redes con alta capacidad de subjetivación. Por otro lado, puede operar también para capturar subjetividades deseantes, instituyentes. Sus atributos versátiles, la naturaleza dinámica y la fluidez, lo transforman en un analizador nuclear de los procesos productivos en salud.

Proponemos aquí discutir los mapas analíticos como herramientas cartográficas que, al ser puestas sobre los procesos de trabajo, puedan captar los movimientos continuos y discontinuos del trabajo vivo, en su dinámica, revelando también los afectos y las manifestaciones deseantes en la producción de la realidad. Estos mapas pretenden cumplir la función de las *lentes* del cartógrafo para visualizar el proceso de trabajo y la producción de la realidad en su micropolítica.

Les advertimos que además de buenas lentes, se necesitan buenos ojos para captar analíticamente la realidad. El ojo del cartógrafo no debe ser solo el ojo fisiológicamente concebido, la retina, sino también el ojo vibrante de un cuerpo que vibra con las intensidades, que se abre a sus afecciones y afectaciones, y que por eso puede percibir las como expresiones del mundo de la producción en el campo de la salud.

Rolnik (2006) nos conduce a un set de filmación, y en la escena intenta mostrar los diferentes tipos de miradas sobre la realidad y las formas en que la capturan o la perciben. La autora pone en evidencia dos formas de percepción del mundo, que se producen alrededor de aquel que observa. Una primera mirada es procesada a través del *ojo retina*, que consigue percibir delante de sí las representaciones de la realidad, las simulaciones fabricadas por los personajes de la escena social real, o sea: este ojo ve máscaras que se superponen a una cierta realidad, pero la presentan como verdad y es percibida como tal.

Una segunda mirada se procesa a través del *ojo vibrante*, que pertenece al *cuerpo vibrante* y capta la realidad a través de la percepción de las alteraciones que esa realidad es capaz de producir en el cuerpo de aquel que mira. Esta mirada es capaz de

captar la acción de los sujetos en sus flujos de intensidades, la dimensión subjetiva y deseante, los afectos produciendo la realidad y a los sujetos al mismo tiempo. El cartógrafo es afectado por la realidad que está observando, y eso agudiza su sensibilidad para percibir la dinámica de los procesos relacionales y subjetivos presentes en el proceso de producción.

La búsqueda que emprendemos al proponer el análisis del proceso de trabajo a través de los mapas analíticos toma como desafío la construcción de un método que ayude a los colectivos en gestión, a los sujetos del trabajo en salud, a mirar la realidad con sus vibraciones, a percibir la acción del trabajo vivo en acto con toda su intensidad y su potencia instituyente, en la producción de las *líneas de vida* dentro de la organización.

Proceso de trabajo y producción en la organización

El análisis de los procesos productivos en el interior de una organización es el gran desafío actual para comprender el modo de producción del cuidado, que de por sí trae inscrita la acción de los trabajadores en relación con ellos mismos, con los usuarios de los servicios de salud y con los procesos organizacionales. Estos estudios se complejizan en la medida en que percibimos que cualquier organización no se moviliza solo por las leyes que intentan regir su funcionamiento. Ella se desvía y entra en actividad basándose en el rico y poderoso proceso de actividad de los propios sujetos que se encuentran en la base productiva del cuidado. Podemos pensar que un hospital, una clínica o un equipo de salud familiar tienen una dinámica que opera en un ritmo intenso de actividad, sustentada por el trabajo cotidiano.

El trabajo no es una categoría aislada del contexto productivo y relacional. Cobra dimensión activa en la realidad a partir de la acción de los sujetos y se estructura no como un acto congelado en el espacio-tiempo de una unidad o equipo de salud, sino como un proceso que es dinámico, que se modifica y es atravesado por muchos intereses, tantos cuantos sean los sujetos que interactúen en la actividad que le da vida, la labor diaria en torno a la producción del cuidado. Siendo así, los sujetos y sus acciones cotidianas deben ser analizados para revelar cómo se produce el cuidado.

A su vez, los sujetos que se apropian de él y organizan sus procesos de trabajo, con el sentido de producir el cuidado, son también histórica y socialmente producidos, o sea, a medida que trabajan producen el mundo en el cual están insertos y a sí mismos, en procesos de subjetivación que los afectan, transformándolos también en resultados de las vivencias del cotidiano, sumado a las experiencias previas vivenciadas en su microcosmos de trabajo en salud.

Los sujetos que trabajan en salud lo hacen a través de una intervención que se basa en los registros de su singularidad, que se refiere al modo específico de estar en el mundo: eso lo moviliza para producir el cuidado de cierta forma y no de otra. Por ejemplo, lo que hace que un profesional de la salud tenga actitudes hospitalarias tiene que ver con la forma en que su subjetividad provee de contenido (resignifica el mundo y las personas con las cuales se relaciona) a su modo de actuar en el

cotidiano. Allí, él está plenamente de acuerdo con su lugar ético-político, que incluso resignifica lo que es la vida del otro para sí.

Lo que Deleuze y Guattari (1966) nos dicen sobre la acción de los sujetos en la construcción del *socius*, es que su acción es conducida por el *deseo* en tanto *energía* propulsora de la acción cotidiana de los sujetos, en sus dimensiones colectivas e individuales. Su actividad productiva los hace actuar como *máquinas deseantes*, en el sentido de que producen el espacio social en el cual están insertos, sea el equipo de salud, la unidad de servicio, el domicilio, o donde están actuando. Su mundo está involucrado con su acción. El deseo es producción, todo el tiempo. Y como dicen estos autores: debemos colocar el deseo en la producción y la producción en el deseo.

La realidad dentro de una unidad o equipo de salud, en los procesos de trabajo, se produce por flujos intensos de comunicación entre los diversos agentes del trabajo, de la gestión o de los usuarios, que interactúan entre sí, no solo en el contacto físico y comunicacional, sino en gran medida a través de los flujos-conectivos que se dan también a nivel simbólico, y van operando los procesos productivos que se estructuran en un determinado tipo de organización de redes que tiene como centro nervioso el trabajo vivo en acto, siendo este el sustrato sobre el cual la producción de los actos de salud va ocurriendo.

Por otro lado, los procesos de trabajo operan en relaciones mediadoras entre trabajadores y de estos con los usuarios, en la medida en que ambos forman un encuentro en el cual se colocan como actores/sujetos para la producción del cuidado. Así, las relaciones cobran una gran intensidad en los procesos productivos, al ser atravesadas por vectores de relaciones singulares e intensamente intersubjetivas (Ayres, 2005).

Si pensamos las organizaciones y los ambientes de producción del cuidado desde ese ángulo, percibimos que los procesos de trabajo no operan solo en una plataforma estructuralmente organizada, sino que los sujetos y sus flujos de conexión funcionan en plataformas que se superponen a las estructuras, expandiendo aquello que es organizado previamente para su actuación, lo instituido.

Esos flujos conectivos que dan una característica rizomática a las redes que se forman en el ámbito de la producción del cuidado tienen una gran potencia productiva y transitan en el proceso de trabajo con gran libertad de acción, pues crean *líneas de fuga* cuando los sistemas productivos ya no corresponden a ciertas expectativas de los trabajadores, o incluso de los usuarios allí en acto, operando su intervención sobre estos y provocando desvíos en los itinerarios terapéuticos concebidos a priori, como por ejemplo un protocolo.

Estas tensiones se definen en acto, utilizando la potencia *libre, inventiva y micropolítica* del trabajo vivo, abriendo nuevos caminos. Es como si existieran mundos paralelos, u otros planos de actividad instituyente, con recorridos posibles hacia otros modos de producir vida; y así es.

Esta acción cotidiana de los sujetos que buscan en el acto del trabajo la realización de la potencia productiva del deseo, lo hacen a través de intensas redes de conexión entre sí y con el mundo de la salud, y de este modo expanden la escena

de producción mucho más allá del espacio sistémico que rodea una unidad o una red previamente concebida, subvirtiendo lo que está instituido en la organización y en su estructura sistémica, pues las conexiones se abren hacia un espacio sin fin, dado que son impulsadas por el inconsciente, que encuentra en el deseo, en tanto fenómeno de expresión colectiva, su energía productiva.

Para traducir adecuadamente la acción de los sujetos y su actividad en los espacios sociales en los cuales aquellos están insertos, trabajamos con la imagen de que esa actividad del trabajo opera en una segunda plataforma, no revelada por las estructuras organizacionales y los flujos pensados por los gestores formales con miradas-retina, un lugar en el cual no existen organismos que guían la acción de cada sujeto. Esto también es real.

Lo que se busca a continuación es la exposición de ciertas metodologías de análisis de procesos de trabajo, a partir de la labor del cartógrafo que busca los mapas que permitan la ampliación de los campos visuales sobre los espacios existentes, buscando al mismo tiempo escapar de ellos (Rolnik, 2006). Abrir la visibilidad hacia los espacios *no estructurados* que de un modo semiótico permiten significar nuevos mundos del trabajo a sus constructores, los trabajadores. Los mapas que el cartógrafo busca en ese caso son aquellos que revelan las expresiones de acciones y manifestaciones de la subjetividad interrogada, en el contexto de la producción del cuidado.

Para un método cartográfico de evaluación del proceso de trabajo

Las cartografías del proceso de trabajo deben buscar en las relaciones que se constituyen en ese espacio, revelar las subjetividades que se atraviesan, la manifestación de lo diferente, la producción deseante de ciertos flujos de cuidado, y también de *no cuidado*, lo contradictorio, lo inesperado, los desvíos, lo extraño, en síntesis, el rico universo que compone la sinfonía que traduce el saber hacer ante el mundo que produce el cuidado en sus distintos escenarios.

El método pensado para conducir una evaluación, en un mundo tan rico como el del proceso de trabajo, complejo y dependiente de los sujetos reales que al mismo tiempo que producen, son producidos, debe buscar una investigación que traiga a la escena investigativa a los propios sujetos del trabajo. Porque solo ellos podrán revelar el mundo en el que está inmersa su praxis productiva; los atravesamientos y las transversalidades que van dando el compás tenso de lo estructurado y de la sinfonía caótica de los procesos de trabajo en salud; la potencia de las relaciones entre los sujetos; sus procesos de subjetivación como productores de nuevas potencias del vivir en la producción de los modos (finitos, ilimitados) de andar la vida.

En aquel primer experimento que relatamos al comienzo de este texto, teníamos como escenario un curso de especialización en gestión donde se reunieron gestores y profesores. Aquella dinámica fue realizada en dos días consecutivos de trabajo.

El supuesto que se propuso para el ejercicio fue que el trabajo vivo en acto, en la actividad a través de las relaciones entre los trabajadores y de estos con los usuarios, produce afectos y subjetividades en la dinámica del proceso de trabajo. Un proceso evaluativo, en esa situación, para ser eficaz debe expresar la dinámica y las intensidades que vibran en el momento de la acción productiva de cada trabajador de la salud y de ellos en su colectivo de acción. Esa expresión se da bajo las diversas formas de lenguaje de los actores/sujetos que están en situación de producción, expresando sus vivencias sobre el mundo del trabajo.

La forma sugerida, como ya dijimos, fue la de cartografiar el proceso de trabajo, buscando estimular las narrativas y usarlas como estímulo disparador de las manifestaciones, a través de las intervenciones y conversaciones del grupo. La construcción de la dinámica se dio de la siguiente manera:

- a) Se propuso una guía en la que se le pedía al grupo la descripción del trabajo que cada uno hacía, su lugar y las principales cuestiones que formaban parte de su cotidiano. *El actor/sujeto del trabajo en salud entra en escena.*
- b) Con estos datos, se formaron pequeños grupos entre los participantes del evento, para hablar con sus pares. Las narrativas iban componiendo los escenarios cotidianos del trabajo, expresando cómo operan las relaciones; el contenido subjetivo fluía y era registrado por el grupo bajo la forma de representaciones de la realidad. *El actor/sujeto del trabajo en salud compone relaciones y las representa.*
- c) Luego de registrar las narrativas de cada grupo, los contenidos fueron expuestos para su análisis a la totalidad del conjunto, con apoyo del instructor que coordinaba la actividad. Lo que se busca en este momento, con la expresión de las narrativas y vivencias de los grupos son –más allá de su contenido, el timbre, la textura– las olas de afectos que van a expresarse en la exégesis del texto escrito, en el texto oculto, que traspasan los diálogos y las actitudes asumidas por las personas en los grupos y en su relación con la actividad sugerida. *El sujeto del trabajo en salud y su proceso productivo están bajo la mirada del cartógrafo, en sí mismo y en el otro.*

La cuestión central a problematizar con el grupo de trabajadores, sea desde lo asistencial, desde la gestión o desde cualquier lugar de producción en el campo de la salud, es que el mundo del trabajo se constituye como una micropolítica, o sea, se produce siempre a partir del accionar cotidiano de cada uno y del colectivo, que en sus lugares específicos buscan operar el proceso de trabajo de acuerdo con sus proyectos singulares, que reflejan de alguna manera cómo resignifican la producción del cuidado.

En la constitución del modo de producción del cuidado hay un proceso de disputa de proyectos que van planteándose a medida que las conexiones relacionales entre los sujetos se van formando y revelando proyectos singulares que pueden reflejar *subjetividades solidarias*; o proyectos liberales que expresan *subjetividades capitalísticas* (Guattari, 1992). En este sentido es siempre un lugar constituido por las tensiones propias de las relaciones entre sujetos interesados, que se encuentran en ese lugar y producen ese mundo complejo. Al mismo tiempo se trata de un ambiente de conflictos, producidos en las relaciones sociales y subjetivas que allí se materializan. Esas tensiones se manifiestan en el modo de actuar en su micropolítica para

la producción del medio social en el cual están insertos, que va componiendo cierta forma de producción del cuidado, resultado de la disputa y de los pactos producidos en el espacio-tiempo en el que se da el proceso de trabajo.

Es importante buscar problematizar con el grupo la cuestión de que el mundo complejo del trabajo no es el lugar de lo igual, sino de la multiplicidad, de lo diverso y de la diferencia, de la tensión y de la disputa.

Es importante, también, desmitificar la idea de que el ambiente de trabajo es armónico en sí mismo; reconocer la diversidad, los procesos de formación de las subjetividades, la forma singular de producción del cuidado –trabajo vivo dependiente–, que revela los afectos, la potencia productiva y la riqueza de la praxis. Es en ese contexto que se busca analizar la forma en que se da la actuación de cada uno y del conjunto, los sentidos que le dan al trabajo, los significados que le imprimen al mundo de la salud, los modos ético-políticos de plantear su trabajo vivo en acto, o sea: qué hacer con él.

Para operacionalizar el momento analítico del taller, se les propuso a los grupos la elaboración de tres mapas reproduciendo cartografías operantes en la escena de producción del cuidado:

- a) Los *mapas de conflictos*, que deberían expresar las narrativas de los trabajadores, en cuanto a los conflictos vivenciados por estos en su trabajo en salud. El conflicto es un analizador potente de las relaciones porque expresa subjetividades que operan en la realidad, afecta a los miembros del equipo, y en función de esto, se generan *líneas de fuga*, desvíos.
- b) Los *mapas de actos inusitados*, que traen lo inesperado al equipo, sonidos de una sinfonía no ensayada. Su potencia analizadora se encuentra justamente en el hecho de que lo inusual afecta al equipo. La reacción, que puede ser de desconcierto o de asimilación, puede producir desvíos o no en su actividad laboral cotidiana. Revelarán el modo singular de actuar del equipo en el mundo del trabajo.
- c) Los *mapas de actos inútiles*, que parten del supuesto de que la actividad diaria de un equipo de salud produce actos inútiles, a veces para responder a la extensa normativa instituida que mantiene en funcionamiento la plataforma organizacional.

Los *mapas analíticos* son sensibles a las *molaridades* que atraviesan el proceso de trabajo de los equipos y, al mismo tiempo, son potentes para revelar el modo en que esas molaridades van produciendo subjetividad en los trabajadores (Guattari, 1992). Por otro lado, van componiendo y descomponiendo la simulación que los trabajadores producen, según sirvan al análisis de los procesos de trabajo. La mirada, inicialmente cerrada a las representaciones de la realidad, se va abriendo hacia las ondas vibratorias de los afectos e intersubjetividades que se manifiestan. El *ojo retina* va de a poco apropiándose de las cartografías de los afectos y transformándose en *ojo vibrante*. Los trabajadores pueden tomar para sí toda esa realidad que se manifiesta en diferentes formas de composición y expresión de lo real, y de posesión de una visibilidad ampliada, de modo individual y colectivo, para operar la cotidianeidad de un modo intencional hacia direcciones anteriormente no percibidas.

La producción del conflicto, de los actos inusitados y de los actos inútiles producidos por los sujetos del trabajo en salud, revela que estos son compartidos por diferentes actores sociales y agentes institucionales, quienes además son sus

protagonistas. Es importante verificar los atravesamientos que se producen en las relaciones de trabajo, en la medida en que es posible observar, desde el lugar de cada uno, cómo los actos inútiles pueden producir actos conflictivos y cómo los actos inusitados focalizan lo que hacen los propios trabajadores con la libertad que tienen para actuar en el mundo del trabajo.

El análisis de los mapas analíticos se realiza en acto, con el propio equipo de salud, y esto tiene el efecto de producir en el equipo un proceso autoanalítico en el que consigue percibirse a sí mismo en el proceso de trabajo, produciéndose a sí mismo en ese movimiento. Esto se da por la apertura a los flujos de intensidades, como expresión autopoiética de producción; o sea, el equipo crea potencia en sí mismo. Potencia de vida que le da la capacidad de autoanálisis, otorgándole mayor posibilidad de moverse en el mundo. Los mapas analíticos revelarán el conocer, pero sobre todo, el ser, que no siempre conoce, pero actúa en el sentido de la producción de la realidad y produce por semiotización de los flujos de intensidades, o sea, dándole sentido a aquello que es la misión de un determinado equipo de salud: el cuidado del otro y de sí.

¿Qué es el *cuidado de sí*? ¿Por qué es fundamental que un trabajador de la salud cuide de sí? Foucault (2004), en su clase en el Collège de France del 6 de enero de 1982, discute el tema a partir de los diversos significados de esta cuestión. Pero lo que importa para nuestro debate es la noción que aporta sobre la expresión griega épiméleia *heautou*, que significa el *cuidado de sí mismo*. Según el autor:

La épiméleia *heautoû* [...] es una actitud, una actitud en relación con uno mismo, con los otros, y con el mundo. [...] Preocuparse por uno mismo implica que uno reconvierta su mirada y la desplace desde el exterior, desde el mundo, y desde los otros, hacia sí mismo [...] designa también un determinado modo de actuar, una forma de comportarse que se ejerce sobre uno mismo, a través de la cual uno se hace cargo de sí mismo, se modifica, se purifica, se transforma o se transfigura. (Foucault, 2004, p. 35)

Cuidar de sí es el supuesto para cuidar de los otros, da potencia al trabajador de la salud para su producción cotidiana. Y el proceso autoanalítico puede crear ese efecto en el equipo. Es en este sentido que estamos sugiriendo un método cartográfico. Consideramos que puede revelar el proceso de trabajo de un equipo, en su micropolítica, pero también en las actitudes traspasadas por los flujos de intensidades, y el conjunto de los afectos que, en los encuentros inmanentes al proceso de trabajo, van produciendo subjetividades en los trabajadores del equipo de salud. Los mapas analíticos son instrumentos que pueden propiciar el autoanálisis, condición para que los trabajadores produzcan el cuidado de sí mismos, al cuidar de los otros y analizar sus compromisos con la producción de la vida en esa situación.

Y eso se refiere a una *mirada para sí*, pero más aún, significa montar y desmontar mundos, lograr operar movimientos de desterritorialización y reterritorialización con relación a la praxis de la producción del cuidado. El trabajador de la salud que no realiza esos movimientos no consigue *cuidar de sí*, tiende a permanecer aprisionado en la plataforma organizacional que conduce la producción del cuidado en una unidad

de salud a través de las líneas de lo instituido. Cuidar de sí, en el sentido de adquirir potencia de autoanálisis, le da al sujeto del trabajo en salud la condición de operar sus procesos de trabajo por dentro de las organizaciones, en la plataforma de lo instituyente, subvirtiendo las líneas delimitadoras y abriendo nuevas líneas de vida.

Otros instrumentos, complementarios a la caja de herramientas del cartógrafo que contribuyen al análisis de los procesos de trabajo y crean momentos autoanalíticos en el equipo, son las herramientas analizadoras, como el *flujograma analizador* y la *red de peticiones y compromisos* (Merhy, 1997b; 1997c; Franco y Merhy, 2003a), que le permiten a la mirada anterior armada sobre el complejo mundo del trabajo, percibir la micropolítica del trabajo vivo y muerto en acto, operando las tecnologías y la construcción de los productos y los resultados de los actos productivos y la composición tensa de los campos donde se desarrollan: *la política, la organización y la producción de la salud*.

Ese proceso de evaluación, que asocia un fuerte contenido cartográfico de las relaciones de trabajo con las *herramientas analizadoras*, procura incorporar en la evaluación de los servicios de salud, no solo el contexto de los sistemas productivos, sino el modo en que estos traducen la realidad. Al identificar que hay una plataforma operando fuertemente en la producción de la realidad, formada por flujos conectivos de intensidades entre los sujetos que trabajan en la salud, pensamos que los modelos evaluativos deben contemplar este plano de los actos de trabajo. De este modo, imaginamos que los procesos evaluativos deben ser el nexo también con el mundo de lo simbólico, de las afecciones, y plantear en la escena de la evaluación, la producción de subjetividades presentes en ese lugar, sabiendo operar con él.

Los instrumentos de análisis no deben prescindir del conocimiento producido en esa área, al ser complementario con otras metodologías. Como se puede notar, el instrumental del cartógrafo es simple, por ser una mirada que vibra, y como tal, sus instrumentos son herramientas que posibilitan observar de modo vibrante. Es importante que las herramientas contribuyan al análisis de sí mismas, procesadas por el propio equipo, dando cuenta así de los vectores de subjetivación que operan en la dinámica de un proceso de trabajo. El mundo del trabajo se revela como un lugar permanentemente tenso entre lo previsto y lo imprevisto, entre lo dado y el dar, entre lo vivo y lo muerto, entre el control y la autonomía, entre el aprisionamiento y la libertad, entre la ética y la moral, entre el capital y el trabajo, entre lo político y lo técnico, entre lo pedagógico y lo organizacional, lo subjetivo y la subjetivación, y así sucesivamente, y es en ese contexto que las metodologías de evaluación deben ser pensadas. Develar ese mundo complejo es un gran desafío y una necesidad para aquellos que demandan un nuevo sentido para el vivir individual y colectivo, opuesto al que el *capitalístico*⁵ ha constituido.

⁵El término *capitalístico* fue creado por Félix Guattari (1986) en los años setenta para designar un modo de subjetivación que no se vincula solo a las sociedades capitalistas, sino que se trata de la expresión de un modo de ser frente al mundo de la vida, y esto no se define por el tipo de sociedad, sino a través de la producción subjetiva del mundo en el cual se está inserto. Lo capitalístico puede tener su expresión en cualquier tipo de sociedad, grupo social, relaciones de afecto, etcétera.

Cuidar de sí, solo en la alteridad

Una observación detallada y cuidadosa sobre la posibilidad de crear situaciones de análisis para los trabajadores en su mundo del trabajo –a través de crear situaciones analizadoras que permitan a esos trabajadores individual y colectivamente entrar en procesos reflexivos sobre sus propios quehaceres y sus compromisos, bajo la óptica de la producción de las prácticas de cuidado–, muestra que el proceso cartográfico apuesta a la producción de situaciones de análisis de gran multiplicidad y diversidad que abran los diversos territorios situacionales del mundo del trabajo a una alteridad con esos trabajadores, sus protagonistas.

La cartografía busca de ese modo evitar la posibilidad inmediata de caer en una trampa subjetiva y conservadora por parte del trabajador, que al analizar intenta una fuga desde un nivel de comprensión simplificada y del sentido común sobre la problemática focalizada, explorando en su arsenal explicativo de un modo poco reflexivo y escaso de resignificaciones.

Solo la apertura a la aparición de analizadores que se originen en los diversos territorios, bajo el análisis de los diferentes actores/sujetos, o sea, los trabajadores (Merhy, 2002), abriendo el cuidar de sí a las diversas alteridades que operan en el mundo del trabajo, puede poner en jaque aquella simplificación explicativa, conservadora y reificada.

Al detonar esto, los mapas analíticos exponen a los trabajadores, al mismo tiempo, a diversos procesos relacionales, como su relación con el campo de la organización, con el de la política, con el de la producción del cuidado, con los movimientos intraequipo, con una gran cantidad de usuarios, con los diferentes profesionales, entre otros; en cada uno de estos universos se disparan muchos procesos en cada trabajador de manera individual, e incluso en su conformación colectiva.

La ampliación de las herramientas analizadoras, como armas del cartógrafo, aumenta su capacidad de producirse en alteridad al ser interrogado por este proceso, donde un lugar interroga al otro, sacando a cada uno del territorio existencial preferencial para reconocerse. Esto es marcadamente instituyente en la producción de nuevos saberes y posibilidades para actuar sobre la cotidianidad.

A título de síntesis: la micropolítica del cotidiano en el mundo del trabajo en la salud (situaciones analizadoras)

En los muchos trabajos que hay sobre el tema de la gestión y la producción de las prácticas de salud –entre ellos los de Testa (1992); Matus (1993); Rivera (1992); Cecílio (1994); Campos, Merhy y Nunes (1994); Merhy (1995)– existe la posibilidad de encontrar una rica reflexión que nos lleve a pensar sobre esa relación. Pero aquí nos interesa en particular aquella que se abre hacia el entendimiento de la cartografía que el trabajo vivo en acto opera en la cotidianidad.

Por esa razón, en este momento buscamos hacer una síntesis tomando como característica nuclear los aportes de *Salud: cartografía del trabajo vivo* (Merhy, 2006) sobre la gestión como campo de prácticas, que toma como su objeto a las tensiones constitutivas del campo sobre el cual hace referencia. Al considerar ese campo como el de la salud, hay que reconocer su implicación fundadora: la construcción de prácticas y saberes impregnados de sentidos con la producción del cuidado, concretizados por la existencia de acciones de los actores/sujetos en el territorio micropolítico del trabajo vivo en acto. A partir de esto, se pueden aprehender los sentidos de otros procesos territorializantes que confluyen allí: el del campo de la política y el de las tensiones constitutivas de la producción del cuidado en salud.

Acceder a esos procesos y hacerlos visibles hizo posible la utilización de herramientas analizadoras que permitieran sacar a la luz las diversas situaciones analizadoras, que fueron utilizadas por el conjunto de los trabajadores y demás actores sociales involucrados en sus producciones. Fuimos trabajando, como ya señalamos, con aquellas que se muestran potentes para esto: el flujograma analizador, la red de petición y compromiso de los centros de habla en un juego organizacional, y los mapas analíticos.

En varias situaciones institucionales, estas herramientas nos han permitido acercarnos a las diferentes manifestaciones expresadas en la micropolítica del cotidiano en los servicios de salud, como situaciones analizadoras, a través de las acciones de sus actores/sujetos situados como operadores de trabajo vivo en acto comprometidos con la producción del cuidado, como es la caracterización de la institución salud en nuestro mundo actual.

Con ellas abrimos los acontecimientos del día a día para trabajarlos a partir de la superficie de la producción fundadora de la producción del cuidado, la de los actores/sujetos en procesos de producción de cuidado, sus conexiones longitudinales con los campos de la política y de la organización, como también sus conexiones latitudinales con las tensiones constitutivas como expresiones de las situaciones analizadoras (Cuadro 1).

Cuadro 1. Tensión constitutiva y lógicas operativas de los campos

Campos	Tensión constructiva	Lógicas operativas
Campo de la política y la disputa ético-política. Campo de la organización y la disputa por el autogobierno	Actores-sujetos sociales que producen y se producen en el cotidiano y en alteridad. Micropolítica del trabajo vivo en acto	Trabajo muerto vs. trabajo vivo. Acción tecnológica vs. acción interesadora. Control vs. autonomía. Saber específico vs. saber del campo. Implicación del actor vs. implicación de la organización. Fetiche victimizante del protagonista vs. efecto "pororoca" de la acción. Implicación de la profesión vs. implicación del actor/sujeto/agente.

Claramente, lo que señalamos en el Cuadro 1 son situaciones ejemplo, pues los colectivos, en el análisis micropolítico, viven situaciones analizadoras tan propias que pueden no identificarse con lo que estamos describiendo y percibir nuevas posibilidades que describan lo que estamos mostrando. Por ejemplo, señalamos la tensión entre *memoria oral y textual* como situación analizadora, porque en las actividades que realizamos y que inspiraron este material, su mención sacó a la luz vivencias afectivas, de parte de los participantes del grupo, sobre aquello que estaban conversando y significando.

Tal vez la mejor manera de reflejar lo que hemos vivido en esas situaciones—experiencias haya sido sacar a la luz el compromiso de cada uno y del colectivo con su hacer y sus apuestas ético políticas en el campo de la salud, desvictimizando sus construcciones significadoras. Y a partir de allí hemos visto un acrecentamiento de las voluntades y potencias en donde antes solo había quejas, lamentos y autoaislamiento.

Bibliografía

- Abrahão, A.L. (2004). *Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência*. (Tesis de doctorado). Curso de posgrado en Salud Colectiva. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
- Akerman, M.; Mendes, R. (orgs.) (2006). *Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira, memória, reflexões e experiências*. São Paulo: Midia Alternativa.
- Almeida, C. (1997). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, pp. 905-925.
- Ayres, J.R.C.M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, pp. 549-560.
- Barembliitt, G. et al. (1997). *Saúdeloucura 5: A clínica como ela é*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Barembliitt, G. (1992). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Barembliitt, G. (1998). *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari.
- Barembliitt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional*. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari.
- Barembliitt, G. (2004). *Psicoanálisis e esquizoanálisis: un ensayo de comparación crítica*. Buenos Aires: Editorial de las Madres de Plaza de Mayo.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2005). *Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz.
- Buss, P.M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, pp. 163-177.
- Camilo, M.V.R.F. (1997). *A universalidade de acesso enquanto expressão do direito à saúde: A trajetória histórica do hospital de clínicas da UNICAMP: 1966-1996*. (Dissertação de mestrado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- Campos, C.R.; Malta, D.C.; Reis, A.T. et al. (1998). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. São Paulo: Xamã.
- Campos, G.W.S. (1992). *Reforma da reforma, repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Campos, G.W.S. (1994). *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Campos, G.W.S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Campos, G.W.S.; Merhy, E.E.; Nunes, E.D. (1994). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Campos, G.W.S.; Chakkour, M.; Santos, R.C. (1997). Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, pp. 141-144.
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, quarta edição.

- Capozzolo, A. (2003). *No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família*. (Tesis de doctorado). Curso de posgrado en Salud Colectiva. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
- Castoriadis, C. (1997). *As encruzilhadas do laberinto I*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. [Existe traducción al castellano: *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*, Barcelona: Gedisa, 2009.]
- Castoriadis, C. (1995). *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, terceira edición. [Existe traducción al castellano: *La institución imaginaria de la sociedad*, Barcelona: Tusquets, 2013.]
- Ceccim, R.B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, pp. 161-168.
- Ceccim, R.B.; Ferla, A.A. (2003). Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde, en: R. Pinheiro y R. Mattos (orgs.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Ceccim, R.B.; Feuerwerker, L. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, pp. 41-65.
- Cecílio, L.C.O.; Merhy, E.E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, en: R. Pinheiro; R. Mattos (orgs.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Cecílio, L.C. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde, en: R. Pinheiro; R. Mattos (orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ.
- Cecílio, L.C. (2005). É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, pp. 508-516.
- Cecílio, L.C. (org.) (1994). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Chakkour, M. et al. (1992). *Satisfação da clientela da rede de serviços do município de Paulínia*. São Paulo: Mimeo.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. São Paulo: Editora 34. [Existe traducción al castellano: *Conversaciones*, Valencia: Pre-Textos, 1995.]
- Deleuze, G. (2002). *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta. [Existe traducción al castellano: *Spinoza: filosofia práctica*, Barcelona: Tusquets, 2001.]
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1966). *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assfrio & Alvim. [Existe traducción al castellano: *El Anti-Édipo: capitalismo y esquizofrenia*, Barcelona: Paidós, 1985.]
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. 1*. Rio de Janeiro: Editora 34. [Existe traducción al castellano: *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*, Valencia: Pre-Textos, 1994.]
- Donnangelo, M.C. (1976). *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Drucker, P. (1995). *Sociedade Pós-Capitalista*. São Paulo: Pioneira. [Existe traducción al castellano: *La sociedad postcapitalista*, Barcelona: Apóstrofe, 2013.]
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canadian, Bulletin Number Four*. Nueva York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Flores, F. (1994). *Inventando la empresa del siglo XXI*. Santiago: Hachette.
- Fortuna, C.M. (2003). *Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca—mutante para produção de vida*. (Tesis de

- doctorado). Curso de posgrado em Enfermeria. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. [Existe tradução al castellano: *Microfísica del poder*, Madrid: La piqueta, 1979.]
- Foucault, M. (2004). *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes. [Existe tradução al castellano: *La hermenêutica del sujeto*, Buenos Aires: FCE, 2009.]
- Franco, T.B. (1999). *Os processos de trabalho e a mudança do modelo teçoassistencial em saúde*. (Tesis de maestría). São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
- Franco, T.B. (2003a). Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG), en *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Franco, T.B. (2003b). *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*. (Tesis de doctorado). Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
- Franco, T.B. (2003c). *Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*. (Tesis de doctorado). Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
- Franco, T.B. (2006). *As redes na micropolítica do processo de trabalho in gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-Abrasco.
- Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. (2000). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, pp. 345-353.
- Franco, T.B. et al. (org.) (2004). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo teçoassistencial com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Franco, T.B. et al. (org.) (2009). *A produção subjetiva do cuidado*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Franco, T.B.; Magalhães Jr., H. (2003). Atenção secundária e a organização das linhas de cuidado, en: E.E. Merhy et al., *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Franco, T.B.; Merhy, E.E. (2003a). *O uso das ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Franco, T.B.; Merhy, E.E. (2003b). PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial, en *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Franco, T.B.; Merhy, E.E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde, en: R. Pinheiro y R. Mattos (orgs.), *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ.
- Freire, R. (2005). *As ações programáticas no Projeto Saúde Todo Dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado*. (Disertación de maestría). São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
- Gonçalves, R.B.M. (1979). *Medicina e história: Raízes sociais do trabalho médico*. (Tesis de maestría). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Gonçalves R.B.M. (1988). *Processo de trabalho em saúde*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Gonçalves, R.B.M. (1992). *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cadernos CEFOR.
- Gonçalves, R.B.M. (1994). *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec Editora.

- Guattari, F. (1981). *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose*. São Paulo: Editora 34. [Existe tradução al castellano: *Caosmosis*, Buenos Aires: Manantial, 1996.]
- Guattari, F.; Rolnik, S. (1999). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes. [Existe tradução al castellano: *Micropolítica: cartografias del deseo*, Barcelona: Traficantes de sueños, 2006.]
- Gurgel, G.A. (2006). *A Saúde no Brasil: cartografias do público e privado*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Habermas, J. (1997). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Harari, A.; Valentini, W. (2001). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Iriart, C.; Merhy, E.; Waitzkin, H. (2001). Managed care in Latin America: The new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*, v. 52, pp. 1243-1253.
- Iriart, A.C. (1999). *Atenção gerenciada: instituíste da reforma neoliberal*. (Tesis de doctorado). São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
- Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 1, pp. 15-22.
- Kuhn, T.S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press. [Existe tradução al castellano: *La estructura de las revoluciones científicas*, México D.F., FCE, 2006.]
- L'Abbate, S. (2003). A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, pp. 265-274.
- Lancetti, A.; Barembliitt, G. et al. (1997). *Saúdeloucura 4*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Lévy, P. (1995). *As árvores de conhecimentos*. São Paulo: Escuta.
- Lourau, R. (1996). *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes.
- Luz, M.T. (1981). *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, segunda edição
- Malta, D.C. (2001). *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na Rede Pública de Belo Horizonte (1993-1996)*. (Tesis de doctorado). São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
- Malta, D.C. et al. (1998). Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada, en: C.R. Campos et al., *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. São Paulo: Xamã.
- Mandel, E. (1985). *O capitalismo tardio*. São Paulo: Nova Cultural. [Existe tradução al castellano: *El capitalismo tardío*, México D.F.: Ediciones Era, 1972.]
- Marx, K. (1985). *O Capital, vol. I*. São Paulo: Difel. [Existe tradução al castellano: *El capital*, México D.F., Siglo XXI, 2007.]
- Matus, C. (1993). *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA.
- Mendes, E.V. et al. (1994). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Menéndez, E. (2020). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. 1a ed ampliada. Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/cuadernos/catalogo/view/8/19/38-2>
- Merhy, E.E. (1992). *A saúde pública como política: um estudo dos formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Merhy, E.E. (1995). Planejamento como tecnologias de gestão: tendências e debates do planejamento de saúde no Brasil, en: E. Gallo (org.), *Razão e Planejamento*. São Paulo: Hucitec Editora.

- Merhy, E.E. (1997a). O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), en: S. Fleury (org.), *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Merhy, E.E. (1997b). Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia do serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde, en E.E. Merhy; R. Onocko (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Merhy, E.E. (1997c). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, en E.E. Merhy y R. Onocko (orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Merhy, E.E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência, en C.R. Campos et al. (orgs.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã.
- Merhy, E.E. (1999a). A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, pp. 305-314.
- Merhy, E.E. (1999b). *Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde*. Campinas: Mimeo.
- Merhy, E.E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Merhy, E.E. (2003a). Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção, en E.E. Merhy et al. (orgs.), *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Merhy, E.E. (2003b). *A loucura e a cidade: outros mapas*. Apresentado em Fórum Mineiro de Saúde Mental. Belo Horizonte, Brasil. Disponível en: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-21.pdf>
- Merhy, E.E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, pp. 172-174.
- Merhy, E.E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E.E.; Franco, T.B. (2002). Programa Saúde da Família: somos contra ou favor? *Saúde em Debate*, v. 26, n. 60, pp. 118-122.
- Merhy, E.E.; Franco, T.B. (2006). Reestruturação produtiva em saúde, en: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz.
- Merhy, E.E.; Franco, T.B. et al. (2003). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Merhy, E.E.; Onocko, R. (orgs.). (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Motta R.P. (1991). *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record.
- Nemes, M.I.B. (1989). *A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de subprograma de controle da hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987)*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Nogueira, R.P. (1994). *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Osorio, C.; Machado, J.M.H.; Minayo-Gomez, C. (2005). Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, pp. 517-524.
- Paim, J.S. (2001). Saúde da Família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 5, n. 9, pp. 143-146.

- Pinheiro, R. (2001). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade, en: R. Pinheiro y R. Mattos (orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ.
- Pinheiro, R.; Mattos, R. (orgs.) (2001). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Pinheiro, R.; Mattos, R. (orgs.) (2003). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ.
- Pinheiro, R.; Mattos, R. (orgs.) (2004). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ.
- Pires, D. (1998). *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume/CNTSS.
- Rivera, F.J.U. (org.) (1992). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez Editora/Abrasco.
- Rolnik, S. (2006). *Cartografia sentimental*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Sader, E. (1988). *Quando novos personagens entraram em cena*. São Paulo: Paz e Terra.
- Santana, A.D. (2005). *Sobre o desafio de qualificar os trabalhadores de saúde: estudo do processo de construção da política de educação permanente do município de Aracaju SE*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Santos, R.C. (2005). *Implantação e implementação do SUS em Aracaju a partir do modelo técnico assistencial Saúde Todo Dia*. (Tese de doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo, Universidade Estadual de Campinas.
- Schraiber, L.B. (org.) (1993a). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Schraiber, L.B. (1993b). *O médico e seu trabalho: Limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Silva Jr., A.G. (1998). *Modelos technoassistenciais em saúde e o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Silva Jr., A.G.; Merhy, E.E.; Carvalho, L.C. (2003). *Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde, en: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco.
- Silva, A.L.A. (2004). *Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerencia*. (Tese de doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
- Teixeira Pinto, M.; Lobosque, A.M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Testa, M. (1992). *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Abrasco.
- Zepeda Bermudez, J.A.; Albuquerque Possas, C. (1995). Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 119, n. 3, pp. 270-277.

El libro reúne la producción sobre el trabajo en salud y representa la sistematización de las premisas sobre el modo de producción del cuidado. Cuando observamos las prácticas en salud percibimos cuánto hay para deconstruir y construir en este campo, pues la hegemonía ejercida por el modelo biomédico, sustentada por la presión del capital y su poder de subjetivación, actúa como líneas de fuerza que agencian los actos profesionales. Este libro pretende ser una herramienta de trabajo para el cambio en salud en su aspecto esencial: su modo de producción.

La micropolítica es central en el modelado de los servicios de salud y su modo de producción. Así lo entendemos nosotros al proponer la ruptura del modelo actual, pero también es entendido así por el mercado que actúa en el campo de la salud y opera fuertemente sobre su imaginario, promoviendo el consumo de productos y procedimientos, interesados en la escala y la rentabilidad. La micropolítica de los modos de producción del cuidado es el campo de grandes disputas por el modelado de los servicios y las prácticas de cuidado que tienen como centro el trabajo.

Túlio Batista Franco
Fragmento del Prefacio

ISBN 978-987-8926-51-3

