

SALUD

la cartografía del trabajo vivo

traducción: Lidia Irene Nardi De Vega

SALUD: CARTOGRAFÍA DEL TRABAJO VIVO

A los colectivos que dan parte importante de sus vidas para tentar construir un mundo más igualitario y justo.

A todos que siempre estuvieron implicados conmigo en la búsqueda de este mundo.

Suely Rolnik (1)

“[. . .] dijo Deleuze cierta vez, con relación a sí mismo y a Guattari, que ambos buscaban aliados y que esos aliados eran los *“inconscientes que protestan”*.”

¿Qué misterioso protesto sería ese (el del inconsciente) que no tiene que ver –en todo caso, no directamente- con el protesto de las conciencias y de sus intereses, o con aquello que se expresa en manifestaciones como las de una campaña electoral? Si situamos al inconsciente por la manera de orientarse y organizar el mundo –las cartografías que el deseo viene trazando, diferentes micropolíticas que corresponden a diferentes modos de inserción social- se deshace el misterio: motivos de sobra justifican tal protesto. No es nada difícil identificarlos: casi cotidianamente, todos vivimos en crisis; crisis de la economía, especialmente la del deseo, crisis de los modos que vamos encontrando para acomodarnos en la vida –mal conseguimos articular un cierto modo y él ya caduca. Vivimos siempre desfasados en relación a la actualidad de nuestras experiencias. Somos íntimos de ese incesante desmonte de territorios: entrenamos, día por día, nuestro juego de cintura para mantener en todo eso, un mínimo de equilibrio. [. . .] cuando en el desmonte, perplejos y sin parámetros, nos fragilizamos, la tendencia es adoptar posiciones meramente defensivas. [. . .] Nos tornamos así –muchas veces en disonancia con nuestra conciencia- productores de algunas secuencias de la línea de montaje del deseo.

Aunque no sea así tan simple, todo eso: los inconscientes a veces –y cada vez más- protestan. Sólo que a rigor, no se puede llamar eso de *“protesto”*. Sería mejor hablar en *“afirmación”* o en *“invención”*: se desvisten las líneas de montaje, se invisten otras líneas; o sea se inventan otros mundos.

(1) Guattari, F. & Rolnik, S. *Micropolítica. Cartografía del deseo*. Petrópolis: Vozes, 1986, p.11-2.

SUMARIO

Presentación

Capítulo 1

La micro política del trabajo vivo en acto en la salud como contribución para la comprensión de las apuestas en torno de una reestructuración productiva del sector

Capítulo 2

La micro política del trabajo vivo en acto: una cuestión institucional y territorio de tecnologías blandas

Capítulo 3

Los desafíos puestos por la Atención Gerenciada para pensar en una transición tecnológica del sector salud

Capítulo 4

Un ensayo sobre el médico y sus valijas tecnológicas: haciendo un ejercicio sobre la reestructuración productiva en la producción del cuidado

Apéndices

- 1. Acto de cuidar: alma de los servicios de salud**
- 2. Apostando en proyectos terapéuticos cuidadores: desafíos para la mudanza de la escuela médica (y de los servicios de salud)**
- 3. Todos los actores en situación, en la salud, disputan la gestión y producción del cuidado**

Bibliografía

PRESENTACIÓN

¿Por qué y para qué hacer este libro?

Antes de todo, este libro es consecuencia del tema de mi libre docencia, "**Reflexiones sobre las tecnologías no materiales en salud y la reestructuración productiva del sector: un estudio sobre la micro política del trabajo vivo**", defendida en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas (Unicamp), en el 2000, del cual retiré parte de su material.

Los textos elegidos fueron producidos en distintas circunstancias. Algunos, para ser publicados en revistas -como anoto en el capítulo pertinente- otros, específicamente para la tesis, pero, de una forma o de otra, todos están atados por la misma perspectiva: reflexionar sobre el modo cotidiano de producir salud en nuestra sociedad, tomando como referencial la cartografía de la micro política del trabajo vivo en acto.

Lo que sigue, está envuelto en esta idea central.

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

Somos sujetos?

Protagonistas o víctimas?

¡O preguntita perturbadora para responder!

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

Mas, de hecho, somos y no somos sujetos.

O mejor, somos sujetos que sujetan ciertas situaciones y somos sujetos que se sujetan a otras.

Es decir, somos muchos sujetos y no sujetos en diferentes situaciones.

Instituidos e instituyentes.

Mejor dicho, somos sujetos que sujetan, sin que con eso, dejemos también de ser sujetados.

En nosotros, nunca hay una identidad, individual o colectiva, que sea inmutable a través del tiempo. Esta, está siempre en producción. Partiendo de un cierto territorio, para abrirse hacia otros posibles.

Produciendo mapas, diseñando cartografías.

Todo el tiempo estamos pasando, de sujetos que sujetan, a sujetados.

Las teorías que intentan comprender estas situaciones son muchas, adversarias y hasta contradictorias entre sí, lo que complica el análisis..

Obvio que no pretendo dar cuenta de ellas, ni siquiera exponerlas, pero polemizo con algunas de este material(1).

Parto del principio, que en ciertas situaciones y desde determinados recortes, somos sujetos de saberes y acciones que nos permiten obrar, protagonizando nuevos procesos como fuerzas de mudanza. Aunque al mismo tiempo, bajo otros recortes y sentidos, somos reproductores de las situaciones ya dadas. Es decir, que a pesar de protagonizar ciertas mudanzas, conservamos la mayor parte de ellas.

Entre tanto, bajo cualquiera de estos ángulos, somos responsables por lo que hacemos. No es posible no reconocernos en nuestros hechos.

Somos dados y dandos. Somos definidos. Ya existía algo cuando llegamos allí.

Y ni por eso somos víctimas de las situaciones. Nos constituimos en ellas y por ellas. Con nuestras acciones, constituimos las situaciones en sí y relacionadas. Las fabricamos.

Como sujetos de la acción, vivimos constantemente esta tensión. Cartografiamos ese proceso en el vivir, generando infinitudes de mapas territoriales de identificación.

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

Hacemos esto, así como los otros también lo hacen, muchas veces sin tener claro el conjunto de las intenciones en juego. A veces, ocurre, otras las planeamos.

Somos protagonistas al mismo tiempo que somos protagonizados.

Cuando estamos frente a una situación ya dada, podemos hacer diferente que los demás lo que ya está establecido.

Somos determinados y determinantes.

Podemos ambicionar esto. No como sujetos plenos de razón, sino como ciertos apostadores, que con algunos recursos -cognitivos, deseantes, instrumentales, etc.- pueden aumentar el potencial de nuestro hacer por otros sentidos para nuestro actuar en el mundo, produciendo significados nuevos a las situaciones.

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

Apostando, que en las relaciones, todos estamos inmersos en los procesos de fabricación subjetiva.

Y que esto es carne y uña de ser sujeto en acción, de lo cotidiano y de lo "trascendente".

Si da cierto o no, en el sentido de construir nuevos modos de producir la vida en el plano colectivo, comprometido con la igualdad y la convivencia democrática, no lo sé, pero Paulo Freire, en su libro *Pedagogía del Oprimido*, nos da a entender que debemos asumir que,

con nuestro saber y nuestro hacer, somos responsables por el mañana. O lo hacemos diferente, o no lo será.

En esta tenue línea, este libro procura explorar varias situaciones reflexivas que aporten al esclarecimiento de estos enunciados, contribuyendo en particular, con la creación de un nuevo modo de producir salud, en el día a día de los servicios.

No obstante, sin recetas, que las dejo para los libro de cocina.

Somos muchos en nosotros

Con todo esto, quiero dejar claro, que nosotros somos muchos nosotros.

En nosotros individuos, personas y grupos. Hechos en el que somos, al mismo tiempo, todos y cada uno de manera singular.

Hay y habrá siempre muchos otros. Memorias, situaciones registradas antes, ahora y procesos.

No será posible acreditarles a todos, sus presencias nominales, en este trabajo.

Muchos son inominables

Otros, no.

Puedo recordarlos en mi. Y yo en ellos.

Sin embargo, no quiero nominar a todos los que pueda. (consultar E.)

Lo hago a propósito para algunos.

Recuerdo al movimiento sanitario brasileño.

Recuerdo a la izquierda brasileña y latinoamericana.

Recuerdo al marxismo.

Del movimiento popular de salud.

De los compañeros de salud de Campinas.

De la Unicamp y de las universidades.

De los alumnos, de los cursos e investigaciones. De las tesis.

De los de Minas. De los argentinos.

Recuerdo a Mina.

Recuerdo a mis mujeres y hombres.

Recuerdo a mis niños.

Y aquí también soy yo, con todos los nosotros que me entrelazan.

Cree su lectura y aprovéchela del modo que mejor le convenga.

(1) Y de parte de ellas soy un deudor confeso. En particular, a los pensamientos de Karl Marx, Antonio Gramsci, Carlos Matus, Miguel Benasayag, Félix Guattari. En una gran ensalada que hago con ellos, bajo la total responsabilidad mía.

CAPÍTULO 1

LA MICRO POLÍTICA DEL TRABAJO VIVO EN ACTO EN LA SALUD COMO CONTRIBUCIÓN PARA LA COMPRESIÓN DE LAS APUESTAS EN TORNO A UNA REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA EN EL SECTOR

En el capítulo XIII, de la Parte Cuarta del libro 1 de "El Capital"(1), Marx señala sobre la producción de la plusvalía relativa y muestra que la industria moderna realiza una revolución en la manufactura, en la artesanía y en el trabajo a domicilio.

"Con el desarrollo del sistema fabril acompañado por la transformación de la agricultura que lo acompaña, no sólo se extiende la escala de la producción en los demás ramos de las actividades, como también muda su carácter."(2)

En la secuencia de su análisis -coherente con otros en los cuales demuestra que el modo de producción capitalista es "prisionero" de las innovaciones tecnológicas para resolver el ciclo de acumulación del capital(3)- se hace evidente que este proceso innovador, actualmente denominado de transición tecnológica, imprime significativas alteraciones en la parcelación de los procesos de trabajo, en el perfil de la calificación de los trabajadores, en el mercado de la fuerza de trabajo y en los procesos de permuta, entre otros.

Esta situación de vivir una transición tecnológica, que de hecho está articulada a una reestructuración productiva en general(4), pasa a ser una constante en los análisis de este autor, que marca períodos en el interior de los procesos sociales, según la visión de los estudiosos..

Cuando en 1848, Karl Marx y Friedrich Engel elaboraron el *Manifiesto Comunista* (5), uno de los temas que abordaron de forma enfática fue la aparición y consolidación de un nuevo modo social de producir la riqueza, articulado a la existencia de un proceso de lucha de clases, que marcaría el futuro de la humanidad. En este material, los autores compartían la noción de que bajo el comando de las relaciones sociales capitalistas, acontecería (o acontecía? preguntar E.) una revolución en los países europeos.

Esta constatación será tratada con asombro por varios autores, como Paul Lafargue, en su libro *El derecho a la Pereza*(6), (o el derecho al ocio?) en el que concluye que la riqueza producida por la revolución tecnológica del capital, en vez de generar mejores condiciones, altera para peor la vida de los trabajadores, pero sus escritos también muestran con claridad, que el período de mediados del siglo XIX, en Europa, está profundamente marcado por las transformaciones en los procesos productivos que reestructuran por completo el modo de organizarse las sociedades, dónde el aumento de la riqueza crea nuevos grupos sociales.

En la actualidad, son varios los autores (7) que señalan que el final del siglo XX asiste a una transición tecnológica que viene reestructurando la producción, en una dimensión semejante a la experimentada en aquellos vitales momentos para la organización del propio capitalismo.

El conjunto de sus análisis, giran en torno de los procesos desencadenados en el plano de las industrias y servicios por la introducción de nuevas tecnologías de punta, transformando de manera radical, la división de los procesos de trabajo, el mercado de la fuerza de trabajo, los procedimientos productivos y el ciclo de acumulación del capital. Sin embargo, no existe casi ningún trabajo en este tema específico para el sector salud, que cuenta, como excepción a la regla, con el estudio de Denise Pires(8), realizado en 1996(9). La doctora Pires, partiendo del análisis de los procesos de trabajo en dos hospitales, uno público y otro privado, considerados ambos relevantes y de buena calidad, en su tesis de doctorado, estudia los cambios provocados en la actualidad por la introducción de tecnologías de punta, cuyo foco central lo establece en el trabajo de enfermería. Este material que tiene como paño de fondo la reestructuración productiva y el trabajo de la salud en Brasil, tiene contribuciones muy interesantes y por ser uno de los pocos que toma como objeto esta temática específica, se torna también relevante para mi estudio.

La propia autora, después de su pesquisa bibliográfica, también constata esta precariedad, afirmando:

"[. . .] pocos son los estudios en salud que relacionan trabajo y reestructuración productiva. Sin embargo, las mudanzas en el trabajo industrial y en los servicios están influenciando el sector salud, destacándose el uso intensivo de equipos de tecnología de punta y la tercerización."(10)

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

Como contribución conclusiva de su estudio, subraya: (11)

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

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

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

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

"a) la implantación en el hospital privado, de la metodología de **asistencia integral de enfermería** [. . .].

"b) el surgimiento en el hospital privado de grupos interdisciplinarios [. . .].

"c) la implantación en los dos hospitales de las Comisiones y Servicios para el Control de la Infección Hospitalaria [. . .].

"d) el surgimiento, aunque incipiente, de medidas para el control de calidad en la asistencia.

"e) el registro de la evolución del paciente en el mismo documento [. . .].

"f) derecho al acompañante y a la visita [. . .]" (p.239).

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

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

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

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

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

Resalto el hecho de que para la autora, el tema de la reestructuración productiva se identifica, casi exclusivamente, con las alteraciones que el modelo médico hegemónico viene sufriendo por las mudanzas operadas por los nuevos equipos y por estar frente a una crisis de eficiencia y eficacia. Sin embargo, ella misma dice también, que el ingreso de estos equipos no anula momentos singulares del trabajo de la salud, insustituibles por ningún aparato, como la dimensión típica de la producción del acto cuidador. Otro destaque de la autora se refiere a que las intervenciones en los procesos gerenciales son claves para el reordenamiento productivo aunque realza la tercerización de los servicios como hace la industria.

Acentúo la noción que utiliza la autora, de que en este pasaje de milenio, se vive una reestructuración productiva en general y como el sector salud siempre sufrió la influencia de las organizaciones productivas hegemónicas, se debe buscar en los estudios de las organizaciones de salud, la presencia de actuación de sus determinantes.

De la misma manera que en la época de la Organización Científica del Trabajo, en la actualidad, las organizaciones de salud revelaron una penetrabilidad del rediseño de los procesos productivos hegemónicos, que deben estar presentes en el sector salud.

Creo que las conclusiones de la doctora Pires, demostradas anteriormente, revelan mucho de los aciertos de su estudio y del trayecto analítico, pero hay una cuestión suspendida en el aire: ¿Por qué será que la autora, en las conclusiones, no enfatizó las diferencias entre los sectores productivos de la salud, de la industria y de los servicios en general, en la sociedad contemporánea, al punto de buscar otras líneas de análisis, o hasta la de producir otras conclusiones? Creo que su "ceguera" paradigmática no la deja percibir que hoy, la reestructuración productiva en salud puede no estar siendo marcada por el ingreso de los equipamientos y sí más, tanto por el propio "modelado" de la gestión del cuidado en la salud (12), cuanto por la posibilidad de operar su producción por núcleos tecnológicos no dependientes de equipamientos, hecho que para ella, es apenas un pequeño detalle y no un elemento importante que merezca ser realizado en su estudio.

La entrada de los equipamientos en los procesos productivos en salud, bajo el modelado de la gestión médico hegemónica que desde la forma de la medicina tecnológica,¹³⁾ ya había delimitado una transición significativa en la organización del trabajo de la salud en general, y médico, en particular, no parece, en este momento, provocar una reestructuración productiva. Esta ya estuvo presente en la transición del período de una medicina más mercantil y de un profesional más liberal (14), y constituye un período de los procesos productivos en salud que se expresaron en la calificación de profesionales, cada vez más alrededor de núcleos especializados, restringiéndolos, de forma creciente, a la producción de un procedimiento específico, (un examen de laboratorio, un acto clínico, etc.). De este modo, lo que la autora encuentra, no es el impacto reestructurante del ingreso de nuevos equipamientos de punta en los procesos productivos, sino la continuidad de un modelo hegemónico con alteraciones que no componen una transición.

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

Al no imaginar que la reestructuración productiva es algo más intenso y que está estratégicamente articulada a nuevos territorios tecnológicos no materiales, la autora no consigue evidenciar que las alteraciones más significativas en el campo de su investigación, no son las articuladas por el remodelado de la propia medicina tecnológica y su base profesional –el médico especialista y sus equipamientos tecnológicos- sino aquellas situadas en el terreno de las tecnologías no-equipos o territorio de las tecnologías blandas⁽¹⁵⁾ y blandas-duras⁽¹⁶⁾, expresadas en los procesos relacionados a los actos de salud y en las prácticas que gobiernan los actos productivos, en los procesos de trabajo⁽¹⁷⁾

y en la capacidad de generar nuevas modalidades de producción del cuidado, así también como de gobernarlas.

En la actualidad, la mudanza en salud no alcanza a ser suficientemente comprendida por el camino analítico elegido por la autora. Creo que el abordaje de la Dra. Pires quedó limitado por la importación directa de la visión clásica de los procesos productivos para la salud, sus dimensiones tecnológicas y la noción paradigmática de las transiciones tecnológicas ofertadas por algunas corrientes de la Sociología del Trabajo de extracción marxista(18), que construyen sus análisis en torno del modelo fabril. Dígase de paso, que en el modelado del tipo de medicina tecnológica que en parte se asemeja a los procesos productivos del tipo fabril, este modelo de análisis tiene una aproximación razonable sobre el objeto de estudio, pero se vuelve insuficiente ante las nuevas formas de producir el cuidados.

Tal vez por eso, la autora y muchos otros estudiosos del campo de la salud que adoptan paradigmas semejantes(19), no permiten con sus análisis, la percepción de que la transición tecnológica que hoy se viene construyendo, provocada por la presencia del capital financiero del sector, de un modo cada vez más maciza(20), visa exactamente lo opuesto, como veremos en el transcurso de este trabajo, pues busca alcanzar el núcleo tecnológico del trabajo vivo en acto en su capacidad de producir nuevas conformaciones de los actos de salud y su lugar en la construcción de procesos productivos, descentrando el trabajo en salud, incluyendo el de los aparatos y el de los especialistas.

Afirmo también, que el trayecto en la búsqueda por una nueva conformación tecnológica para la producción de los actos de salud, impactando la relación entre el núcleo tecnológico del trabajo vivo en acto en salud con otros núcleos de este proceso productivo, es parte de una apuesta colocada de manera contra hegemónica –tanto en relación a la medicina tecnológica, cuanto a la de Atención Gerenciada que el capital financiero viene introduciendo en el sector de salud- por sectores articulados al movimiento sanitario brasileño, que muestra que cuestionar y procurar intervenir por ese camino, no es privilegio sólo del sector financiero del capital. Existen autores del movimiento sanitario brasileño que desde hace mucho vienen levantando estas cuestiones, en particular, Campos(21), Nogueira y Cecilio(22), entre otros, que son muy fértiles en sus formulaciones, aunque no al punto de proponer otra comprensión de la micro política de los procesos de trabajo en salud a nivel de la propia teoría, tomando para sí el estudio de estos procesos productivos y a pesar de sugerir relevantes cuestiones para aquella comprensión.

Campos, por ejemplo, apunta para unos de los centros básicos de la que hoy es considerada una agenda prioritaria de los sujetos sociales envueltos en el tema de la reforma de los sistemas de salud en América Latina, señalando como central, la capacidad del movimiento sanitario de actuar en el día a día de los servicios de salud, procurando configurar un modelo de atención que se ordene por la radical defensa de la vida, alegando ser éste uno de los principales lugares para el confronto con los proyectos neoliberales que se presentan cotidianamente, a través de modos de generar aquellos servicios, tanto en el plano político como en el productivo.

Indica como indispensable y hasta como producto de esa acción, la construcción de un compromiso efectivo de los trabajadores de salud con el mundo de las necesidades de los usuarios, que permita explotar de manera exhaustiva lo que las tecnologías en salud contienen de efectivas, en un nuevo modo de operar la gestión del cuidado en salud. Esa

demostración pasa por la producción de nuevos colectivos de trabajadores comprometidos éticos y políticamente con la radical defensa de la vida individual y colectiva..

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

Para Campos, tal tarea pasa por la búsqueda de construir un modelo tecnoasistencial, que no desprecie ningún recurso tecnológico, clínico y/o sanitario, para su acción, en el cual el trabajo médico ocupe un lugar estratégico, comprometido y vinculado con los usuarios, individuales o colectivos, actuando en equipos multiprofesionales como operadores de conocimientos multidisciplinarios.

Como señalé, hoy, el contexto de la disputa se presenta un poco más confuso. En el terreno del capital adherido al modelo neoliberal de desarrollo social, el surgimiento de la Atención Gerencial(23), se constituye en otra práctica que se opone al modelo médico hegemónico de la medicina tecnológica, y que apunta hacia la necesidad de un “gerenciamiento del cuidado en salud” que permita crear una gestión competitiva entre prestadores de servicios alrededor de la noción de clientela consumidora inteligente, que permita ecuacionar la racionalización de costos de producción en los actos de salud con la calidad de los servicios prestados, teniendo en vista reformar del sistema de salud que gasta mucho y es poco eficiente pero en función de la lógica de los intereses del capital financiero que viene penetrando en los servicios de salud a escala mundial.

Como veremos detalladamente en los capítulos siguientes, la Atención Gerenciada apuesta en la producción de tecnologías en el campo de gestión de los procesos de trabajo en salud, que puedan dislocar la micro decisión clínica por la administrativa, imponiendo una nueva forma tecnológica de constituir el propio acto de cuidar y la manera de operar su gestión, tanto en el interior de los procesos productivos en salud, cuanto en el campo organizativo del propio sistema(24).

El conjunto de estos nuevos actores que se oponen al proyecto médico hegemónico, así como los del movimiento sanitario, a pesar de no compartir propuestas semejantes, discuten sus proyectos y se confrontan en esos terrenos, intentando impactar el territorio tecnológico responsable por la incorporación de tecnologías duras en el acto de cuidar y de la propia organización de los actos de cuidar en el ámbito del sistema de salud, apuntándolos como lugares estratégicos para la operacionalización de la reforma de los sistemas de salud como un todo, o sea, como lugares de transición tecnológica del sector de salud para un nuevo escalón productivo(25).

La inversión que varios organismos internacionales, comprometidos con los proyectos neoliberales realizan para difundir la propuesta de la Atención Gerenciada en los países latinoamericanos, ha contribuido para producir una agenda bastante semejante para América Latina, entre todos los que viven los procesos de reforma del Estado, en general y de los sistemas de salud, en particular(26).

En las consideraciones de los organismos, aparece de manera clara, la noción de que el terreno del “gerenciamiento del cuidado” es neutro y pertinente a una racionalidad

instrumental propia de los modelos de gestión organizacional y de los procesos de trabajo en salud. De esta manera, se busca constituir en el plano imaginario, un espacio común que pertenezca a todos los que desean las reformas y se comprometen con ellas, debiendo ser compartido a partir de las mismas recetas de intervención, ideológicamente “vendidas” como modernizadoras.

Es interesante verificar que en E.U.A., dónde surgió esta propuesta, actualmente hay por lo menos, tres grandes líneas en disputa sobre la política de salud: una vinculada al proyecto empresarial neoliberal médico hegemónico, otra al proyecto neoliberal de la “Atención Gerenciada” y una tercera que, calcada en la experiencia canadiense, propone un Sistema Nacional de Salud, regulado fuertemente por el Estado y comprometido con la salud, no como un bien de mercado sino como un derecho de la ciudadanía(27).

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

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

En esta disputa, se pone en jaque un cierto “saber hacer” en organizaciones, cuyas misiones son definidas por ser lugares de construcción de una determinada política social sectorial (la salud), lugares de producción y lugares de trabajo en salud, dónde se buscan ciertos modos de operar en situaciones organizacionales que evidencien lo que ya se produjo de tecnología gestora para gobernar servicios de salud y procesos productivos.

Por eso encaro como desafío básico para el movimiento sanitario brasileño, profundizar nuevos conceptos que nos permitan comprender de manera más precisa, el tema de la reestructuración productiva y de la transición tecnológica en salud, reconociendo la necesidad de una construcción teórica que lleve más en cuenta las singularidades de los procesos productivos del sector, que la teoría general utilizada para analizar esos procesos, que a pesar de su efectiva contribución, ha sido insuficiente. Procuro, además, construir una caja de herramientas para los gestores de organizaciones de la salud, que les permita poder

enfrentar de modo contra hegemónico a los actuales modelos de atención a la salud, en su cotidiana disputa en cada establecimiento.

Junto con otros autores, Cecilio(28) apunta en esa dirección, percibiendo que el confronto que el movimiento sanitario brasileño traba con los neoliberales, que se da en un amplio terreno de disputas por el sentido de las relaciones Estado y sociedad, a través de las políticas sociales, exige de los rivales una competente capacidad operacional para implementar un modo de producir salud a nivel de los servicios asistenciales y sanitarios, que sea coherente con las estrategias globales asumidas, de tal modo que el “gerenciamiento del cuidado” sea inevitablemente marcado por la idea de la salud como un derecho universal de la ciudadanía.

Varios militantes de este movimiento están intentando ecuacionar la construcción de modelos de atención a la salud, a nivel de los establecimientos y redes de servicios, en el terreno de la gestión organizacional y de trabajo, mostrando que para superar el modelo médico hegemónico neoliberal, deben constituirse organizaciones de salud gerenciadas de un modo más colectivo, además de procesos de trabajo cada vez más compartidos, buscando un ordenamiento organizacional coherente con una lógica usuario-centrada, que permita construir en el cotidiano, vínculos e compromisos estrechos entre los trabajadores y los usuarios, en las formataciones de las intervenciones tecnológicas en salud, conforme sus necesidades individuales y colectivas.

Por otro lado, es interesante pasar la idea de la necesidad del rígido control sobre los costos, como un hecho inevitable para sobrevivir entre prestadores de servicios, en un ambiente competitivo por financiamientos y clientela, preconizando que sólo quien sea económico y satisfaga al cliente, permanecerá. De la mano de este ideario, el “gerenciamiento del cuidado” es un terreno implicado con los intereses de las grandes corporaciones financieras y con todos los sectores que defienden la modernidad como una imagen espejada de la actual sociedad estadounidense.

Entiendo que para disputar esa transición tecnológica puesta por la Atención Gerenciada, uno de los esfuerzos teóricos más necesarios entre los varios sectores del “movimiento sanitario brasileño”, en la búsqueda por subsanar ciertas deficiencias para el desafío que tiene por delante, sea el que apunta en la dirección de una revisión de la teoría del trabajo en salud, en particular, los temas de las tecnologías en salud que conforman el acto de cuidar y el de la gestión de los procesos productivos a nivel de los establecimientos(29).

- 1) Marx, K. *O Capital*. São Paulo:Difel, 1985.
- 2) Ibidem, p. 528.
- 3) En ese mismo libro, Marx, em um análise más global sobre la producción de la plusvalía, demuestra tal cuestión.
- 4) Aquí, en el sentido de otra forma de producir los mismos productos y hasta los nuevos aún desconocidos. El momento de la transición tecnológica es la presencia de nuevas tecnologías que señalan “movimientos” en los procesos productivos.
- 5) Marx, K. % Engels, F. *O manifesto comunista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

- 6) Lafargue, P. *O direito à preguiça*. São Paulo: Hucite, 1999.
- 7) Cito a título de ejemplo: Coriat, B. *Pensar al revés: trabajo y organización en la empresa japonesa*. México: Siglo XXI, 1992; Carleial, L. & Valle, R. (orgs.). *Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1997; Antunes, R. *Os sentidos do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- 8) Pires, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.
- 9) Considero que hay otros trabajos que contribuyen al estudio de este tema aunque no lo haya destacado explícitamente, entre los cuales señalo las investigaciones de Mendes Gonçalves, R. B. *Raízes sociais do trabalho médico*, maestría del Curso de Pos Graduación de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la USP, São Paulo, 1978; Schraiber, L.B. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo: Hucite, 1993 y Nogueira, R.P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- 10) Pires, D. Op. Cit., p.19.
- 11) Utilizaré, en las indicaciones que siguen del estudio en discusión, lo que la autora escribió en las Conclusiones, en las páginas 234 al 244, del libro citado.
- 12) Tanto en el plano de los establecimientos y propiamente en la producción de los actos de salud, cuanto en el campo de la organización de las políticas del sector.
- 13) Schraiber. L. B. Op. cit.
- 14) Donnangelo, M.C.F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975; Mendes Gonçalves, R.B. Op. Cit.
- 15) Como las que permiten operar los procesos relacionales de encuentro entre el trabajador de salud y el usuario. Tema que trataré más detalladamente en el capítulo siguiente.
- 16) Como los saberes estructurados que operan esos procesos, en particular la clínica y la epidemiología.
- 17) Vale observar que la categoría médica hoy se enfrenta con una agenda de lucha, en la cual, ha ocupado lugar privilegiado la disputa con los modelos de organización de los procesos de trabajo, adoptados por los sectores empresariales vinculados a los seguros de salud. Las mudanzas en el mercado del trabajo médico han creado nuevos elementos para la lucha corporativa de los médicos, que evidencian que la lucha contra el control que el capital financiero desea sobre el trabajo médico y las transformaciones pretendidas para su perfil profesional, tornan claro lo que busco demostrar con este trabajo: la transición tecnológica en la salud, hoy en día, ocurre en el campo de las tecnologías blandas, inscriptas en el modo de actuación del trabajo vivo en acto y en los procesos de gestión del cuidado. Ese tema, en el decorrer del estudio, será descripto y analizado más explícitamente.
- 18) Sin discordar de la base de muchas de las cuestiones levantadas por esas corrientes, lo que señalo es su insuficiencia para los estudios en la salud. Para una visión de una de las contribuciones más significativas de esa corriente, ver Antunes, R. Op. Cit.
- 19) Creo que lo ya citados autores de la salud, como Donnangelo y Mendes Gonçalves, son buenos ejemplos de lo que estoy afirmando, además de Arouca, A.S. *O dilema*

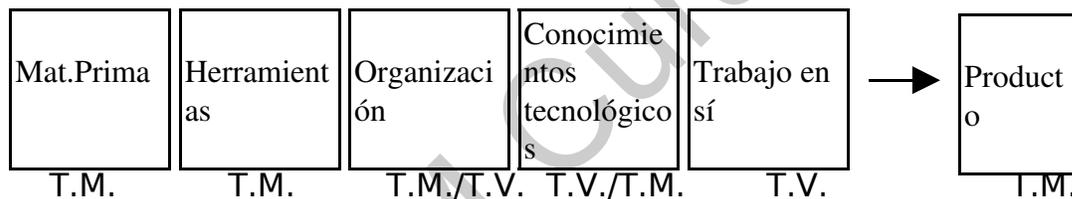
- preventivista*. Tesis de doctorado defendida en el Curso de Pos Graduación en Medicina. Campinas: Unicamp, 1974.
- 20) Iriart, C.B.; Meerhy, E.E. & Waitzkin, H. La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*. 2000, 16:95-105.
 - 21) Campos, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando o SUS*. São Paulo: Hucitec, 1992 y *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1987.
 - 22) Em particular cito Nogueira, R.P. Op.cit. y Cecílio, L.C.O *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
 - 23) Iriart, C.B.; Merhy E.E. & Waitzkin, H. La atención gerenciada em América Latina..., op.cit.
 - 24) Destaco en esta cuestión, el hecho de que el proyecto de la Atención Gerenciada, apuesta a la intervención en las micro decisiones clínicas y también en la creación de cuatro operadores del sistema de servicios de salud: el seguro/administrador, el financiador, el prestador y el consumidor. Esto será visto más adelante, pero gran parte de esta conclusión está inspirada en el texto producido por Merhy, E.E.; Iriart, C.B. & Waitzkin, H. *Atenção Gerenciada: da microdecisão clínica à administrativa, um caminho igualmente privatizante?*, presentado en el 7º Congreso Latino Americano de Medicina Social, Buenos Aires, 1997. Este texto también fue publicado por los *Cadernos Prohasa*, número 3, São Paulo, 1998.
 - 25) En los próximos capítulos, 2 y 4, demuestro el significado de esta situación.
 - 26) Paganini, J.M. *Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada, bibliografía anotada*. Washington, D.C.: Opas/serie HSP/Silos, 1995.
 - 27) Ver Waitzkin, H. El dilema de la salud en EE.UU.: un programa nacional de salud o libre mercado. Chile: *Salud y Cambio*. 1994, 5(15):24-38.
 - 28) Cecílio L.C.O Op. cit.
 - 29) Gran parte de esta conclusión está inspirada en el texto producido por Merhy, E.E.; Iriart, C.B. & Waitzkin, H. *Atenção Gerenciada...*, op.cit.

CAPÍTULO 2

LA MICRO POLÍTICA DEL TRABAJO VIVO EN ACTO: UNA CUESTIÓN INSTITUCIONAL Y TERRITORIO DE TECNOLOGÍAS BLANDAS(1)

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

A partir de un diagrama expuesto a continuación, que intenta representar cualquier acto productivo bien simple, como por ejemplo, la producción de un objeto realizado por un zapatero, procuro mapear las cuestiones que considero relevantes para esta reflexión. En primer lugar, tomando en cuenta las varias etapas del proceso de producción de un zapato – producto final realizado por ese artesano- encontramos cinco situaciones que valen la pena ser descriptas, como muestra el diseño, dónde intento relacionar con las formas trabajo muerto y vivo de los actos productivos:



T.M. = trabajo muerto

T.V. = trabajo vivo

- a) La producción del zapato presupone el encuentro del trabajo en sí del zapatero, con ciertas materias primas, como cuero, clavos, hilo, tinta, entre otras. Puede afirmarse que esas materias primas son productos de trabajos humanos que las concretizaron, pues no están prontas en la naturaleza y aunque lo estuvieran, como si brotasen de los árboles, sería necesario realizar un trabajo humano para cosecharlas, antes que pudiesen entrar en el proceso productivo del zapatero. Se dice entonces, que las materias primas son productos de trabajos humanos anteriores, que en el momento de la acción tenían una dimensión viva, pero ahora, ya como producto materia prima del zapatero, se expresa en trabajo muerto, como resultado del trabajo vivo anterior que lo produjo.
- b) Las herramientas que el zapatero usa para producir el zapato, como martillo, cuchillas, pincel, entre otras, también son, a semejanza de lo que se dijo sobre las materias primas, productos de trabajos anteriores que se presentan ahora como trabajo muerto, ya realizado y plasmado en el producto. De esta forma, el trabajo

anterior de producir las herramientas estará presente en el acto de la producción del zapato y lo influenciará, pero no está en acto, no está vivo.

- c) Para juntar materia prima y herramienta, dirigidas a la producción de zapatos, el artesano necesita, antes que nada, ser poseedor de un cierto saber tecnológico que le permita dar, por su acción concreta en sí de trabajar, dentro de una cierta manera organizada de realizarla, formato de producto al diseño imaginario que tiene en mente, expresando su proyecto. Este saber es complejo y en última instancia es una parte fundamental del *saber hacer* zapatos, ya que en el proceso de producción está contenido también la dimensión organización del proceso. Por ejemplo, es parte de él, el conocimiento sobre el cuero más apropiado, las técnicas de corte, el conocer las mejores tintas y sus adecuaciones al material que está siendo usado, como también la manera de organizar temporalmente estos conocimientos, como actividades, como un proceso de producir. Es decir, lo que debe ser hecho antes, como debe ser hecho, cuanto se debe esperar para realizar el siguiente paso de la producción y así por delante.
- d) Entiendo que esas dos dimensiones, la de la organización y la del saber tecnológico, no se comportan del mismo modo que la de la materia prima y la de la herramienta pues en ellas el artesano real que hace el trabajo cuenta como valor, tiene importancia. Su historia, sus habilidades, su inteligencia, su capacidad inventiva, operan en estas situaciones de organizar los procesos y de componer los saberes tecnológicos. Así, en ambos momentos del proceso productivo, el de la organización y el del saber, hay una doble situación: la presencia de saberes –tanto tecnológicos cuanto organizacionales- producidos anteriormente y sistematizados, aprendidos por el artesano, expresando entonces, trabajos anteriores y se colocan como representantes del trabajo muerto pero que sufren influencia real del trabajador concreto que está actuando en su modo de ponerlos en el acto productivo, como representantes del trabajo vivo en acto. Esto hace que en estas dos dimensiones haya la convivencia de las dos modalidades de trabajo en el hacer del zapatero, al producir concretamente su producto imaginado. Por eso señalo que en esas dos situaciones hay una combinación simultánea de trabajo vivo y muerto. El grado de libertad de esta relación es un poco más favorable en la dimensión del saber tecnológico que en relación al de la organización, pues esta tiende a ser más estructurada, más gobernada por el polo trabajo muerto.
- e) Vale observar que la noción de tecnología utilizada aquí, tiene definición más amplia que la corriente, pues no la confundo de manera específica con equipamientos y máquinas ya que también incluyo como tecnologías, ciertos saberes que son constituidos para la producción de productos singulares, y hasta para organizar las acciones humanas en los procesos productivos, inclusive, en su dimensión subjetiva. De este modo hablo en tecnologías duras, blanda-duras e blandas(2).
- f) Claramente, el momento del trabajo en sí, expresa de modo exclusivo el trabajo vivo en acto. Ese momento es marcado por la total posibilidad de que el trabajador actúe en el acto productivo con un grado de máxima libertad, aunque el ejercicio de ese grado se relacione con la presencia simultánea de las cuatro dimensiones anteriores, lo que permite decir que deben haber procesos de trabajo bien

diferenciados en los modos de cómo estas relaciones simultaneas ocurren. Si ahora imagináramos no sólo el trabajo del zapatero, sino otros tipos de trabajos, podríamos decir que hay procesos productivos en los cuales el peso de las dimensiones que expresan el trabajo muerto es mayor que el del trabajo vivo, o viceversa. Como ejemplo del primer caso, el de un proceso de trabajo muerto centrado, cito la producción de una máquina en una metalúrgica, y para el segundo caso, el de un proceso de trabajo vivo centrado, la producción de una aula o de los actos de cuidar en salud. Puede decirse entonces, que el proceso de captura del trabajo vivo por el trabajo muerto, en ciertas producciones, es diferenciado, o viceversa, permitiendo imaginar situaciones en que el ejercicio de protagonismo/libertad o el de protagonismo/reproducción(3) ocurran en el mundo general de la producción, tanto en la conformación tecnológica de los actos productivos, cuanto en los modos de gobernarlos. Independiente de lo que se produzca, dónde hayan trabajadores produciendo existirá esta polarización, abarcando todos los sectores: primario, secundario y terciario de la producción, bien como en lo social en general.

- g) Ante el panel presentado a seguir, exponiendo diecisiete tesis sobre la teoría del trabajo en salud y las tecnologías de producción del cuidado, procuro sistematizar algunas cuestiones claves para entender el modo como lidio con la noción de tecnología en salud(4): -

TESIS 1- Hablar de tecnología es tener siempre como referencia la temática del trabajo, pero el trabajo cuya acción intencional es demarcada por la búsqueda de producción de “cosas”, bienes/productos, que funcionan como objetos, aunque no necesariamente son materiales, duros, pues pueden ser bienes/productos simbólicos (que también comportan valores de uso) que satisfagan necesidades;

TESIS 2 – La acción intencional del trabajo se realiza en un proceso en el cual el trabajo vivo en acto, al poseer de modo interesado instrumentos para la acción, “captura” intencionalmente un “objeto/naturaleza” para producir bienes/productos, (las cosas/objetos); y que en el diseño puede ser esquemáticamente visualizado el ejemplo dado a partir del trabajo de un zapatero, que antes de la realización del propio acto productivo, ya sabía adónde quería llegar, esto es, a que tipo de producto, que valor de uso estaría produciendo, operando con esto un acto productivo que está amarrado por una intención puesta anteriormente a él (5); en el cual el trabajo en sí, actúa como trabajo vivo en acto, en tanto que los instrumentos utilizados y la organización del proceso, como trabajo muerto;

TESIS 3 – El modo del trabajo vivo en acto realizar la captura del “mundo” como su objeto, está vinculado al modo como el trabajo vivo que lo antecedió –y que ahora se presenta como trabajo muerto- actúa como un determinado proceso de producción, también capturador pero ahora del propio trabajo vivo en acto y que se expresa como un cierto modelo –dentro de un cierto modo- de producción.

TESIS 4 – En este modo de poseer, el trabajo vivo en acto opera como una máquina de guerra política, demarcando interesadamente territorios y defendiéndolos; y como una máquina deseadora, valorando y construyendo un cierto mundo para sí (dentro de una cierta ofensiva libidinal);.

TESIS 5 – Tal modo de poseer (como producción) instrumentos y pedazos de la naturaleza, produciéndolos como herramientas y objetos dándoles una razón instrumental, se presenta como tecnología en cuanto saber. Por su vez, las máquinas-herramientas son sus expresiones como tecnologías-equipamientos.

TESIS 6 – Las máquinas-herramientas son expresiones tecnológicas duras de las tecnologías-saberes (blanda-duras), que como equipamientos tecnológicos, no tienen razón (instrumental) por sí, pues quien las vuelve portadoras de esta intencionalidad racional-instrumental es el trabajo vivo en acto con su modo tecnológico (su modelo de producción) de actuar y como expresión de ciertas relaciones sociales y no otras;

TESIS 7 – El trabajo en salud está centrado permanentemente, en el trabajo vivo en acto, un poco a semejanza con el trabajo en educación. Además, actúa distintamente de otros procesos productivos en los cuales el trabajo vivo en acto puede y debe ser encuadrado y capturado globalmente por el trabajo muerto y por el modelo de producción.

TESIS 8 – El trabajo en salud no puede ser globalmente capturado por la lógica del trabajo muerto, expresado en los equipamientos y en los saberes tecnológicos estructurados, pues su objeto no está plenamente estructurado y sus tecnologías de acción más estratégicas, se configuran en procesos de intervención en acto, operando como tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, más allá de los saberes tecnológicos estructurados, comportando un grado significativo de libertad de elección, en la manera de hacer esa producción.

TESIS 9 – Por eso las tecnologías envueltas en el trabajo en salud, pueden ser clasificadas como: blandas (como en el caso de las tecnologías de relaciones del tipo producción de vínculo, autonomización, acogimiento, gestión como una forma de gobernar procesos de trabajo), blanda-duras (como en el caso de saberes bien estructurados que operan en los procesos de trabajo en salud, como la clínica médica, la clínica psicoanalítica, la epidemiología, el taylorismo, el fayolismo) y duras (como en el caso de equipamientos tecnológicos del tipo máquinas, normas, estructuras organizacionales).

TESIS 10 – En el trabajo en salud, no cabe juzgar si los equipos son buenos o malos sino porque razones instrumentales los están constituyendo y dentro de cual juego de intencionalidades, cabiendo por tanto, preguntar sobre que modelado de tecnología del trabajo vivo en acto se está operando, como esta realiza la captura de las distintas dimensiones tecnológicas y el lugar que los usuarios/necesidades y los

trabajadores/necesidades ocupan, como intenciones, en la red de relaciones que la constituyen.

TESIS 11 – El trabajo vivo en acto, opera con tecnologías blandas como un doblez: por un lado, como un cierto modo de gobernar organizaciones, de dirigir procesos construyendo sus objetos, recursos e intenciones; por el otro lado, como una cierta manera de actuar para la producción de bienes/productos, siendo una de las dimensiones tecnológicas captoras que da la “cara” de un cierto modelo de atención.

TESIS 12 – Para comprender los modelos tecnológicos y asistenciales en salud, se debe, por tanto, tomar como eje analítico vital, el proceso de efectividad de la tecnología blanda y sus modos de articulación con las otras.

TESIS 13 – La tecnología en salud, dividida en tecnología blanda, blanda-dura y dura, permite exponer la dinámica del proceso de captura del trabajo vivo por el muerto y viceversa, en el interior de los distintos modelos tecnoasistenciales en salud, hasta mismo, la configuración tecnológica de un cierto proceso productivo en salud, un cierto modo de producir el cuidado.

TESIS 14 – La efectividad de la tecnología blanda del trabajo vivo en acto en la salud, se expresa como proceso de producción de relaciones intersectoras(6), en una de sus dimensiones claves, que es su encuentro con el usuario final, que en última instancia, “representa” necesidades de salud como su intencionalidad, que puede, por tanto, con su interés particular, “publicizar” las distintas intencionalidades de los varios agentes que envuelve el trabajo en salud(7).

TESIS 15 – Es en este encuentro del trabajo vivo en acto con el usuario final, que se expresan algunos componentes vitales de la tecnología blanda del trabajo en salud: las tecnologías articuladas a la producción de los procesos intersectores, las de las relaciones que se configuran, por ejemplo, por medio de las prácticas del acogimiento (o recibimiento?), vínculo, autonomización, entre otras.

TESIS 16 – Desde este lugar, se puede interrogar el formato de realización de la tecnología de las relaciones como un mecanismo analizador estratégico de los modelos de atención a la salud, que tiene capacidad de exponer intensamente “las fallas” del universo del trabajo en salud, como un “juego” de los sentidos y sin sentidos de las prácticas de salud.

TESIS 17 – El sentido de este interrogar debería ser el de repensar la lógica de las intencionalidades que permita caminar para la “publicización” del espacio de la gestión del proceso del trabajo en salud, en el cual ellas se efectivizan, colocando en juego la posibilidad de incorporación de otro campo de tecnologías, que sea el que se articule a los procesos de “gobernar” establecimientos (como organizaciones) y en los cuales se hace presente el encuentro del trabajo vivo en acto con los distintos agentes, con sus proyectos y sus métodos, referentes a los diferentes espacios de gestión.

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

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

Imaginando una polémica entre Marx y Taylor sobre el protagonismo/libertad y algunas ideas entorno de la micro política del trabajo vivo en acto.

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

Marx, anticapitalista convicto, entendía que un trabajador al actuar en una línea de producción dentro de un establecimiento fabril, por ejemplo, estaba totalmente subordinado, en su actuar, a la lógica del modo duro y estructurado que la producción le imponía por medio de los varios procesos capturantes de su capacidad de trabajar. Es decir, que el grado de libertad de un operario para actuar a su modo en las actividades productivas era cero y la posibilidad de pensar en su liberación estaba dada por “algo” que, influenciando su conciencia, la tornase una conciencia de clase anticapitalista, abriendo entonces las *chances* para una actuación organizada, como la de un grupo de trabajadores concientes que impondría resistencia a los procesos de explotación del capital. Marx apostaba en la fuerza determinante del capital para organizar las actividades del trabajador, e imaginaba que su liberación estaría marcada por las *chances* de desatar esa determinación por la producción de otra conciencia obrera, que permitiría posibilidades de no captura del trabajador, en relación a la dominación capitalista. Marx, era un anticapitalista que admitía la total captura del trabajo vivo por el muerto y apostaba en la formación de la conciencia de clase, producto de procesos externos al mundo de las actividades productivas en sí(8).

Taylor, capitalista convicto, tres décadas después de la muerte de Marx, defendió la idea de que el modo de como se organizan los procesos de trabajo, altera las relaciones entre la máquina y el trabajador, pues puede impactar sus movimientos en el tiempo. Relata que aprendió eso “observando” a los propios trabajadores en sus actividades productivas, dónde ejercían grados de libertad diferenciadas sobre las dimensiones de los procesos de trabajo, imponiendo productividades distintas para las mismas máquinas y líneas de producción en la realización de los mismos productos. Taylor defendía que el obrero, sin el control del capitalista, haría una fábrica a su manera y que ni siempre esa manera era lo mejor para

quien visaba el lucro y la competitividad en el mercado. De este modo, acabó elaborando un conjunto de tecnologías de gestión de los procesos de trabajo, que permitía capturar la autonomía del trabajador durante el ejercicio de su trabajo vivo, a fin de subordinarlo a los intereses capitalistas de la empresa, pues no era suficiente sólo la captura realizada por las tecnologías duras(9).

De cierta manera, Taylor confirma lo que Marx defendía, que el establecimiento era un lugar de intensa dominación, aunque partiendo del principio de que si esa dominación no fuera permanentemente pensada para los ejercicios de los actos de los trabajadores, estos tienden a abrir “líneas de fugas” en el interior de las lógicas de producción, construyendo una producción a su modo. Taylor era un capitalista que admitía la permanente no captura del trabajo vivo frente al mundo definido por el trabajo muerto y apostaba en tecnologías gerenciales para las organizaciones productivas que capturasen al trabajador en sus ejercicios de libertad y autonomía, dentro del terreno del trabajo vivo en acto.

Por otro lado, dígame de paso, esta es la historia de las teorías administrativas y gerenciales: la producción de tecnologías blanda-duras, en el campo de la gestión organizacional que visan la captura del trabajo vivo, transformándolo en muerto. O sea, la producción de cajas de herramientas gestora de procesos organizacionales productivos.

Volviendo al tema de la salud, fijando conceptos.

Bien, con estas charlas, busco introducir al lector, al universo de algunos conceptos básicos que le permitan ser un analista más aguzado sobre el mundo de la producción en general y de la material, en particular, aunque aún hayan algunas ideas no muy fáciles de ser entendidas sobre la distinción de ciertos procesos productivos que necesitan ser agregadas a este conjunto de conceptos que estoy elaborando y que son parte de una lectura más cuidadosa sobre los procesos de producción. Particularmente, vale mostrar algunas cuestiones claves para comprender la distinción entre un proceso típicamente fabril y otro –como el de salud– más vinculado al sector de servicios, desde el punto de vista de las características centradas en el trabajo muerto o en el trabajo vivo y de las diferentes cuestiones levantadas en esta distinción para la relación de los productos realizados en estos sectores de producción y el mundo de las necesidades de su consumidor.

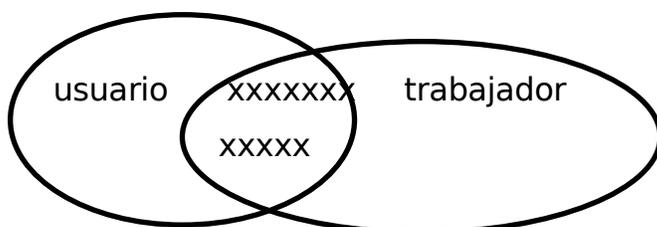
Un trabajo fabril típico, se relaciona con el consumidor por intermedio del producto que este usa, al paso que, en un trabajo de servicio, el acto de producción del producto y de su consumo, ocurren al mismo tiempo. Por eso, denomino que en el primer caso la relación es objetal y en el segundo caso “intersectora”, siendo que en esta última situación, el modo como el consumidor valoriza la utilidad del producto para sí, está siempre presente en la relación inmediata de producción y consumo, en tanto que en la de tipo objetal, la utilidad del producto para el consumidor sólo irá realizarse en la obtención del producto y de su consumo, que ocurre de modo separado del mundo de la producción del producto.

Ver esto en el texto y el gráfico, colocados más adelante: (10)

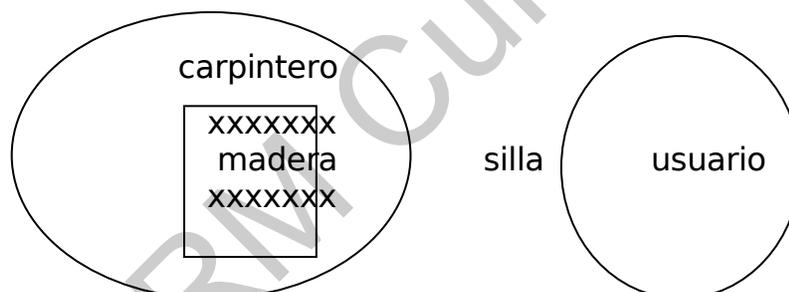
Cuando un trabajador de salud se encuentra con un usuario en el interior de un proceso de trabajo, en particular, clínicamente dirigido para la producción de los actos de cuidar, se establece entre ellos un espacio intersector que siempre existirá en sus encuentros, pero sólo en sus encuentros y en acto. La imagen de ese espacio es semejante a la de la construcción

de un espacio común de intersección entre dos conjuntos, aclarando que no sólo en la salud es que existen estos procesos interseccionados. Por otro lado, además de reconocer la existencia de este proceso singular, es fundamental, en el análisis de los procesos de trabajo, descubrir el tipo de intersección que se constituye y los distintos motivos que operan en su interior.

1. Los esquemas más comunes en procesos de trabajo como los de salud, que realizan inmediatamente actos de asistencia con el usuario, se presentan como el gráfico de abajo, al que llamo de una “intersección compartida”:



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



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

En el juego de necesidades que se coloca para el proceso de trabajo, se puede entonces pensar:

1. que en el proceso de trabajo en salud hay un encuentro del agente productor más sus herramientas (conocimiento, equipos, tecnologías en general), con el agente consumidor, tornándolo, en parte, objeto de la acción del productor pero sin dejar de ser también un agente que en acto, pone sus intencionalidades, conocimientos y representaciones, expresadas como un modo de sentir y elaborar necesidades de salud, para el momento del trabajo;
2. y que en su interior hay una búsqueda de realización de un producto/finalidad. Por ejemplo, la salud, que es un valor de uso para el usuario por representarle algo útil que le permite estar en el mundo y poder vivirlo de un modo autodeterminado,

dentro de su universo de representaciones de lo que esto pueda significar y que es asimilado como un proceso diferente por los agentes envueltos, que así mismo, podrían hasta coincidir.

Esto revela que el análisis del proceso intersector que se efectiva en el cotidiano de los encuentros, puede evidenciar la manera de cómo los agentes se ponen como “portadores/elaboradores” de necesidades en este proceso de “intersección compartida”.

Los agentes productores y consumidores son “portadores” de necesidades macro y micro políticamente constituidas, como también son instituidores de necesidades singulares, que atraviesan el modelo instituido en el juego del trabajo vivo o muerto al cual están vinculados.

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

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

La micro política del proceso de trabajo debe ser entendida como un escenario de distintas fuerzas instituyentes en disputa: desde fuerzas presentes claramente en los modo de producción –determinadas, por ejemplo, como trabajo muerto o también operando como trabajo vivo en acto– hasta las que se presentan en los procesos imaginarios y deseadores, y en el campo del conocimiento, que los distintos “hombres en acción”(12) constituyen.

En la micro política 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 diferentes lógicas que el trabajo vivo puede comportar. Ejemplo de ello, es la creatividad permanente del trabajador en acción, en una dimensión pública y colectiva, pudiendo ser “explotada” para inventar nuevos procesos de trabajo y hasta para extenderlo hacia direcciones no pensadas

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

Luego, actuar en estos procesos “trabajo vivo dependiente”, permite salir a la búsqueda de la construcción de distintas líneas de fuga, como por ejemplo, en relación a la lógica que preside el proceso de trabajo como producción y satisfacción de necesidades; al modo de como se sabe trabajar, es decir, a su configuración tecnológica; a la manera de como el espacio institucional de la gestión de este proceso está ordenada.

Repensar la potencia y la impotencia como una característica situacional que puede ser atravesada (y hasta agenciada), por distintos procesos instituyentes, se vuelve una osadía.

Un análisis más detallado de las interfases entre los sujetos instituidos, sus métodos de acción y el modo como esos sujetos se interseccionan, permite realizar una nueva comprensión sobre el tema de la tecnología en salud, al tomar como eje norteador el trabajo vivo en acto, que esencialmente es un tipo de fuerza que opera de forma permanente en procesos y en relaciones(13).

Por eso, los que apuestan en la posibilidad de constituir tecnologías de acción del trabajo vivo en acto, así como de gestión de este trabajo, abriendo fisuras y posibles líneas de fuga en las acciones productivas instituidas, como la Atención Gerenciada, han conseguido realizar intervenciones que enfocan el sentido de la “captura” sufrido por el trabajo vivo, extendiéndolo hacia nuevas direcciones.

Entender esta doble dimensión de la acción del trabajo vivo en acto, la de gerenciar procesos institucionales y la de realizar producciones propiamente dichas, así como las posibilidades de alcanzarlas con procesos directamente referente a los modos tecnológicos de existir es primordial para la reflexión que se está proponiendo, pues permite comprender como se puede interferir en los modos de como el trabajo vivo opera una determinada producción concreta –como un modo esencialmente intersector de ser y a través de sus formas tecnológicas blandas de actuar, capturadas de determinadas maneras en relación al trabajo muerto que opera coetáneo consigo– al mismo tiempo que permite alcanzar las maneras de como institucionalmente este proceso es un espacio de acción gubernamental, privado y público, que define los procesos de “penetrabilidad” más amplia o restringida, de las arenas dónde se decide el sentido de la institución. Quiero pensar en las tecnologías que pueden tanto redefinir los procesos de “captura” del trabajo vivo en acto, como un modelo dado de atención, cuanto tornar más público los procesos que gobiernan su dirección. Quiero comprender en como los que disputan estos procesos están disponiendo de cajas de herramientas para sus intervenciones.

-
En fin...(14)

Retomando el tema central de esta tesis, el de la contribución al estudio de la reestructuración productiva del sector de la salud, con enfoque particular sobre los procesos productivos en la salud, sus composiciones tecnológicas y los modos de gobernarlos y al entendimiento de la composición de la caja de herramientas de los gestores de las organizaciones de salud, a partir de la categoría analítica del trabajo vivo en acto. Creo que hasta ahora, planteé y demostré la noción de que en la micro política de los procesos de trabajo en salud, es necesario comprender que **los núcleos de intervenciones tecnológicas** -en el campo de las tecnologías duras, blanda-duras y blandas- **permiten procesos muy singulares de transiciones para procesos de reestructuraciones productivas en el sector salud**, marcados **por el lugar central ocupado por el territorio de las tecnologías blandas**.

Ya sea en la actual forma hegemónica de la medicina neoliberal tecnológica, en la que privatizando, los médicos se apropian de los espacios micro decisorios que definen el modelo de atención y la incorporación de tecnologías duras y blanda-duras. Sea **en la**

forma de la atención gerenciada, como parte del proyecto del capital financiero para la organización productiva del sector de la salud, en el cual este capital crea mecanismos para retirarle al médico aquella privatización de los espacios micro decisorios, alterando el modo de agregar las tecnologías; o sea, en fin, **en los modelos que se proponen seguir el eje de las necesidades de los usuarios como su ordenador**, en los cuales los procesos de incorporación tecnológica tiene que superar tanto aquellas privatizaciones de los espacios micro decisorios, cuanto la reducción del bien salud a un bien de mercado.

Así, se hace evidente, que los análisis sobre las transiciones tecnológicas en salud y las posibilidades de operar las reestructuraciones productivas, deben buscar entender analíticamente, de modo articulado, el lugar que ocupa el núcleo de las tecnologías blandas y su manera de operar los procesos productivos, como también los tipos de disputas que los modelos competidores imponen en este territorio y la composición de las cajas de herramientas utilizadas por sus protagonistas para dar sentido a las acciones de mantenimiento o de superación de un cierto proceso productivo hegemónico.. Aún hoy, en la gran hegemonía del modelo de la medicina tecnológica neoliberal, con el ingreso actual de las modalidades tecnoasistenciales que disputa con él los procesos productivos, intentando imprimir en el sector una transición tecnológica y apostando en la posibilidad de una definitiva reestructuración productiva, el campo hegemónico está más impreciso.

Del lado del propio capital y articulado al financiero, aparece con fuerza el proyecto de la Atención Gerenciada, del lado contra hegemónico, los proyectos que apuestan en la salud como un bien público, patrimonio de toda la sociedad y valor de uso inestimable, tanto individual cuanto colectivo.

1. El texto principal que utilizo aquí es Merhy, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde...*, obra citada.
2. Con mayores detalles, sugiero la lectura del texto Merhy E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras... In: Op. Cit., en la cual describo y defino con mayor precisión estos términos, no obstante, en un panel que presento más adelante, hago un resumen de los conceptos.
3. Sobre esta situación de sujeto instituido e instituyente, ver la Presentación.
4. Este panel fue montado con base en el texto Merhy E.E. et al. Em busca das ferramentas analisadoras... In: Op. Cit. Ver en particular el texto Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde, que aparece como apéndice en este libro.
5. Vea que hay trabajos, como el de Picasso dibujando un zapato en un cuadro, que no está presidido por esta relación intencional productiva tecnológica, aunque tenga que utilizar de técnicas para ser realizado. Repare que el producto, zapato dibujado, no necesariamente significa en este caso, un zapato, puede ser una mera representación de algo que Picasso asocia a una situación cualquiera y para cualquier observador, puede significar algo distinto. Sin duda, el zapato que hace el zapatero tiene que servir de calzado. Si pierde esta funcionalidad no será un buen

- zapato. Por eso, este trabajo es presidido como un hacer tecnológico, al paso que el de Picasso, es un trabajo de otra naturaleza, que tiene una polisemia abierta.
6. El término *intersectores* esta siendo usado aquí en un sentido semejante que el de Deleuze, en el libro *Conversaciones*, que discurre sobre la intersección que Deleuze y Guattari constituyeron cuando produjeron el libro *Antiedipo*, que no es una suma de uno y otro y producto a cuatro manos sino un “Inter”, interventor. Es así, que uso ese término para designar lo que se produce en las relaciones entre “sujetos”, en el espacio de sus intersecciones, que es un producto que existe para los “dos” en acto y no tiene existencia sin el momento de la relación en proceso, en la cual los Inter se colocan como instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos, tal cual uno en relación al otro. Con más detalles, trato la cuestión en Merhy, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar la gestión y la lógica del proceso de trabajo en salud. In: Teixeira, S.M.F. (org.). *Movimento sanitário: 20 anos de democracia*. São Paulo: Lemos, 1998.
 7. Em este particular, recomiendo de nuevo la lectura de Merhy, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica..., obra citada.
 8. En este particular indico la lectura del texto Marx, K. El 18 brumario. In: *El 18 brumario y Cartas a Kugelmann*.
 9. Ver debate sobre el taylorismo expuesto por Chiavenato, I. *Introdução à teoria geral da administração*. São Paulo: MacGraw-Hill, 1990.
 10. El texto que sigue fue retirado de Merhy, E.E. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde..., obra citada.
 11. Gran parte del texto a seguir, fue retirado de Merhy, E.E. Em busca do tempo perdido..., obra citada.
 12. La pretensión que tenemos aquí, es marcar una posición distinta del racionalismo que opera con la noción de hombre de razón, subsumiendo esa racionalidad a los procesos que gobiernan al hombre en situación y en la acción, como se posicionan autores como Matus, C. *Política, planificação e governó*, obra citada, y mismo Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 1987. Sobre este último autor ver Rouanet, P.S. & Freitag, B. (orgs.). *Habermas*. São Paulo: Ática, 1980.
 13. Ver de nuevo el tema de los intersectores ya abordado anteriormente.
 14. Parte de esta conclusión, que remite al capítulo siguiente, se inspiró en el texto producido por Merhy, E.E.; Iriart, C.B. & Waitzkin, H. *Atenção gerenciada: da microdecisão clínica...*, obra citada.

CAPÍTULO 3

LOS DESAFÍOS PUESTOS POR LA ATENCIÓN GERENCIADA PARA PENSAR EN UNA TRANSICIÓN TECNOLÓGICA DEL SECTOR SALUD

Este texto es producto de una investigación ya citada, sobre la Atención Gerenciada en América Latina. Una vez concluida la investigación, fueron elaborados varios informes mostrando los resultados obtenidos. Desde 1997, he podido dedicarme a esta investigación con el apoyo del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) ante quien, en 1999, presenté un resumen del material de investigación producido sobre el tema, en Brasil, que servirá para la composición de este capítulo.

Los trechos retirados de este material para presentarlos aquí, desde mi punto de vista, pueden expresar lo que estoy pretendiendo estudiar en este trabajo. Además, para un análisis más preciso, adjunté partes de otro(1) texto que presenté en el 7° Congreso Latinoamericano de Medicina Social, con algunos de los miembros del equipo internacional citado arriba, que considera la intervención tecnológica de la Atención Gerenciada, en el terreno de la gestión del cuidado y de los procesos de trabajo, como focos de análisis..

La Atención Gerenciada como analizadora de la actual transición tecnológica en el sector salud.

La investigación realizada tenía como lema, la relación entre los esfuerzos de reformar los sistemas nacionales de salud en América Latina y la presencia del ideario de la Atención Gerenciada, producida y diseminada a partir del proceso de disputa entre el modelo médico-hegemónico, que predominó en la organización del sistema de salud americano en este siglo y el de la Atención Gerenciada comandada por el capital financiero vinculado a los seguros de salud.

Un acontecimiento interesantes en el desarrollo de esta investigación fue el hecho de la contemporaneidad del estudio con la emergencia del propio fenómeno analizado en Brasil. Entre el inicio de la colecta del material (1997), y el inicio del análisis (1998), fue posible percibir el nacimiento de la importancia de la A.G. para el debate de la reforma del sistema de salud.

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

En USA., el surgimiento de la Atención Gerenciada se remonta a la construcción de propuestas interesadas en la creación de parámetros y criterios que contribuyeran para una decisión gubernamental frente a los planes de acción en el período de la Guerra de

Vietnam, teniendo como idea base, un cálculo sobre la “optimización” entre los costos de las acciones de guerra y los resultados estratégicos militares alcanzados. En el decorrer de los años 70, una metodología con perspectivas semejantes es introducida para la elaboración de proyectos en el campo de la salud, centrada en el diagnóstico del altísimo costo de las acciones de asistencia y en su vinculación al proceso particular de micro decisión clínica, que ocurría en los servicios.

Se toma la posibilidad de transferencia del proceso de decisión sobre las acciones de salud a ser realizadas en los servicios, del campo de las corporaciones médicas para el de los administradores, como una estrategia vital para atacar la relación costo-beneficio del sistema. No en tanto, este no es un campo restringido de intervención de estas propuestas, pues ella también se afilia a otro conjunto de estrategias que tienen en vista la reorganización de los modelos de atención, a partir de la acción de los prestadores privados, centrados en las políticas de las instituciones de seguros y financieras.

Ya, cuando se observa a partir de los países de América Latina, este panorama sufre algunas vueltas.

Actualmente en la Argentina(2), en nombre de todo un proyecto político-social, denominado Ajuste Económico-Social, considerado necesario para “modernizar” los países del tercer mundo, librándolos de la pesada carga del aparato estatal ineficiente y anacrónico, gana cuerpo un ideario privatista, que opera micro políticamente, la creación de proyectos en los distintos espacios organizacionales y neoliberal, que funciona con la noción de que cualquier forma de derecho social conquistado es un privilegio que hiere las reglas del mercado, la nueva “coqueluche” orientadora del juego entre producción de bienes y necesidades de los “ciudadanos”.

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

Los gobiernos de los países latinoamericanos, vinculados a esas perspectivas, toman prestadas un elenco de propuestas de reorganización de la gestión de los equipos organizacionales en salud, en dirección a un proceso privatista y como mecanismo de operatividad de lo que se denomina “modernización” de los servicios de salud. Otro no es el sentido del proyecto argentino del Hospital de Autogestión y de algunas propuestas del gobierno brasileño de transformación de los hospitales públicos en Equipamientos Sociales, que buscarían sus complementos financieros en el “mercado de consumidores” individuales y, o colectivos, disponibles.

Aún con posibles efectos paradójicos, la Atención Gerenciada ha sido “vista” con aprecio por los gobiernos locales y también por organizaciones internacionales que tienen gran influencia para crear temáticas en los proyectos de reformas del sector salud. En esa dirección, la propia Organización Pan-Americana de la Salud, en 1995, abrió un espacio editorial publicando una bibliografía comentada sobre la cuestión(3), en la que por lo menos, ve con buenos ojos la propuesta como una eficaz receta para operar proyectos de reformas en los servicios.

Aunque la Atención Gerenciada, sea frecuentemente descripta como una propuesta de reforma de recientemente desarrollada(4), sus antecedentes se remontan a la década del 60,

en particular, en los trabajos del economista estadounidense, Alain Enthoven. En sus trabajos, Enthoven desarrolla una propuesta de programación, planificación y presupuesto para el Departamento de Defensa Americano, con la finalidad de analizar los costos y los beneficios de cada nuevo método de conducir la guerra.

En 1977, ofreció a la administración Carter(6), un proyecto sobre un plan de salud a elección del consumidor, basado en una competición regulada por el mercado privado. Este proyecto fue construido a partir de las iniciativas de Paul Ellwood, alrededor de “una estrategia de mantenimiento de la salud”, y de Scott Fleming(7), en la de “una competición estructurada dentro del sector privado”. La propuesta se centraba en un papel fundamental, en los servicios, del control administrativo sobre las decisiones clínicas, con la pretensión de reducir exámenes complementarios y tratamientos costosos, y, en una competición de mercado, entre grandes organizaciones prestadoras de servicios o de financiamientos, para establecer disputas por precios.

El grupo de Carter rechazó el plan, pero poco después, Enthoven, publicó sus propuestas(8). A partir de los años 80, pasó a colaborar con Ellwood en la implementación de HMO, (Organización de Mantenimiento de Salud)(9). Las orientaciones que las avalizaban, tuvieron en U.S.A., durante las décadas del 80 y del 90, el apoyo del sector empresarial, por el cual fue visto como un método de reducción de los costos de cobertura. Alain Enthoven y sus seguidores, colaboraron intensamente en ese proceso junto con gestores de organizaciones vinculadas al mantenimiento de la salud y con ejecutivos y funcionarios de corporaciones y compañías privadas de seguros, desembocando en una elaboración más refinada que la propuesta original.

De la mitad de los 80 en adelante, se enfatiza de modo especial la “competición gerenciada” como respuesta a las preocupaciones manifestadas por los economistas y dirigentes empresariales para que la propuesta original considerase los presupuestos básicos del “libre mercado”, que estaba en proceso de modificación(10). Después de la publicación de una propuesta revisada en 1989(11), la coalición social que apoyaba la “competición gerenciada”, fue ampliada con la incorporación más efectiva de nuevos funcionarios de las grandes compañías de seguros privados de U.S.A.(12).

Durante la campaña presidencial de Bill Clinton, se adoptó la orientación de la Atención Gerenciada como componente del plan de gobierno para la composición de una reforma del programa nacional de salud(13,14). A pesar del fracaso específico de ese plan, la perspectiva de implementar reformas orientadas por esa propuesta se difundió con rapidez, particularmente, influenciada por las grandes empresas de seguros privados.

Vale registrar, que esta influencia ni siempre se extendió en propuestas típicas pues algunas propusieron modificaciones conceptuales, como es el caso de las que se apartan de los modelos basados en el uso de las estrategias de seguro, apuntando para la creación de un fondo público único con presupuestos globales, financiados por impuestos, que contratarían planos privados en torno de paquetes de beneficios mínimos(15).

Enthoven y sus aliados, asesoraron varios proyectos de reformas de sistemas de salud, fuera de U.S.A., en particular en Holanda, Gran Bretaña, Suecia y Noruega, y aunque los beneficios en lo que respecta a costos, calidad y satisfacción no hubiesen sido demostrados y comprobados por medio de investigaciones más precisas, la propuesta de la Atención Gerenciada, ganó gran influencia en los proyectos gubernamentales a partir de estas intervenciones, lo que indica claramente un mayor compromiso a priori con las propuestas

de incentivo a la competición en y del mercado, que con los resultados a ser alcanzados en salud.

Algunos de los países que adoptaron las reformas de sus sistemas con mudanzas organizacionales apoyadas en tales orientaciones, después de dos años de intervención, iniciaron un proceso de reversión de algunas partes de esas reformas con base en esta línea metodológica, pues la Atención Gerenciada no había satisfecho muchas de sus expectativas(16).

No obstante y a pesar del resultado de este aprendizaje histórico, tal tipo de reforma viene siendo difundida rápidamente por América Latina(17). Específicamente, en Argentina y Chile, las reformas de los sistemas públicos han enfatizado vigorosamente la competición entre grandes compañías prestadoras, sometidas al modelo estadounidense. En países como Brasil, comienzan a aparecer propuestas semejantes, aunque su desarrollo hasta ahora sea muy incipiente y restrictas a sectores de prestación de servicios de salud, vinculados a los seguros privados, pero no se puede ignorar la rápida difusión en todos los vehículos de comunicación.

Utilizándose la bibliografía comentada de la OPS(18), en particular, el trabajo de Waitzkin(19), se puede decir que *hay cuatro elementos esenciales en la Atención Gerenciada* que la distinguen y que vienen siendo parcialmente implementados, en U.S.A.:

- a) *Grandes empresas integradas por aseguradoras y prestadoras* que venden planes de salud de forma competitiva (conocidas en el plan de gobierno de Bill Clinton, como “Asociaciones Responsables de Salud”). Tales empresas deberían operar como una HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) objetivando la drástica reducción de la práctica médica basada en el pago por acto.

Se define por HMO, los sistemas organizados para ofertar “cuidados integrales de salud”, cuyos atributos son: una red de servicios de atención coordinada para uso exclusivo de la HMO; ofertas de cuidados de salud para determinado grupo de la población o área geográfica con inscripción voluntaria; los gastos causados por la atención fuera de la red de servicios son en el mejor de los casos parcialmente reconocidos; los costos del sistema son, directa o indirectamente, divididos entre el personal médico (riesgo compartido).

Actualmente, en U.S.A., buena parte de los médicos e de los hospitales están ampliamente absorbidos por las HMO. En principio, esas modificaciones en la organización de la práctica médica, permiten un manejo más específico de las condiciones de trabajo por la acción profesional de un gerente de alto nivel en dirección administrativa, cuya responsabilidad sería (o es?) controlar acciones costosas que interesan específicamente, a los médicos y hospitales, que buscan la ganancia con la práctica de los procedimientos de alto costo. Mismo sin la aceptación del plan de Clinton, este aspecto de la Atención Gerenciada está aumentando rápidamente, en USA, en razón del creciente poder de las grandes empresas aseguradoras.

- b) *Grandes organizaciones de compradores de seguros* (en el plan Clinton, “Cooperativas de Salud Compradoras de Seguros” o “Alianzas de Salud”). Deberían actuar como una PPO (Organización de Proveedor Preferencial), entidades por medio de las cuales, una compañía de seguros y o un empleador, compran o contratan servicios de atención a la salud de un grupo seleccionado de proveedores para atender a una población definida de beneficiarios. Los proveedores aceptan los

procedimientos administrativos y la estructura de tarifas de las PPO, a cambio de que estimulen a sus beneficiarios a ser atendidos por ellos.

Estas son las características de las PPO: pagan a los médicos por servicios prestados y no por captación (no existe la modalidad del riesgo compartido); los afiliados a una PPO reciben servicios de un grupo de médicos y hospitales no exclusivos de ella, lo que significa que la relación entre la PPO y los proveedores es básicamente de tipo financiera y no organizacional. La PPO le reconoce ciertos servicios a sus afiliados, aún que estos hayan sido realizados por personas e instituciones que no sean proveedoras de la PPO.

Esos patrocinadores de salud pueden comprar planes de grandes vendedores, de modo organizado, realizado a veces por gobiernos provinciales o municipales. Además, estas organizaciones podrían también representar pequeños empleadores y hasta individuos, así como trabajadores liberales o desempleados. En teoría, tales organizaciones deberían funcionar como “compradores inteligentes” tomando decisiones planeadas con base en datos de costos y calidad de los servicios, de acuerdo con sus pretensiones.. —

c) *Beneficios de salud efectivos y uniformes.* El tercer componente es el conjunto de cobertura básica de atención a la salud, extensiva a toda la población. Un comité nacional de salud designado, definiría ese conjunto o paquete de beneficios mínimos. La decisión del comité acerca de la cobertura se apoyaría teóricamente en los estudios de los resultados clínicos y eficacia de los servicios de salud.

c) *Mudanzas en los códigos tributarios.* Las mudanzas disminuirían la capacidad de las corporaciones y de los individuos para deducciones en los impuestos por gastos de salud. Las corporaciones y los individuos, no podrían solicitar deducciones tributarias por coberturas de salud, que excediese el techo básico previsto y aunque ambos pudiesen comprar asistencia adicional, sin deducciones de impuestos, las mudanzas del código tributario ofrecería incentivos para la compra de una cobertura menos cara.

Cuestionando el tema

Durante el mes de mayo de 1997, en Brasil, hubo un reportaje central en la revista *Exame* 20, que trataba sobre “el precio de la salud en Brasil”, señalando como antídoto el Managed Care (Atención Gerenciada) adoptado en USA; una publicación de Aché Laboratorio, tratando también del asunto de la Atención Gerenciada como una novedad en planes de salud, incluyendo otro reportaje sobre el costo de montar y mantener un consultorio; y la realización de un curso de capacitación promovido por el Proahsa(22) sobre “Alternativas de Gestión en Salud – Managed Care”, para el cual fue convidado el Prof. Gordon Brown, de la University of Missouri, USA.

Además de una infinidad de textos en la prensa especializada y también en la no especializada sobre el tema. Destaco entre ellas, las publicaciones de entidades médicas, como por ejemplo, las del Consejo Regional de Medicina de San Pablo, del Consejo Federal de Medicina, de la Asociación Médica Brasileña, que viene presentando masivamente el tema para la categoría médica, desde mediados de 1996, así como las del Idec, organización no gubernamental vinculada al tema de la defensa del consumidor, con su publicación mensual(23), tratando sistemáticamente de los planes de salud.

Es curioso observar que, tomando las recientes reformas organizacionales sufridas por algunas “empresas” del sector salud –como por ejemplo, la Unimed de Campinas, la Cabesp de los funcionarios del Banco del Estado de San Pablo, el Previ del Banco do Brasil, la Amico(24), empresa de planes de salud- se puede percibir una gran identidad en la problemática sobre la naturaleza de la crisis del sector de la salud, con énfasis particular en la temática del alto costo del sistema, en la necesidad de gerenciarlo, en la posibilidad de dividir sus gastos con cada asociado y en las ventajas, para la calidad de los servicios ofrecidos, la creación de un escenario de disputa entre prestadores de asistencia por el “financiamiento” y o “pago”, además de la necesidad de desenvolver claramente, en una población restricta, acciones de control y prevención de riesgos de dolencias y de cronificación de cuadros clínicos instalados.

En junio de 1997, el periódico *Expresso*, de la Unimed de Campinas, hizo propaganda explícita de las ventajas de un Servicio de Asistencia Domiciliar para pacientes crónicos.

En los últimos años, las “empresas aseguradoras de salud” vienen adoptando un sistema co-pago con sus asociados, o mismo, un rateo de exceso de gastos entre ellos.

El conjunto de directrices de la Atención Gerenciada, ya lo ha visto y ha hecho la apuesta de que es posible combinar una tecnología de acción del sector administrativo bajo los costos médicos de las acciones de salud, con oferta de acciones de salud más baratas y eficaces, que en última instancia, tendrían profunda influencia en el costo general del sistema. De este modo, sustenta que los establecimientos de salud se tornan más competitivos entre sí, en un escenario regulado por la lógica de mercado para conquistar buenos niveles de financiamientos en los distintos grupos consumidores que los disputan.

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

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

- a) fuerte actuación de un sector administrativo que controlase los procesos micro decisorios de la práctica clínica, considerados responsables, en última instancia, por el padrón de incorporación tecnológica de los modelos de atención a la salud, señalando así, la necesidad de superación del actual modelo “flexneriano” de la práctica médica, centralmente determinado por el control del médico sobre los procesos productivos en salud, por medio de la construcción de mecanismos organizacionales que, al controlar la autonomía de la acción clínica en el momento de la imposición de una cierta línea de intervención médica, posibilitaría juntar calidad y bajo costo.
- b) Que esto aliado a un “paquete (conjunto) de acciones básicas”, cuya finalidad sería dar mayor eficacia a las intervenciones sobre un cierto “patrón de enfermar” de una determinada población-objetivo, que así, al tener el nivel de salud controlado y mantenido, consumiría “actos médicos” básicos inevitablemente más baratos.

- c) siendo necesaria la “focalización” de estas intervenciones en grupos específicos de consumidores, lo que permitiría un control empresarial más efectivo de costo y calidad de las acciones.
- d) la búsqueda incesante del siniestro “enfermedad”, como demanda de servicios tecnológicos más especializados, mediante la exclusión de grupos de alto riesgo y de la acción adscripta sobre grupos poblacionales de riesgos controlables o inevitables, segmentando explícitamente las intervenciones de sistemas (*sic*) de salud, bajo su paradigma, teniendo como objeto deseado las poblaciones saludables.
- e) la constitución por separado de las figuras de los administradores y prestadores para intermediar los intereses de los financiadores y de los usuarios, en la búsqueda de una combinación entre bajar los costos y satisfacer más.
- f) la construcción de una competición entre los prestadores, mediada por los administradores y los captadores de financiamientos, lo que imprimiría mayor calidad al sistema.

Con la finalidad de asimilar toda estas cuestiones, en el cuadro siguiente, busco sintetizar la propuesta de la Atención Gerenciada, descrita hasta ahora, considerando su proyecto y capacidad de intervención en el sector salud, destacando en esta presentación, lo que llamo de temas analizadores de la intervención (25), como por ejemplo, la regulación del sistema, el financiamiento, la prestación de servicios y así por delante.

TEMAS ANALIZADORES	Y	PROPUESTAS PARA INTERVENIR EN EL ESCENARIO DE LA CRISIS ACTUAL DEL SECTOR SALUD
--------------------	---	--

REGULACIÓN

Asume que cualquier intervención más efectiva del Estado en el sector de prestación de servicios es nefasta, a no ser para complementar las acciones en aquellos grupos que no tienen acceso a ningún tipo de beneficio vía mercado, defiende expresamente que la regulación es por cuenta de la competición por financiamientos e por clientes, dentro de una combinación entre ofertar el mejor producto para satisfacer las necesidades del consumidor, por el mejor precio y con la mayor garantía.

Defiende la acción reguladora del Estado, mediante ciertas reglas en el proceso de competición entre las prestadoras de servicios, para forzar que esta combinación sea la meta de todos los interesados en este escenario y para eso, construye la figura del administrador privado que ganaría cuando su control sobre las prestadoras, produjese de modo “perfecto” aquella combinación.

FINANCIAMIENTO

Hecho por los clientes de las aseguradoras, que normalmente son empresas privadas o públicas, grupos de usuarios organizados y hasta usuarios individuales. Se basa en la capacidad de las prestadoras captar consumidores, que los administradores al ser financiados por un cliente comprador, acaban por financiar al prestador y como de hábito, dentro de un “contrato de resultados”.

Admiten una línea de financiamiento que venga del presupuesto público, teniendo en cuenta la inclusión de grupos “marginados” del mercado privado, y como regla, comprando de administradores y prestadores privados.

PRESTACIÓN

La prestación queda a cargo de grupos muy diversificados de ofertadores de servicios de salud. Pueden ser médicos generales, equipos básicos de salud, establecimientos de estructuras tecnológicas más complejas o las propias prestadoras organizadas para dar cuenta de un amplio menú de “actos de salud”. Estas prestadoras entran en el sistema, por contratos con administradores de planes y de acuerdo con un listado base a ser producido y definido entre las partes, que los incorporan por la lógica de la demanda y no por su capacidad de producir y ofertar productos.

GESTIÓN DEL SISTEMA

La gran característica gerencial del sistema está dada por la capacidad de los administradores de planos, captar recursos financieros de ciertos grupos compradores – empresas, personas- y poner en la mira una clientela bien adscripta. Todos los administradores y ofertadores de servicios disputarían con sus pares, en un mercado regulado, que operaría dentro de una cierta inteligencia impuesta por los consumidores. Piensa en esos consumidores, tanto los que compran cuanto los que usan, así como los que imponen una racionalizada inteligencia al sistema, pues evaluando los otros dos agentes por los criterios de eficiencia y eficacia, harán sus elecciones.

GESTIÓN DE LOS SERVICIOS

En este ítem, la A.G. ha sido muy atractiva, en virtud de su pretensión de haber constituido una caja de herramientas para gerenciar servicios que, por un lado, sean competente en el control de costos y por el otro, adecuado a lo que el consumidor busca consumir.

Asocia la lógica de la competición gerenciada entre los cuatro agentes, con mecanismos de intervención en micro procesos decisorios técnicos por la racionalidad administrativa y financiera, teniendo en cuenta la mejor línea de producción con el menor costo, buscando para eso, ayuda en la economía en salud y en la epidemiología clínica, para formar protocolos de acciones técnicas, que adoptan gerencialmente para imponer controles sobre los servicios. Contratan a las prestadoras a partir de la misma lógica de contratos más globales, con financiamientos topes definidos y poco negociables, pero vía de regla, administrativamente subordinados.

Aíslan ciertos núcleos de excelencia y buscan contratos específicos con protocolos bien definidos y, en virtud de su alta monopolización por grandes grupos financieros con mucho poder de imposición, acaban “domesticando” estos núcleos por virar alternativas de sus existencias.

Para sumar a la acción inteligente del cliente, adoptan la lógica de co-pago del consumidor y la co-responsabilidad de las prestadoras.

ASISTENCIA MÉDICA

Esta se acopla a una línea de producción que va desde la menor incorporación de tecnologías duras –como equipos- para una retaguardia que se vuelve menos demandada.

En la base, se asocia a una acción más general clínica, con otros grupos profesionales, tipo enfermeros, para actuar de modo coaligado en las relaciones entre prestadoras y clientes, definidos de manera administrativa, permitiendo un control más personal de los costos y explotando la gran eficacia de las tecnologías blandas y blanda-duras en la producción de los actos de salud.

Se configura bien a servicios del tipo médico de familia, internación domiciliar, grupos de riesgos, ordenados por la lógica de la demanda en la construcción de un menú de ofertas, desde que prime la lógica de la “siniestralidad”.

Aún dentro de los establecimientos de alta complejidad, saca grandes provechos de esta adscripción de vínculo cliente y prestadora, claro que regulado por la lógica de la competición gerenciada ya descripta.

ASISTENCIA SANITARIA INDIVIDUAL

En virtud al modelo adoptado para la asistencia médica, procura buscar explotar la eficacia de la asistencia sanitaria individual, aumentando la capacidad de las prestadoras para actuar por la lógica del riesgo y de la optimización en el uso de los recursos disponibles. Aumenta la presencia de equipos multiprofesionales en la prevención de riesgos, apostando en el mantenimiento de la salud, pero en poblaciones adscriptas y previamente seleccionadas para que no sean muy onerosas para el sistema. Tiene un fuerte contenido excluyente para ciertas agrupaciones sociales que puedan implicar en costos para el sistema, seleccionando grupos sanos para ser los usuarios.

ASISTENCIA SANITARIA COLECTIVA

Como regla, esta es entendida como prerrogativa de la acción del Estado.

UNIVERSALIDAD

La universalidad es entendida como un equívoco, pues implica la no utilización positiva de la inteligencia del agente económico que actúa bajo la presión de los costos para poder calificar el sistema. Además, excluye cualquier grupo que pueda implicar mayor costo para el sistema, o sea, que vaya más allá de la posibilidad del equilibrio contable entre el precio final de los actos y su pago. Esto es un imperativo categórico de este sistema, que necesita evaluar muy bien los costos de cada actividad y su equilibrio, en lo que atañe a cobranzas. El sentido excluyente es basal.

INTEGRALIDAD

Para grupos específicos de consumidores, puede caber la noción de integralidad de las acciones individuales y colectivas y hasta la de integralidad del sistema, jerarquizado de complejidad tecnológica.

No en tanto, para muchos grupos, esta es inaplicable, porque como agente consumidor “compran” el derecho a algunos productos y no a otros, siendo excluidos al acceso de ciertos niveles de acciones y hasta del sistema.

EQUIDAD

No cabe la operabilidad de este concepto en un sistema regida por la lógica de mercado y centralmente por los costos. En ciertos lugares que adoptan su recetario, a lo sumo, por

reconocer los límites del mercado para dar cuenta de una equidad mínima, proponen una cesta básica de consumo de actos de salud, a ser ofrecida por el Estado.

FOCALIZACIÓN

Tiene fuerte sentido focal sobre ciertas poblaciones adscriptas por su presencia en el mercado de consumo, aliado a un paquete definido para grupos de riesgos específicos.

SEGMENTACIÓN

Es esencialmente segmentador en su asistencia, pues, como regla, la mayoría de los consumidores “compran” servicios básicos y son excluidos de los más complejos, pudiendo sólo tener acceso a ciertos niveles de servicios.

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

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

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

Por el ordenamiento de estos intereses en una cadena productiva gobernada por la razón instrumental de que los beneficiarios son los que desean calidad, que significa comprar por el precio más bajo posible la mayor eficacia final para la satisfacción de sus necesidades, las aseguradoras ocupan un lugar central dentro de los arreglos de tales procesos, en países de alta capitalización, apenas en parte completados por la existencia de grupos poderosos estatales, de control de financiamientos.

Se espera, entonces, que los consumidores sean agrupados por tipos de intereses en la forma de organizaciones inteligentes para hacer contratos de compras, valiendo lo mismo para los financiadores, en general.

Los prestadores representan los recursos, que bien controlados, puedan asegurar el éxito del paradigma, ya que son los que tienen condiciones de ofrecer nuevas modalidades de asistencia.

En la perspectiva de crear mecanismos organizacionales que controlen procesos micro decisorios de los actos productores de acciones de salud, típico de las estrategias del cuidado de la medicina tecnológica, la A.G., apunta para los mecanismos administrativos centrados en una racionalidad instrumental entre los medios y el fin, a partir de una óptica exclusiva de la enfermedad como siniestralidad, que aunque se diga de lo óptimo entre la acción y el resultado – pues no hay objetivamente parámetros ampliamente construidos que establezcan referencias para los administradores de cual es ese óptimo efectivo en las acciones de salud, a no ser la normativa sobre costos de procedimientos- esto sólo se expresa bajo la óptica acumulativa del capital financiero.

En fin...

El gran desafío de estos procesos es que el territorio de las tecnologías blandas y blandas que componen el acto de cuidar, así como la caja de herramientas que permite regir la producción de los actos productivos en salud, constituyan los lugares de fabricación de una transición tecnológica en el sector salud, en dirección a un nuevo nivel productivo.

Nivel este, dígame de paso, que ya da señales en USA, de que el nuevo rumbo que se viene imprimiendo, rompe con las modalidades anteriores, al punto de estar generando novedades en el mercado de trabajo del médico, que en situaciones productivas anteriores no eran evidentes. Existe hoy la perspectiva de desaparecer un gran número de puestos de trabajo en este mercado, que pondrá también, un gran número de estos trabajadores en situación de desempleo real.

Dentro de esto, considero que uno de los nudos críticos que interesa es: ¿cómo tornar controlable la dinámica micro decisoria, a tal punto, que la incorporación tecnológica y hasta la lógica de los procesos productivos sean alteradas? ¿Es decir, como, por el terreno de las tecnologías blandas que operan en los procesos relacionales que componen el acto de cuidar y mismo los actos decisorios en salud, se puede imprimir una transición tecnológica en el sector salud? **¿Es posible, además, pensar un modelo antihegemónico que torne la dinámica micro decisoria más pública, capturada por el mundo de las necesidades de los usuarios?**

Por todas las nociones que he expuesto sobre la micro política del trabajo vivo en acto en la salud y las lógicas de producción del cuidado, creo que sí.

1. Gran parte de esa conclusión, se inspiró en el texto producido por Merhy, E.E.; Iriart, C.B.& Waitzkin, H. *Atenção gerenciada: da microdecisão clínica à administrativa...*, obra citada.
2. Cito como fuente fundamental para comprender el proceso argentino, la tesis de doctorado de Iriart, C. *Atenção gerenciada...*, obra cit.
3. Paganini, J.M. *Nuevas modalidades...*, obra cit.
4. Waitzkin, H. *El dilema de la salud en EE.UU...*, obra cit.
5. Waitzkin, H. The strange career of managed competition: military failure to medical success? E.U.A.: *Am J ublic Health*, 1994, 84:482-9; Tucker, S.A. (ed.). *A modern*

- design for defense decision: a Mc Namara-Hitch-Enthoven anthology.* Washington, D.C.: Industrial College of the armed Forces, 1966; Enthoven, A.C. & Smith, K.W. *How much is enough?: shaping the Defense Program, 1961-1969.* New York: Harper & Row, 1971.
6. En la época, ocupando la Presidencia de los E.U.A.
 7. Enthoven, A.C. *Theory and practice of managed competition in health care finance.* Amsterdam: North-Holland, 1988.
 8. Enthoven, A.C. Consumer-choice health plan. E.U.A.: *N Engl J Med.* 1978, 298:650-8, 709-20; Enthoven, A.C. *Health plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care.* Reading, MA: Addison-Wesley, 1980.
 9. Ver más adelante una descripción sobre HMO.
 10. Enthoven, A.C. Managed competition in health care and unfinished Agenda. E.U.A.: *Health Care Financ Ver.* 1986 (suppl): 105-19.
 11. Enthoven, A.C. & Kronick, R.A. consumer-choice health plan for the 1990s. E.U.A.: *Engl J Med.* 1989, 320:29-37, 94-101.
 12. Shapiro, B. Zoe Baird. *Los Angeles Time.* January 7, 1993:B11; US health reform: cliches, cost and Mrs C. E.U.A.: *Lancet.* 1993; 341: 791-2.
 13. En el estado de Wyoming (E.U.A.), junto con Ellwood, dirigentes de compañías de seguro, realizaron varias reuniones con Enthoven y con otros proponentes de la Atención Gerenciada, conformados en el “Grupo de Jackson Hole”. Ese grupo, que tuvo función de consultor para cuestiones de la reforma en la salud del gobierno Clinton, fue financiado, en gran parte, por la industria privada de seguros, industria que también se envolvió en el financiamiento de la campaña electoral de este presidente. Vale recordar que en estados Unidos, las empresas de seguros de salud, mueven un capital financiero de un volumen mucho mayor que el de la General Motors, por ejemplo.
 14. Ellwood, P.; Enthoven, A.C. & Etheredge, L. The Jackson Hole initiatives for a twenty first century American health sistem. E.U.A.: *Health Econ.* 1992, 1:149-168; Brown, E.R. Health USA: a national health program for the United State. E.U.A.: *JAMA.* 1992, 267:552-8; Starr, P. *The Logic of health-care reform.* Knox-ville, TN: Whittle Direct Books, 1992.
 15. Starr, P. & Zelman, W. A.A. bridge to compromise: competition under a budget. E.U.A.: *Health Aff (millwood).* 1993, 12(suppl): 7-23; Garamendi, J. *California health care in the 21st century: a vision for reform.* California (Sacramento): Departament of Insurance, 1992.
 16. Enthoven, A.C. *Theory and practice of managed competition en health care finance.* Amsterdam: North-Holland, 1988; Abel-Smith, B. The rise and decline of the early HMOs: some international experiences. E.U.A.: *Lancet.* 1993, 341:805-19; Glaser, W.A. The United States needs a health system like other countries. E.U.A.: *JAMA.* 1993, 270:980-4.
 17. Oliveros, Cossio R. Consideraciones y sugerencias en torno al 2% de aporte del empleador, establecido en la ley 18.566. Chile: *Salud y Cambio.* 1992; 3(9):4-5; Iriart, C. & Leone, F. Descentralización de salud. In: *Normas de descentralización en salud.* Buenos Aires: PRONATASS – Ministerio de Salud y Acción Social y Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios

- Sociales, 1994; Iriart, C.; Leone, F. & Testa, M. Las políticas de salud en el marco del ajuste. Rosario (Argentina): *Cuadernos Médico Sociales*. 1995, (70):5-21; Waitzkin, H. *El dilema de la salud...*, obra cit.
18. Paganini, J.M. *Nuevas modalidades de organización de los sistemas...*, obra cit.
 19. Waitzkin, H. *El dilema...*, obra cit.
 20. Vasallo, C. Socorro: Por que os preços cobrados pelos hospitais brasileiros são tão altos. São Paulo: *Exame*. 7/5/1997, p. 84-96.
 21. Revista *Prodoctor Business*. Guarulhos: Aché Laboratorio, 1997.
 22. Programas de Estudios Avanzados en Administración Hospitalar y de Sistemas de Salud del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la USP y de la Escuela de Administración de la Fundación Getúlio Vargas.
 23. Revista *Consumidor S.A.* São Paulo: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 6/1996, n 9, en la cual se publicó una Guía de los Planes de Salud, para mostrar las trampas de los contratos.
 24. Describo, más adelante, la experiencia de esa empresa con la AG.
 25. Esos temas, para quien analiza los diagnósticos de los diferentes formuladores de políticas de salud, son constitutivos de la matriz discursiva de la inmensa mayoría de ellos, así como de los principales sujetos colectivos que, en Brasil, por ejemplo, actúan en conformidad con la actual línea de acción del gobierno brasileño en el sector salud. Por eso y a propósito, los destaqué para construir el cuadro.

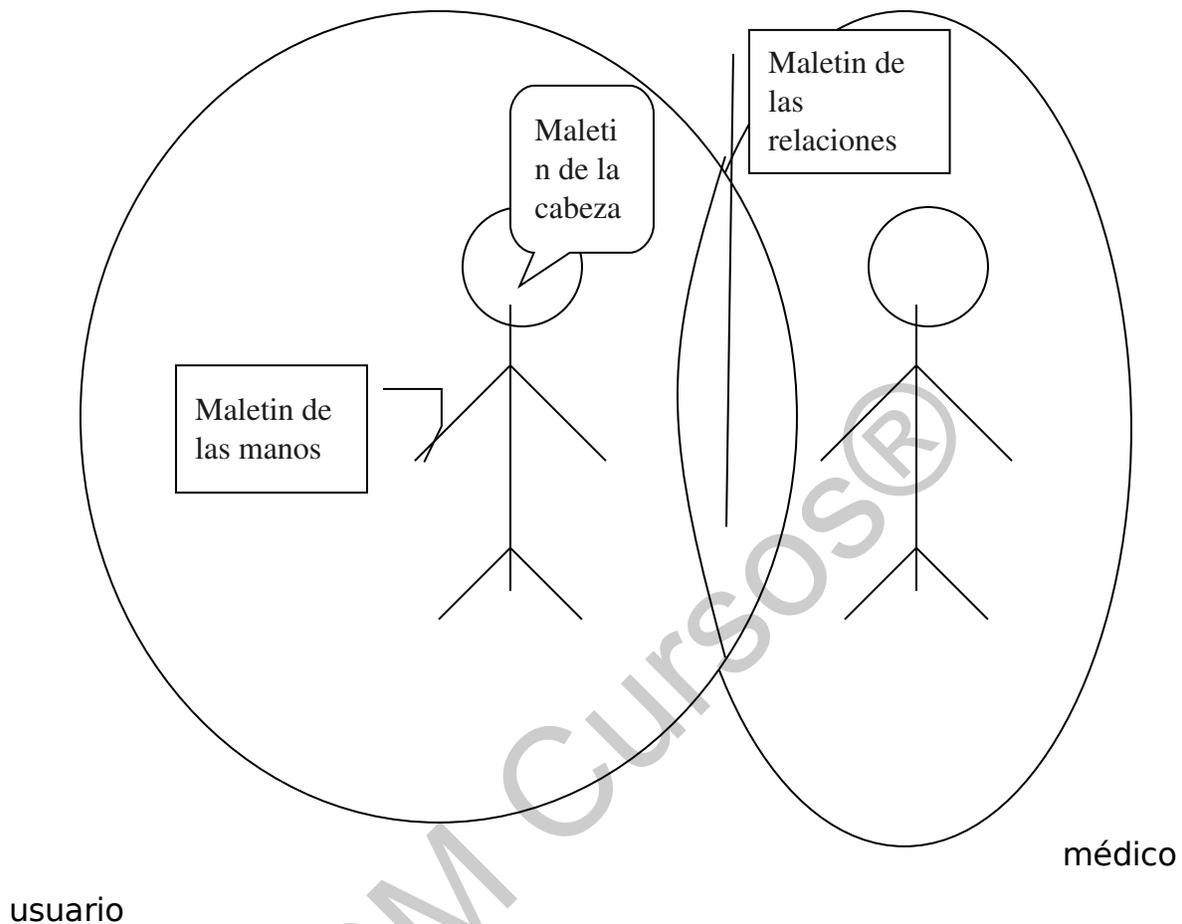
CAPÍTULO 4

UN ENSAYO SOBRE EL MÉDICO E SUS MALETINES TECNOLÓGICAS: HACIENDO UN EJERCICIO SOBRE LA REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA EN LA PRODUCCIÓN DEL CUIDADO(1)

Imaginando los posibles arreglos de los maletines

Para facilitar el entendimiento de las cuestiones que trataré en este texto y tornarlo más didáctico, propongo como imagen el encuentro entre el médico y un usuario, observándolo desde la noción de los maletines que este profesional de salud utiliza para actuar en este proceso de intersección (2). Consideraré que estas valijas representan cajas de herramientas tecnológicas, como saberes y sus desdoblamientos materiales y no materiales(3), que tienen sentido de acuerdo con los lugares que ocupan en este encuentro y conforme las finalidades que se aspira.

Creo que el médico, para actuar, utiliza tres tipos de valijas: una vinculada a su mano y en la que caben, por ejemplo, el estetoscopio, así como el ecógrafo, el endoscopio, entre otros tantos equipamientos que expresan una caja de herramientas tecnológicas, formada por “tecnologías duras”(4); otra vinculada a su cabeza en la cual caben saberes bien estructurados como la clínica y la epidemiología, que expresan una caja formada por tecnologías blanda-duras; y la tercera, vinculada al espacio relacional entre trabajador-usuario, que contiene tecnologías blandas implicadas con la producción de las relaciones entre los dos sujetos, que sólo obtienen materialidad en acto.



Al mirar estas valijas y pretender entenderlas bajo la óptica de la micro política de los procesos de trabajo, se puede afirmar que todas expresan procesos productivos singulares implicados con ciertos tipos de productos(5). Por ejemplo, la valija de las manos, la de las tecnologías duras, permiten procesar a través de sus equipamientos, imágenes, datos físicos, exámenes de laboratorio, entre otros. No en tanto, para que estos productos se realicen, consumen, además del trabajo muerto de la máquina, el trabajo vivo de su “operador” con sus saberes tecnológicos, pero de tal modo, que hay una captura predominante del momento vivo por la lógica productiva instituida en el equipamiento.

La valija de la cabeza, permite procesar el recorte centrado en la observación del médico sobre el usuario, como objeto de su intervención en un proceso de captura del mundo de éste y de sus necesidades, bajo una forma particular de significarlo. Esta visión es construida por ciertos saberes bien definidos, que se expresan como trabajo muerto, de ahí su lado duro. Entre tanto, en el momento de concretizarse por la acción del médico sobre el usuario, mediante su trabajo vivo en acto, es “contaminado” en su procesar productivo, dándole una cierta incertidumbre (o duda) en el producto a ser realizado y desviándolo de

su dureza por la relación centralmente blanda que el usuario real impone para el raciocinio clínico. La mirada del médico, a pesar de armada, va a singularizarse en el acto. Es decir, por más que sufra esa “contaminación” dándole una cierta levedad por la acción en acto del trabajo vivo del médico -que no está plenamente capturado por el saber tecnológico bien definido, pues tal captura es disputada también por el usuario presente en acto en este proceso- los productos realizados en esta situación productiva pueden circunscribirse por la imposición del lado más duro de ese proceso sobre el más blanda y también puede ocurrir lo contrario. No hay una única manera de realizarse el acto clínico(6).

Esta situación incierta de la finalidad que será cumplida en este tipo de proceso productivo inscripto en la valija de la cabeza, contaminará a la valija de la mano pues está relacionada con ella en un proceso dominante. Es a partir de este terreno, el de la valija de la cabeza y de sus procesos productivos, que los productos de la valija de la mano adquieren significados como actos de salud. Y el mayor endurecimiento de los procesos productivos en torno de saberes tecnológicos muy bien definidos, dará mayor o menor interdicción a la posibilidad de que el mundo del usuario penetre también como captor de las finalidades de los procesos productivos en salud.

Los distintos modelos de atención varían en esta situación relacional, aunque sin duda, la valija que por sus características tecnológicas propias permite reconocer en la producción de los actos de salud una situación de disputa abierta permanente de juegos de captura, imposibilitando que las finalidades y hasta sus objetos sean de un orden único, es la valija del espacio relacional trabajador-usuario. Los procesos productivos en salud que ocurren en este espacio, se realizan únicamente en acto y en las intersecciones del médico y del usuario. Es este encuentro que da, en última instancia, uno de los momentos más singulares del proceso de trabajo del médico como productor de cuidado(7).

Entretanto, es un encuentro que el médico también procura capturar. Es sólo verificar para ese momento productivo, la importancia que las reglas sobre la ética del ejercicio profesional y los saberes sobre la relación médico-paciente adquieren, para tener la noción de cuanto el trabajo vivo en acto del médico está operando también sobre este espacio, tentando, con la valija de la cabeza, imponer su modo de significar este encuentro, ampliándola con saberes más allá a los de la clínica de médico.

Este es un espacio ocupado por procesos productivos que sólo son realizados en la acción entre los sujetos que se encuentran. Por eso, estos procesos son regidos por tecnologías blandas que permiten producir relaciones, expresando como sus productos, por ejemplo, la construcción o no de aprobación, vínculos y responsabilidades, juegos transferenciales, entre otros(8).

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

Este momento productivo, esencialmente el del trabajo vivo en acto, es abierto a la disputa de capturas por varias lógicas sociales, que buscan tornar la producción de las acciones de salud, de acuerdo con ciertos intereses e impedir otros.

Nunca pierde su tensión de espacio en disputa, más aún, nunca pierde la demostración de que las fuerza, mismo impedidas, con su presencia están siempre operando en acto.

Es en este espacio que la búsqueda “capturante” del usuario, presenta mayor chance de conquistas para imponer “finalidades” al trabajo vivo del médico.

La particular relación que esta valija adquiere en correspondencia a las otras dos, define el sentido social y contemporáneo del actuar en salud: la producción del cuidado como un cierto moldeado tecnológico (de salud) de realizar el encuentro entre el usuario y su mundo de necesidades, expresado en “su modo de andar por la vida”, y las diversas formas productivas (tecnológicas) de capturar y convertir este mundo, en su objeto de trabajo.

Desde la óptica del trabajo médico, las diferentes formas de realizar los modelos de atención a la salud, definiendo reestructuraciones productivas en el sector, muestran que los arreglos entre los maletines son estratégicos y hasta definidores del sentido de los modelos, a partir de las configuraciones que adquieren internamente entre sí, los maletines de la cabeza y del espacio relacional.

Por ejemplo, en la medicina tecnológica(9) hay un empobrecimiento de la valija de las tecnologías blandas, dislocándose el eje del arreglo tecnológico para una especial articulación entre la valija de las tecnologías blanda-duras con las de tecnologías duras, de tal modo que muestre una relación cada vez más focal de la competencia de la acción del médico, al punto de reducirse prácticamente a una unidad de producción de procedimientos, como se pretende el acto de salud. Expresa cierto proceder bien definido, reducidos a meros procedimientos puntuales, son sub especializados en el plan de formación de la competencia profesional, con los cuales los profesionales, establecen sus verdaderos vínculos desde dónde capturan los usuarios y su mundo.

Así mismo, no elimina la tensión constitutiva del conjunto de los actos de salud como producción del cuidado y mucho menos, consiguen extinguir el hecho de que el conjunto del proceder en salud son situaciones que buscan sustantivamente la captura del trabajo vivo en acto.

El trabajo médico, para realizarse como una forma del cuidado en salud, tiene que construir una competencia de acción en dos dimensiones básicas de las intervenciones en salud –una, la de 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- para componer su lugar en la organización y estructuración de los modelos de atención. La construcción de estas competencias son conseguidas en los posibles arreglos que las tres valijas permiten, produciendo una intervención médica enfocada tanto en los procedimientos, cuanto en ciertas formas cuidadoras.

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

En su intervención, el trabajo médico busca capturar al usuario a partir de su universo de acción profesional y de los saberes tecnológicos que lo conforman, intentando, en un doble movimiento, tanto atraer al usuario y su mundo para dentro de su obrar tecnológico, cuanto someterlo a este. No en tanto, es interesante observar, que a pesar de este esfuerzo, el recorte de estos procesos relacionales por los saberes médicos, no se sobreponen plenamente a lo que es pretendido por el usuario en esta misma relación(10).

Este trabajo construye proyectos terapéuticos(11) tensos, pues se cobra de él y también del todo su saber hacer, tanto un operar la producción de una dimensión propia del cuidar – dada por los procesos relacionales y blandas del trabajo en salud, en sus relaciones propias con los saberes tecnológicos estructurados, de la valija de las tecnologías blanda-duras- cuanto otro específico del propio acto médico, vinculado a un cierto recorte del saber disciplinar expresado por un orden “profesional”(12), centralmente compuesto en las relaciones entre aquellos saberes tecnológicos con la valija de las tecnologías duras, poniendo enfocando la producción de procedimientos centrado en el médico.

En el cuadro siguiente, se pretende visualizar esta situación:



Las dimensiones cuidadoras y “profesional específica”, son territorios de prácticas técnicas que se componen en cualquier producción de actos de salud y que se definen conforme el modelo de atención, en ciertos empobrecimientos o enriquecimientos, como campos de saberes tecnológicos, en el uso de los maletines que construyen y están disponibles para ellas. Puede haber aún, predominio de una sobre la otra de tal modo que haya modelos en los cuales la dimensión cuidadora puede estar prácticamente anulada. Como la noción de lo que sea la dimensión profesional es más visible por la propia materialidad de los procedimientos, más abajo se describe lo que compone la dimensión cuidadora, para avanzar en esta reflexión.

La dimensión propia y cuidadora está presente en cualquier práctica de salud y no pertenece a un recorte profesional específico

visa
producir

*procesos del habla y de la escucha
*relaciones intersectoras con el mundo subjetivo del usuario de como él construye sus necesidades de salud
*relaciones de acoger y vínculo
*posicionamiento ético
*articulación de saberes para componer Proj. Terapéuticos.
*...

El proyecto terapéutico producido por la medicina tecnológica es expresión de una sumatoria de actos fragmentados sobre un usuario insumo, dividido por tantas unidades de producción de procedimientos cuantas puedan constituirse. La tercera valija estará colocada en un espacio subordinado, reducida a situaciones objetales entre trabajadores y usuarios bajo la forma de procedimientos. Los productos vinculados a la realización de la dimensión propiamente cuidadora quedan plenamente centrados en las lógicas corporativas y de producción de procedimientos, así por ejemplo, el vínculo pasa a ser con un examen, (o) una consulta.

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

La tercera valija, la de las tecnologías blandas, fue subsumida en el proceso por una relación privilegiada de las otras dos, en el que el trabajo vivo en acto del médico, tiende a ser plenamente capturado y expresado por saberes tecnológicos que reducen su foco de acción a la producción de procedimientos. Su capacidad de regir el cuidado, queda restricto al comando de unidades de producción de procedimientos médicos. Sin embargo, las lógicas que piden las acciones tecnológicas de la tercera valija están allí, tensas, presionando el predominante “núcleo profesional” por un “propiamente cuidador”, más amplio, aún que dependiente también de aquel.

Es posible asumir este molde dentro de una lógica capitalista que ve, en la asociación entre los servicios de medicina tecnológica (con sus equipos y saberes focales bien estructurados) y el capital industrial, un productivo terreno de inversiones y de acumulación, tanto en el plano de servicios empresariales de salud, cuanto en el de las industrias de equipos y remedios.(13). No en tanto, los proyectos terapéuticos así compuestos, expresan una conformación tal, que torna ese modo de producir el cuidado por el trabajo médico, paradójal en relación a la conquista de sus resultados. Cargan en sí, una dificultad real de controlar los costos monetarios en la forma de incorporar tecnología, además de promover pérdidas en la eficacia global del conjunto de las prácticas de salud, mismo pudiendo, paradójicamente, ganarlas en términos focales. La micro decisión del médico, se combina interesadamente con las necesarias micro decisiones que el capital pretende con sus actos productivos, por ejemplo, el de las industrias de equipos de diagnósticos y terapéuticos.

Las situaciones “correctivas” de esta pérdida de efectividad más común bajo este modelo y que expresan sus tensiones, son: por un lado, la búsqueda permanente en el plano del discurso de un perfil profesional más general – hecho que nunca se realizará - , y por

otro, la persecución incesante de modalidades de bajo costo para la producción de los actos de salud. Sin embargo, al no romper con la base de esa modalidad de producción, acaban siempre en una acción de mudanza en la conservación, sin establecer de hecho un nuevo compromiso eficaz y efectivo alrededor de las necesidades del usuario y sí con modalidades simplificadas, consumidoras de menos tecnologías duras o endurecidas, lo que incluye, por último, un movimiento consumista del usuario, como para compensarle la baja efectividad.

Uno de los indicadores de la crisis que el modelo de la medicina tecnológica viene experimentando, es el hecho de que hay parcelas del propio capital buscando invertir en el sector de salud, desvinculados a la asociación entre la “medicina tecnológica” y los complejos industriales, (14) explotando una posible ruptura tecnológica(15) que puedan contener los maletins internamente y entre sí, para la formación de una relación distinta entre la competencia cuidadora y la profesional centrada. Las modalidades del capital que apuestan en otro moldeado para el trabajo médico, buscan, por medio de tecnologías específicas, capturar la micro decisión clínica por una gerencial, manteniendo la naturaleza propia del territorio productivo de la salud pero en la lógica capital centrada.

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

El capital financiero, al entrar por medio de las aseguradoras, buscará respaldo en un nuevo arreglo tecnológico entre los maletins, en particular entre las tecnologías blanda-duras y blandas, inclusive hasta enriqueciéndolas, tentado colocar una cierta levéz en el campo de las blanda-duras y una cierta dureza en las blandas, 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 minimizarlo, como señalé en el análisis de la A.G. Buscará herramientas en el campo de acción de la salud pública, de la administración de los servicios de salud, para ampliar la valija de los procesos relacionales, más allá de la relación médico-paciente. Produce valijas para el médico, que en la mezcla de aquellas dos, pasen a contar con: saberes clínicos que posibilitan la construcción de proyectos terapéuticos conjuntos, no por “sumatoria”, saberes de la economía y de la salud que permitan realizar una gestión del cuidado de costo controlable, varios proyectos tecnológicos de intervención en la prevención de riesgos, o de sus controles, con una cierta forma de incorporación de la epidemiología y sus modos de hacer acciones de salud. Claro que siempre en el sentido de someter los proyectos terapéuticos, ante todo, al control de costos (capital centrado).

Busca ampliar el papel de la dimensión cuidadora sobre las profesionales en el conjunto de sus acciones, dando un lugar estratégico para los procesos de gestión del cuidado como mecanismo de incorporación de procedimientos, además de la generación de productos típicos de los actos cuidadores centrados. Eso se expresa en el aumento de la presencia de proyectos como: *home-care*, adscripción de clientela, entre otros. Inaugura una búsqueda tensa de captura de la micro decisión médica sobre su acto por una micro decisión gerencial o burocrático-administrativa tomada y comandada por el capital (asegurador) financiero.

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

Los seguros se abren, apropiándose de la enorme tajada de movilización de recursos de capital que el sector de salud promueve por el mundo. El impacto de este proceso en el sector, como reestructuración productiva y transición tecnológica, aún está por ser entendida de manera más completa, aunque ya es objeto de algunos estudios citados anteriormente y ya permite, dentro del espíritu de este texto, indicar que tanto el mercado de trabajo está sufriendo alteraciones significativas, cuanto el territorio tecnológico de la salud está siendo ocupado por nuevos saberes y prácticas. Puestos de trabajo para los médicos desaparecen, en particular para los especialistas. Nuevas modalidades de asistencia van ganando relevancia, nuevas competencias profesionales van siendo demandadas.

Concluyendo

Con este texto se está afirmando que la reestructuración productiva del sector salud pone en juego los arreglos entre los maletines y los núcleos de competencia, teniendo en consideración que las tentativas de captura no son sólo del capital o de los intereses a él referidos, y que esas varias tentativas pueden generar una tensión transformadora en el trabajo médico, al pretender realizar una captura del trabajo vivo en acto de los trabajadores de la salud, en general y de los médicos, en particular. Estas tentativas se realizan dentro de formatos tecnológicos instrumentalizados por saberes bien definidos que procuran tornar este acto, en un encuentro de varios intereses sociales bajo la forma de las necesidades de salud, expresando los intereses de diferentes tipos de capitales, liberales, industriales monopolistas o financieros, incluyendo bloques gubernamentales específicos –con las políticas públicas en el ámbito del Estado- y hasta de ciertas “agrupaciones” sociales que las representan, como un derecho y un bien público. Las diferentes capturas, mostradas aquí bajo la óptica del capital, en sociedades como la brasileña, se presentan de modo múltiple y desigual-combinado complejizándose por la presencia de otros intereses que pueden fortalecer algunos modelados en relación a otros. En la actualidad, parece que la transición tecnológica a la que se asiste, apunta para una combinación desde la óptica del capital,

entre un médico o profesional de salud, cuidador restringido, que se articula con un otro “centrado en ciertos procedimientos profesionales” con competencia focal bien definida. Esta modalidad parece no tener capacidad para dar cuenta del tenso campo de los procesos de trabajo en salud, colocándose de forma permanente bajo el foco de acciones transformadoras por fuerzas que son interdictadas.

Este proceso busca promover la permuta de un médico centrado en procedimientos, por otro, ordenado a partir de las relaciones cuidadoras, pero que opera esta transición reafirmando más como un cuidador del capital que un cuidador del usuario. La lógica acumulativa del capital financiero no busca la defensa de la vida individual y colectiva como su finalidad 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 cueste la vida del propio usuario. Mismo que procese otra relación entre la dimensión cuidadora y la profesional específica, lo que muestra una potencia reestructurante del trabajo médico, esa transformación no va en dirección a las perspectivas de captura que pretende el usuario del trabajo vivo en acto en salud: el de ser un dispositivo que le permita mantener su autonomía, o recuperar parte de esta autonomía, de acuerdo con su modo de vida, al tomar como objeto central su mundo de necesidades.

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

Sin duda, el conjunto de estas tensiones operan como potencias de nuevas transformaciones, imponiéndose como desafíos a enfrentar por quienes luchan por la salud como bien público y por el trabajo en salud como tecnología al servicio de la defensa de la vida individual y colectiva.

1. Publicado con el título de Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas, en *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu (S.Paulo): 2000, 6:1009-16.
2. Em el texto O SUS e um de seus dilemas..., ya citado y publicado em Teixeira, S.M.F. (org.). *Saúde e democracia...*, esa discusión es más detallada, en ella se puede percibir que hay una centralidad ocupada por el “trabajo vivo en acto” como “sustancia” de los procesos de trabajo que acontecen en ese encuentro.
3. “Este estudo [...] se dedica à análise de uma forma particular de existência da mesma [tecnologia] qual seja a constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde” (Mendes Gonçalves, R.B. *Tecnologia e organização social da prática de saúde*, Hucitec, 1994, p.20).
4. En el texto nuestro que esa clasificación se debe a la centralidad que ocupa en mi concepto, el trabajo vivo en acto, para una visión sobre los procesos de trabajo y sus conformaciones tecnológicas.
5. “Até por motivos etimológicos, tecnologia refere-se aos nexos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho,

através daqueles três momentos do processo de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo” (Mendes Gonçalves, R.B. *Tecnologia e organização social da prática de saúde*, obra citada, p.18).

6. Esa tensa relación entre el vivo en acto del trabajo clínico y las teorías que permiten significar como ese encuentro entre un profesional y un usuario es problematizada de un modo muy enriquecedor por Castoriadis, C. *Encruzilhadas do labirinto 1*. Rios de Janeiro: Paz e Terra, en un debate sobre el psicoanálisis presentado en el capítulo Psique.
7. A bien de la verdad, esta valija es operada por cualquier tipo de trabajador de salud, no siendo un privilegio de los “diplomados”, o sea, todo operador del cuidado en salud es portador de una valija relacional.
8. En el texto trato con mayor detalle la producción de estos productos intersectoriales como actos de salud.
9. Se puede ver la discusión sobre la medicina tecnológica bajo otros ángulos en autores como Donnangelo, M.C.F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976, e Schraiber, L.B. *O médico e seu trabalho...*, obra citada.
10. En el texto A Perda da dimensão cuidadora..., publicado en el libro de Campos, C.R. et al. *O SUS em BH...*, obra citada, el autor trata más detalladamente de este tema.
11. El proyecto terapéutico adquiere un formato definido por la manera de cómo un cierto modelo de atención a la salud realiza el encuentro entre la capacidad de producir ciertas prácticas de salud y el mundo de las necesidades de salud como su problema de acción tecnológica, incorporándolas en sus objetos. Así por los proyectos terapéuticos podrá ser vista la manera de como en el día a día, los profesionales operan sus “cajas de herramientas”, componiendo y dando un cierto sentido para las prácticas de salud del médico y diseñando una cierta manera tecnológica de obrar. En el apéndice hay un texto tratando del tema.
12. En el texto Acto de cuidar, en el Apéndice de este libro, hay más reflexiones sobre el tema.
13. En autoras como Lilia Blima Schraiber, obras citadas, y Cristina Possas, obra citada, se encuentran referencias más profundas sobre este tema.
14. Ese movimiento del capital alrededor de nuevas líneas de acumulación se ha reflejado en los procesos de reestructuración productiva y (de) su hegemonización(hegemonía) por el capital financiero en todos los frentes de la producción económica en la sociedad actual.
15. Considero “ruptura tecnológica” cuando hay una nueva configuración tecnológica para la producción del cuidado en salud, de tal modo que el objeto de las acciones de salud y sus finalidades se colocan como cualidades distintas de las configuraciones anteriores.

APÉNDICE

APÉNDICE 1

ACTO DE CUIDAR: ALMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

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

En destaque, anotamos tres grandes contribuciones: la experiencia vivida en la red municipal de Belo Horizonte (ciudad capital del Estado de Minas Gerais/Brasil), entre los años 93 y 96; el trabajo colectivo que se desarrollo en Lapa/Dmps/Unicamp (Campinas/Brasil), beneficiario de las experiencias del movimiento sanitario brasileño de los años 70, hasta hoy, y en particular, la vivida en el Servicio de Salud Cândido Ferreira (Campinas/Brasil); y las solicitudes de la militancia en los movimientos sociales de salud, en particular, en el Sindicato de los Médicos de Campinas (Brasil).

De este último, queda un esbozo en el cual, la reflexión central era entender el trabajo médico como una paradoja: tanto como un dispositivo estratégico para instituir un modelo de atención a la salud desobligada con el usuario y procedimiento centrado, cuanto como una “herramienta” para ser desarmada y producir un nuevo modo de actuar en salud.

Del Lapa, la posibilidad de observar otros experimentos en torno del “proyecto en defensa de la vida” que son piezas de diálogos obligatorios y que inspiran nuevas prácticas, quedando siempre como deudor de lo colectivo, que allí se constituye. En este sentido, las propuestas de acción que presenta este texto, son reconocidas como productos de un “nosotros” que, mismo con sus diferencias, han producido incitantes proyectos de “actuar en salud”, que reconocemos como fuentes de inspiración.(1)

Entre tanto, es en la experiencia vivida en Belo Horizonte, con el conjunto de los trabajadores de la salud y con los dirigentes gubernamentales del período entre el 92 al 96, que tenemos nuestra mayor deuda y las instigaciones principales.

La necesidad de construir una nueva manera de producirse salud, dentro de una amplia red de servicios públicos que buscarse enfrentar el tema del acoger los usuarios en los establecimientos de salud, tentando construir un actuar coparticipado del trabajador con la vida individual y colectiva, estimuló un conjunto de reflexiones teóricas que nos permitiesen constituir un modo competente de realizar la mudanza de un modelo de atención corporativo-centrado para un usuario-centrado.

En este vivir con el colectivo de los trabajadores de esta red tal desafío, fuimos profundizando nuestro entendimiento conceptual sobre el trabajo en salud y las posibilidades de sus mudanzas, sin caer en el canto de sirenas de los proyectos neoliberales, que, en nombre de una ciudadanía negada y de una cesta básica de salud, viene ofertando casi como panacea, un médico de familia que todo resolverá como un milagrero,

despreciando la complejidad del actuar en salud y la necesaria expresión multidisciplinar de este actuar.

El acto de cuidar como el alma de los servicios de salud (2)

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

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

En los últimos siglos, el campo de la salud fue constituyéndose como un campo de construcción de prácticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro del cual, el modo médico de actuar fue tornándose hegemónico. Con todo, mismo en este modo particular de actuar técnicamente en la producción del cuidado, en todos estos años hay una enorme multiplicidad de maneras o modelos de acción.

Más, en los tiempos actuales, cualquier persona que tenga un mínimo de vivencia con un servicio de salud –sea un consultorio médico privado, una clínica de fisioterapia privada, un hospital público o privado, en fin, cualquier tipo de establecimiento de salud- puede afirmar con certeza, que las finalidades de los actos de salud, marcadas por compromisos con la búsqueda de cura de las enfermedades o de la promoción de la salud, ni siempre son, para ser optimista, bien realizadas.

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

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

Entre tanto, la vida real de los servicios de salud han mostrado que, conforme los modelos de atención adoptados, ni siempre la producción del cuidado en salud está comprometida efectivamente con la cura y la promoción.

Las duras experiencias vividas por los usuarios y trabajadores de salud, muestran esto cotidianamente en nuestro país.

Creo que poder pensar en moldes para los procesos de trabajo en salud, en cualquier tipo de servicio, que consigan combinar la producción de actos cuidadores de manera eficaz con

conquistas de los resultados, cura, promoción y protección, es un nudo crítico fundamental a ser trabajado por el conjunto de los gestores y trabajadores de los establecimientos de salud.

Poder explorar esta tensión propia de la producción de actos de salud, la de ser actos cuidadores, pero no obligatoriamente cuidadores y promotores de la salud, es un problema de la gestión de los procesos productivos en salud.

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

- la lógica de la producción de actos de salud como procedimientos y la de la producción de los procedimientos como cuidado, por ejemplo, la tensión en los modelos médicos centrados en procedimientos, sin compromisos con la producción de la cura;
- la lógica de la producción de los actos de salud como resultado de las acciones de distintos tipos de trabajadores para la producción y el gerenciamiento del cuidado, y las intervenciones más restrictas y exclusivamente presas a las competencias específicas de algunos de ellos, por ejemplo, las acciones de salud enfermero-centradas o médico-centradas, sin acción integradora y unificada en torno del usuario, o la clínica restricta del médico y procedimiento centrada, y los ejercicios clínicos de todos los trabajadores de salud.

Para facilitar la comprensión de estas cuestiones y hasta el entendimiento de que partiendo de estas tensiones, es posible pensar alternativas a los modelos ineficientes e ineficaces, que muchas veces operan en los servicios, transcribiré a seguir, trechos de textos ya producidos que permiten reflexionar y traducir los temas destacados arriba.

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

El trecho abajo es parte del capítulo, “La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud”, de Emerson Elias Merhy, publicado en el libro “*O SUS en Belo Horizonte*”, por la editora Xamã de São Paulo, en 1998, y fue revisto para este libro.

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, pero cuando son catalogadas las causas o las soluciones, vemos como esta constatación e incluso la discusión en torno de ella, no es tan simple.

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

Una pequeña observación en los reportajes de la prensa, muestra que el tema salud es muy nombrado por los brasileños como una de las cuestiones más fundamentales de su vida, al mismo tiempo que también podemos registrar que es en el área de prestación de servicios, dónde el ciudadano se siente más desprotegido.

Lo paradójico de toda esta historia, es que no son raros los estudios y reportajes que muestran los avances científicos –tanto en conocimientos, cuanto en soluciones- en torno de los problemas que afectan la salud de las personas y de las comunidades, y la existencia de servicios altamente equipados para sus intervenciones, lo que estimula entonces a preguntar, que crisis es esta que no encuentra su base de sustentación en la falta de conocimientos tecnológicos sobre los principales problemas de salud, o mismo en la posibilidad material de actuar frente al problema presentado.

Al estar atento, desde el punto de vista del usuario sobre las quejas que estos tienen en relación a los servicios de salud, podemos entender un poco esta situación. Desde ya, creemos que este punto de vista no es necesariamente coincidente 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, privilegiadamente desde el ángulo financiero, tentando mostrar que no es posible ofrecer buena asistencia con los recursos que se tienen –argumento mundialmente usado tanto en países como E.U.A. que gasta un trillón de dólares en el sector salud, cuanto en Brasil que debe gastar en torno de cuarenta mil millones en total.

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

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

Más adelante, intentaremos mostrar como esta cuestión está colocada para los procesos de trabajo en salud. En primer lugar, imaginemos 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 es denominado “problema de salud”, provocando en él, una alteración en torno de la producción de un resultado: la satisfacción de una necesidad/derecho del usuario final.

Supongamos que este proceso permita la producción de la salud, lo que no es necesariamente verdadero, pues ni siempre este proceso productivo impacta en ganar grados de autonomía sobre su modo de ir en la vida del usuario, que es, en última instancia, lo que entendemos como salud, pues aquel proceso de producción de actos de salud, puede simplemente ser “procedimiento-centrada” y no “usuario-centrada”, y la finalidad última por la cual se realiza se agota en la producción en la producción de un paciente operado y punto final, o en un paciente diagnosticado orgánicamente y punto final, lo que no es extraño para nadie que usa servicios de salud en el Brasil. En cuanto usuarios, nosotros podemos ser operados, examinados, etc., sin que con eso tengamos las necesidades/derechos, satisfechas.

[. . .].

La visión ya muy común, de que la tecnología es una máquina moderna, ha dificultado bastante nuestra comprensión cuando hablamos del trabajo en salud porque no nos estamos

refiriendo sólo al conjunto de las máquinas que son usadas en las acciones de intervenciones realizadas, por ejemplo, sobre los “pacientes”.

Al mirar con atención los procesos de trabajo realizados en el conjunto de las intervenciones asistenciales, vamos a ver que, además de las varias herramientas-máquinas que usamos, como rayos X, instrumentos para exámenes de laboratorio, instrumentos para examinar al “paciente”, incluyendo hasta los ficheros para archivar datos de los usuarios, movilizamos intensamente conocimientos sobre la forma de saberes profesionales, bien estructurados, como la clínica del médico, la clínica del dentista, el saber de la enfermería, del psicólogo, etc., lo que nos permite decir que hay una tecnología menos dura(3) que la de los aparatos y las herramientas de trabajo [. . .] [y mismo una blanda, clavada en la producción de procesos relacionales como actos de salud].

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

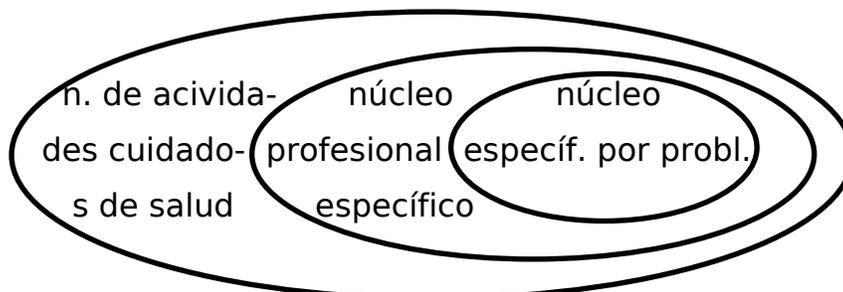
Consideramos como vital [. . .] comprender que el conjunto de los trabajadores de salud presentan potenciales de intervenciones en los procesos de producción de la salud y de la enfermedad, marcados por la relación entre sus núcleos de competencia específicos asociados a la dimensión de cuidador que cualquier profesional de salud posee, sea médico, enfermero o un portero (vigilante) de la puerta de entrada de un establecimiento de salud.

Creemos que una de las implicaciones más serias del actual modelo médico hegemónico [. . .] es disminuir mucho esta dimensión (cuidadora) [. . .] del trabajo en salud, en particular del propio médico. Hay autores que pregonan hace mucho, la noción de que la baja incorporación del saber clínico en el acto médico, viene comprometiendo seriamente la eficacia de esta intervención, y parodiándolos, podemos decir que la “muerte” de la acción cuidadora de los varios profesionales de salud, ha construido modelos de atención irresponsables frente a la vida de los ciudadanos.

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

Imaginamos que un profesional de la salud cuando actúa, moviliza simultáneamente sus saberes y el modo de obrar, definidos en primer lugar, 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 cubiertos por un territorio que marca la dimensión cuidadora sobre cualquier tipo de acción profesional.

Con el esquema de más abajo tentaremos mostrar lo que estamos diciendo:



En la producción de un acto de salud coexisten varios núcleos, como el núcleo específico definido por la intersección entre el problema concreto que se tiene por delante y el recorte profesional del problema. Por ejemplo, frente a un individuo que está desarrollando un cuadro de tuberculosis pulmonar, el recorte pasa necesariamente por el modo como el núcleo profesional médico, o de la enfermería, o de la asistente social, entre otros, recorta este problema concreto aportado por el individuo y que son núcleos en los cuales operan centralmente las tecnologías duras y blanda-duras. Mas, sea cual sea la intersección producida, habrá siempre otro núcleo operando la producción de los actos de salud, que es el cuidador, en el cual actúan los procesos relacionales del campo de las tecnologías blandas y que pertenece a todos los trabajadores en sus relaciones intersectoras con los usuarios.

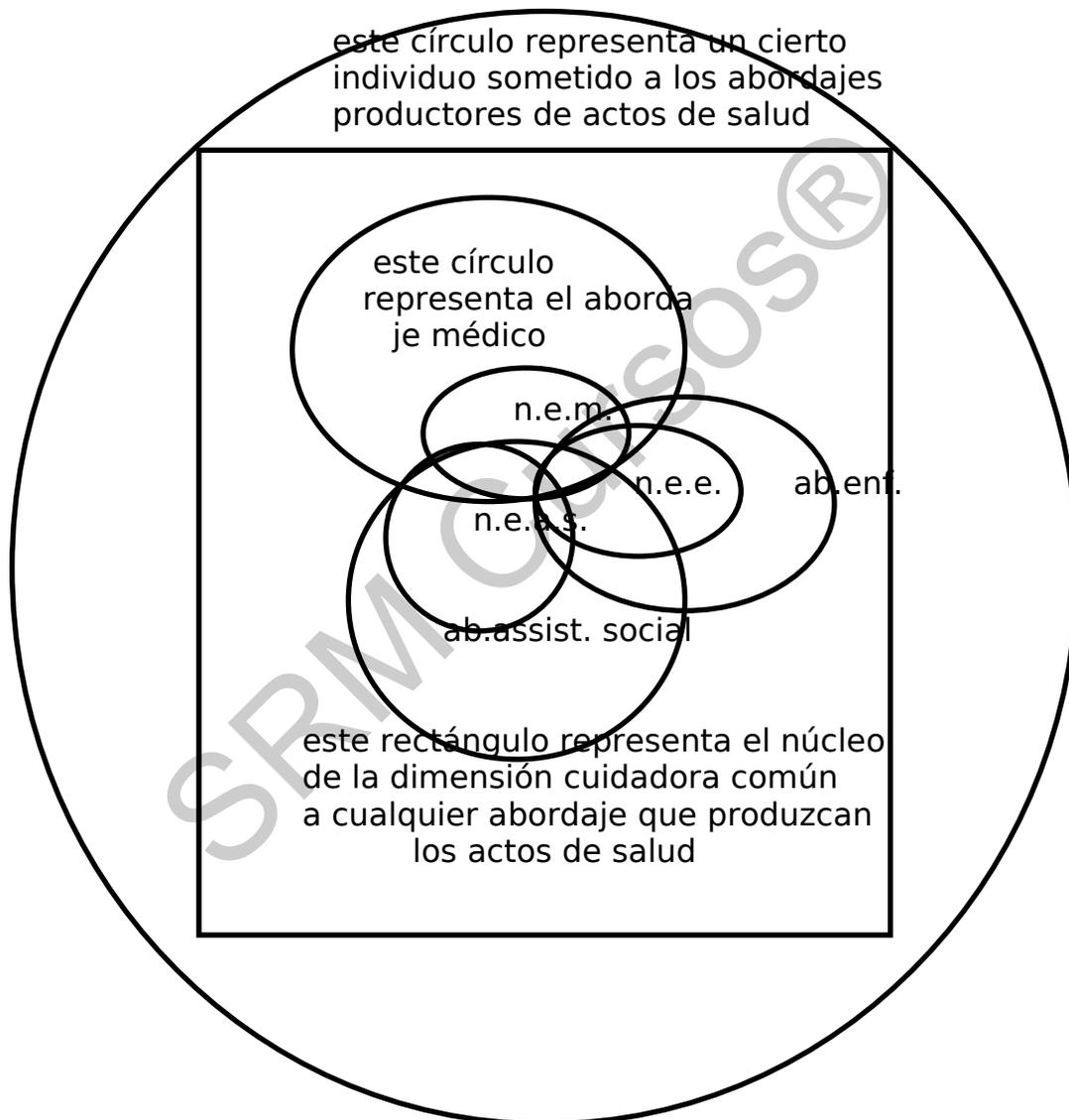
No en tanto, como la conformación tecnológica concreta a ser operada por los modelos de atención, es siempre un proceso que representa acciones instituyentes de fuerzas reales y socialmente interesadas en ciertos aspectos de la realidad, dentro de una manera muy particular de valorizar el mundo para sí, entendemos que el territorio tecnológico expresado en las tres dimensiones mostradas arriba, son en los servicios concretos, antes que nada, productos de las disputas entre varios actores interesados en este *locus* de acción social.

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

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

De este modo, el modelo médico hegemónico [. . .] expresa un grupo de intereses sociales que dibujan un cierto modo tecnológico de operar la producción del acto en salud, que empobrece una cierta dimensión de este acto en pro del otro, que expresaría mejor los intereses impuestos para este sector de producción de servicios, en la sociedad concreta dónde el mismo se realiza.

Veamos el esquema siguiente(4), diseñado a partir de los recortes que un médico, una enfermera y una asistente social hacen de un cierto usuario de un servicio, para a continuación, analizar como serán los distintos recortes en diferentes tipos de establecimientos y que tensiones ellos comportan, que nos permitan actuar en dirección a la mudanza de los modelos de atención a la salud, lo que a nuestro ver implica reconstruir: el modo de hacer política de salud en el servicio; la manera como el mismo opera en cuanto organización; y [el día a día] [. . .] de los procesos de trabajo que efectivizan un cierto modo de producción de los actos de salud, diseñando los reales modelos de atención.



Vamos a entender el diagrama de arriba, analizando inicialmente, una pensión protegida experimentada por algunos servicios que osaron organizar alternativas en los manicomios psiquiátricos, para luego usar el esquema explicativo para entender un hospital-general en

la búsqueda de posibilidades de intervenciones que muden los modos de producir actos de salud.

En primer lugar, debemos entender cual es la misión que se espera para una pensión protegida. Y esto sólo puede ser resuelto al hacernos la pregunta sobre el modelo de atención que se está queriendo implantar y lo que se espera de este equipamiento asistencial, pues cada tipo de modelo crea misiones diferenciadas para establecimientos aparentemente semejantes, que se traducen en directrices operacionales bien definidas.

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

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

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

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

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

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

Entonces, debemos estar atentos, ya que en este tipo de proceso hay por lo menos, dos cuestiones básicas: la de que todo profesional de salud, independiente del papel que desempeña, como 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 blandas, modos de producir prácticas de acoger los usuarios, responsabilización y vínculos; y al ser identificado como responsable por el “proyecto terapéutico”, estará siempre siendo un operador del cuidado, al mismo tiempo que un administrador de las relaciones con los varios núcleos de saberes profesionales que actúan en esta intervención, ocupando un papel de mediador en la gestión de los procesos multiprofesionales y disciplinares que permiten actuar en salud, frente al “caso” concreto presentado, lo que nos obliga a pensarlo como un agente institucional que venga a tener poder burocrático e institucional en la organización.

De este modo, vive la tensión de hacer este papel siempre en un sentido “duo”: como un “clínico” por trabar relaciones intersectoras con el usuario, productoras de procesos de acoger, responsabilizar y vincular, y como un gerente del proceso de cuidar a través de la administración de toda una red necesaria para la realización del proyecto terapéutico.

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

En poder de estas reflexiones, si estuviésemos analizando otro establecimiento que no fuera una pensión protegida sino un hospital general de clínica, nuestro análisis sería semejante, pero sufriendo ciertos disloques.

En estos establecimientos, actualmente, se espera de las misiones que ellos tengan compromiso con la garantía de la eficacia de los núcleos específicos de intervención profesional, en particular, el médico y la enfermería, sólo que esto, hoy es hecho por el dominio que el actuar médico impone hegemónicamente para los otros recortes y lo que es peor, en un modelo de acción clínica del médico, empobrecedora y hasta anuladora del núcleo cuidador.

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

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

Creemos que sólo la creación institucional de la responsabilidad de los profesionales y de los equipos para estos actos cuidadores, es que se podrá rediseñar el modo de trabajar en servicio de salud como un todo, por medio, por ejemplo, de dispositivos como la “atadura” referencial entre equipos y usuarios, por procesos terapéuticos individuales...

###

Creo que la mejor manera de aprovechar lo que ya fue dicho sobre la producción del cuidado en salud y las posibilidades de pensarlo en dirección a los actos comprometidos con las necesidades del usuario, es buscar analizar experiencias que han ambicionado este resultado.

Antes de eso, llamo la atención para tres cuestiones básicas que hasta ahora se muestran vitales en este texto:

- una dice respecto al hecho de que uno de los puntos neurálgicos de los sistemas de salud, se localizan en la micro política de los procesos de trabajo, en el terreno de la conformación tecnológica de la producción de los actos de salud, en los tipos de profesionales que los practican, en los saberes que incorporan y en el modo como representan el proceso salud y enfermedad;
- otra hace referencia a los procesos gerenciales necesarios para operar el gerenciamiento del cuidado y el modo como los intereses del usuario, corporativos y organizacionales actúan en su interior;
- por último, la composición de la caja de herramientas necesarias para que los gestores de los servicios de salud consigan actuar sobre este terreno político tan singular, generando establecimientos y sistemas de salud con herramientas gubernamentales complejas para actuar en el terreno político, organizacional y productivo (está siendo producida, sólo sobre este tema, una compilación cuyo paño de fondo es la discusión de si el conocimiento es o no, una herramienta para la gestión).

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

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

Gerencialmente es posible matricular toda la organización de salud, procurando construir la figura del gestor del cuidado, que podrá o no ser un médico, pero sí será siempre un cuidador. Mismo quien actúa como trabajador de una unidad de producción, por el dominio que tiene de una cierta competencia específica, puede ser un cuidador de ciertos usuarios,

pasando a responder por la producción del PTI (proyecto terapéutico individual), usuario-centrado, ante el establecimiento, operando el encuentro de varias unidades de producción en la construcción de una línea de producción del cuidado, sin dejar por eso de responder por el producto que esta unidad tiene como su identidad, al gestor del cuidado, cuando ligado a una unidad de producción de procedimiento bien definida,. Este es aquel que el servicio toma como su referencial para la producción de los resultados principales del establecimiento. [. . .].

1. Recordemos como textos referenciales, los de Campos, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida e Reforma da reforma...*, obras citadas; de Cecílio, L.C.O (org.). *Inventando a mudança na saúde...*, obra citada, y de Merhy, E.E. & Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde...*, obra citada.
2. Este texto fue producido con base en el texto didáctico *O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde*, que produjo em abril Del 99, para actividades en algunos cursos del DMPS/FCM/Unicamp.
3. Sobre tecnologías em salud, consultar capítulos anteriores, en particular, el 2 de este libro.
4. Destacamos como puntos de apoyo para este ejercicio, las contribuciones particulares de las reflexiones sugeridas por el texto. Notas sobre residencia y especialidad médica, de G.W.S. Campos, M. Chakkour & R. Santos, publicado en los *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, diciembre de 1997; bien como algunas experiencias vividas en la red de Belo Horizonte en el Serviço Cândido Ferreira, en el año 1990 o en los años 90?

APÉNDICE 2

APOSTANDO EN PROYECTOS TERAPÉUTICOS CUIDADORES: DESAFÍOS PARA LA MUDANZA DE LA ESCUELA MÉDICA (Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD) (1)

Introducción

Al mirar para una escuela médica que propone la mudanza de su proceso de enseñanza para invertir en la producción de un “nuevo” médico, podemos visualizar, por lo menos, dos grandes situaciones-desafío:

1. como identificar lugares efectivos de acción que lleven a la mudanza en el modo de ser de la escuela, redefiniendo sus misiones;
2. y como calificar la búsqueda por un “nuevo” tipo de competencia profesional.

Imaginemos primero, una escuela que tenga situaciones estructurales adecuadas para realizar sus proyectos de formación, o sea, esta escuela cuenta con área física, docentes, dinero, servicios, etc., en número suficiente para construir buenos indicadores sobre disponibilidad de recursos. Si bien que, ni por eso la enseñanza será adecuada, ni tampoco por eso, el perfil del profesional que formará será “nuevo”.

Nuestra imaginación tiene que ir más allá de los recursos estructurales y pensar en los modos de como disponerlos para “producir” nuestros médicos. Necesitamos mirar para el modo de como gobernamos los procesos de enseñanza-aprendizaje y todas las variables que implican a su composición, como por ejemplo, las maneras de como los docentes se vinculan a las prácticas de la enseñanza, sus adhesiones a las necesidades de los alumnos, sus modos de actuar en la producción de los servicios, entre otros.

Es decir, para que pensemos sobre lugares de acción en las escuelas, tenemos que “mirar” para los procesos que expresan lugares de actuación, lugares de acciones, modos de disponer de los recursos alrededor de ciertos fines y no “estructuras”.

Es en los procesos, en el hacer, dónde podemos identificar “dispositivos” para cambiar las maneras de gobernar los recursos disponibles y los modos de producir los resultados que expresan la misión de una organización dada.

Con esto, no estamos diciendo que los medios (recursos duros) no sean necesarios, pero sin duda, no son suficientes. Con mínimos recursos podemos producir “cosas” distintas conforme el modo de utilizarlos.

Para que pensemos sobre algunos dispositivos específicos de las escuelas médicas (hasta de las escuelas del área de la salud, diríamos) tenemos que preguntarnos sobre la marca singular de ellas, es decir, que tipo de competencia queremos construir. Lo que nos remite al reconocimiento de que estamos apostando en la formación de un profesional que deberá tener la capacidad de disponer de una “caja de herramientas tecnológicas” cuyo “compromiso-objetivo” es producir el “cuidado en salud”, visando impactar “necesidades”

que los individuos, y o, los grupos “aportan” y expresan como “necesidades de salud” (vea texto sobre El acto de cuidar: el alma de los servicios de salud).

En el caso del médico, queremos producir un “operador” de tecnologías de salud (duras, como los equipamientos, blanda-duras como la clínica y la epidemiología y las blandas como los procesos interseccionales relacionales), que tengan competencia de generar y regir un “proyecto terapéutico” que sirva de substrato para la producción del cuidado médico, en particular.

Es en la construcción de este proyecto terapéutico que se realiza el ejercicio de síntesis de las competencias, en particular, la de la articulación entre la competencia genérica de cualquier profesional de salud como un cuidador y su actuar específico como un profesional médico, por ejemplo, con su competencia específica frente a una cierta teoría sobre los modos de enfermar, construir intervenciones restauradoras.

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

Al analizar más críticamente los mecanismos de producción del cuidado a través de la construcción de los “proyectos terapéuticos” y los distintos modelos de atención a la salud que definen los perfiles profesionales competentes para operarlos, podemos abrir nuevos terrenos para buscar un “nuevo” tipo de competencia profesional en el interior de las prácticas de enseñanza de las escuelas y así gobernar nuestros recursos disponibles y nuestros procesos pedagógicos, de otras maneras.

Vamos a intentar comprender un poco más estas cuestiones para comparar las apuestas que pueden ser hechas en distintos proyectos terapéuticos y lo que ellas exigen para ser construidas.

Para tornar más claro lo que estamos afirmando, en primer lugar, vamos a imaginar las características predominantes, hoy, en un modelo de atención centrada en los procedimientos médicos, que es lo que marca la principal característica de las acciones de salud, en Brasil, y que se presenta con un cuidado en salud basado en un “proyecto terapéutico” producido a partir de las varias acciones individuales, productoras de procedimientos, por tanto, bien fragmentado y que se unifica por sumatoria.

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

Es interesante observar que si le preguntamos a cualquier usuario sobre lo que busca en el consumo de estos actos de salud, la respuesta no será muy diferente de uno para otro, inclusive nosotros, trabajadores de salud, como usuarios también responderemos cosas semejantes: queremos que esto cuide de nuestra vida y permita recuperar nuestra autonomía de caminar nuestro cotidiano, y creemos que para eso, los trabajadores de salud deberían

estar más envueltos con nosotros, usuarios, de que con los procedimientos, deberían ser más responsables por lo que hacen y tener nombre, ser personas reales tratando personas reales.

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

Como usuarios de un modelo de este tipo, nos tornamos meros objetos y como profesionales, meros insumos productores de otros insumos. Nos subyugamos al mundo de las tecnologías duras, empobreciendo nuestro núcleo cuidador. Además, en virtud de la naturaleza sumatoria y de no integralidad de los actos, nos tornamos responsables por proyectos terapéuticos cada vez más costosos, sin compromisos efectivos con la producción de los actos eficaces en salud.

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

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

Buscar en los años de formación esta mudanza, es el gran desafío actual de las escuelas médicas. Para eso, ellas deben armarse de dispositivos para la mudanza que permita alcanzar el modo de como componen las competencias de los profesionales médicos para la producción de los proyectos terapéuticos.

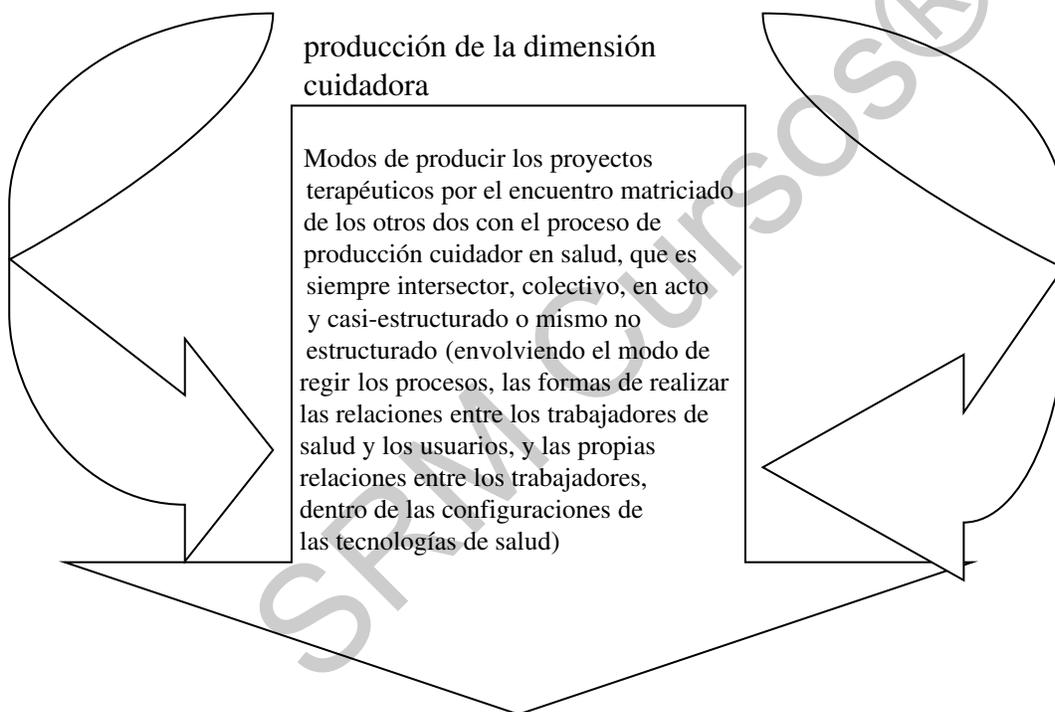
En este sentido, más adelante procuramos mostrar también gráficamente, como son los distintos procesos de producción del cuidado y de los proyectos terapéuticos, para poder imaginar *locus* de acciones transformadoras, en busca de un nuevo médico.

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

Producción de los insumos

Producción de los procedimientos
profesionales centrados

<p>modos estructurados de producción de los insumos burocráticos y administrativos y logísticos (ropas, alimentos, etc...)</p>	<p>modos casi estructurados y estructurados de producción de procedimientos de salud (imágenes, cirugías, consultas, etc...)</p>
--	--



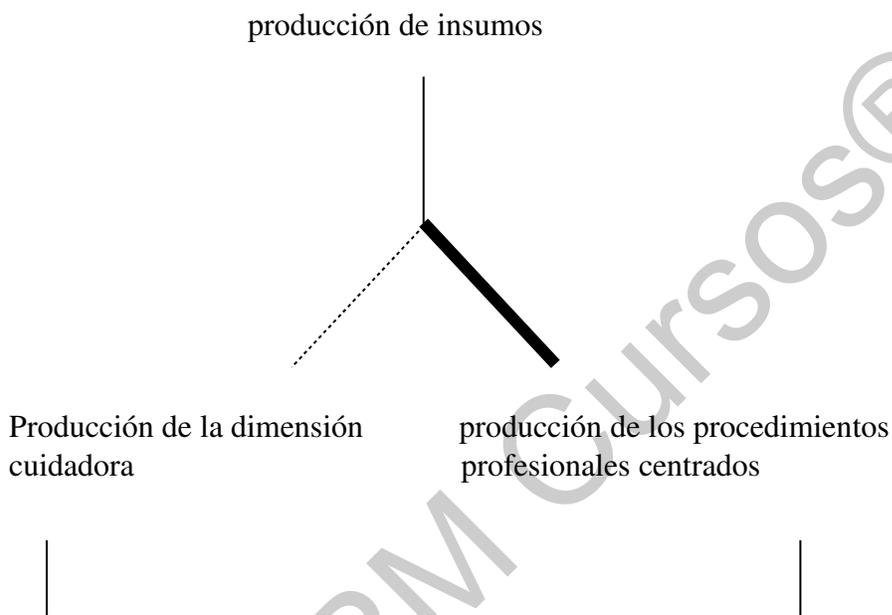
LA ARTICULACIÓN ENTRE ESTAS DISTINTAS LÍNEAS PRODUCTIVAS, DESEMBOCA EN LA PRODUCCIÓN DEL CUIDADO EN SALUD, QUE TENDRÁ UNA “CARA” DIFERENTE CONFORME EL MODELO DE ATENCIÓN QUE EXPRESA.

CADA LÍNEA PRODUCTIVA, POR SU PROPIA NATURALEZA, EXIGE HERRAMIENTAS GERENCIALES APROPIADAS, POR EJEMPLO, PROCESOS ESTRUCTURADOS PUEDEN SER BIEN GOBERNADOS POR TECNOLOGÍAS NORMATIVAS, AL PASO QUE LOS OTROS TIPOS DE PROCESOS EXIGEN TECNOLOGÍAS MÁS ESTRATÉGICAS, SITUACIONALES O INSTITUCIONALES PARA LA ACCIÓN GUBERNAMENTAL.

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

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

COMPOSICIÓN DE LOS PROYECTOS CENTRADOS EN PROCEDIMIENTOS

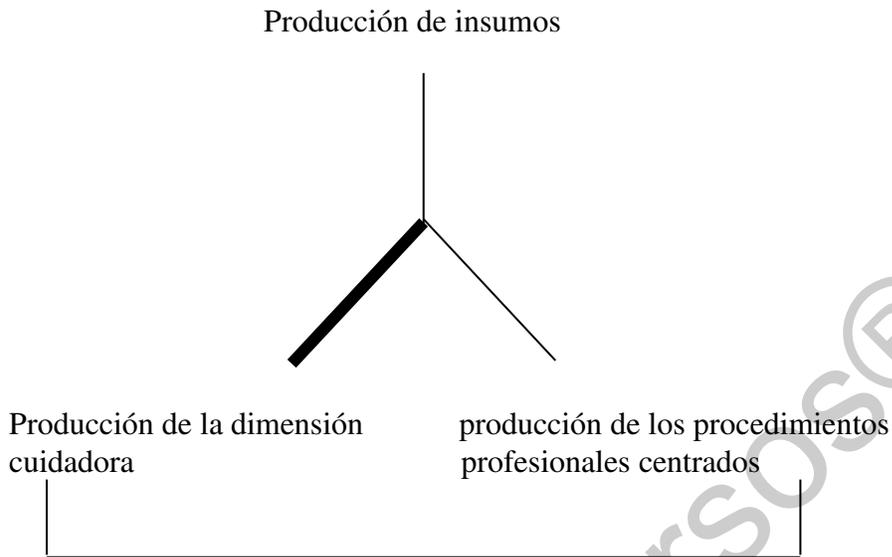


Conformando a través de un cierto proyecto terapéutico el cuidado en salud

CON ESTE ESQUEMA ESTAMOS REPRESENTANDO EL HECHO DE QUE EN UN MODELO DE ESTE TIPO, LA LÍNEA PRODUCTIVA-CLAVE ES LA QUE ESTÁ COMPROMETIDA CON LA PRODUCCIÓN DE PROCEDIMIENTOS PROFESIONALES CENTRADAS, QUE PARA REALIZARSE, CONSUME CENTRALMENTE INSUMOS BUROCRÁTICO-ADMINISTRATIVOS Y LOGÍSTICOS PROPIOS DE LA SALUD.

SIN EMBARGO, SI OBSERVAMOS EL MODO DE CÓMO ESTE ESQUEMA ESTÁ GOBERNADO, VEREMOS QUE IMPERAN DE MODO ESTRATÉGICO LAS ACCIONES SOBRE LOS PROCESOS CASI-ESTRUCTURADOS, DEFINIDAS TANTO POR LAS LÓGICAS QUE PERMITEN ORDENAR EL PODER EN LA ORGANIZACIÓN A PARTIR DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS, CUANTO POR AQUELLAS NECESARIAS PARA GARANTIZAR, CON LAS TECNOLOGÍAS CENTRADAS EN LA COMPETENCIA DE ESTE PROFESIONAL, LA PRODUCCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-CENTRADO.

COMPOSICIÓN DE LOS PROYECTOS CENTRADOS EN LOS USUARIOS



conformando a través de un cierto proyecto terapéutico el cuidado en salud

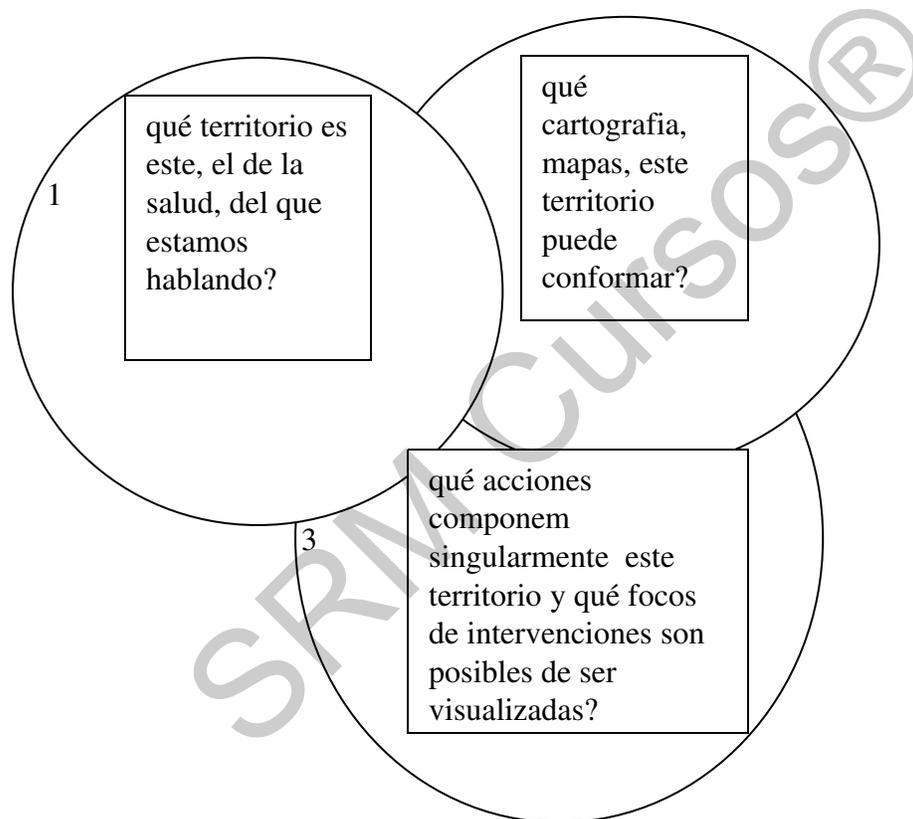
SIN EMBARGO, DEBEMOS IMAGINAR QUE SE PUEDE PRODUCIR UN PROYECTO TERAPÉUTICO CUIDADOR, MISMO CENTRADO EN UN ÚNICO PROFESIONAL, LO QUE NO NECESARIAMENTE IMPLICARÍA TENER UN EQUIPO MULTIPROFESIONAL PARA PRODUCIRLO, PERO POR CIERTO, ESTE PROYECTO TERAPÉUTICO, QUE SERÍA MÁS AMPLIO QUE EL FRAGMENTADO, TAMBIÉN TENDRÍA DÉFICIT DE CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN.

DEBEMOS IMAGINAR TAMBIÉN EN ESTA SITUACIÓN DE CUIDADOS DE SALUD CENTRADOS EN LOS USUARIOS, COMO DEBE SER GOBERNADO ESTE MODELO. Y NOS PARECE QUE LAS EXIGENCIAS DE OPERAR TECNOLOGÍAS ESTRATÉGICAS Y SITUACIONALES, AUMENTAN, PUES ESTÁ LA NECESIDAD DE GOBERNAR PROCESOS DE NATURALEZAS MUY DISTINTAS, COMO POR EJEMPLO, LOS DEFINIDOS POR: LAS PRÁCTICAS DE SALUD CENTRADAS EN EL TRABAJO VIVO EN ACTO QUE OPERAN BÁSICAMENTE EL TERRITORIO DE TECNOLOGÍAS BLANDAS, NECESARIAS PARA CONFORMAR LAS ACCIONES CUIDADORAS E INTERSECTORAS EN SALUD; LAS PRÁCTICAS MULTIPROFESIONALES QUE COMPONEN EL CUIDADO MÁS INTEGRAL Y QUE SE SUSTENTAN EN PROCESOS A VECES MUY DISTINTOS Y HASTA TENSOS, ENTRE SÍ; LAS PRÁCTICAS DE DISPUTAS POR EL PODER Y POR PROYECTOS QUE TODA COMPLEJA ORGANIZACIÓN COMPORTA, ENTRE OTRAS.

Procurando mejorar la comprensión de las competencias necesarias para quien apuesta en la mudanza

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

Para que esto se vuelva foco de acciones concretas, es necesario comprender como en un cierto modelo y por tanto, en un cierto modo de producir el proyecto terapéutico, los territorios claves que permiten operar estos varios terrenos, son los que están definidos tanto en el campo de las micro políticas de los procesos de trabajo en salud y los modos de gobernarlo, cuanto en los de moldeados organizacionales para instituirlos como modelos de acción en salud, que se procesan igualmente, en sus propios modos de gobernar relaciones institucionales. O sea, en los siguientes territorios:



En el cuadro 1 llamamos la atención para la identidad del campo de prácticas de salud como un territorio de prácticas técnicas productoras del cuidado en salud, que aparece predominantemente, bajo la forma de la medicina y de la salud pública, en las sociedades contemporáneas.

En el cuadro 2, llamamos la atención para las varias lógicas micro políticas e institucionales, articuladas por: los modos de producir actos de salud, los modos de

organizar estructuras burocrático-administrativas, los modos de representar riesgo y enfermedades.

En el cuadro 3, llamamos la atención para un diseño predominante que es adquirido por estas lógicas y que marcan un mapa bien definido como un cierto modelo de producir el cuidado en salud, en el cual se definen los propios perfiles profesionales.

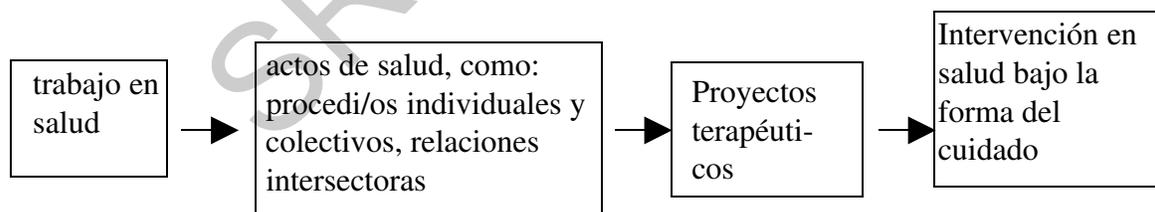
Después de esta diagramación, detallemos las cuestiones mirando para el modo de cómo los proyectos terapéuticos y los cuidados se conforman, como expresiones de modelos concretos de atención a la salud.

En varios otros textos, ya habíamos definidos que la misión de cualquier organización de salud, es perseguir, de una forma o de otra, la producción del cuidado. Ahora estamos acrecentando que este proceso pasa por la conformación de proyectos terapéuticos implicados por el modo de como las prácticas técnicas en salud están orientadas, como una cierta configuración asistencial.

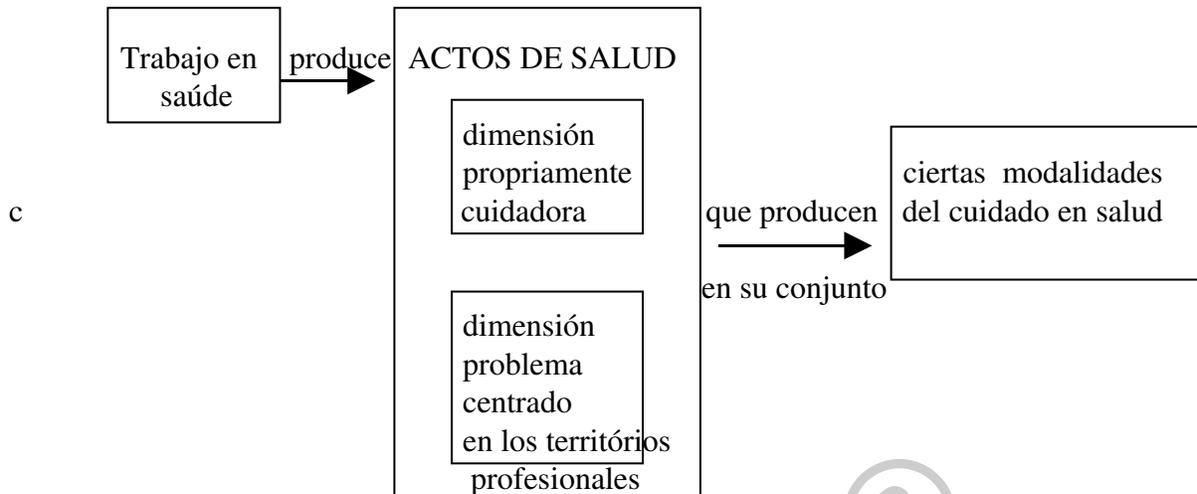
En los gráficos siguientes, tentaremos expresar estas dimensiones utilizando algunos cuadros ya conocidos por los lectores.

En el cuadro a seguir, la idea básica a trabajar es la de que los proyectos terapéuticos hacen la mediación entre la producción de los actos de salud y la conformación del cuidado, además de posibilitar comprender que, conforme el modelo de atención a la salud, se puede producir como resultados centrales de las prácticas, cuidados mucho más comprometidos con la producción de procedimientos (médicos, sanitarios, entre otros), como ya señalamos, y que están expresados siempre en la conformación de proyectos terapéuticos fragmentados, substrato que media entre esta forma de producir actos de salud y la configuración de un cuidado centrado en los procedimientos médicos.

En la vivencia de la mayoría, están mucho más acumulados los procesos cuidadores en salud que descuidan y que son más profesionales centrados, que usuarios centrados. Pero ni por eso dejan de ser prácticas técnicas que recortan el mundo de las necesidades de los usuarios y que necesitan ser, de alguna manera, eficaces, si no pierden su sentido de tecnología en salud.



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



Las dimensiones cuidadora y profesional específica, son territorios de prácticas técnicas que se componen en cualquier producción de actos de salud y que se van definiendo conforme el modelo de atención, con ciertos empobrecimientos o enriquecimientos, como campos de saberes tecnológicos y prácticas técnicas.

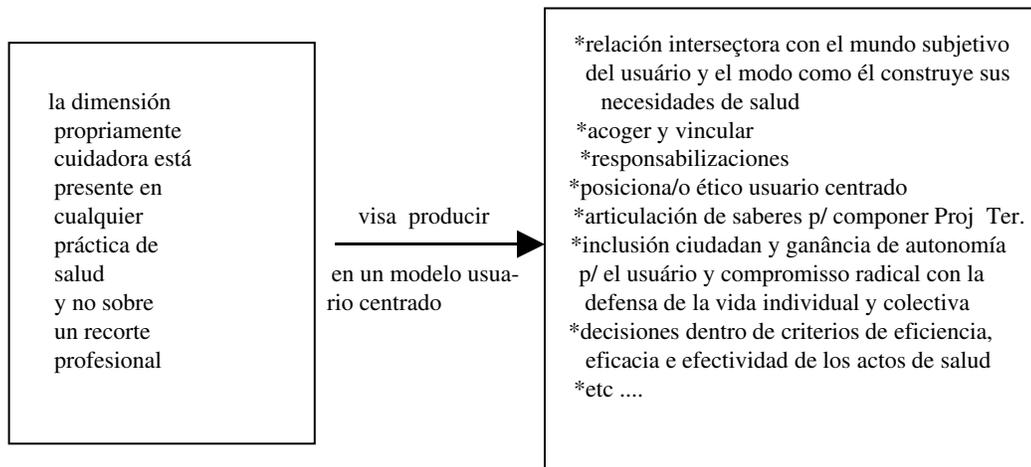
Se definen, inclusive, como predominio de uno sobre otro, de tal modo que hay modelos en los cuales la dimensión propiamente cuidadora puede estar anulada.

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

[. . .]

En este momento, sería interesante imaginarnos lo que propiamente compone estas dimensiones y, para eso, idealizaremos una reflexión tomando como parámetro la producción de un cuidado centrado en el usuario y comprometido con la defensa radical de la vida, individual y colectiva, en salud.

En esta situación, podemos describir como partes de la dimensión cuidadora, las siguientes características:

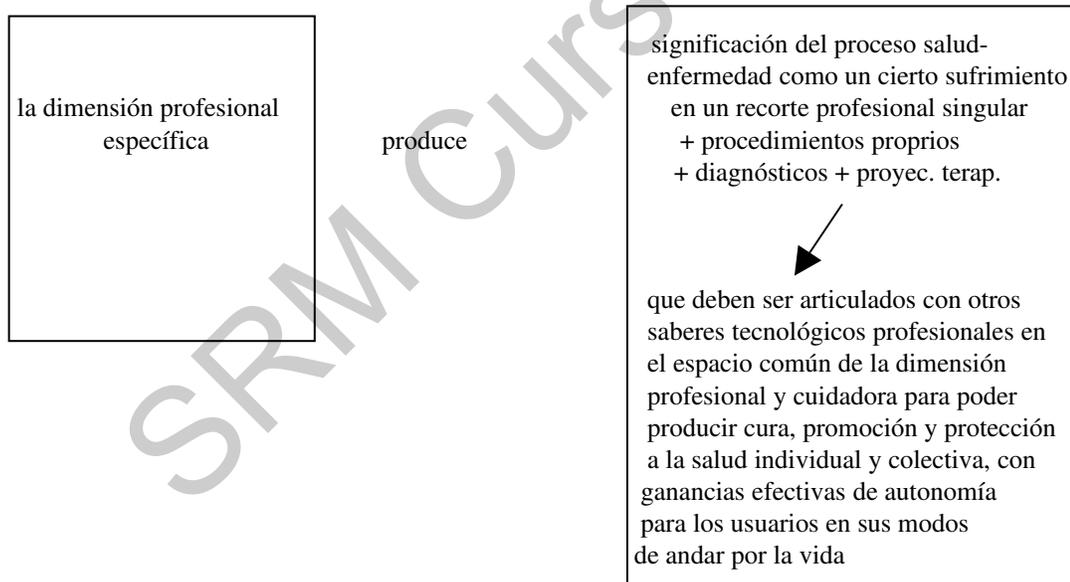


PARA REALIZAR LA PRODUCCIÓN VISADA POR LA DIMENSIÓN PROPIAMENTE CUIDADORA, SE DEBE CONTAR CON UNA CAJA DE HERRAMIENTAS DE SABERES TECNOLÓGICOS Y MODOS DE ACTUAR EN SALUD.

ESTA CAJA DE HERRAMIENTAS DEBE SER COMPUESTA CENTRALMENTE POR LAS TECNOLOGÍAS BLANDAS Y POR LA DIMENSIÓN RELACIONAL DE LA CLÍNICA, QUE DEBE SER PARTE DE LA COMPOSICIÓN DE LA COMPETENCIA DE CUALQUIER PROFESIONAL DE SALUD Y NO SÓLO DE LOS MÉDICOS, POSIBILITANDO QUE TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, ANTE TODO, SEAN SIEMPRE CUIDADORES.

PARA QUE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE UN MÉDICO SEA, ANTE TODO, LA DE UN CUIDADOR, COMO CUALQUIER OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD, LAS ESCUELAS MÉDICAS DEBEN INSCRIBIR EN SUS PRÁCTICAS ESTOS SABERES TECNOLÓGICOS Y SUS TÉCNICAS, QUE COMPONEN LA DIMENSIÓN PROPIAMENTE CUIDADORA. CON ESTA BASE DEBE OPERARSE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROFESIONAL ESPECÍFICO, DE ACUERDO CON SU NÚCLEO ESPECÍFICO PROFESIONAL-CENTRADO.

Ya las características de la dimensión profesional-centrada, serían:



LA CAJA DE HERRAMIENTAS DE UNA PROFESIÓN ESTÁ PRINCIPALMENTE MARCADA POR LA COMBINACIÓN ENTRE LOS TERRITORIOS DE LAS TECNOLOGÍAS BLANDA-DURAS (COMO LA PROPEDEÚTICA MÉDICA, LA CLÍNICA, LA EPIDEMIOLOGÍA), ARTICULADAS CON LAS DURAS, COMO EL CONJUNTO DE LAS TECNOLOGÍAS ARMADAS, QUE SE SUMA A LA CAJA DE HERRAMIENTAS CUIDADORA PARA DAR EL PERFIL DEL EJERCICIO CONCRETO.

[...]

1. Este material fue producido para la discusión de los participantes del proyecto Cinaem, que visa a la construcción de estrategias para la reforma de la enseñanza médica en Brasil.

APÉNDICE 3

TODOS LOS ACTORES EN SITUACIÓN, EN LA SALUD, DISPUTAN LA GESTIÓN Y LA PRODUCCIÓN DEL CUIDADO (1)

3.1. ¿Quién gobierna, qué gobierna? (o, ¿quién gobierna, gobierna, qué?) (2) Algunas reflexiones sobre el reordenamiento de los procesos productivos en salud

Se convierte en un desafío, esta posibilidad de pensar los modelos organizativos que permiten capturar los procesos de decisión en salud, privatizándolos en el sentido de poder pensarlos de un modo más público, sin necesariamente, trocarlos por otra privatización. Esta problemática se hace presente en el conjunto de las estrategias adoptadas para el “gerenciamiento del cuidado”, inspirado en las diferentes perspectivas neoliberales, tanto las vinculadas al modelo médico hegemónico y comprometidas con los grandes grupos médicos, como muy bien describe Campos(3), cuanto las propuestas por la Atención Gerenciada, orgánicamente presa a los intereses de los grandes capitales financieros. Sin embargo, sólo pueden resolverla bajo la perspectiva de una “publicización” privatizante, subordinada a los intereses de la propia lógica del capital que predomina en el sector.

No en tanto, mirando el camino recorrido por el grupo “capital financiero centrado” para promover una transición tecnológica y desarrollar su proyecto, disputándolo con los fuertes grupos médicos, se puede verificar que las estrategias adoptadas por la A.G. parten de la posibilidad de crear una poderosa caja de herramientas para la gestión de los procesos productivos que consiga imprimir mudanza direccional en la relación entre el núcleo tecnológico del trabajo vivo en acto y los otros núcleos articulados a las tecnologías duras y blanda-duras, alterando la propia configuración tecnológica de los procesos de trabajo.

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

La forma de avanzar en esta propuesta, exige, antes de todo, la percepción de las cuestiones que son puestas y nacen, exactamente, en lo que este proceso, bajo una cierta mirada analítica y crítica, pueda permitir. Así, como el aprendizaje de investigación realizado en torno de la Atención Gerenciada y de los análisis hasta aquí elaborados, formulo las siguientes cuestiones sobre la construcción de las cajas de herramientas, como eje para la reflexión que toma como objeto el tema del desenvolvimiento de una capacidad de gobierno para aquellos que se colocan en la arena de lucha, dónde las políticas de salud y los modelos tecnoasistenciales se concretizan. Como es el caso de los micro procesos que conforman los modos de producir los actos de salud.

- a) ¿Será que la construcción de servicios cada vez más autónomos y de calidad, necesita efectivamente de la producción de un escenario competitivo regulado por la lógica de mercado? ¿Sería este el camino para aliar control de costos con calidad de

acciones en salud? ¿Cómo entender costos en una producción ciudadanía-centrada, más allá de los límites de un cálculo económico mercado-dirigido? Es decir. ¿En las producciones en las cuales la salud es un bien de uso y levanta problemas que van más allá de los que el mercado consigue incorporar, cuanto a sus lógicas centrales de constitución?

- b) ¿Será posible superar el actual paradigma clínico de intervención médica, por otro, centrado en el usuario, modelado en un proceso de trabajo que reconozca la práctica clínica de los otros trabajadores de salud?
- c) ¿Será que sólo los médicos son portadores de autonomía en el trabajo en salud? ¿Y las prácticas clínicas de los otros profesionales del sector?
- d) ¿Será posible calificar las acciones de salud controlándolas administrativamente? ¿Cómo y quien haría eso? Y en eso, ¿Cuál estrategia controladora de los costos de las acciones sería más productiva para un escenario de competitividad: la de la centralización administrativa, la de la construcción de un pacto entre productores, un fuerte poder regulador y financiero del Estado? ¿U otros formatos de los procesos de trabajo que se orientan por el conjunto de las prácticas clínicas y epidemiológicas de los equipos de salud y por la construcción de un modelo de acción en salud, pautado en la responsabilidad y compromiso de los equipos de salud en producir resultados usuarios-centrados, que implican en ventajas efectivas de grados de autonomía en su modo de andar por la vida?
- e) ¿Es posible, en Brasil, hablar en cualquier movimiento de reforma en la salud que desconsidera la realidad de construcción del SUS, desde la constitución de 1988? ¿Y que acarrea esto para la cuestión de la reforma del sector salud, aquí?
- f) ¿Es posible usar de la caja de herramientas de la A.G., pero con otras intenciones? O sea, ¿será posible “desencarnar” de la lógica de intereses de las aseguradoras privadas y adoptar la caja de herramientas de las propuestas de la A.G. para alcanzar mayor racionalidad en el ítem costo beneficio de los servicios de salud? Es decir, ¿será que podemos adoptar partes de la receta de la A.G. para organizar un sistema que no esté montado para las aseguradoras y sí para los usuarios, desde una amplia visión de la salud y de la ciudadanía social?

Las partes de esta tesis que viene a continuación son ofrecidas para contribuir al camino reflexivo propuesto para estas cuestiones. Por eso, en las próximas secciones, los ítem en pauta serán las cajas de herramientas y las características de los procesos de gestión en la salud y, en la conclusión final del trabajo, el foco será el tema del “acto de cuidar”(4), como posibilidad de pensar alternativas antihegemónicas para la transición tecnológica capitaneada por el capital financiero.

¿Quién gobierno, gobierna qué?

Para iniciar esta reflexión pido ayuda a Carlos Matus, que en su libro *Política, Planificação e Governo*(5), permite pensar la cuestión título de este capítulo, además de

sugerir cuales categorías importantes deben ser tenidas en cuenta cuando se quiere entender las acciones de actores en situación de gobierno.

Para comenzar, enseña que todos planean (gobiernan) en una organización, y para eso, distingue los que gobiernan con “G” de los que gobiernan con “g”, expresando que hay “agentes de la organización” que están en posición de alta dirección (“G”), hasta mismo de un modo formal y funcional, pero están los otros “agentes” que ocupan todos los otros espacios de acción en la organización y que también gobiernan (“g”).

Las nociones de “G” y “g” deben ser consideradas como relativas dentro de la organización, pues si el recorte es una institución hiper compleja, como la Secretaría Municipal de Salud, los secretarios serán “G”, pero si se mira la máquina estatal como un todo, serán “g”.

Matus propone, también, que la verdadera organización está inscrita en el conjunto de las acciones gubernamentales que todos realizan en el día a día, afirmando, también por eso, que “planea quien hace” y no quien dice que planea, o mismo quien tiene un cargo para tanto.

Sin embargo, ¿cómo distinguir con precisión los diferentes niveles de gobierno? Y hasta, ¿cómo pensar las herramientas que necesitan los que son “G” para hacer sus acciones de gobierno? ¿Cómo trabajar en ambientes organizacionales en el que todos tienen sus cajas de herramientas, de modo particular en el caso de la salud, en la cual los grados de autonomía son amplios desde el punto de vista de la acción cotidiana de sus trabajadores en la gestión de los procesos productivos? ¿Cómo tomar, como parte de ese proceso, el conjunto de las cajas de herramientas de todos esos gobernantes?

Para ayudar a esta reflexión, utilizo una herramienta conceptual producida por Matus, que permite mejorar la comprensión de este tema. El concepto de triángulo de gobierno:



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

*todo actor en situación de gobierno es un actor colectivo, aún que sea representado por una sola persona;

*ese actor, siempre actúa apuntando una dirección representada por su **proyecto**, mismo que éste no esté escrito o totalmente explícito, sus acciones siempre tienen un sentido direccional;

- *en el escenario, ese proyecto no es una apuesta de todos, sino de algunos actores;
- *todo actor en situación de gobierno se enfrenta a otros actores que también gobiernan y disputan con él, el sentido direccional de la situación con los recursos que cuentan;
- *cada proyecto en disputa necesita contar con ciertos recursos para su efectividad, sin embargo, el actor no los controla y divide con los otros su **governabilidad**, contrabalanceando los recursos que controla y los que no controla, con los otros actores interesados en el proceso que controlan para la realización de su proyecto;
- *mismo teniendo proyecto y razonable gobernabilidad, los actores en situación de gobierno precisan saber gobernar y tener herramientas para eso, lo que compondría su capacidad de gobernar;
- *en cada nivel de gobierno en que el actor se coloca, está la necesidad de una caja de herramientas adecuada a su proyecto y a su gobernabilidad;
- *cuando un actor “juega bien” en el escenario, puede ganar gobernabilidad y con eso, mejorar su posición en la implementación de su proyecto.

En estas nociones, la idea de recursos no debe ser restrictiva, pues recurso es todo lo que sea necesario para componer el éxito de la apuesta del actor: dinero, conocimiento, organización, trabajadores, comunicación y así por delante. Del mismo modo, la composición de una “caja de herramientas” para gobernar, debe ser también lo más ecléctica posible, conteniendo esencialmente saberes y procedimientos de cómo deben ser hechas las cosas, lo que remite para la comprensión del propio saber-hacer como una tecnología vital para el actuar gubernamental, presentándose como núcleos de tecnologías blandas y blanda-duras para el campo de la acción gestora.

Es importante estar atento al hecho de que en toda situación de gobierno, todos los actores sociales que están en el escenario componiendo la situación ya indicada, también saben gobernar. Es decir, también tienen saberes que les permiten un actuar gubernamental, sea como actor en situación de “G” o “g”. Vale recordar que los “G” son los que se encuentran, por lo menos teóricamente, en situación de mayor gobernabilidad general en cuanto al proyecto que la organización está comportando en el momento, pues son –de los actores de la organización– los que más controlan los recursos formales, con los que cuenta la organización para existir. Aunque eso no sea suficiente para garantizarles el control sobre el conjunto de las acciones que ocurren en el espacio organizacional.

A partir de todas estas afirmaciones, es una reflexión necesaria pensar que, lo que un gestor gobierna, es directamente dependiente de la situación(6) en que se encuentra y del nivel de gobierno que ocupa, del proyecto que aporta, de los otros que disputan el de él y de los recursos que puede utilizar en sus acciones. Así, este conjunto tendrá influencia vital sobre la composición de la propia caja de herramientas de un gestor.

En el caso de ser un gestor en salud, la primera cuestión a ser pensada es como comprender el estado situacional básico en que se encuentra, eso implica comprender cual es el marcador de territorio de la salud y cuales son las composiciones de sus apuestas. Y ahí, pensar: ¿qué es lo que gobierna un gestor en este estado situacional?

De un modo bien general, entendiendo que un gestor en salud tiene que tener capacidad de gobernar distintas relaciones de naturaleza social:

*relaciones políticas entre diferentes sujetos sociales interesados en el escenario de la salud, marcadas por el terreno de las relaciones entre el Estado y la sociedad, en la formación de las políticas sociales, que ponen parte de ellos también como formuladores de proyectos para este campo de prácticas sociales;(7)

*relaciones organizacionales entre diferentes sujetos colectivos que gobiernan el día a día de los servicios de salud, disputando con sus auto gobiernos (“g”) el camino del “G”, la alta dirección;

*relaciones productivas que implican la conformación de ciertas modalidades del cuidado en salud;

*relaciones entre productores y beneficiarios de los actos de salud.

En esa línea, se puede decir que la caja de herramientas de los gestores de salud, a nivel de los establecimientos, debe contener tecnologías que permitan su acción en el terreno de la política, de las prácticas institucionales y de los procesos de trabajo.

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

Tales ideas nortean el próximo texto, en el cual, procuro tratar de estas cuestiones propuestas, teniendo como eje, la posibilidad de pensar un camino alternativo a los modelos de estructuración productiva que el capital viene imprimiendo, en particular, a la transición tecnológica que el capital financiero viene imprimiendo con su proyecto de gestión del cuidado, centrado en el capital, mediante la Atención Gerenciada.

3.2. El acto de gobernar las tensiones constitutivas del actuar en salud, como desafío permanente de algunas estrategias gerenciales(8).

En el siglo XX, la construcción de la salud pública fue marcada por la creciente presencia de la articulación entre saberes que se echan de bruces, sobre el “fenómeno colectivo” de la salud y de la enfermedad, y los que se orientan para el terreno de la organización y administración de las acciones de salud. En el comienzo del siglo, ganaron notoriedad las “escuelas clásicas”, que fueron adoptadas como paradigmas para pensar la administración pública. El “fayolismo” permitió construir un discurso sobre el cientificismo de la acción administrativa en la organización de los servicios de salud y el “taylorismo” animó a los que visaban la construcción de las prácticas sanitarias (Mascareñas, 19448; Merhy 1987 y 1997).

Con la incorporación de la asistencia individual y con el ensanchamiento de la acción estatal en bienestar social, vivida ampliamente después de la Segunda Guerra, asociada al creciente interés del capital en el sector prestador de servicios de salud, la expansión de la red de servicios de salud amplió la presencia de las intervenciones en el terreno de la

administración. Tanto las tecnoburocracias estatales cuanto las del capital, se vieron frente a la necesidad de construir competencias en los terrenos de la organización y administración de las redes de servicios de salud, como un todo. El tema de la salud invadió varios campos disciplinares y con cierto destaque, el de la economía (Braga & Goes, 1981).

La consolidación efectiva del sector salud, como uno de los principales campos de acción del Estado y del capital, fue creando nuevas necesidades para el desarrollo genérico y especializado de las tecnologías de gestión en salud. Administrar y, o gobernar, tanto procesos políticos implicados con la formulación y decisión sobre los caminos a ser adoptados, cuanto procesos de producción de actos de salud, se tornaron necesidades imperativas para ordenar las mejores “máquinas organizacionales”. Sea por la óptica universalista y ciudadana de un proyecto social demócrata, sea en la perspectiva mercantil y lucrativa de la visión del capital, a sus modos, todos exigían mayor y mejor competencia en ese territorio.

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

Con cierta importancia –destacándose en estos últimos años el impacto de ese largo proceso sobre el surgimiento de nuevos paradigmas gerenciales en salud, que están atados de forma muy singular al propio terreno productivo de las acciones de salud (Gallo, 1985), en los años 80/90- se ve la agenda de los gestores en salud siendo ocupada por un debate sobre los nuevos paradigmas gerenciales a ser utilizados en el sector.

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

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

Al trabajar la temática de la micro política del trabajo vivo en salud (Merhy, 1997), en concomitancia con aquellos autores, emerge la posibilidad de pensar con mayor frecuencia esa temática, abriendo posibilidades sobre la gestión del cotidiano en salud, terreno de la producción y cristalización de los modelos de atención en salud, a los procesos de mudanzas que permitan instituir nuevos “arreglos” en los modos de fabricar salud al configurar nuevos espacios de acción y nuevos sujetos colectivos, bases para modificar el sentido de las acciones de salud, en dirección al campo de las necesidades de los usuarios finales.

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

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

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

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

[. . .]

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

Aquí se habla que los procesos de producción del cuidado –procesos intersectorales, centralmente (Merhy, 1997)- entre varias dimensiones de las prácticas de salud, exponen las tensiones: entre el cuidado centrado en los procedimientos o en los usuarios; entre un actuar privado e un público, inscripto en el modo de operar el trabajo vivo en acto en relaciones intersectorales; y, entre las disputas permanente de distintas intenciones en torno de lo que es el objeto y el sentido de las acciones de salud.

Para quien desea explotar las tensiones-potencias constitutivas del campo de la salud, a fin de desenvolver nuevos poderes, que puedan demarcar una dirección para el modelo de atención centrada en las necesidades de los usuarios, no hay, dentro del campo de la gestión, como ignorar el desafío de intervenir en:

1. producir el cuidado en salud, de modo centrado en el usuario –que moviliza estratégicamente el territorio de las tecnologías blandas y blanda-duras- sin descartar la utilización de los procesos de producción de procedimientos movilizados de tecnologías duras y blanda-duras, y, en general, centrada en lo profesional;

2. producir el cuidado en salud, que está siempre inscripto en una dimensión pública de juegos de intereses y representaciones, sin eliminar el ejercicio privado de las producciones intersectoras, base de constitución de cualquier acto de salud, pero tomando el territorio particular del usuario, como eje de “publicización” de los otros;
3. actuar en ambientes organizacionales asentados en muchos grupos de intereses, pactando el del usuario como el de todos, en modos colectivos de expresión de las varias intencionalidades.

Sin una respuesta directa y que pueda tener una cierta “cara” de receta para las acciones necesarias o posibles, se busca en este texto, aprender más detalladamente sobre esas situaciones en el fabricar cotidiano de los modelos de atención a la salud, a nivel de los servicios, explotando sus tensiones constitutivas.

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

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

1. el primero es demarcado por el hecho de que el territorio de las prácticas de salud es un espacio de disputa y de constitución de políticas, cuya característica es la multiplicidad, diseñando a partir de la acción de distintos sujetos colectivos, que conforme sus intereses y capacidades de actuar, se unen o se confrontan en la tentativa de afirmar, o de imponer, una cierta conformación de un “bien social” –la salud- como objeto de acción intencional de políticas -por tanto, como una cuestión social- que hagan sentido como parte del universo de valores de uso (Campos,1991; Braga,1981), y como tal, aparezca como base para representar de modo universal el mundo de las necesidades de los otros, en el plano colectivo e individual. En este espacio de acción de sujetos sociales, que actúan para producir una cierta conformación de las necesidades como foco de políticas de salud, la multiplicidad de los “actores” envueltos, ha mostrado la imposibilidad de tener, en las políticas instituidas, un alcance del conjunto de los intereses constitutivos del sector salud, a no ser, por pacto social, expresado de las formas más distintas: por mecanismos más amplios de involucramiento y negociación, o hasta por prácticas más impositivas y excluidoras. Tomar el foco de los usuarios de los servicios de salud, de ciertos trabajadores y mismo de los gobernantes y su tecnoburocracia, compone una base tensional (de tensión?) y orgánica del juego de intereses, que da un sentido direccional para las políticas de salud y que estará siempre presente como un interrogador, en potencia, de los arreglos instituidos a operar en la cotidianeidad de las prácticas.
2. otro campo de constitución de la lógica tensional de actuar en salud está delimitado por el hecho de que hegemónicamente la producción de actos de salud es un terreno del trabajo vivo en acto, que consume trabajo muerto, visando a la producción del cuidado (Merhy, 1998). La micro política de este proceso productivo, trabajo vivo dependiente y centrado, le da características distintas en relación a otras configuraciones del acto de producir y cuya marca central, es la de ser entendido

como un proceso de producción siempre a operar en alto grado de imprecisión y marcado por la acción territorial de los actores en escena, en el acto interseccional del actuar en salud (Merhy, 1997). Esa centralidad del trabajo vivo, en el interior de los procesos de trabajo en salud, lo define como un espacio abierto para la exploración de las potencias inscritas en él para la acción de dispositivos que puedan funcionar como agentes disparadores de nuevas subjetivaciones, que conforman las representaciones de la salud como bien social y de nuevos modos de actuar en salud, que busquen articulaciones distintas de lo público y de lo privado presentes en él (Franco, 1998; Malta, 1998).

3. por último, el mundo de las propias organizaciones de salud se forma como un territorio tensional en sí, pues se constituye en espacio de intervención de sujetos colectivos, inscritos a partir de sus capacidades de autogobernarse, disputando el caminar del día a día con las normas y reglas instituidas para el control organizacional. En el terreno de la salud, la condición de que en cualquier organización productiva, el autogobierno de los trabajadores se constituye en su esencia, está elevada a muchas potencias. Esto es muy perceptible en los servicios, a partir del hecho de que todos pueden ejercer sus modos de comprender los intereses en juego y dar sentido a sus actuaciones. La polarización entre autonomía y control es sin duda un lugar de tensión y, por tanto, de potencia, constituyéndose en un problema para las intervenciones que ambicionan gobernar la producción de un cierto modelo tecno asistencial. Maneras efectivas de diseñar modelos de atención.

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

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

Se indican los “efectos” como vinculados a los procesos de producción del cuidado que son la base de expresión del núcleo misionario de cualquier servicio de salud, que por un lado, “reflejando” las tensiones constitutivas de las actuaciones en salud, se polariza entre ser o no una producción centrada en procedimientos, o centrada en el usuario; por otro lado, expresando el mismo terreno tensado, también crea polaridad entre el ejercicio privado del acto productor del cuidado de salud y la posibilidad de su captura por procesos más publicizantes; aún un último, está asentado en la ocupación de las arenas institucionales por múltiples agentes concretos que portan distintas intenciones en el día a día de los servicios y disputan permanentemente el sentido de dirección de las acciones de salud.

Esos tres “efectos” apuntados, marcan los grandes temas contemporáneos de los debates sobre las prácticas de la gestión, tanto para los que visan arreglos institucionales que

permitan la estabilización de ciertos modelos de atención, cuanto para los que apuestan en su mudanza.

A su modo, en cualquiera de esas direcciones, entre el conservar o mudar, se busca crear estrategias de acción para: impactar los ejercicios privados de los profesionales, tornándolos más controlados, produciendo con eso, servicios más centrados o descentrados de las ópticas corporativas; actuar sobre las disputas que ocurren cotidianamente, procurando imponer control sobre ellas e imponer ciertos intereses particulares de algunos, como siendo universales.

Uno de los paradigmas gerenciales, que vienen ocupando cada vez más la agenda del debate entre los varios gestores y dirigentes de servicios de salud, la Atención Gerenciada puede revelar bastante cuanto a esas cuestiones, particularmente en lo que se refieren al desmonte de una óptica asistencial, fundamentalmente centrada en la incorporación médica, apuntando para otra capital-orientada.

Aprendiendo con la Atención Gerenciada: de la micro decisión clínica a la micro decisión administrativa y a la gestión cotidiana de los modelos de atención.

La A.G. toma como foco básico de su intervención el modo como el modelo médico-hegemónico construye un cierto actuar en salud, explorando su base tensada en el cotidiano de los servicios para la construcción de otro modelo de atención. Para eso, busca enfrentar la lógica privada de la producción del cuidado a la salud, asentada en los ejercicios más autónomos que el trabajo médico adquiere en aquel modelo, imponiendo mecanismos gerenciales de captura que lo publicizen.

Actúa sobre esos ejercicios privados de los procesos productivos, en particular, en los que están en el medio de la acción médica centrada en el procedimiento, micro controlando los procesos clínicos decisivos de ese terreno profesional. Implicados profundamente con la absorción de tecnologías duras y el creciente costo de las intervenciones en salud. La A.G., adoptando varias herramientas de la salud colectiva, explota muy creativamente la tensión-potencia inscrita en los procesos de producción del cuidado entre sus dimensiones productivas centradas en la tecnología blanda y en la dura (Merhy, 1998).

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

En primer lugar, vale señalar que el gran confronto de las estrategias de la A.G., es con los modos de producir el cuidado del modelo médico-hegemónico y todos los indicios mapeados sobre las alternativas creadas por la A.G. para mudar el modelo de atención, apuntan para ese eje central de enfrentamiento.

En un relatorio reciente de pesquisa sobre la A.G. en América Latina (Iriart, 1998), hay algunas informaciones que sintetizan lo que viene siendo implementado en torno de la gestión de la mudanza del cuidado, bajo la perspectiva de la A.G., que sirven para ilustrar con mayor detalle, estas cuestiones.

¿Como la A.G. gobierna la mudanza?

En la búsqueda de otra manera de producir el cuidado a la salud que no sea centrada en el procedimiento médico y que pueda interesar a los depositarios del capital financiero del área de la salud, se perciben acciones estratégicas con la finalidad de:

*crear un escenario de disputa entre los cuatro tipos de sujetos colectivos para modificar los procesos de regulación de los intereses del sector;

*ofertar otro imaginario sobre el “bien social” salud, visando otras modalidades de representación de las necesidades de salud;

*sustituir los micro procesos decisorios médicos, centrados en procedimientos “clínicos”, por otros basados en razones económico-administrativas, focalizando la modificación del modo de como los procesos médicos clínicos incorporan las tecnologías duras a partir del terreno de las tecnologías blanda-duras.

Para dar cuenta de esas perspectivas, cuya finalidad es desmontar en el día a día las lógicas de los modelos médico-hegemónicos, la A.G. implementa una cantidad significativa de intervenciones, bajo la dirección de las aseguradoras de salud, detentoras del capital financiero invertido en el sector.

Vale señalar como destaque lo siguiente:

1. una fuerte actuación de un sector administrativo que controla los procesos micro decisorios de las prácticas clínicas, indicando con eso la necesidad de superación del actual modelo “flexneriano” de práctica médica, por la construcción de mecanismos organizacionales que al controlar la autonomía de la acción clínica, posibilitan la junción bajo costo y producción de actos de salud;
2. la producción de un “paquete de acciones básicas” que visa dar mayor eficacia a las intervenciones sobre un cierto “padrón del enfermar” de una determinada población-blanco, busca impactar el modo de consumir “actos médicos” más caros además de empeñarse en tener su nivel de salud más controlado y mantenido;
3. la procura de la “focalización” de esas intervenciones en grupos específicos de consumidores, asociada a los mecanismos de co-pago por el consumo fuera del padrón establecido, que permitiría un control empresarial más efectivo de los costos de las acciones;
4. la búsqueda incesante de la prevención del siniestro “enfermedad”, como demanda de servicios tecnológicos más especializados por la exclusión de grupos de alto riesgo y de la acción adscripta sobre grupos poblacionales de riesgos controlables o evitables, segmentando explícitamente las intervenciones;
5. la constitución de un escenario compuesto por sujetos colectivos, internos, definidores e centrales del sector salud: los financiadores, los administradores, los prestadores y los usuarios, que actúen de modos separados y con lógicas de regulación, unos sobre los otros, que imitan la imagen de la competición por la “mano invisible del mercado”, en el cual apuesta, como factor de control de la calidad y de la eficiencia del sistema, particularmente en las figuras de un administrador y de un consumidor inteligente, simbolizados como ejes centrales.

6. Frente a estos destaques, se puede afirmar que la A.G. persigue la constitución de un sector salud francamente segmentado por grupos poblacionales específicos, que regulan sus relaciones como consumidores finales de los servicios prestados, mediante la presencia de intervenciones económico-financieras, orientadas por administradores de las prestadoras de servicios de salud, financiadas por la captación de las empresas aseguradoras.

[. . .]

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

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

En fin

La efectiva existencia del trabajo vivo en acto como componente orgánico e instituyente permanente del proceso de trabajo en salud, bajo cualquiera que sea su forma, con una cierta particularidad, “atrae” muchos proyectos de cuño “autonomistas” de distintas inspiraciones.

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

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

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

En esto, se vuelve un desafío la posibilidad de pensar modelos organizacionales que permitan operar en la privatización de los procesos decisorios en salud, en el sentido de

publicizarlos sin necesariamente trocar una privatización por otra, más también sin aprisionarlos exclusivamente bajo el comando de las acciones colectivas sobre las individualidades y sin perder el sentido final del trabajo en salud que es defender la vida de los usuarios individuales y, o, colectivos, a través de la producción del cuidado.

Parece que esas problemáticas se hacen presentes y son mal resueltas en el conjunto de las estrategias adoptadas por la A.G.

En la perspectiva de crear mecanismos organizacionales que controlen los procesos micro decisorios, la A.G. apunta para mecanismos administrativos centrados en una racionalidad instrumental entre medios y fines a partir de una óptica exclusiva del control de costos, mismo que hable en un óptimo entre acción y resultado, pues no hay objetivamente –a no ser la normalización sobre costos de procedimientos- parámetros ampliamente contruidos que establecen referencias para los administradores de los que es óptimo (Waitzkin, 1994).

En ese movimiento, en el que un médico, por ejemplo, para indicar una tomografía tendría que ligar para un teléfono y recibir un “OK” de un administrador, el proceso privado ocupado por la racionalidad de la medicina tecnológica, centrada en procedimientos, bajo comando de algunos grupos médicos, sería transferido para el de algunos burócratas, mas dentro de la óptica instrumental del modelo de atención, extraña a los procesos cuidadores, sólo que ahora gobernada ya no por el alto costo sino por el bajo.

Para un modelo SUS usuario-centrado, el nudo crítico de este proceso, es el como tornar pública una dinámica micro decisoria, a tal punto que los verdaderamente interesados en ella, puedan también poner en juego sus razones. Este es un problema que pasa a interesar a todo el conjunto del proceso gerencial y regulador, tanto en el plano de la organización, cuanto del proceso de trabajo que pide un cese de la captura del trabajo vivo en acto en el plano de la asistencia y en el plano de la gestión, contemplando la razón del usuario, aunque él no esté ahí.

¿Y qué razón puede ser esta, para estar allí como intención a publicizar las micro decisiones?

Como una posibilidad, se considera es pensar que en el juego de lo privado y público, en torno de los procesos instituyentes de los diferentes trabajos vivos en acto en el interior del proceso de trabaja en la salud, la dimensión privada de este proceso, bajo la visión del usuario, es que tiene la capacidad de publicizar el conjunto de los otros y distintos procesos privatistas como el de los trabajadores médicos y administradores.

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

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

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

Tomar los procesos de gestión institucional de ese universo tecnológico propio del trabajo vivo en acto, que permita someterlo a procesos de evaluación colectiva y colegiadas en los equipos de trabajadores de salud, como médicos, enfermeros, gestores y otros, en el interior de servicios concretos, es poner en debate el conjunto de los procesos que definen la relación calidad y costo de las acciones de salud, tomando como centro de esa evaluación los beneficios que el trabajo en salud puede permitir para la calificación de la vida y de la sobre vida de las personas enfermas o en riesgo de enfermar.

Por tanto, las soluciones pregonadas por la A.G. de cambiar el proceso micro decisorio de los médicos por el de los administradores, apuntan para los mismos interrogantes desde el punto de vista del sentido del trabajo en salud: es posible publicizar el conjunto de los procesos micro decisivos en torno del “interés privado” del usuario, dirigido por la eficacia de las acciones cuanto a procesos más acogedores, vinculantes, resolutivos y autonomizadores?

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

La A.G., con sus propuestas de control de costos de las acciones de salud, no permite la búsqueda de una efectiva reforma de las prácticas de salud, mudando sus referenciales paradigmáticos en términos tecnológicos, que posibilitarían una nueva lógica en la relación costo-calidad (más allá de la simple connotación de la eficacia como “ser eficiente”), que diesen viabilidad a nuevas modalidades de trabajo en salud, que puedan dar cuenta, también de la des-hospitalización de la producción de la salud, alterando el padrón de incorporación de tecnología en la producción de la asistencia sin necesariamente tomar como contrapunto la cesta básica de atención primaria en salud *versus* la atención de alto costo, amarradas a la defensa implacable de la vida individual y colectiva.

En este sentido, los servicios de salud deben apoyarse en procesos gerenciales auto gestores, públicamente avalizados a partir de contratos globales, centrados en resultados y en la lógica de los usuarios, dirigidos colegiadamente por el conjunto de sus trabajadores

(Cecilio, 1994), articulados a una red de servicios de salud regulada por el estado e implicados con la producción del cuidado de modo centrado en el usuario (Merhy, 1998).

Sin recetas para el SUS pero con indicaciones

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

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

*en el de los procesos de construcción de la legitimación de una cierta política, en un campo altamente dividido y disputado;

*en el de los mecanismos de captura de los autogobiernos en las organizaciones que no pueden ser eliminados;

*en el de las prácticas que procuran ordenar la producción de actos de salud, que son siempre trabajo vivo en acto centrada.

De este modo, sean en el rastro de la A.G., sea en la de cualquier otra experiencia de mudanza experimentada en el SUS (Mendes, 1993; Cecilio, 1994) se puede imaginar que los focos de intervención en el día a día del fabricar modelos de atención usuario-centrados están siempre marcado por las cajas de herramientas que aumentan la capacidad de:

1. gobernar arenas institucionales, atravesadas por las multiplicidades de los actores en escena, con arreglo que se abran para sus expresiones y decisiones;
2. publicizar el ejercicio privado del actuar, sin matarlo con procesos organizacionales centrados en las competencias (específicas, profesionales y cuidadoras) de los múltiples trabajadores de salud y en el reconocimiento de la conformación multi referenciada del campo de la salud, teniendo como eje el ordenamiento a partir del mundo de los intereses de los usuarios, único actor que puede colocar su foco privado para publicizar los otros en la constitución de un modelo descentrado de la lógica de los medios;

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

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

1. Este Apéndice 3 fue elaborado con textos producidos en diferentes momentos y el 3.1 fue publicado en la *Revista de Saúde Pública*. Más, en las ideas básicas de este libro caben como contribución, mismo repitiendo pensamientos ya presentados, por la unidad que se busca entre el debate de la reestructuración productiva bajo la óptica de las tecnologías gubernativas.
2. La idea básica de este ítem y del siguiente, es abrir la posibilidad de pensar los actos de la gestión en organizaciones de salud, teniendo como paño de fondo, su lugar para imprimir una transición tecnológica en el modo de producir salud, interfiriendo en el proceso de reestructuración productiva. Buena parte de lo que está elaborado se debe a lo que se viene produciendo en los trabajos de los componentes del Lapa da Área de Planejamento(Dmps/Unicamp) e del trabajo colectivo con varios compañeros de la Unicamp en el Proyecto Escuela de Gobierno, que perduró en los años 90.
3. Ver en particular, capítulo 2 del libro ya citado, *Reforma da Reforma*.
4. En el Anexo 1, de este libro, presento un texto que produce en esa dirección.
5. Matus, C. *Política, planificação...* , obra citada.
6. Hay un marcador común a todos los que se sitúan en el terreno de los establecimientos de salud, que es el hecho de que allí es un lugar de producción del cuidado. Eso marca, *a priori*, todos los que actúan en el sector. Por tanto, sus

acciones serán siempre pautadas, de una u otra forma, por territorios tecnológicos bien definidos. Los implicados con el producto acto de cuidar en salud.

7. Este tema es tratado de modo bien específico en mi tesis de doctorado, *A Saúde Pública como Política*, publicada posteriormente por la Editora Hucitec, São Paulo, en 1992
8. Como indiqué en otra parte del trabajo, este texto fue publicado en la *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, 2:305-14.

SRM Cursos®