

clínicos o sanitarios no son enfrentados a partir de la comunicación previa entre los equipos, y el resultado es casi siempre la cristalización burocrática de papeles y de intervenciones programadas.

Hay formas de inducir el desarrollo de procesos de este orden: me refiero a la creación de mecanismos que estimulen la solidaridad, dispositivos desalienantes que faciliten volver a reunir a los agentes de salud a su objeto y a sus medios de trabajo. Se puede introducir criterios de evaluación del desempeño cualitativo o ético de cada equipo, podemos utilizarlos como discriminadores de remuneración diferenciada a los que se sitúan más próximos de las pautas negociadas como adecuadas a un determinado servicio. Como estas sugerencias, nuevas sensibilidades se podrán formar a medida que alteramos las reglas de distribución de honorarios, premiando el empeño en defensa de la vida. Siempre habrá imperfecciones, mientras tanto, para la forma vigente de hoy en día que no distingue a los peores de los mejores, o estimula apenas la producción de procedimientos que por cierto no han podido demostrar resultados aceptables. Discutir manera abierta la distribución de parte del dinero destinado a remunerar los servicios públicos puede ser un instrumento para la construcción de otra forma de consenso. Puede constituir un mecanismo para traer a la discusión de las personas los modos de como se está enfrentando la enfermedad y produciendo salud.

Estas son apenas algunas de las sugerencias por donde imagino sean posibles las alteraciones de las pautas éticas vigentes en la actualidad; otros deberán inventar otros caminos posibles, de lo que se tratará en todos los casos será de la construcción de servicios públicos de salud empeñados en la producción de vida.

Referencias Bibliográficas

- BERLINGUERI, G. 1986. *Medicina y Política*. Editora Hucitec, São Paulo.
 BASAGLIA, F. ET AL. 1996. *Instituição Negada*. Editora Graal, Rio de Janeiro.

La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada

Este trabajo está dedicado a Franco Basaglia

1. La clínica en Gramsci, Sartre y Basaglia

ES UN TRABAJO SOBRE LA CLÍNICA donde se comienza discutiendo a Gramsci, enseguida se cita a Sartre y después, se rinde homenaje a Basaglia. Él es uno de los primeros médicos modernos a sugerir que las prácticas en salud se debieran orientar por una fenomenología materialista. Sí, Franco Basaglia se sintió obligado a responder de manera concreta a la materialidad horripilante producida por la Psiquiatría aplicada a los pacientes recluidos en los manicomios, y éste es su compromiso con la práctica y con las personas por quienes él se responsabilizara impidiéndole operar sólo con conceptos críticos. Por esto Basaglia tuvo necesidad de inventar alguna cosa que funcionara en el lugar del saber negado. Paulo Amarante analizó este movimiento de negación y de reinención de las políticas y de las prácticas en salud mental en su libro: *El Hombre y la Serpiente* (Amarante, 1996).

En cierto sentido un pionero en este esfuerzo de compatibilizar la determinación estructural con los procesos cambiantes, realizadas por Sujetos concretos fue el filósofo y militante izquierdista Antonio Gramsci. Alguien con quien la medicina nunca dialogó y a quien la Salud Colectiva, muy influenciada por los diferentes matices del llamado materialismo estructuralista, siempre desdeñó. Es una pena porque con esto se perdió una oportunidad de recolocar en la escena a alguien quien sin adherirse al idealismo había reconocido el potencial creativo de las masas, de los grupos y de los individuos. La posibilidad de

inventar de nuevo, a pesar de las determinaciones o de los condicionamientos estructurales, ya sean biológicos, biográficos, económicos, políticos o históricos. Esto le valió la acusación de voluntarismo, de subjetivismo y de hipervalorizar el papel instituyente de los sujetos haciendo historia. Y para Gramsci se hacía historia de múltiples y variadas maneras. Él fue uno de los primeros en hablar de procesos de cambio molecular: la educación, la cultura, el trabajo, la política, la iglesia, los medios de comunicación; en todos estos espacios se contruirá lo nuevo o se reforzará la vieja dominación. La revolución no será lo único ni el principal medio para que se constituya lo nuevo en las nuevas sociedades (Gramsci, 1978). Basaglia recuperó mucho de Gramsci para pensar las instituciones y prácticas sanitarias.

Sin embargo, Gramsci nunca llegó a elaborar una Teoría sobre el Sujeto. Su prioridad fue pensar el nuevo intelectual orgánico; el Maquiavelo moderno: el partido de los trabajadores, que para él sería el partido comunista. Él proporcionó muchas sugerencias valiosas sobre la complejidad de las relaciones sociales, pero no trabajó en profundidad la dialéctica alienación-liberación, es decir, acerca de las maneras de que se produzcan Sujetos con altos coeficientes de autonomía y de iniciativa en situaciones en que la mayoría de los determinantes estaría dirigido para la producción de sumisión.

En este punto, Basaglia se ve obligado a apoyarse en Sartre. Un francés proveniente del existencialismo radical, heredero de una fenomenología que prácticamente liquidaba cualquier relación dialéctica entre Sujeto y Objeto, al atribuir al Sujeto casi la responsabilidad total por la construcción de Sentido o de Significado para las cosas o para los fenómenos. Todo partiría del Sujeto, casi una omnipotencia significadora de un Sujeto que nomina el mundo sin que fuese influenciado por él. Pues bien, este mismo Jean Paul Sartre, más tarde, intentará modular esta perspectiva excesivamente subjetiva combinándola con el marxismo. De este esfuerzo resultó un esbozo de Teoría sobre algunas posibilidades de desalienación de los Sujetos. Sartre hablaba de serialidad, de grupos que repiten comportamientos condicionados por estructuras dominantes, pero apuntaba también a la posibilidad de la construcción de Grupos Sujetos, agrupaciones para trabajar con estas determinaciones de forma más

libre, agrupaciones abocadas a la construcción de la libertad, de lo nuevo y de modos de convivencia más justos. Es innegable que hay una pizca de Freud en todo esto, de cualquier forma, Sartre valorizaba al Sujeto dentro de una perspectiva al mismo tiempo humanista y materialista (Sartre, 1963).

Pero ¿qué tiene que ver la Clínica con todo esto? Basaglia aprovechó todo este caldo para repensar políticas y prácticas en salud. Amarante sintetiza bien la contribución de Basaglia con la siguiente frase:

[Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad. De esta manera el mayor énfasis no se pone en el “proceso de cura” sino en el proceso de “invención de la salud” y de la “reproducción social del paciente” (Amarante, 1996)].

La perspectiva es bien fenomenológica: sale el objeto ontologizado de la medicina –la enfermedad– y entra en su lugar el enfermo. Pero no es un enfermo en general, sino que es un Sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. Todo el énfasis está puesto en una existencia concreta y sobre la posibilidad de inventarse la salud para estos enfermos. Pero inventar salud para Basaglia implicará más que una intervención técnica y estará ligada a la reproducción social del paciente. Noción que está profundamente influenciada por la perspectiva de ciudadanía activa y de protagonismo, que se parte del reconocimiento del paciente como una persona con derechos, pero al mismo tiempo se argumentaba sobre la necesidad de prepararlo para hacer valer los derechos propios, construyendo un mundo mejor para el Sujeto y para los otros. Una mezcla de actividades políticas, gerenciales, de promoción y de asistencia a la salud (Basaglia et al., 1985).

La propuesta aquí expuesta parte de estas ideas y comparte estas mismas convicciones. La reforma de la clínica moderna debe basarse sobre un descolocamiento del énfasis en la enfermedad para centrarlo sobre el Sujeto concreto, no un caso, un Sujeto portador de alguna enfermedad. De ahí el título: Clínica del Sujeto. Al mismo tiempo, más que alabanza es necesario dar todavía algunos pasos más en esta perspectiva abierta por Basaglia. primero, porque ahora se estaría discutiendo la clínica y no sólo aquella practicada en manicomios, y segundo por-

que con certeza, los movimientos que operan sobre la inspiración basagliana cuidarán mucho más del protagonismo político de lo que esclarecerá sobre la nueva institución que estaban reinventando.

Centrar la acción clínica sobre el Sujeto está bien, mientras que este Sujeto sea un Sujeto concreto, no sólo marcado por una biografía singular, pero también, el propio cuerpo y su dinámica corporal estarán marcados por una singularidad: algún tipo de enfermedad, o del sufrimiento, o de la deficiencia relativa a la mayoría que lo circunda, en un contexto dado social específico. Colocar la enfermedad entre paréntesis es un ejercicio óptimo para quebrar la omnipotencia de los médicos, pero no siempre ayuda al enfermo. Evita que sufra iatrogenia, intervenciones exageradas, pero no, necesariamente mejora su relación con el mundo. ¿Cómo destacar al Sujeto y su integridad como ser humano, sus características esenciales que en el caso incluye también disturbios, sufrimientos, dolores, riesgos de muerte, enfermedad?

¿O cómo producir salud para aquellos Sujetos portadores de cualquier enfermedad sin considerar también la lucha contra esta enfermedad? Así, partiendo de Basaglia, creo es importante buscar una nueva dialéctica entre el Sujeto y la enfermedad. Ni la antidialéctica positivista de la medicina que se queda con la enfermedad al descartarse cualquier responsabilidad por la historia de los Sujetos, ni la revolución, en el otro extremo: la dolencia entre paréntesis, como si no existiera, cuando en verdad, ella está ahí, en el cuerpo, todo el tiempo haciendo barullo, anulando el silencio de los órganos. La enfermedad está ahí, dependiendo de los médicos, de la medicina y de la verdad, pero también independiente de la medicina: depende de la voluntad de vivir de las personas, con convicción, pero a su vez, independiente de la voluntad de los Sujetos. Está ahí, tan simple como el proceso humano de nacer, crecer, gastar la vida, agotarla y morir. Y sabiendo que las cosas no siempre ocurren en este orden exacto, cartesiano; colocar la enfermedad entre paréntesis, sí, pero únicamente para permitir la entrada en escena del paciente, del sujeto enfermo, pero, a renglón seguido, ahora en homenaje a Basaglia, sin descartar al enfermo y su contexto, volver a escurriar a la dolencia del enfermo concreto, sino, ¿qué especificidad le corresponde a los servicios y los profesionales de la salud?

2. *La enfermedad total o la enfermedad como parte de la vida humana*

¿Clínica del sujeto? Sí, una clínica centrada en los Sujetos, en las personas reales, en su existencia concreta, inclusive al considerarse la enfermedad como parte de esta existencia. Sin embargo, la medicina no sólo trabaja con una ontologización de las enfermedades –las dolencias son el verdadero objeto del trabajo de la clínica– como termina aprehendiendo a las personas por sus enfermedades. Es como si la dolencia ocupara toda la personalidad, todo el cuerpo, todo el Ser del enfermo. Su paciente con nombre y apellido desaparecerá para dar lugar a un psicótico, a un hipertenso, un canceroso o a un quejoso múltiple cuando no se acierta de inmediato con algún diagnóstico. Se habla hasta de un arte psicopatológico para referirse a pinturas elaboradas por enfermos mentales, como si la enfermedad sustituyera a la mente, o al cerebro, la voluntad, todo el Ser del enfermo. Para la medicina la esencia del Sujeto estaría vaciada por la dolencia, la cual ocupará su lugar a posteriori.

Haciendo una analogía con el concepto de Institución Total de Goffman (1996) se podría hablar de Enfermedad Total. Para la medicina ocurrirá un apagarse de todas las otras dimensiones existenciales o sociales del enfermo, la dolencia lo recubrirá como una segunda piel, como una nueva identidad. Las personas dejarán de ser viejas, jóvenes, padres, madres, trabajadores, jubilados o desempleados, músicos o profesores, y todos serán enfermos de alguna cosa, de este modo poco importará pelear con la enfermedad como uno de los componentes de estas existencias concretas. Ni siquiera se cuestionan sobre como combinar una enfermedad determinada y el Ser concreto agredido, como combinar el enfrentamiento de una determinada enfermedad con la lucha contra el desempleo, el combate de una determinada enfermedad con el cumplimiento de las funciones maternas, o el cuidado y tratamiento de un determinado malestar con la conservación de algún bienestar o de algún placer.

Esta polémica tendrá que establecerse con la Clínica, sin lo cual nunca habrá una Clínica reformada y mucho menos ampliada. Una enfermedad perturba, transforma y hasta mata Sujetos; con todo, apenas por excepción liquida a todas las demás

dimensiones de la existencia de cada uno. Así, hipertensiones arteriales similares, según los criterios clínicos tradicionales, tendrían consecuencias y gravedad distinta conforme sea el Sujeto y el Contexto en cuestión. La clínica se empobrece toda vez que ignora estas interrelaciones perdiendo, inclusive, la capacidad de resolver problemas estrictamente clínicos.

Se sugiere, por lo tanto, una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la Clínica. De la enfermedad como objeto de conocimiento y de intervención, se pretende, también, incluir al Sujeto y su Contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la Clínica.

Mientras tanto, se tratará de una ampliación, no de un cambio. El objeto a ser estudiado, a partir del cual se desdoblará un Campo de Responsabilidades para la Clínica, será un complejo, una mezcla, resultante de una síntesis dialéctica entre el Sujeto y su Dolencia. Considerar a la enfermedad es mucho más importante porque influye inclusive en la definición sobre la que la clínica debiera investigar. En los casos de enfermedades o deficiencias crónicas, de larga duración, en general incurables, se debe pensar en la Clínica del Sujeto. En general estas personas están, casi siempre mucho más dependientes de algún tipo de apoyo técnico (medicación, hormonas, insulina, rehabilitación física, etc.), sujetas a variaciones de humor en virtud de sus enfermedades que los disminuyen en relación a la media de la especie o del contexto sociocultural (terapia individual, trabajo en grupo) y aun más expuestos a las dificultades del contexto y que se beneficiarán de programas sociales específicos (cooperativas de trabajo, apoyo educacional, viajes, viviendas colectivas, etc.). En fin, personas con cualquiera de estas características se beneficiarán de una Clínica reformulada y ampliada.

En esta relación entre enfermedad y Sujeto hay, por lo tanto, muchas posiciones posibles. Desde aquellas en la que la dolencia ocupa un gran espacio en la existencia del Sujeto, hasta otras en que la enfermedad es un riesgo en el agua, un evento transitorio y fugaz. Por otro lado, enfermedades semejantes del punto de vista de su clasificación pueden incidir de forma diferenciada conforme la historia y los recursos subjetivos y materiales de cada Sujeto. Los servicios de salud deberán operar con la suficiente plasticidad para dar cuenta de esta variedad.

En relación al tema: ¿existe más de una Clínica? O ¿qué es la Clínica? ¿Hay sólo una Clínica, una Clínica sin adjetivos que la califique?

3. La clínica y sus variaciones de fisonomía

La medicina imagina la existencia de una clínica única, de una clínica totalizadora: la Clínica científica y ética. Sin embargo, se trata de una pura declaración ideológica, tal vez asentada sobre la preocupación de vender la imagen de una institución racional y humana. En los principales manuales de Semiología ya se encuentra que la Clínica será ciencia y arte (Campos, 1992), una contradicción en los términos, ya que la ciencia se refiere a saberes, procedimientos normalizados y el arte a la invención o a la improvisación. Históricamente la institución médica va resolviendo este dilema al tratar de transformar la dolencia en objeto científico pasible de elaboraciones estructurales y por lo tanto, base de apoyo para una acción orientada de los profesionales, al mismo tiempo que imagina la relación médico-paciente, es decir, el trabajo con Sujetos concretos, como vinculada al campo del arte y, por consiguiente, de lo imprevisible: el espacio en que cada caso será diferente de los demás.

A pesar de la ideología, esta ideología existe y, por lo tanto, existe una Clínica clínica, por lo menos en cuanto sistema de referencia y, convengamos, algunos sistemas de referencia ejercen bastante influencia sobre la materialidad de las cosas y de los fenómenos. Y en el caso de la Medicina, opera en nombre de un sistema de referencia, al mismo tiempo, sólido en certezas y lleno de vacíos, al que se le tiene asegurado respetabilidad y longevidad. Por este motivo, se optó por trabajar con la idea de semblantes, de facies o de los dobles de la Clínica. Existen, de hecho, en la práctica, un gran número de clínicas. No obstante, hay de hecho, proximidad entre ellas, pero también hay entre estas clínicas muchas diferencias entre sí. En este sentido, es importante considerar las tres caras principales de como la Clínica se presenta. Existe una Clínica Oficial (la Clínica clínica) una Clínica Degradada y otra Clínica del Sujeto.

La Clínica Degradada o Ampliada, obvio, siempre está en relación con aquella considerada Oficial. ¿Degradada por qué? Este concepto trata de reconocer qué contextos socioeconómicos específicos pueden ejercer una determinación tan absoluta sobre la práctica clínica que ésta tendrá su potencialidad disminuida para resolver problemas de salud. En este caso, lo degradado se refiere aquí a límites externos impuestos a la potencia de la Clínica clínica. Muchos críticos de la medicina se han valido de estas degradaciones que derivan de intereses económicos corporativos o de políticas de salud muy deficientes al criticar la Clínica como institución (Illich, 1975). Este expediente les ha simplificado la tarea, generando, no obstante, bastante confusión. Cuando una empresa médica dificulta el libre albedrío de los médicos o les impone restricciones, independiente de la gravedad de cada caso, la baja eficacia de las prácticas no pueden ser atribuidas a la clínica en sí, sino a esa clínica degradada por aquellas condiciones específicas. Otro ejemplo, el modelo de Atención de Emergencia que es practicado en millares de instituciones públicas y que fue brillantemente criticado por Ricardo Bruno, al que él denominó como un sistema de trabajo queja-conducta (Gonçalves, 1994). Pero, este estilo de trabajo viola principios básicos de los propios manuales de la Clínica Oficial; la degradación existente resulta de una mezcla de una política de salud inadecuada con un comportamiento alienado de los médicos que la practican, al atender los casos de una manera reglada, casi independiente de la gravedad y de las necesidades de cada uno de sus pacientes.

Por lo tanto, hay una Clínica Degradada por intereses económicos o por desequilibrios muy pronunciados de poder. Cada vez que la racionalidad estrictamente clínica es atravesada por otras racionalidades del tipo instrumental o estratégicas, hay una degradación de su potencialidad teórica y se pierde la oportunidad de resolver problemas de salud.

No es que se esté imaginando una situación ideal en que la racionalidad clínica pudiese generarse en forma pura. Esto sería idealismo, sería el no reconocer el concepto de práctica social que afirma que toda acción de salud es una práctica siempre sometida a determinantes sociales, políticos y económicos. Sin embargo, las organizaciones de salud pueden crear ambientes y situaciones más o menos protegidas de todas estas determinaciones. Instituciones

más o menos permeables a estas múltiples fuerzas e intereses en juego. Existen servicios de salud que subordinan todas estas otras lógicas a la de producción de salud; siempre procuran asegurar preeminencia al interés del paciente. No es que esta postura sea siempre vencedora, lo que se está reconociendo aquí es la existencia de organizaciones en que el interés económico aparece antes que el del paciente, en que la lógica política y del poder se superponen a la razón de la cura o rehabilitación de las personas. Esto produce una Clínica degradada.

No obstante, la Clínica Oficial (Clínica clínica) es también bastante limitada. Y estos límites, al contrario de aquello divulgado por la ideología médica, no resultan sólo de los aspectos oscuros -desconocidos- de los procesos salud-enfermedad. Un gran número de autores demuestra sus limitaciones ontológicas, sus debilidades de constitución (Foucault, 1980; Canguilhem, 1982). Es verdad que la Medicina siempre los ignoró. Recientemente, con la crisis de costos y eficacia, sin ninguna referencia a estos criterios originales, se constatan algunas aperturas entre ciertos epígonos de la Institución Médica. Las Facultades de Medicina, por ejemplo, admiten rever su modelo pedagógico. De cualquier manera, se ha producido una copiosa literatura criticando la Medicina Oficial. Se puede inclusive afirmar que en las últimas tres décadas una parte importante de investigaciones en Salud Colectiva tuvo como objeto el estudio crítico de las prácticas médicas. Se demostró que la medicina opera con un objeto de estudio y de trabajo reducido lo que traería implicaciones negativas tanto para su campo de saberes como para sus métodos y técnicas de intervención (Camargo, 1990). Además de eso se podría constatar en la actualidad que este reduccionismo autorizará a la Clínica Oficial a desresponsabilizarse por la integralidad de los Sujetos. Asimismo, la Clínica sólo se responsabiliza por la enfermedad, nunca por la persona que está enferma.

Este objeto de estudio y de intervención estará reducido en múltiples dimensiones: por un lado, un enfoque desequilibrado hacia el lado biológico, al olvidarse de las dimensiones subjetivas y sociales de las personas. Lo que acarreará que los saberes y prácticas estén marcados por el mecanicismo y la unilateralidad en el enfoque. Por otro lado, se aborda más a la enfermedad que al individuo; aun cuando éste ser considerado, se piensa en un individuo

fragmentado, un ser compuesto de partes que sólo en teoría guardarían alguna noción de interdependencia. Este reduccionismo tiene innumerables consecuencias negativas: el abordaje terapéutico volcado de manera excesiva a la noción de cura –con frecuencia confundida con la simple eliminación de los síntomas y, en el mejor de los casos, con la corrección de lesiones anatómicas y funcionales– dejando en segundo plano tanto las posibilidades de promoción de la salud o de prevención y hasta también aquellas de rehabilitación. Además de eso, este objeto reducido autorizará la multiplicación de especialidades que terminará por fragmentar, a un nivel insoportable, el proceso de trabajo en salud. En consecuencia se viene reduciendo la capacidad operacional de cada Clínico estableciéndose una cadena de dependencia casi imposible de ser integrada en proyectos terapéuticos coherentes.

Todo este sistema viene produciendo relaciones bastantes paradójales con la sociedad. En cierta medida la Medicina nunca perdió la capacidad de ejercer control social sobre la mayoría de las personas, su papel de árbitro y su discurso competente sobre temas ligados a la vida continúan vigentes. Sin embargo, se percibe en el trabajo cotidiano un grado cada vez mayor de alienación de sus agentes en relación con los sujetos concretos que dependen de sus cuidados. Alienación, alejamiento, desinterés, fijación en procedimientos técnicos normatizados, dificultad para escuchar quejas, imposibilidad de comunicar cualquier cosa, además de la secuencia automática de procedimientos y, sin embargo, tiene gran capacidad de influenciar al imaginario social. Tal vez por la articulación de la Clínica con el Medio y con el Complejo Médico-industrial, tal vez por la función social de los adversarios de la muerte y del sufrimiento, tal vez por la capacidad de resolver un serio problema de salud y de aliviar muchos sufrimientos que la Clínica misma, aunque degrada, conserva todavía; por todo esto, la Clínica sigue siendo una institución importante e influyente. Un espacio donde las personas invierten afectos y esperanzas, donde aun se producen valores de uso e, inevitablemente, se disputa poder, y muchas veces se transforman valores de uso en puros valores de cambio, interés económico, realización de plusvalía para los otros, casi nunca de los enfermos.

Pues bien, ¿y la Clínica del Sujeto? Ampliada y revisada, revisitada. De esto trata este trabajo. Con todo, ella tendrá que enfrentar

y derrotar estos principios, nuestras críticas que la Clínica Oficial no ha conseguido ni siquiera analizar y mucho menos resolver. ¿Cómo criticar la fragmentación que se origina de la especialización progresiva sin caer en un oscurantismo simplista? Un oscurantismo que niega el desarrollo progresivo de los saberes y de las tecnologías. Habrá que enfrentarse a ese desafío y no sólo ayudándose del lugar común postmoderno de la transdisciplinariedad. Los conceptos de Campo y Núcleo de saberes y de responsabilidades intentarán operar esta difícil travesía. Después habrá que articularlos a las nociones de Equipo (Clínico) de referencia –organización vertical del proceso de trabajo, organización basada en el Campo, espacio de una clínica ampliada– con aquella de Apoyo Especializado Matricial: organización horizontal del proceso de trabajo, en donde se intenta combinar especialización con interdisciplinariedad, especialistas apoyando el trabajo del Clínico de Referencia conforme el Proyecto Terapéutico coordinado por la referencia adecuada, pero elaborado en permanente negociación con el Equipo involucrado en la atención matricial. Además de esto, habrá que superar la alienación y la fragmentación y el tecnicismo biologicista, al centrarse en el eje de la reconstitución del Vínculo entre Clínico de Referencia y sus pacientes. Habrá que superar la fragmentación entre la biología, subjetividad y sociabilidad trabajándose con los Proyectos Terapéuticos amplios, que expliciten objetivos y técnicas de acción profesional y que se reconozca un papel activo para el paciente, para el enfermo en lucha y en defensa de su salud, en general, interrelacionado con la salud de los otros. Es una crítica que se pretende dialéctica que la Clínica clínica está obligada a deconstruir reconstruyendo alternativas concretas de saberes y de praxis: una clínica reformulada y ampliada.

4. Entre la ontología de la dolencia y la fenomenología del sujeto enfermo

(una primera ampliación del objeto de trabajo de la clínica)

El objeto de la Clínica del Sujeto incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto. No hay como ignorar la enfermedad, sino no habría Clínica sino sociología o filosofía existencial. Y no hay como

abordar la dolencia sin encuadrarla dentro de una cierta ontología. La dolencia existe y no existe, antes de Weber la clínica ya operaba, en la práctica, con un concepto muy semejante al de tipo-ideal. Una abstracción concreta: la dolencia. Un Ser inanimado pero dotado de animación externa. Un Ser probable, aunque inexistente en la práctica. Una regularidad que nunca se repite exactamente igual. Entonces, ¿porqué se los considera a estos patrones teóricos? Porque dentro de la ontología existe todo un mundo de certezas que infunde seguridad a los Sujetos Operadores, a los agentes de salud. Tratar la enfermedad como un ser con identidad propia es la base que autoriza a un profesional de salud a intervenir en casos concretos. El problema ocurre cuando este Ser de la Dolencia sustituye completamente al Ser que realmente es y se pierde la capacidad de que se opere con la singularidad de cada caso. No obstante, saber sobre la hipertensión en general ayuda bastante, como conocer desdoblamientos genéricos sobre el proceso de gestación considerado normal, también ayuda mucho. Y aunque se sepa de esta supuesta anormalidad inexistente, conocer sobre el tipo de gestación ideal, ayuda. Ayuda, pero confunde también, perturba porque en nombre de esta abstracción se autorizan intervenciones impropias, intervenciones que desconocen la variabilidad posible de lo singular.

Todo saber tiende a producir una cierta ontología de su objeto, a transformar el objeto de análisis en un Ser con vida propia. La política procede así con el Estado, los estados se transforman en Sujetos, casi con independencia de los seres concretos que los operan. La medicina se transformó a sí misma en un ser dotado de vida propia, con desarrollo, enfermedades y capacidad de autocorrección. Todo normatizado, toda programación y toda planificación implican una de suposición un mundo sujeto a reglas. Un mundo en que las dolencias serán una misma en cada una de sus múltiples manifestaciones, un mundo en que estas variaciones jamás destruirán la identidad de la enfermedad, o del problema institucional o social enfrentado por estas formas de praxis. En resumen, aprender sobre una praxis presupone suponer casos que se repetirán de manera más o menos iguales. De la ontología a la ortodoxia, sin embargo, hay apenas un paso. Sobre estas supuestas verdades, en general se organiza todo un sistema de poder, una jerarquía de guardianes, de fieles defensores de la identidad de la

ontología contra la variación de la vida. Mientras tanto, tratados sobre la dolencia o sobre la fisiología del patrón de los seres humanos ayuda a la clínica. Más que ayudar, la torna posible.

El desafío estará en pasar de este campo de certezas, de regularidades más o menos seguras, al campo de la imprevisibilidad radical de la vida cotidiana. Situación y estructura. El saber seguro y preso de las estructuras, o lo imprevisible caótico de las situaciones siempre diferentes. ¿Cómo realizar este trayecto con seguridad? Una primera respuesta: el reconocimiento explícito de los límites de cualquier saber estructurado ya constituye una primera solución pues obligará a todos los especialistas a reconsiderar sus saberes cuando se encuentre delante de cualquier caso concreto. Siempre.

No obstante, queda la pregunta: ¿cómo realizar este trayecto de lo general a lo particular con un poco más de seguridad que aquel, por ejemplo, exigido al artista? ¿La Clínica como arte? Pero la vida de una persona no es un montón de arcilla o de piedra que se pueda sacar afuera en el caso que la intuición del artista no estuviera funcionando. Por esto es muy importante conocer aspectos genéricos de los procesos salud-enfermedad-atención. Por esto es importante aprender la variación, por esto es importante saber escuchar, y más aun, saber también indagar el caso singular. Y decidir, pero decidir ponderando, escuchando a otros profesionales, exponiendo incertidumbres, compartiendo dudas. Por esto la Clínica del Sujeto demanda trabajo en equipo y un hacer comunicativo. Habermas y la Clínica. La arrogancia de un sabio que conoce casi toda la historia de un Ser inexistente puede confundir más que ayudar. No obstante, se tiene que conocer lo relacionado con las normas posibles.

Es necesario hacer notar como esta exigencia básica de la práctica clínica es antagónica a la tendencia contemporánea de realizar una clínica sin riesgos de fracasos. Presionados por los sucesivos procesos de mala praxis, empresas y profesionales de salud, particularmente en EE.UU., actúan sólo en situaciones en que el riesgo de fracaso es muy pequeño. En el fondo, todos pierden en este nuevo círculo vicioso. La tendencia medicalizante e intervencionista sustituida por postura prescindente. De un extremo a otro, sin mediaciones más provechosas.

En este sentido, las organizaciones de salud, inclusive para asegurar el ejercicio de una clínica de calidad, estarán obligadas a adoptar una cultura de comunicación. El primer paso es quebrar la arrogancia pétrea de la Medicina, con sus doctores y sus protocolos, que serán bienvenidos desde que hubiera un espacio para que se dude de ellos, para que los Equipos actúen apoyados en ellos pero dudando de ellos. La Gestión Colegiada y la división de los servicios de salud en Unidades de Producción compuestas por Equipos multiprofesionales crean condiciones institucionales favorables para el intercambio de información y la Construcción colectiva de los proyectos terapéuticos. Construcción colectiva, por consiguiente se evita de esa manera que se diluyan responsabilidades y la omisión delante de lo desconocido o frente a lo imprevisible.

Referencias bibliográficas

- AMARANTE, P. 1996. *O homem e a serpente*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- BASAGLIA, F. ET AL., 1985. *La instituição Negada*. Tradução de Heloisa Jahn. Editora Graal, Rio de Janeiro.
- CAMPOS G., W. S. 1992. *Reforma da reforma: Repensando a saúde*. Editora Hucitec, Rio de Janeiro.
- CAMARGO, J. 1990, *(Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da clínica*. Dissertação de mestrado Instituto de Medicina -Social da Universidade Federal Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- CANGUILHEM, G. 1982. *O Normal e o patológico*. Editora Forense, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT, M. 1980. *O nascimento da Clínica*. Editora Forense Universitária. Rio de Janeiro.
- GOFFMAN, E. 1996. *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução de Dante Leite. Editora Perspectiva. São Paulo.
- GRAMSCI, ANTONIO. 1978. *Concepção dialética da história*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
- ILLICH, I. 1975. *A expropiação da saúde: gênese da Medicina*. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. 1994. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. Editora Hucitec, São Paulo.
- SARTRE, J. P. 1963. *Crítica de la razón dialéctica*. Editorial Losada, Buenos Aires.

*El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso**

RESUMEN: Descripción de un Método para Cogobernar Organizaciones de Salud al considerar tanto los objetivos primarios de estas instituciones (la propia producción de salud) como otros objetivos secundarios vinculados con la función de asegurar la sobrevivencia y la relación profesional de sus trabajadores. El nuevo Método se ha denominado Gestión Colegiada centrada en los Equipos de Salud. Esta construcción es el resultado de un sistema de confrontación triangular de determinados cuerpos de Teorías, datos empíricos observados en el Sistema Único de Salud y la experiencia y conocimientos del autor e investigador. Se han descrito algunos dispositivos organizacionales originales (algunos nuevos u otros reconceptualizados), entre ellos: el de Unidad de Producción, Equipo de Referencia y Trabajo de apoyo Matricial, Sistema de Gestión Colegiada, Supervisión Matricial, y Producto/Obra.

Palabras claves: Administración en Salud, Administración Pública, Gestión Democrática.

1. Consideraciones metodológicas

Este trabajo intenta describir un nuevo Modelo de Gestión para Sistemas y Establecimientos de Salud. A este nuevo método se lo podría denominar Gestión Colegiada, Gestión Democrática o Gestión centrada en Equipos de Salud.

* Publicado en *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (4):863-870, 1998

¿y el de la prevención? ¿y cómo se organizará el trabajo comunitario? etc., etc. Al mismo tiempo, se tratará de orientarse por la política del SUS, el perfil epidemiológico de la región, los datos extraídos de la demanda, por la ética y por lo que sería una clínica de calidad al redefinir papeles, responsabilidades y procesos de trabajo. Es decir, traer a lo concreto de cada servicio diseños que tengan en cuenta todos estos temas, pero que lo hicieran de manera práctica y funcional.

Referencias bibliográficas

- BASAGLIA, F. 1985. *A instituição negada*. Editora Graal, Rio de Janeiro.
- BIRMAN, J. *Enfermidade e locura*. 1980. Editora Campus, Rio de Janeiro.
- CAMPOS, G.W.S. 1992. *Reforma da reforma: Repensando a Saúde*. Editora Hucitec, São Paulo.
- CAMUS, A. O. 1996. *Homen revoltado*. Editora Record, Rio de Janeiro.
- CASTORIADIS, C. 1982. *A instituição imaginária da Sociedade*. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- DELEUZE, G., GUATTARI, F. 1972. *O Anti-Édipo*. Editora Imago, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Ed.Graal, 1979.
- GUATTARI, F. 1976. *Psicoanálisis y transversalidad*. Editor Siglo XXI, Buenos Aires.
- GUATTARI, F. 1981. *Revolução molecular*. Editora Brasiliense, São Paulo.
- PAIM, J.S. 1994. *Recursos humanos em saúde no Brasil: Problemas Crônicos e desafios Agudos*. Fac. de Saúde Pública/USP, São Paulo.
- PIRES, Denise. 1996. *Processo de trabalho em saúde no Brasil*. Tese doutorado IFCH/UNICAMP, Campinas.
- SARTRE, J.P. 1982. *Determinação e liberdade*. In: *Moral e sociedade*. Edição Instituto Gramsci. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro.

Equipos de referencia y apoyo especializado matricial

1. Introducción

ESTE TEXTO DESCRIBE un esquema de organización para el trabajo en salud, al que se ha denominado: Equipos de Referencia con Apoyo Especializado Matricial. Se supone que esta ordenación potencializará alteraciones en la subjetividad y en la cultura dominante entre el personal de salud por medio de una valorización concreta y operacional de las directrices del Vínculo Terapéutico (Pichon-Rivière, 1988 y Campos, 1992); Interdisciplinariedad de los Saberes y de las Prácticas (Japiassu, 1976, Nunes, 1995; Testa, 1997; Almeida Filho, 1997; Passos, Benevides Barros, 1998) y el de Gestión de Organizaciones como dispositivo para producción de Grupos Sujetos (Campos, 1998).

No se trata de un estudio empírico sobre el impacto de la utilización de esta metodología de trabajo en situaciones concretas sino de su descripción y justificación teórica. Aun así, con certeza, se puede tener en consideración experiencias en las cuales estas directrices organizacionales sirvieron como principal inspiración. En los últimos años (1990-1998), Equipos de Referencia fueron implantados en varios servicios de salud, además se hicieron con modificaciones en relación al modelo teórico descrito en virtud de especificidades organizacionales y culturales. En la Salud Mental (Servicio de Salud Cándido Ferreira, Campinas, SP, en Hospitales, (Hospital Público Regional de Betim, Mina Gerais y Hospital Municipal de Paulina, SP, en servicios de DST/SIDA (Atención domiciliaria del SIDA, Campinas, SP) se reorganizaron los procesos de trabajo de acuerdo con las direcciones del modelo de Equipos de Referencia. Los Sistemas

de Atención Primaria (red de centros de salud y de salud de la familia de Betim/SP) también están siendo reformulados según estas directrices. Sin duda, la elaboración teórica solamente se hizo posible después que estos equipos de trabajadores se dispusieran a realizar una crítica viva de los conceptos y tecnologías sugeridos por la metodología propuesta. En este sentido, las reflexiones que aquí se presentan tienen una deuda insalvable con todo el personal que las fue recreando o con las que venían siendo sugeridas ya sea por los textos del autor, o por el resultado de otras experiencias. A ellos mi gratitud y el homenaje de mi admiración más sincera.

II. Dispositivos, arreglos organizacionales y la gestión democrática en salud

Según Barembliit *“dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo Radical”* (Barembliit, 1992, p. 151). Se puede observar que en esta conceptualización los dispositivos aparecen como combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que no forman parte de la estructura de las organizaciones. Serían artificios que se introducen con el objetivo de instaurar algún proceso nuevo, programas asistenciales, modificaciones en la cultura institucional, o para reforzar o alterar valores, etc. Cuando se anhelan cambios o asimismo el refuerzo de algún comportamiento, se acostumbra a utilizar dispositivos para intervenir en la realidad cotidiana de los servicios. En salud han sido frecuente la organización de Oficinas de Planificación, Entrenamiento y Cursos, Sensibilización, discusiones de problemas, etc. El empleo de este tipo de recurso en el Sistema Único de Salud (SUS) es común (Cecilio, 1994; Teixeira & Melo, 1995; Kadt & Tasca, 1992, entre otros).

Estos espacios todavía tienen, en general, carácter transitorio y no logran alterar la lógica fundamental del funcionamiento de las organizaciones, ya sea en su dimensión gerencial, ya sea en sus aspectos asistenciales. En caso de éxito, se modifican aspectos puntuales gracias a los efectos de estos dispositivos. No obstante, casi siempre la lógica estructural de la organización está preservada. Ejemplos: se ponen en funcionamiento Oficinas

de Planificación Estratégica con relativo grado de participación; una vez finalizados los trabajos se retorna a funcionar según normas o reglas autoritarias sin alterar la tradicional línea de verticalidad de mando o la vieja separación departamental entre los profesionales y las especialidades. Se realizan grupos de integración con técnicas modernas y enseguida se vuelve a un estilo gerencial que limita y restringe la comunicación cotidiana.

En general, el viejo orden administrativo y la antigua organización del proceso de trabajo continúan produciendo subjetividades según la lógica dominante y no según aquella que se pretende por los promotores de estos dispositivos.

En realidad, tanto la subjetividad como la cultura de las personas o de una organización son socialmente producidas (Marx, Engels, 1996; Guattari, Rolnik, 1993). Son el resultado de la estructura, del funcionamiento organizacional y de la ordenación específica de los procesos de trabajo. En este sentido, la cultura y la subjetividad de los equipos de trabajo serán productos con múltiples determinaciones. Dependerán de los saberes dominantes: la clínica médica, por ejemplo, condiciona y produce valores, posturas, deberes y responsabilidades. No obstante, también lo hace el pensamiento reformista del movimiento sanitario, el de la salud mental, o el propio psicoanálisis, como cualquier otra disciplina. Por otro lado, la definición concreta de cuáles serán los deberes y responsabilidades de un equipo depende también del contexto socioeconómico y político: el valor de uso de la vida varía conforme el tiempo, el espacio y la clase social de las personas. El Valor de Uso de un bien o de un servicio es, en sí mismo, un producto social e histórico.

Además de esto, la subjetividad y la cultura dominante en las instituciones son también influenciadas por el protagonismo de los grupos, es decir, son pasibles de cambios por medio de la acción humana. En este sentido, el estilo de gobierno y la estructura de poder de las organizaciones condicionan y determinan comportamientos y posturas. Un sistema de poder muy verticalizado, con toma de decisiones centralizadas, tiende a estimular la falta de compromiso y alienación entre la mayoría de los trabajadores. Un proceso de trabajo centrado en procedimientos y no en la producción de salud tiende a diluir el compromiso de los equipos de salud con los usuarios.

Con frecuencia algunos dispositivos han sido constituidos para atenuar los efectos desagregadores y alienantes de la lógica organizacional arriba descrita, cuando en realidad se trataría de alterar el ordenamiento de estas organizaciones, o en su dimensión gerencial –democratización de la gestión– o –en la atención a la salud–, con la reforma del modelo de atención (Campos, 1992).

No hay aquí censura en la utilización de dispositivos de carácter episódico. Al contrario, valerse de estos recursos es una de las reglas para la buena gerencia. Lo que se está afirmando es la insuficiencia de este recurso y sugiriendo se emprendan cambios de la estructura gerencial y asistencial de los servicios de salud, recreándolos de nuevo. **Dispositivos** que produzcan otra cultura y otras líneas de subjetivación: a saber, estructuras que no fuesen centralmente inductoras de corporativismo y alienación. Se trataría de instaurar un nuevo orden organizacional que estimulase el compromiso de los equipos con la producción de salud, sin exigir en cambio omnipresencia u omnipotencia, pero que les facilitasen, al mismo tiempo, la adecuada realización personal y profesional (Campos, 1998).

Marcuse escribió que lo instituido –concretizado bajo la forma de estructuras, normas y valores dominantes– representa la materialización del principio de realidad (Marcuse, 1998); es decir, la organización real de una institución o un modo de producción de servicios de salud no son obra de la casualidad. Al contrario, reflejan intereses, directrices y valores dominantes en una cierta época y en un contexto dado. Cada modo específico de organizar la vida sirve a la concreción de determinados objetivos y no de otros. Por lo tanto, las lógicas de gobierno y de los procesos de trabajo no son nunca inocuas.

En este texto se sugiere nuevos **Dispositivos** para los servicios de salud con base en los conceptos de Equipos de Referencia y del apoyo especializado matricial. Se parte de la suposición de que una reordenación del trabajo en salud según la directriz del **Vínculo Terapéutico** entre equipo de profesionales y usuarios estimularía la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de salud. Esto articulado a las directrices de **Gestión Colegiada** (Campos, 1998) y de **Trabajo Interdisciplinario** (con cierto grado de intercambio dialógico entre las prácticas y de los sujetos, o con transdisciplinario) posi-

bilitarían una superación de aspectos fundamentales del modelo médico-hegemónico. Modelo ampliamente criticado por una serie de autores clásicos (Donnangelo, 1975; Luz, 1988, y Méndez Gonçalves, 1979, entre otros).

Un nuevo Dispositivo que estimulase en lo cotidiano la producción de nuevos patrones de interrelación entre equipos y usuarios, ampliando el compromiso profesional con la producción de salud y quebrando obstáculos a la comunicación.

III. El nuevo dispositivo: equipos de referencia y trabajo de apoyo matricial

La reforma y ampliación de la Clínica y de las prácticas de atención integral de la salud dependen básicamente de la institución de nuevos patrones de maneras de relacionarse entre Sujeto/clínico y Sujeto/enfermo (obvio, este dilema no será expuesto de esta misma manera para la Salud Colectiva, en particular cuando sea tomado como práctica social concreta).

En este sentido, se trataría de instituir –como norma organizativa– un nuevo **Sistema de Referencias entre profesionales y usuarios**. Cada servicio de salud sería reprogramado a través de la composición de Equipos de Referencia, recortados según sea su objetivo, las características de cada local y la disponibilidad de recursos. De cualquier forma estos equipos obedecerían a una composición multiprofesional, variable, conforme a la circunstancia de estar trabajando en atención primaria hospital, especialidades, etc.

La clientela de una región o de un establecimiento sería dividida en “grupos” bajo la responsabilidad de distintos Equipos de Referencia.

En un centro de salud de red básica, por ejemplo, se montarían equipos de salud de la familia (médico-generalista, auxiliares de enfermería y agentes de salud), o equipos de salud de la infancia (pediatría, enfermeros, etc.), de salud del adulto (clínico, auxiliares de enfermería, etc.). Conforme con la disponibilidad de recursos, cada equipo mínimo, podría contar con médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, o, en caso de haber menor disponibilidad de profesionales, se ubicarían a estos profesionales

más escasos en la línea de apoyo matricial. Es decir, estos profesionales integrarían el trabajo de un determinado número de Equipos de Referencia siempre que su trabajo fuese considerado prioritario o necesario. Así, un psicólogo o un nutricionista podrían supervisar y apoyar el trabajo de cuatro o cinco Equipos de Referencia de Salud de los Niños o de la familia. Lo mismo podría ocurrir con fisioterapeutas u otros especialistas. Algunas actividades específicas como el trabajo en Grupo, educación en salud, paseos terapéuticos, gimnasia para la tercera edad, etc., serían también ofrecidos a la clientela de los Equipos de Referencia. Un médico o una enfermera, aun cuando estén integrando un Equipo y, por lo tanto, ser responsable de un conjunto de pacientes adscriptos, podrían ofrecer actividades de carácter matricial. Cada Equipo de Referencia de la red básica tendría bajo su responsabilidad –para asegurar una atención integral a la salud– una población en torno de 1500 a 3000 personas.

En un hospital de día, o en un centro de salud mental o de rehabilitación, o en un ambulatorio de especialidades se organizarían también Equipos de Referencia multiprofesionales con dos, tres o más profesionales (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales, infectólogos, fisioterapeutas, etc.), organizados conforme al objetivo, características de los usuarios y responsabilidad de cada uno de estos servicios. Cada Equipo de Referencia tendría bajo su responsabilidad un conjunto de pacientes adscriptos según su capacidad de atención y la gravedad de los casos. Doscientos, trescientos, ochenta personas –cantidad a ser definida en cada contexto– acompañados por cada uno de los equipos de referencia, responsables por elaborar Proyectos Terapéuticos Individuales en relación con cada caso y la disponibilidad de recursos, variando en el tiempo la composición de recursos ofertados a cada usuario. La concentración mayor o menor de actividades se hará conforme al riesgo y fase de evolución de los casos. También en estas unidades se utilizará el apoyo matricial. Así, en un Centro de Salud Mental o de atención clínica se podrá ofrecer bajo la forma matricial a varios Equipos que necesiten de ella. En un Centro de Salud Mental, una Oficina Cultural se podría ofrecer como actividad matricial a ser indicada por los Equipos de Referencia para aquellos usuarios que se benefician y se interesen por el tipo de oferta en estudio.

Una observación importante y que altera la tradicional noción de referencias y contrarreferencia vigente en nuestros sistemas de salud: cuando un paciente utiliza un servicio matricial, nunca deja de ser usuario del Equipo de Referencia. En este sentido no hay una orientación dirigida sino diseños de Proyectos Terapéuticos que no son ejecutados sólo por los Equipos de Referencia sino por un conjunto más amplio de trabajadores. De cualquier forma, la responsabilidad principal por la conducción del caso continúa con el Equipo de Referencia.

De igual manera, en los hospitales, cada enfermo tendría su Equipo de Referencia (médico o profesional central para el caso –ejemplo, ortopedista y fisioterapeuta para pacientes en rehabilitación, infectólogo y psicólogo, cuando el componente psíquico fuese relevante, además de enfermeros y auxiliares de enfermería, etc.).

En todas estas modalidades de servicios, especialistas y profesionales organizarían una red de servicios matriciales de apoyo a los Equipos de Referencias. Habría una oferta tan amplia como fuera posible y necesaria de manera de enriquecer las posibilidades de composición de los Proyectos Terapéuticos. El apoyo matricial organizado de esta forma amplía las posibilidades y la composición interdisciplinaria de los Proyectos Terapéuticos, sin diluir la responsabilidad sobre los casos y sin crear recorridos interminables. Por otro lado, permite a los profesionales combinen de forma más libre el trabajo con los usuarios adscriptos con espacios en que podrían dedicarse a actividades que sea más de su gusto. Esto es particularmente conveniente cuando se piensa en el amplio menú de actividades matriciales que pueden ser ofrecidos. Así, una enfermera además de su actividad nuclear típica podría ofrecer también, en algunas horas de su jornada, grupos terapéuticos, caminatas, etc.

El objetivo de esta directriz organizacional es instituir un modelo de atención más singularizado y personalizado, en donde cada técnico y cada Equipo tendrían usuarios adscriptos más o menos fijos. Esto objetiva tanto reforzar el papel terapéutico inherente a la dialéctica del **Vínculo**, de llegar a estar bien trabajada, como permitir también que los profesionales acompañen mejor, en el transcurso del tiempo, el proceso salud/enfermedad/intervención de cada paciente.

El estímulo a la institución de gradientes de **Vínculos** genera mecanismos de aproximación y de compromiso entre los pacientes y el Equipo de Referencia, permitiendo mayor visibilidad de la calidad del trabajo de cada Equipo, al disminuir la distancia hoy abismal entre el poder de los técnicos y de los pacientes.

La composición de estas agrupaciones adscritas a un Equipo podría coincidir a través de la combinación de tres lógicas distintas: los propios usuarios eligiendo profesionales de su confianza; los Equipos al orientar e indicar los casos conforme criterios técnicos o administrativos, teniendo en cuenta tanto las especificidades de cada caso como las de los distintos profesionales de un determinado servicio. Por último habría que reconsiderar la distribución igualitaria del trabajo dentro de cada Unidad. En el caso de choque de estas lógicas resolver la situación difícil siempre por negociación. Nunca tratar de imponer una lógica contra otra.

Si por un lado el Sistema de Referencia facilita el Vínculo y la definición más clara de responsabilidades, por otro lado, tanto facilita como produce algunos antagonismos con el trabajo interdisciplinario. El Proyecto Terapéutico es de responsabilidad de todo el Equipo de Referencia y no solamente del médico, esto tanto cuando se hace el diagnóstico (evaluación de los riesgos) como el tratamiento (varios profesionales trabajan las múltiples dimensiones de cada caso). Esto estimula otra dinámica de relación dentro del Equipo, al estimularse el proceder comunicativo ya que un profesional depende del otro para el éxito del trabajo. En el ínterin, al mismo tiempo que cada Equipo de Referencia desarrolla una práctica lo más integral posible, considerando la biología, lo subjetivo y lo social imbricado en cada caso, ningún profesional sabría sobre todo y ningún Equipo completaría toda la potencialidad de un trabajo interdisciplinario. Por esta razón, se utilizará el recurso de apoyo especializado matricial el cual posibilitaría, teóricamente, un enriquecimiento de los Proyectos Terapéuticos.

El papel de los profesionales integrantes de un Equipo de Referencia no sería solamente el de fiscalizar el tratamiento y la rehabilitación de sus pacientes asignados. Sería una especie de *ombudsman* de los usuarios. Tampoco le cabría únicamente

la responsabilidad de administrar la transferencia de sus pacientes entre los servicios de salud y la sociedad. Pensar el papel de Referencia como una especie de gerente de los casos bajo su responsabilidad es poco. En esencia, la principal función de los profesionales de Referencia sería elaborar y aplicar el Proyecto Terapéutico individual. Y un Proyecto Terapéutico individual implica un determinado diagnóstico, depende de una aproximación entre paciente, familia y profesionales de Referencia, e implica la institución de prácticas individuales, de grupo y también colectivas.

Es obvio que los técnicos de Referencia no deberían realizar todo esto aislándose de los demás. Al contrario, el Equipo actuaría como apoyo a otros profesionales y de otros equipos conforme el conocimiento que se fuera adquiriendo sobre cada caso. Mientras tanto, la iniciativa de la responsabilidad por el desenvolvimiento del Proyecto Terapéutico sería del Equipo de Referencia.

Para atenuar este impasse es que se sugiere la institución de una Matriz Organizacional con la siguiente orientación:

- En el sentido vertical es preparar los Equipos de Referencia;
- y en el horizontal (línea de apoyo matricial), los distintos profesionales con la lista de actividades y de procedimientos ofrecidos por cada uno. Esta disponibilidad debería ser de conocimiento general, y las indicaciones para la utilización de estas actividades dependerían de la coordinación trilateral: del terapeuta de referencia, del profesional que ofrezca la actividad matricial y del propio usuario.

De esta manera, un profesor de educación física, por ejemplo, se incluiría en el trabajo interdisciplinario en salud mental por el lado matricial, ofreciendo una lista de actividades que podrían o no ser incluidas en el Proyecto Terapéutico de acuerdo con el triple entendimiento arriba referido. Otros trabajadores, además de funcionar como Referencia, podrían también ofrecer programas en la Oficina de Rehabilitación Ocupacional; estos últimos serían ofertados en forma matricial, es decir, que ellos recibirían pacientes encaminados por otras Referencias, además de los de su propia lista de usuarios. Otro de los profesionales que trabaje con rehabilitación, pero que opera como Referencia, podría orientar a aquellos de sus pacientes cuyos Proyectos Terapéuticos así lo exija,

para su asistencia clínico individual. En este caso, la matriz o atención médico individual podría ser considerada como una actividad de línea horizontal. Simultáneamente, aquellos terapeutas de referencia, que sean médicos, podrían ellos mismos, realizar estas asistencias individuales conforme a la necesidad de su clientela. Y así sucesivamente, las posibilidades de combinación de esta Matriz son inúmeras y permite que el Equipo explore el máximo de sus posibilidades de los Campos y Núcleos de Competencia de todos (Campos et al., 1997).

La distribución de obligaciones entre los profesionales-Referencias (medido principalmente por el número y complejidad de los pacientes bajo la responsabilidad de cada Equipo) y aquellos dedicados al apoyo matricial horizontal (número de procedimientos y horas distribuidas en actividades distintas) dependería de un eterno ajuste y de una negociación continua entre el Equipo y la de sus coordinadores y supervisores. Repárese todavía que este sistema que combina el Método de Referencia (trabajo tendiente a la polivalencia y a la integridad) con una oferta horizontal de servicios (trabajo más específico y especializado) permite valorizar todas las profesiones de salud, ya sea conservando la identidad de cada una de ellas como impulsándolas para superar una postura burocratizada, típica del modo tradicional de organizar los servicios de salud.

IV. Subvirtiendo la tradición de las estructuras matriciales: los equipos de referencia como eje vertical de las organizaciones de salud

Diferentes analistas consideran el hospital como prototipo de una organización compleja. Etzioni analizó las tensiones y conflictos resultantes de la distinta lógica con que se mueven los departamentos técnicos y aquellos relacionados con la administración de medios, destacando la gran autonomía de que disfrutarían médicos y otros profesionales en las organizaciones especializadas de salud (Etzioni, 1976). Además de esta polaridad se remarcó también la dificultad de integración entre los distintos profesionales que componen los equipos de asistencia (Campos, 1992). Neuhauser y un grupo de autores

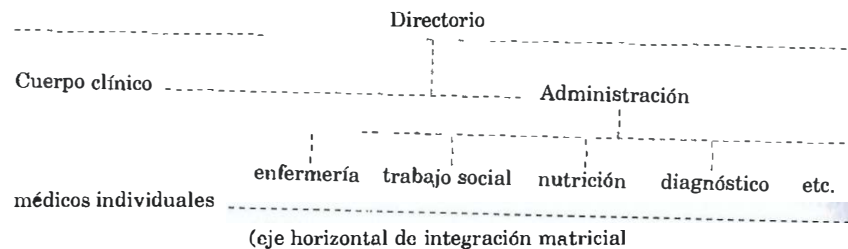
ligados a la teoría de la contingencia y al estructuralismo sugerían que la articulación matricial de estas profesiones sería suficiente para asegurar integración y coherencia al trabajo en salud (Neuhauser, 1972 y Motta, 1987). Para ellos no sería posible ni necesario que se realice una alteración de la estructura organizacional permanente de las organizaciones de salud. Bastaría se adaptasen dispositivos matriciales transitorios: reuniones, programas y proyectos elaborados en conjunto que permitiesen mayor comunicación entre los médicos, enfermeros, bioquímicos, trabajadores sociales, personal administrativo y de mantenimiento, sin que los departamentos estancos de los profesionales y especialistas se rompiesen, que se organizan con distintas jefaturas y diferentes normas de trabajo.

En realidad, se observa que estos dispositivos (comisión interdepartamental para control de la infección hospitalaria, por ejemplo) atenúan, pero no resuelven los problemas derivados de la desarticulación entre las distintas categorías profesionales que trabajan en salud.

La propuesta aquí presentada invierte la lógica sugerida por las tradicionales estructuras de los servicios de salud, conforme se radicaliza y altera la sutil reforma sugerida por la elección denominada matricial. Los Equipos de Referencia (con composición multiprofesional: médicos, enfermeros, etc.) que al contrario de ser un espacio episódico de integración horizontal y por lo tanto, con poco o ningún poder sobre sus propios miembros, pasaría a ser una estructura permanente y nuclear de los servicios de salud. Saldrían del eje horizontal, pasando a componer el esqueleto de sustentación de las organizaciones de salud. Y los antiguos departamentos organizados según las categorías profesionales o especialidades, son lo que ahora integrarían el eje de apoyo matricial.

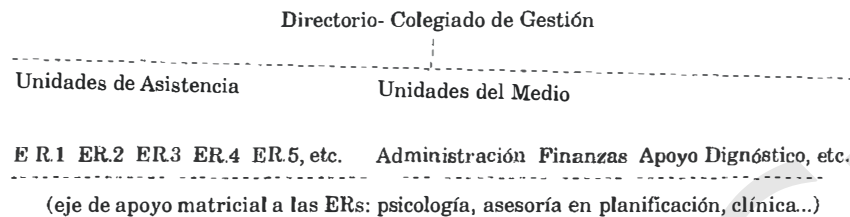
Vale la pena comparar las dos alternativas presentada en un diagrama, la tradicional, modificada por un eje de integración matricial, diseñada por Neuhauser, 1976.

*Organigrama tradicional de un servicio de salud
con eje de integración matricial (Neuhauser, 1976)*



**REFORMULADA, SUGERIDA POR EL NUEVO MÉTODO
DE LOS EQUIPOS DE REFERENCIA**

(Abreviado el diagrama como E.R.)



La dominancia del poder médico en instituciones de salud ha sido exhaustivamente estudiada (Clavreul, 1983; Foucault, 1985; Carpinheiro, 1993). Esta hegemonía es apenas uno entre los tantos problemas con que se enfrentan los equipos de salud que pretenden trabajar en forma integrada e interdisciplinaria.

La transdisciplinariedad es un objetivo audaz y difícil de ser evaluado, pues implica una apertura y articulación de campos disciplinarios y campos de responsabilidades bastante distintos entre sí. Saber aprender y hacer aprendiendo son hermosas recomendaciones, mas implican lidiar, al mismo tiempo, con la polaridad entre teoría y práctica y con la tendencia de encierro en sí mismo de los saberes. En este sentido, la estructura tradicional de los servicios de salud refuerza el aislamiento profesional y reproduce la fragmentación de los procesos de trabajo manteniendo sin cuestionar la hegemonía del poder médico.

El reconocimiento de la necesidad de una eventual comunicación entre las distintas profesiones que operan en los servicios de

salud, representa un avance, un inicio del enfrentamiento de los problemas. En la lógica matricial de integración episódica entre estas profesiones y especialidades, encuentros horizontales eventuales intentarían amainar estos conflictos y desaciertos, atenuando las diferencias de poder entre médicos y otros profesionales, entre universitarios y auxiliares, y entre equipos y usuarios.

En general, cuando interviene un especialista o profesional en un caso, lo hace de manera vertical, con acciones separadas unas de otras. Es una sumatoria de procedimientos realizados "al lado" uno de otros, con la suposición de que al cumplir cada uno su parte, estaría garantizada la cualidad del todo. Casi no hay integración horizontal permanente entre los distintos saberes y prácticas, y cuando las hay, le correspondería al médico compatibilizar las diferentes lógicas involucradas en el proceso de trabajo.

La mayoría de los profesionales no trabajan encargándose en forma integral de los casos y en consecuencia, la responsabilidad sobre el proceso salud-enfermedad es pobre y precaria. Especialistas médicos, enfermeros, asistentes sociales, fisioterapeutas, casi todos son responsabilizados en realizar algún tipo de procedimiento característicos de su núcleo profesional, casi nunca están pensando y actuando sobre la vida de las personas. En consecuencia, la toma de decisión sobre el diagnóstico o intervenciones terapéuticas suele ser solitaria, en raras ocasiones es realizada en grupo. La estructura organizacional de los servicios de salud no estimula el cambio de opinión entre pares y mucho menos entre las distintas profesiones. En resumen, la máquina organizacional en funcionamiento en los servicios de salud produce fragmentación y dificulta el trabajo multiprofesional, al impedir casi de manera absoluta, la construcción de relaciones interdisciplinarias entre los profesionales.

La reorganización aquí sugerida pretende realizar movimiento en sentido contrario al facilitar el cambio de opinión y obligando a los profesionales a que se articulen para la elaboración de los proyectos terapéuticos. Está bien claro que los cambios no ocurren de la noche a la mañana, se trataría de instituir procesos que faciliten la formación de otra subjetividad profesional, centrada en la apertura para el diálogo y en la capacidad de asumir compromisos con la salud de los usuarios.

V. Vínculo terapéutico, responsabilidad y alienación en el trabajo en salud

Este modelo organizacional trabaja con la hipótesis de que la reforma de las prácticas en salud dependería fundamentalmente de la reconstrucción de los patrones de vínculos corrientes en la mayoría de los servicios de salud (Campos, 1992). Hay toda una tradición teórica y metodológica en el tratamiento de este tema en el campo de la salud mental. Sin dudas fue Freud quien destacó la importancia de la interrelación sujeto/sujeto en los procesos terapéuticos, centrando inclusive el método psicoanalítico en la transferencia y contratransferencia establecidas a lo largo de un proceso de análisis. Él evidenció una dialéctica compleja que se instaura siempre que un especialista se hace cargo de un paciente con intención de ayudarlo a hacerse cargo de sí mismo. Un apoyo sutil que en esencia no debiera atarlo, sino darle libertad o apoyo (Freud, 1976).

Con posterioridad, Pichon-Rivière (1988) problematizó y valorizó el estudio sobre el vínculo en la clínica y en las relaciones grupales, llamando la atención para un abordaje del otro como sujeto-objeto y no como cosa inerte. Tomar estos conceptos del psicoanálisis y reconstruirlos, adaptándolos a las instituciones y a las prácticas de salud encierran un potencial transformador inmenso.

Hay un gran número de corrientes médicas que avanzan bastante en esta articulación, en general, con un sentido analítico se aprovecha de los saberes y técnicas psicoanalíticas para potenciar la capacidad reparadora de la clínica y de los programas de salud pública. En el caso de este trabajo se pretende un abordaje más modesto del tema. En esencia se trataría de una constitución de Equipos de Referencia con clientelas adscrita, de restaurar un proceso de trabajo en el que la posibilidad de trabajar el Vínculo fuese corriente y cotidiana y no sólo el resultado del esfuerzo heroico de algunos. La tradición inglesa del movimiento de Tavistock (Balint, 1984) y toda la producción de medicina psicosomática fueron pioneros en valorizar las interrelaciones en las prácticas en salud (Perestrello, 1989).

En la Salud Pública, entre tanto, este esfuerzo es más raro. Tal vez el casamiento entre la salud colectiva y la perspectiva pedagógica constructivista, que como el psicoanálisis piensa y apuesta

en procesos de producción de sujetos o de nuevas subjetividades (Matui, 1995), pueda abrir un sendero para la superación del carácter prescriptivo y normativo de los programas de salud pública.

La gestión y la planificación en salud sólo muy recientemente incorporaron saberes y técnicas que valorizan la interrelación entre equipos y población, tomándola como un instrumento para coproducir nuevas subjetividades que interfieran en las condiciones de vida, de salud y del padecimiento de las personas y la comunidad. Mario Testa fue un pionero al pensar la construcción de saberes y de actores en las instituciones de salud (Testa, 1992, 1997). En Brasil, Javier Uribe articuló planificación y la acción comunicativa de Habermas (Uribe, 1996). Yo mismo vengo estudiando (Campos, 1992; 1998) la reordenación progresiva de los trabajadores.

De cualquier forma, son temas complejos. Simplificarlos sería temerario. Sin embargo, se destaca que estas investigaciones lanzarán luces sobre los modos concretos de operar servicios de salud. Valdría la pena seguir en esta línea, estudiando las interrelaciones equipos/usuarios, los coeficientes de alienación o de compromiso de los trabajadores, o también los grados de autonomía o de responsabilidad con que las personas tratan de la coproducción de sí mismos y de los otros como ciudadanos.

De cualquier manera, el método de los Equipos de Referencia, por contraposición, no trabaja con la perspectiva que habría patrones de vínculos que debiesen ser considerados buenos o malos. Se piensa al Vínculo Terapéutico como un proceso condicionado tanto por la necesidad (diferente según cada caso), como por las posibilidades (limitaciones y capacidad de equipos, de los usuarios y del contexto). Sin duda, dentro de este coeficiente posible de interacción del equipo de salud/usuario habría límites intolerables: desatención, alienación, y baja responsabilidad por un lado, y control y tuteladas autoritarias, por el otro lado. En este sentido, el coeficiente ideal de interrelación equipo/usuario sería siempre situacional, encontrable y producido en cada contexto y en raras ocasiones en coincidencia con el término medio.

Freud desarrolló una especie de modelo de atención, su ya famoso "setting" terapéutico –atención individual, libre flujo de palabra, diván, etc.– pensando en un espacio que protegiese y estimulase interrelaciones de transferencia y contratransferencia entre el dúo encerrado en el consultorio, para que de ahí

resultase material para el análisis sobre el cual se apoyaría el sujeto para construirse (Freud, 1976).

Los procesos de trabajo en salud —en el hospital, centro de salud, etc.— en cierto sentido debieran ser considerados como “settings”. En este caso, cabrían algunas preguntas: —¿qué vínculos estarían favoreciendo y produciendo los distintos ordenamientos? O: —¿se está produciendo alienación e interacciones inadecuadas para tratar los problemas de salud, o se estaría estimulando vínculos productivos, potentes, y necesarios en los casos en foco? otra de las preguntas que siempre debieran ser traída a lo cotidiano —¿qué grado de control y de tutela el Equipo estaría infringiendo al usuario o a la comunidad?

Al tomar en cuenta a la organización del trabajo en salud con base en Equipos de Referencia y apoyo matricial, se asumió, por lo tanto, el presupuesto de que pequeñas alteraciones en la ordenación de los “settings” sanitarios podrían estimular o promover distintas cualidades de vínculo y de resultados en la atención en salud. Son alteraciones pequeñas en apariencia, pero fundamentadas y comprometidas con conceptos y valores radicalmente diferentes de los dominantes en el modelo médico tradicional. Pequeñas modificaciones en las técnicas con que se organiza el trabajo, pero orientadas por directrices centradas en la producción de sujetos libres y responsables. Se asume, por lo tanto, que aspectos aparentemente inocentes de la ordenación del trabajo y de la gestión en salud tienen repercusiones asistenciales y éticas de gran relevancia.

La medicina tiene una interdicción básica a la valorización del vínculo terapéutico, a saber, su esfuerzo sistemático en objetivar la dolencia del sujeto desligándolo de la persona enferma (Camargo Jr., 1993). Esta tendencia viene siendo criticada de manera exhaustiva y, en la actualidad hay un movimiento paradójico en el que se defiende, al mismo tiempo, la recuperación de paradigmas positivos (medicina basada en evidencias) y la inclusión de saberes y prácticas dirigidas a lo subjetivo y a lo social. Los programas de Salud de la Familia, el movimiento de las Ciudades Saludables, la Reforma Psiquiátrica y la producción aislada, pero significativa de algunos reformadores médicos, como Oliver Sacks, entre otros, valorizan la capacidad normativa de los pacientes y comunidades, relativizando así, la

pretendida objetividad de las Ciencias de la Salud (Ministerio de Salud, 1996; Sacks, 1996; Mendes, 1998).

Sin entrar en mayores honduras se podría considerar, por lo tanto, que esta interdicción objetivada de la medicina, a pesar de su fuerza y de su carácter fundacional de la práctica médica, no es una tendencia absoluta que anularía otras posibilidades de desarrollo. Es posible, por consiguiente, que se produjeran movimientos y contextos que estimulasen vínculos terapéuticos con la incorporación de las dimensiones subjetivas y social de los usuarios.

Mientras tanto, en nombre de esta interdicción, o justificándose por ella, se desarrollaron una serie de obstáculos que degradan la práctica médica y sanitaria. Se podrían dividir estos obstáculos con la construcción de una clínica ampliada con gradientes de vínculos más extensos en dos grandes grupos de factores; uno de los factores que dificultan la construcción del vínculo equipo/usuario. A lo largo del tiempo, la relación profesional/paciente que predomina en los servicios de salud es puntual y fragmentada. Un gran número de profesionales atiende episodios aislados de la trayectoria vital de las personas, sin que se instituya, como regla, un seguimiento horizontal de los casos a lo largo del tiempo. Todo esto viene ocurriendo por varias razones. Entre ellas podemos mencionar: pocos servicios trabajan con una orientación de establecer pacientes adscritos a los mismos profesionales, la mayoría de los profesionales son contratados para realizar procedimientos específicos y no para que se responsabilicen por un cierto número de pacientes. Predomina en los ambulatorios y centros de salud un sistema denominado atención de urgencia con asistencia del tipo queja-conducta, sin un seguimiento horizontal. En Campinas/SP, por ejemplo, se encontró en 1997 que el 58% de las asistencias médico-ambulatoria ocurría en Servicios de Urgencia de la red pública (SMS/Campinas/SP1998). Se considera que se trata de una ciudad con tradición de un sistema público, donde existe una red básica de atención a la salud desde 1975. Más allá de esto, se generalizó en Brasil la costumbre de que los médicos y enfermeros trabajan bajo el régimen de turnos (guardias), reduciéndose bastante la disponibilidad de profesionales que atiendan todos los días, personas que están presentes en los servicios, (centros de salud, salas de atención, etc.) durante la mayor parte de los días de

una semana. Una investigación nacional encontró que el 48% de los puestos de trabajo para médicos se estructuran con el método de guardias (Machado, 1996) cuando sería de esperar algo en torno al 20%, como máximo, en los casos de que esta modalidad se limitase a guardias en servicios de emergencia.

El segundo grupo de obstáculos se refiere a la reducción de proyectos terapéuticos, a la dimensión médica y, en general, con un exagerado enfoque biológico e individual, imponiendo una reducción de lo terapéutico al uso de medicamentos y procedimientos quirúrgicos. La educación en salud, cuando ocurre, se realiza conforme a una perspectiva limitada, prescripción de comportamientos considerados higiénicos o saludables. Pediatras que no incluyen la relación madre-hijo entre sus responsabilidades. Clínicos que no consideran la dinámica de la enfermedad crónica, depresión, miedo a la muerte, etc. En fin, una tendencia de los profesionales y especialistas de reducir sus responsabilidades al núcleo limitado de sus saberes y competencia de su formación original. Son enfermeros que no hacen clínica, choferes que no perciben a los pacientes transportados, médicos que no cuidan, clínicos que no conocen prevención; en fin, aproximar el Equipo de Referencia a los usuarios, sólo descubre toda la complejidad y limitaciones de los saberes y de las prácticas profesionales dominantes.

Sin modificaciones organizativas –contrataciones para asistencia diaria para integrar los Equipos, por ejemplo–, y sin procesos planificados de educación continua, la institucionalización de un nuevo ordenamiento institucional, no superará todas estas limitaciones, por sí sola. La organización de los servicios de salud con base en los Equipos de Referencia tiene el mérito de mostrar estas contradicciones y conflictos, que el modelo tradicional tiende a ocultar y a diluir. Habría que enfrentar estas dificultades considerando sus especificidades y luego, con distintos recursos, la mayoría con la mirada puesta para recomenzar la reconstrucción de la cultura institucional y de la subjetividad predominante entre los trabajadores de salud. En este sentido, los Equipos de Referencia son apenas más un “setting” para operar con esta reconstrucción de los sujetos trabajadores de salud. En este espacio pueden ser elaborados planes estratégicos, se puede analizar y tratar las relaciones institucionales, se puede aprender clínica, se puede trabajar de forma más productiva y agradable.

Referencias bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, NAOMAR. 1997. *Transdisciplinariedade e Saúde*. Revista Ciência e Saúde Coletiva II (1/2):5-20.
- BALINT, MICHAEL. 1984. *O médico, seu paciente e a doença*. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, pp 330.
- BAREMBLIT, GREGORIO. 1992. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática*. Editora Rosa dos Ventos, Rio de Janeiro, pp 195.
- CAMARGO, JR., KENNETH, R. 1993. *Racionalidades Médicas: a medicina occidental contemporânea*. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Instituto de Medicina Social/UERJ, N°65, pp 1-36.
- CAMPOS, GASTÃO W. S. 1992. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. Editora Hucitec. São Paulo, 2da edição, 220 pp.
- CAMPOS, GASTÃO W. S. 1998. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, pp 296-266. In: E.E. Mehry e R. Onocko (orgs). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. Editora Hucitec/Lugar, São Paulo e Buenos Aires.
- CAMPOS, G., CHAKOUR, M., SANTOS, R. C. 1997. *Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)*. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 13(1):141-144.
- CARAPINHEIRO, GRAÇA. 1993. *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Edições Afrontamento, Porto, Portugal, pp 295.
- CECILIO, L.C.O. 1994. *Inventando a Mudança na Saúde*. Editora Hucitec, São Paulo, pp 334.
- CLAVREUL, JEAN. 1983. *A ordem médica: poder e importância do discurso médico*. Editora Brasiliense, São Paulo, pp 282.
- DONNANGELO, MCF. 1975. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. Editora Pioneira, São Paulo, pp 174.
- ETZIONI, AMITAI. 1976. *Organizações Modernas*. Livraria Pioneira Editora, São Paulo, 5a edição, pp 198.
- FOUCAULT, MICHEL. 1985. *Microfísica do Poder*. Editora Graal, Rio de Janeiro, 5a edição, pp 277.
- FREUD, S. 1976. *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Imago Editora, Rio de Janeiro, Vol. XXII (1932-1936) pp17-193.
- GUATTARI, F., ROLNIK S. 1981. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Editora Vozes. Petropolis, pp 290.
- JAPIASSU, H. 1976. *INTERDISCIPLINARIEDADE E PATOLOGIA DO SABER*. Editora Imago, Rio de Janeiro, pp189.
- KAYE, E., TASCIA, R. 1992. *Promoviendo a Equidade: um novo enfoque com base no setor saúde*. Editora Hucitec, São Paulo, pp 128.
- LAZAR MACHEL, T. 1988. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Editora Campus, Rio de Janeiro, pp150.