

Gastão Wagner de Sousa Campos

Gestión en salud®

En defensa de la vida

Lugar
editorial

www.srmcursos.com
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

nicos 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

- BERLINGUER, 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

WWW.SRMCURSOS.COM
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

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 reinvención 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 in-

ventar 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 nombra 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 porque con certeza, los movi-

mientos 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 reponsabilidad 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 escudriñar 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 expuestas 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?

WWW.SFMCURSOS.COM
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

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 faces 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 sobreponen 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 degradada, 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 enfren-

tar 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 trabajando con los Proyectos Terapéuticos amplios, que expliciten objetivos y técnicas de acción profesional y que se reconozca un papel activo para el ex 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 sería 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 imprevisto.

WWW.SRMCURSOS.COM
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGIA

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)racionalidad 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 Universitaria. 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

- MACHADO, M. H. 1996. *Perfil dos médicos do Brasil- análise preliminar. Relatório de Pesquisa*. FIOCRUZ/Ministério da Saúde/PNUD- Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro, pp112.
- MARCOUSE, H. 1998. *Eros e Civilização: uma interpretação filosófica do pensamento de Freud*. Editora Guanabara-Koogan, São Paulo, 8a edição, pp 232.
- MARX, K. ENGELS, F. 1996. *A Ideologia Alemã* (Feurbach). Editora Hucitec, São Paulo, 10a edição pp 138.
- MATUI, J. 1995. *Construtivismo: teoria construtivista socio-histórica*. Editora Moderna, São Paulo, pp 238.
- MENDES, E. V. 1998. *A organização do saúde no nível local*. Editora Hucitec, São Paulo, pp. 357.
- MENDES-GONÇALVES, R. 1979. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, pp187.
- MINISTERIO DA SAÚDE. 1996. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília/DF, pp 2-15.
- MOTTA, FERNANDO CP. 1987. *Teoria Geral da Administração*. Livraria Pioneira Editora, São Paulo, pp 210.
- NEUHAUSER, D. 1972. *The Hospital as a Matrix Organization*. In: Hospital Administration. Fall edition, pp 8-25.
- NUNES, E. D. 1995. *A questão da Interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais*, pp 95-114. In: AM Canequi (org). *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais em Saúde Coletiva*. Editora Abrasco/Hucitec, São Paulo, 3 Edição, pp 181.
- PASSOS, E., BENEVIDES BARROS, R. 1998. *Transdisciplinaridade e Clínica. Relatório de pesquisa*. Departamento de Psicologia de Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ. pp 18.
- PERESTRELLO, D. 1989. *A Medicina da Pessoa*. Livraria Atheneu Editora, São Paulo, 4a edição pp 259.
- PICHÓN-RIVIÈRE, E. 1988. *O processo Grupal*. Editora Martins Fontes, São Paulo, 3a edição pp 181.
- SACKS, O. 1996. *Um antropólogo em Marte*. Editora Companhia das Letras, São Paulo, pp 3-11.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPINAS/SP, 1988. *Relatório de Produção do ano 1997*. Campinas, documento oficial.
- TEIXEIRA, C. F. 1995. *Construindo Distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo*. Editora Hucitec, São Paulo, pp 107.
- TESTA, M. 1992. *Pensar em Saúde*. Editora Artes Médicas/Abrasco. Porto Alegre, pp 226.
- TESTA, M. 1997. *Saber en Salud: La construcción del conocimiento*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- URIBE RIVERA, F.J. *A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante*. In: *Cadernos de Saúde Pública* 12(3):357-372.

Salud Pública y Salud Colectiva: campo y núcleo de saberes y prácticas

WWW.SRMCURSOS.COM
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

Señales de gloria y síntomas de crisis: algunas cuestiones sobre la Salud Colectiva

SE TRATA DE REPENSAR la Salud Colectiva utilizando la historia y la tradición de la Salud Pública entendiéndola ya sea desde un campo científico como de un movimiento ideológico abierto, tal como lo sugieren Naomar Almeida Filho y Jairnilson S. Paim (1999). Un movimiento que en Brasil, sin duda, contribuyó de manera decisiva para la construcción del Sistema Único de Salud (SUS) y para enriquecer la comprensión sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad. Pero, también, reconocer el modo como se está realizando su institucionalización tiene bloqueada la reconstrucción crítica de sus propios saberes y prácticas, al provocar una crisis de identidad manifestada en su fragmentación y dilución en lo que se refiere a su campo científico.

Esta crisis tiene como síntoma una serie de dilemas que están siendo analizados por los especialistas: ¿la Salud Colectiva habrá creado un nuevo paradigma al negar y superar el de la medicina y el de la antigua Salud Pública? ¿la Salud Colectiva corresponderá a todo el campo de la salud o sólo a una parte? ¿La expansión del SUS provocará un crecimiento automático de las prácticas de Salud Colectiva? ¿La Salud Pública abarcará a todo el sistema estatal de salud al mostrar lo contrario de las prácticas privadas? o también ¿es la denominación de una profesión y de un campo de prácticas? La noción de producción social de la salud, que es central a la Salud Colectiva, ¿será lo opuesto o complementará la de la historia natural del proceso salud-enfermedad adoptada por la clínica como modelo explicativo?

Más que tratar de buscar definiciones formales importa reconocer que una teoría y sus conceptos tienen implicaciones, aunque no sean absolutos, sobre las prácticas sociales (Donnangelo, 1983; Bourdieu, 1983; Testa, 1993).

Se busca, por lo tanto, un método de reflexión para analizar la Salud Colectiva, no sólo basado en *a priori*s teóricas, pero también en los compromisos concretos con la producción de salud, ya que ésta es la función y la finalidad esencial sin la cual no se está autorizado a hablar del trabajo en salud. En este sentido la ambigüedad y la ubicuidad del concepto de Salud Colectiva también ha contribuido a la fragmentación y al debilitamiento de su campo de saberes y prácticas.

Hoy se admite la inevitable existencia de una cierta indefinición de los límites entre las disciplinas. Lo mismo ocurre con los campos de la práctica. En este sentido, casi todo el campo científico o de las prácticas debe ser interdisciplinario y multiprofesional. Guattari y Deleuze (1976) en la filosofía, en la política y en la clínica; McNeill y Freberger (1993) en la matemática, así como varios autores "postmodernos" han criticado el sentido absoluto con que se toman algunas nociones, como las de adentro y afuera, identidad y diferencia, colectivo e individual, macro y micro, etc. Asimismo, al concordar con estos pensadores, parece que esta identificación de límites nos indicará una imposibilidad más de encierro sin decir nada, de extinción, con la consiguiente fusión de todas las disciplinas, profesiones y especialidades.

Para escapar a esta paradoja – aislamiento paranoico o la fusión esquizofrénica – un grupo de investigadores sugerimos alteraciones en los conceptos de núcleo y de campo (Campos et al., 1997). La institucionalización de los saberes y su organización en prácticas se dará mediante la conformación de núcleos y de campos. Núcleo como una aglutinación de conocimientos en un saber y como la conformación de un determinado patrón concreto de compromiso con la producción de valores de uso. El núcleo demarcará la identidad de un área de saber y de práctica profesional; el campo, un espacio de límites imprecisos donde cada disciplina o profesión buscará en las otras apoyo para cumplir sus tareas teóricas y prácticas (Campos, 2000).

Esos conceptos difieren de la elaboración de Bourdieu (1983, 1992) sobre "campo y cuerpo" ya que se modificó el sentido polar

y antagónico atribuido a estos dos términos. Para Bourdieu, un campo intelectual se conformará con un espacio abierto, aun cuando esté sometido a conflictos de origen externo e interno. Mientras tanto, se verificará el cierre subsiguiente en disciplinas, en los cuerpos, cuando ocurriera la monopolización del saber y de la gestión de las prácticas por el agrupamiento de los especialistas. La formación de disciplinas (*corpus*), en el campo religioso, político o científico, ocurrirá con el cierre o institucionalización de parte del campo, con la consiguiente creación de aparatos de control sobre las prácticas sociales.

Un núcleo, al contrario, indicará una aglutinación, una determinada concentración de saberes y de prácticas sin pasarse, no obstante, a una ruptura radical con la dinámica del campo. Igual que la noción de *corpus*, la de núcleo también reconoce la necesidad y asimismo la inevitabilidad de que se construyan identidades sociales para las profesiones y para los campos del saber, pero, al contrario, se sugiere la posibilidad de que esta institucionalización se pudiera dar de modo más flexible y abierta (Onocko, 1999). En fin, no habrá como escaparse a la institucionalización del saber y a la administración organizada de las prácticas sociales. Por consiguiente, se las podrá organizar de forma democrática, al estructurarlas para que permanezcan abiertas a distintos campos de influencia. El concepto de *corpus* (disciplina) enfatiza la concentración de poder y la tendencia de cierre de las instituciones. El de núcleo valoriza la democratización de las instituciones, es decir, una dimensión socialmente construida, una posibilidad y no una alineación automática. De otro modo, a los sujetos no le restará otra opción que la de permanecer en la desestructuración y la informalidad de los campos en fase instituyente, o quedarán capturados en las disciplinas cerradas.

Tanto el núcleo como el campo serán, pues, mutantes y tendrán entre sí influencias recíprocas, siendo imposible detectar límites precisos entre uno y otro. Con todo, en el núcleo habrá una aglutinación de saberes y prácticas, conformando una cierta identidad profesional y disciplinaria. Metafóricamente, los núcleos funcionarán en forma semejante a los círculos concéntricos que se forman cuando se arroja un objeto en agua quieta. El campo será el agua y/o su contexto.

En este sentido, ¿será pertinente preguntar cuál es la identidad de la Salud Colectiva? Es decir, ¿cuál es su núcleo de sabe-

res y de prácticas? Y más aun, ¿en qué campo de interinfluencias estará inmerso? En consecuencia se incrementan otros dilemas a aquellos ya citados: ¿quién es el agente que hace Salud Colectiva? ¿Es este un agente especializado? Sin duda potencialmente producen salud, el médico, el equipo de salud, el gobierno, la comunidad, y muchos otros. ¿Todos los que producen salud serán agentes de la Salud Colectiva o de la Salud Pública? ¿Existe un núcleo de saber especializado y un agente específico encargado de ese núcleo para producir acciones en la Salud Pública? ¿Existe la necesidad social de formarlo? ¿Existirá la posibilidad histórica concreta de que su trabajo fuese requerido?

Sí, se nos autoriza a proseguir con el esfuerzo crítico de nuestros maestros que rompen con la tradición de la Salud Pública y fundan la Salud Colectiva. A pesar de que ya se escribió sobre este cambio (Donnangelo, 1983; Nunes, 1986; Minayo, 1991; Paim, 1992) ¿valdrá aun la pena asomarse de nuevo a este tema al preguntarnos lo que aquel cambio de nombres reveló de novedoso? ¿Qué rupturas se producirán efectivamente? O ¿qué es lo que continúa? Y tal vez debiéramos analizar algunas experiencias de la vieja Salud Pública que el radicalismo inherente al momento de su fundación nos impidió realizar. De otro modo, después de tanto desarrollo teórico y de incorporación de una sofisticada trama de categorías sociológicas, ¿porqué la Salud Colectiva brasilera, propuso formas de intervención que durante los años noventa contribuyeron, no a la teoría crítica que construimos, sino a un pensamiento sistemático bastante pragmático e instrumental, muy a la moda y a gusto de los anglosajones?

www.srmcursos.com
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

*La salud colectiva más allá del positivismo,
del estructuralismo y de una posición
de trascendencia sobre el Campo de la Salud*

Con certeza, no corresponde abandonar las sendas de los fundadores, sino seguir las huellas de sus aciertos, a fin de cuentas fueron los pioneros en la crítica al positivismo, la constitución básica de las prácticas sanitarias tradicionales. Para Antonio Ivo de Carvalho (1996) la Salud Colectiva nació de la crítica al

positivismo “... la salud pública tradicional, constituida a la imagen y semejanza de la tecnociencia y del modelo biomédico”. Pues bien, a pesar de ese origen, se nota el recrudecer de un cierto neopositivismo, abogándose como método de trabajo versiones más o menos sofisticadas de la teoría de sistemas (OPS, 1992; Barata y Barreto, 1996).

Intentar impulsar prácticas y proyectos sanitarios concretos, por la insuficiencia del pensamiento social incorporado a la Salud Colectiva, querer que la Salud Colectiva adopte normas y procedimientos comunes o bastante semejantes a la medicina en particular, o a la tecnociencia en general, por la presión ejercida por las agencias financiadoras y por la propia institución universitaria, son razones por las que se observa un crecimiento de prestigio de la objetividad en la producción científica del área. Rever las relaciones entre sujeto y objeto (Carvalho, 1996) aun continua siendo, por lo tanto, una tarea crítica contemporánea.

Everardo O. Nunes (1996) describe que el término Salud Colectiva llegó a ser utilizado en Brasil en 1979, cuando un grupo de profesionales oriundos de la Salud Pública y de la Medicina Preventiva y Social intentan fundar un campo científico con una orientación teórica, metodológica y política que privilegiaba lo social como categoría analítica. Saúl Franco y Everardo Nunes (1991) aun reconociendo el papel decisivo del movimiento de Salud Colectiva en Brasil y en otros países de América del Sur en la incorporación de lo social a la temática de la salud, no dejaron de apuntar que “tampoco esta expresión haya podido resolver totalmente la insuficiencia de las denominaciones en cuestión”.

Para Antonio Ivo de Carvalho (1996) la Salud Colectiva, al incorporar lo social al pensamiento sanitario, tuvo la tendencia a hacerlo según los cánones de objetividad preconizados por la escuela estructuralista y por la tradición marxista: la subjetividad que se organiza en sujetos colectivos – “en el Estado, en el partido, en las organizaciones clasistas y comunitarias...”.

En realidad, a pesar de que autores tan influyentes como Mario Testa (1993) y Cecilia Donnangelo (1976) hayan divulgado el análisis en que la Salud Pública aparece como una construcción histórica y el ejercicio profesional como práctica social, no se puede dejar de concordar con Antonio Ivo cuando él señala que el saber dominante en Salud Colectiva tiende a subestimar la

importancia de los Sujetos en la construcción de lo cotidiano de la vida institucional.

Por último, cabe reconocer la tendencia de la Salud Colectiva a confundirse con todo el campo de la salud. Lo que indica una visión del mundo fundada en categorías absolutas, trascendentales. Para algunos, la Salud Colectiva estaría construyendo una especie de metadiscurso supuestamente capaz de construir saberes y procesos concretos de producción de salud. Más aun, ella abastece de metaexplicaciones autosuficientes sobre toda la tríada salud, enfermedad, atención. En esta línea de análisis se identifica también una tendencia a hipervalorizar la determinación social de los procesos salud-enfermedad, descalificando los factores de orden subjetivo y biológico. En este caso, la Salud Colectiva no es vista como un modo de intervención sobre lo real sino como un nuevo paradigma o un modelo alternativo para los demás.

El modelo denominado Vigilancia de Salud (Mendes, 1993), por ejemplo, se proclama vinculado a un nuevo paradigma, el de la "promoción a la salud", imaginando que la incorporación de lo social al análisis de los procesos de salud-enfermedad creará prácticas distintas, pero antagónicas, aquellas basadas en la historia natural. Un nuevo modo de producir salud que niega el "modelo clínico" y no es un modo entre otros, no es necesariamente equivalente, por consiguiente, útil y uno se encuentra dentro de sus límites y especificidades para producir salud.

No ha sido otro el procedimiento dominante en la medicina que desautoriza, en principio, todo el saber y toda la práctica sobre salud producidos fuera de su propia racionalidad. Al criticarlo, con relevancia, parece que la Salud Colectiva tiende a adoptar la misma postura totalitaria y disciplinaria. Para diversos autores la epidemiología y las ciencias sociales explicarán el proceso salud/enfermedad y fundarán un nuevo paradigma, con un modo de intervención sobre la realidad que superará, ¡siempre! ¡en principio! a todos los otros existentes. La Salud Colectiva no será un saber entre otros, sobre los modos como se produce la salud y la enfermedad, sino **el saber**. Casi un nuevo paradigma. Algunos autores y asimismo documentos y organismos internacionales llegaron a anunciar el surgimiento de un nuevo "paradigma de promoción de la salud" que superaría la influencia del "modelo clínico" en la organización de los servicios y las prácticas (Mendes, 1993; WHO, 1991).

No se sugiere la posibilidad de la completa superación de estas tres tendencias, se estaría cayendo en la misma trampa metodológica criticada. Tampoco se pretende demonizarlas. No hay nada peor que en salud se opere sin objetividad. Las estructuras existentes e influyen en la producción de salud: normas, saberes, culturas, sistemas, instituciones; no hay manera de hacer salud sir movilizan a estas instancias. Además de eso, no hay como desconocer la importancia (no la trascendencia, sólo la importancia, que los saberes y las prácticas que provienen de la Salud Colectiva tuvieron y tienen para la reformulación de la clínica, de la rehabilitación y de los sistemas de salud en general. Cecilia Donangelo (1983) ya había señalado que la salud colectiva influye y apoya "prácticas de distintas categorías y actores sociales", ya sea en temas ligados a la organización de la asistencia, como en la comprensión de las marañas propias de la producción de salud.

Se trataría, al contrario, de recuperar la vieja dialéctica, verificar en que medida estas posiciones y sus polos operan en un régimen de contradicción o de complementariedad. Así, la promesa de objetivación aséptica del positivismo se contraponen a la subjetividad de los agentes sociales en todas las fases del proceso salud/enfermedad/intervención, inclusive en el momento de la elaboración de conocimientos y tecnología. En principio, no obstante deja de lado a estas dos líneas de análisis. Al peso de las estructuras contraponer la historia, es decir, la acción social de los individuos, grupos y movimientos. Además del reconocimiento de que la Salud Colectiva es un saber constitutivo y esencial a todas las prácticas en salud se admite que también se producen conocimientos, políticas y valores relevantes para la salud a partir de otros campos, como el de la clínica o de la rehabilitación. Además, la proyecta también como práctica específica, con un núcleo propio de saber y de tareas.

Algunas palabras sobre la dialéctica

Repensar entonces la Salud Colectiva afiliándose con aquellas escuelas filosóficas que sostienen la existencia de la relación dialéctica entre el pensamiento y la acción, entre el hombre y el mundo y entre los mismos hombres. Aun cuando este método

sea tenido como no científico y obligue a sus seguidores a sinsabores con la nomenclatura académica. Ser o no ser, al mismo tiempo. El Creador y su criatura entremezclados todo el tiempo. Un ente produciendo al otro y siendo producido por el mismo otro ente y por otros muchos entes que, a su vez ... La importancia del concepto de producción. Precizando mejor: asumir que toda la producción es una coproducción en que el productor es también modificado por el producto.

El ser humano como parte inseparable del mundo –el materialismo, una dimensión objetiva inapelable– aun cuando se disfrute de una propiedad especial de la que se quiere separar –el entre paréntesis de la fenomenología, el poder de reflexión del Sujeto– para extrañarlo, conocerlo y, a veces hasta modificarlo, con lo que también se modificarán los seres humanos; porque, de hecho, jamás podrán separarse de la condición material de pertenecer a este mismo mundo.

Marx pretendió superar la dicotomía entre materialismo mecanicista (quizás lo que hoy se denomina positivismo) y el idealismo religioso o voluntarista (Marx y Engels, 1996), no obstante, pocos de sus seguidores sostuvieron esta tensión dialéctica entre objetividad y subjetividad, tal vez porque de hecho fue poco trabajada por el viejo revolucionario.

Quizá fue Gramsci uno de los discípulos que más lejos llevó los desdoblamientos que se originan de esta visión del mundo. Para este pensador, “la voluntad humana” y la “objetividad del mundo exterior” constituyen cualidades inseparables, una a constituir y a influenciar a la otra durante todo el tiempo. Por esto Gramsci valoriza la idea de “devenir”: “el hombre deviene, se transforma continuamente con las transformaciones de las relaciones sociales” (Gramsci, 1978).

Otro estudioso del pensamiento dialéctico fue Henri Lefèvre. En su trabajo se vale incluso del concepto de Ser humano (Sujeto) así sintetizado por el autor: “La palabra Ser aparece... en dos sentidos a un mismo tiempo contradictorios e inseparables: el ser abstracto, vacío, indeterminado, y el ser rico en determinaciones, desarrollado, instruido” (Lefèvre, 1995).

El término Ser humano indicará, por lo tanto, esta ambigüedad irremediable: el Ser, pensado como una identidad abstracta, sustantiva, relativa a la condición humana en general o a un in-

dividuo específico, pero también indicando volver a ser, el verbo ser en el sentido de devenir; es decir, el esfuerzo existencial y la praxis social para constituirse como sujeto. Tal vez, el gerundio del verbo, una persona o un grupo siendo. Ser, siendo. Ser en permanente transformación.

Algunos historiadores atribuyen la intención de traspasar la censura fascista al hábito de Gramsci de utilizar el término “filosofía de la praxis” para designar el marxismo. Aun cuando movido por este cercenamiento, la elección de estas palabras, me parece, indicaría un compromiso epistemológico distinto de aquel de la tradición marxista criticado por Antonio Ivo de Carvalho (1996). Es decir, la adopción de un método de pensar que no anulaba sus relaciones e influencias mutuas entre lo abstracto y lo concreto individual y colectivo, pensar y actuar, ni tampoco entre la economía política y psicología, o la ciencia y el sentido común.

Lefèvre (1995) sostenía que un buen método para pensar la vida debiera siempre obedecer a, por lo menos a cuatro exigencias. Primero: el pensamiento debiera siempre lidiar con ambos de los términos que la metafísica o el objetivismo han intentado separar. Así, tendría que descubrirse relaciones entre el Ser y el Mundo, lo social y lo subjetivo, entre ciencia y apariencia, todo o nada, y no optar de un modo trascendente por uno de los extremos de estas polaridades.

Segundo: el pensamiento sólo se afirmará considerado como “movimiento”, siendo, por lo tanto, siempre “incompleto”, pero no por esto vaciado de cualquier verdad, por ende, nunca llevando de la misma forma toda la verdad sobre las cosas.

En tercer lugar, él recordaba el carácter contradictorio inherente al pensar y al hacer, exactamente porque a partir de la desarticulación sucesiva entre los términos de esta polaridad será posible se establezca alguna crítica al modo de como un proceso dado se desarrolla. Desde la práctica se critica el saber; desde el conocimiento se critica la praxis. Él argumentaba, además, que la “contradicción no significa absurdo”, ya que tampoco será posible eliminar los polos de estas contradicciones. Lefèvre sugería se use lo contradictorio para enriquecer el saber, en la medida en que “signifique descubrir un complemento de la determinación”.

Por último él negaba trascendencia tanto a la conciencia del sujeto como al mundo objetivo, al recordar que el conocimiento y

el mundo son "al mismo tiempo interior y exterior" a los sujetos (Lefèvre, 1995).

Un gran número de pensadores está desarrollando esfuerzos para escapar a los desatinos ya sea del objetivismo o del subjetivismo. Hegel se refería a la "conciencia infeliz" de aquellos que colocan su vida en las manos de los otros. Seres presos a la determinación del medio natural o social y, por lo tanto, impotentes para reaccionar contra lo establecido creando algo nuevo (Hegel, 1974).

Está fuera del objetivo de este trabajo reconstruir de manera sistemática la historia de la dialéctica, pero sin duda, dentro de esta trayectoria vale la pena destacar a Sartre, Merleau-Ponty y al ya comentado Bourdieu. El primero sugirió conceptos para articular las estructuras de las determinaciones de los Sujetos a su propia capacidad de intervención sobre estos determinantes. En particular, las categorías del grupo serial, el proyecto y el grupo sujeto (Sartre, 1963) serán fundamentales para repensar a la Salud Colectiva. Merleau-Ponty buscó articular la psicología y sociología modificando y reconstruyendo una serie de conceptos originarios de la antropología, del marxismo o de la ciencia política, para aplicarlos en problemas antes tomados exclusivamente por el psicoanálisis, psicodrama, psicología y viceversa (Merleau-Ponty, 1990).

La Salud Colectiva, en analogía al trabajo de Merleau-Ponty y de los mal denominados freudianos-marxistas, puede escapar a los límites del positivismo y del estructuralismo articulando teorías y prácticas oriundas del campo de la política y de la gestión con saberes y experiencias oriundas del psicoanálisis, pedagogía y análisis institucional.

Marilena Chauí destaca la crítica elaborada por Merleau-Ponty al pensamiento occidental, que será un "pensamiento de sobrevuelo", el que impone una separación entre el mundo y la conciencia al reducir lo real a uno de los polos de la dicotomía sujeto-objeto. En este sentido él discrepa tanto de la pretensión transcendental del cientificismo como de aquella de la filosofía de "dominar y controlar totalmente" la conciencia o la realidad exterior (Chauí, 1989).

Al pasar al campo de las prácticas sociales, parece que fuera en la psicología y en la pedagogía donde escuelas con perspectivas análogas aplican, de manera más amplia, psicologías análo-

gas en su quehacer cotidiano. En Freud es posible identificar una negativa para optar por cualquiera de los polos responsables por la fragmentación contradictoria de los sujetos. Entre consciente e inconsciente él nunca dejó de trabajar con una perspectiva dinámica en que lógicas distintas estarían todo el tiempo imponiendo conflictos más o menos desgarradores de las personas (Freud, 1969). ¿Y qué es psicoanálisis sino un método consciente (racional y deliberado) para pelear con el inconsciente y la incoherencia constitutivas de todo y cualquier Sujeto? Entre el principio de realidad y el deseo, siempre habrá espacio para algún grado de influencia del Sujeto, un ser aprisionado entre estas líneas de fuerza.

Sin duda, el psicoanálisis y su aplicación a grupos e instituciones tiene una importante contribución para una teoría que piense la Salud Colectiva como una construcción socio-histórica de Sujetos. Diferentes autores enfatizan el tema de la intersubjetividad y el papel de la interrelación en la constitución de los sujetos. Para Winnicott sólo existiría un sujeto intersubjetivo, al mismo tiempo autoproducido y producto de las relaciones humanas (Ogden, 1996).

Otra corriente que trabajó la inseparabilidad del Sujeto y el Objeto, de lo colectivo y del individuo es la que por convención se denominó "constructivismo social". Se trata de un movimiento amplio, con límites imprecisos e importantes diferencias entre sus adherentes, pero que en líneas generales sugiere que el conocimiento es el resultado de la relación dialéctica entre lo que Vygostsky denominó "actividades interpersonales" (relaciones sociales de lo más variadas) y actividades intrapersonales (capacidad de acción reflexiva del propio Sujeto). De Vygostsky, en el comienzo del siglo XX, a Paulo Freire con su "pedagogía de la liberación", un gran número de autores elaboraron el denominado constructivismo sociohistórico, con concepciones perfectamente aplicables a la Salud Colectiva, conforme lo vienen demostrando científicos y profesionales ligados a la denominada educación en salud (Valla, 1999; Vasconcelos, 1999).

El constructivismo trabaja con la hipótesis de una eterna reconstrucción de las personas, la que ocurre en virtud de la interacción de los Sujetos con el Mundo y de los Sujetos entre sí. Sin embargo, esta capacidad se originaría fundamentalmente por la

elaboración reflexiva de experiencias, por medio de lo cual el Ser Humano escaparía al círculo vicioso de la determinación biológica pura o estructural (Matui, 1995; Vande Veer y Valsiner, 1996).

Entonces, corresponde (¿será posible?) se inventen mundos, organizaciones e instituciones (una Salud Pública, por ejemplo) que produjeran no objetos/sujetados, sino ¿Seres con potencial para pensar (reflexionar o analizar) y actuar con algún grado de autonomía en relación a sus determinantes, sean ellos externos o internos, coyunturales o estructurales? Esto aun cuando se sepa que para los humanos es imposible trascender a la condición de objeto, de ser, por lo tanto determinado.

Los saberes y prácticas apoyadas en el positivismo o en el estructuralismo refuerzan la polaridad objeto de las personas interviniendo en Seres reducidos a esa condición. Aun cuando, en la práctica, un máximo de cosificación sea imposible, distintas estrategias políticas, sanitarias y terapéuticas, buscan la progresiva reducción de los coeficientes de libertad y de autonomía de los Sujetos. Se tratará, por lo tanto, de una praxis social, y no de una fatalidad que la tendencia histórica de las Instituciones que opriman la dimensión singular de cada Sujeto o los intereses y necesidades de los grupos dominados.

Las prácticas sociales, todas ellas —la clínica, la salud pública, la pedagogía, la gestión y la política— en potencia, podrían producir una infinidad de matices entre control social (seres dominados) o autonomía (ciudadanos con libertad relativa). En potencia, estas prácticas operan tanto a favor de reducir a las personas a la condición de objetos sujetos a algún poder, en lugar de multiplicar sus posibilidades de que los Sujetos vivan más libres, condicionados al contexto y a los compromisos, pero aptos a luchar con autonomía relativa, conforme la objetividad de las cosas y de las relaciones sociales.

WWW.SRMCURSOS.COM
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

El campo de la salud como una matriz

Para un pensamiento dialéctico la Salud Colectiva será una parte del campo de la salud. Si nos valiéramos de imágenes, quizá se lo pudiera proyectar como una matriz. El campo de la salud como una matriz, en que la Salud Colectiva fuera una parte

con distintos planos de inserción, de los cuales, al menos dos, son comentados en ese artículo: La Salud Colectiva, un movimiento intelectual y moral; y la Salud Colectiva, un núcleo, una concentración nuclear de saberes y prácticas. Un núcleo coproducido por una miríada de interrelaciones con el campo y, al mismo tiempo, un núcleo coproductor de ese mismo campo.

¿Cuál será el núcleo de la Salud Colectiva? El apoyo a los sistemas de salud, a la elaboración de políticas y a la construcción de modelos, a la producción de explicaciones para los procesos salud/enfermedad/intervención; y tal vez su rasgo más específico, las prácticas de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. ¿Cuál es la característica del núcleo de saberes y prácticas de la Salud Colectiva entonces? ¿Su fisonomía, una señal de identificación, no una diferencia absoluta! Tal vez sea ¿su concentración en problemas de salud con repercusión colectiva? ¿Quizá, un cierto modo de operar, un modo de intervención centrado en la promoción y en la prevención?

De cualquier modo, no es el todo, sino una parte. Una parte dinámica y con una inserción e interferencia en el campo de la salud, por lo menos en dos planos. En un plano horizontal en que saberes y prácticas de la Salud Colectiva forman parte de los saberes y prácticas de otras categorías y actores sociales. Así, todas las profesiones de salud, las nucleadas en la clínica o en la rehabilitación o en el cuidado, todas, en alguna medida, deben incorporar en su formación y en su práctica elementos de Salud Colectiva. Un movimiento cultural conforme a lo sugerido por Cecilia Donnangelo (1976) hace casi 20 años y conforme viene ocurriendo dentro del llamado movimiento de reforma sanitaria. Así, la salud mental, la neurología, la salud de la infancia, entre otras áreas, se están transformando, en consecuencia, con aportes originarios de la Salud Pública. En esta perspectiva, la misión de la Salud Colectiva será la de influenciar la transformación de saberes y prácticas de otros agentes, contribuyendo para el cambio del modelo de atención y de la lógica con que funcionan los servicios de salud.

La otra inserción en la matriz será vertical: la Salud Colectiva (o Salud Pública) con un área específica de intervención. Un área especializada y con valor de uso propio, diferente de la clínica o de otras áreas de intervención. Un espacio que para que

se institucionalice necesitará de definiciones formales: curso básico de formación de puestos de trabajo en el sector público y privado, asociaciones de representación corporativa, toda una parafernalia bastante más pesada de la requerida por un movimiento ideológico.

Su agente ¿quién es y cómo opera? En la salud pública tradicional, el sanitarista fue un especialista aislado, que trabajaba en programas verticales con un fuerte grado de imposición autoritaria. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994) la principal característica del sanitarista es su capacidad de liderazgo, debiendo los cursos de formación producir líderes para el sector salud. Se trata de un ejemplo concreto más de la postura arrogante y trascendente con la que se ha posicionado la Salud Pública frente a los otros sectores que componen el campo de la salud. Algunos adeptos del hacer comunicativo, al criticar esta perspectiva, llegan a caracterizar el trabajo de sanitarista como el de abogacía, una especie de habilidoso defensor de la Salud Pública; en la práctica un asesor de lujo, inerte e impotente frente a la dureza de lo establecido. Para muchos habría ocurrido hasta una extinción de la profesión y de la especialidad, ya que el Estado, la sociedad y los equipos de salud cumplirían todas las tareas de la Salud Colectiva.

Tal vez valiera la pena pensar al sanitarista como un agente de Salud Pública, profesionales con liderazgo ocasional, conforme los problemas y programas en cuestión, que trabajen en un equipo interprofesional pero con un papel específico. Actuando en proyectos verticales volcados hacia la promoción y coordinados por sanitaristas; y en otros de inserción matricial, intrasistemas de salud o intersectoriales, en el que sería, entre otros, un agente.

En Brasil se observa un debilitamiento importante en la discusión de la Salud Pública pensada como especialidad. El aparato formador en Salud Colectiva ha privilegiado la Maestría y el Doctorado, o los cursos de extensión volcados al equipo de salud en general (Nunes, 1996), en detrimento de la formación de especialistas residentes, u otros cursos. Asimismo, existe una indefinición en sus criterios y, por lo tanto, descontrol sobre la calidad de los profesionales autorizados a hacer Salud Colectiva. Lo que para la primera acepción, Salud Colectiva con inserción horizontal, será un hecho sin importancia, ya que ésta sería una

tarea de todos los profesionales de salud, al mismo tiempo que de toda la población.

En realidad, sería conveniente se combinen ambas perspectivas: tanto la socialización de saberes y prácticas como el asegurar especialistas capaces de producir saberes más sofisticados sobre la salud pública y de intervenir en situaciones más complejas.

www.srmcursos.com
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

Consideraciones en relación con una Teoría sobre la producción de Salud

Una Teoría sobre la producción de salud debiera apoyar todas las prácticas sanitarias, una Teoría, por lo tanto, construida para todo el campo de la salud. No sólo utilizada, sino también construida con la contribución al diálogo con todo el campo de la salud. Una Teoría que también trasborde la frontera de los sistemas de salud, incorporando en su racionalidad todos los mecanismos sociales por los cuales se generan salud y enfermedad.

En este sentido, la construcción de una Teoría sobre la producción de salud, o sobre el proceso salud/enfermedad/atención no será un monopolio ni una herramienta exclusiva de la Salud Colectiva, sino que de todo el campo de salud. No hay como pensar la superación del paradigma biomédico sin la contribución de la propia clínica. Una teoría tan abarcativa no puede ser construida sólo con aportes epidemiológicos y de las ciencias sociales. Tampoco sólo con lo biológico y lo subjetivo se puede pensar modelos y políticas de atención integral de la salud. La clínica tiene mucho para ser criticada, pero también tiene mucho para decir. Lo mismo se puede comentar sobre la Salud Colectiva, no hay como repensar sus prácticas desconociendo el acervo de la biología, de la psicología y de la clínica en general. ¿Cómo pensar en el sida al ignorar la cultura, o el funcionamiento concreto de los servicios de salud, o el comportamiento del virus, o la potencia de los inmunobiológicos o de los tratamientos con fármacos?

Por lo tanto, una Teoría del proceso salud/enfermedad/atención debiera constituir el acervo básico y fundamental de todos los campos científicos y de todas las prácticas que conforman el campo más amplio de la salud.

Esta facultad de comprender atenúa la pretensión de trascendencia y de autosuficiencia de la Salud Colectiva. Una teoría sobre la producción de salud funcionará como patrimonio orientador de todas las prácticas sanitarias y no serán construidas sólo en base de una perspectiva centrada en lo social, o en la epidemiología, sino en el uso diversificado de distintos saberes. Por lo tanto, se niega la existencia automática y, en principio, de una dominancia de la determinación social en el proceso salud/enfermedad. Es cierto, existe una jerarquía para que se produzca un fenómeno sanitario dado. Sin embargo, esta jerarquía tiene que ser, necesariamente, situacional y variable y de ninguna manera predeterminada.

Tampoco el análisis e investigación de los procesos salud/enfermedad/atención son un monopolio de la Salud-Colectiva. Así como no lo son los métodos de investigación fundados en la epidemiología, en la antropología, sociología o biología.

Existen diversos modos para que se produzca salud. Cada modo de producción de salud está compuesto por una combinación dada —cualitativa y cuantitativa— de prácticas. La combinación de estos modos creará modelos distintos, aun cuando algunos autores utilicen estas expresiones en sentido equivalente. La Salud Colectiva o la Salud Pública considerada como núcleo, o la Vigilancia a la Salud, su principal modelo de intervención, o la Clínica serán uno de tantos de los otros modos de producir salud. Las políticas de salud y los modelos de atención resultarán de las diferentes combinaciones de estos modos y de estas prácticas.

Identifico cuatro modos básicos para producir salud:

a. la producción social de salud: en donde las transformaciones económicas, sociales y políticas producen patrones saludables de existencia, al dificultar el surgimiento de las enfermedades. El denominado modelo de las "ciudades saludables" ha designado a este modelo de producción con el nombre de "promoción a la salud" (WHO, 1991), lo que parece inconveniente porque genera confusión con la modalidad de intervención (práctica sanitaria) que lleva el mismo nombre;

b. la Salud Colectiva; donde por medio de la Vigilancia a la Salud y de la acción específica de los profesionales de salud, más o menos articulada con otros sectores y otros agentes, y el desa-

rrollo de acciones predominantemente orientadas hacia la promoción y la prevención, se dificulta o se impiden enfermedades y muertes;

c. la clínica y la rehabilitación: en donde las prácticas de asistencia y de cuidado producen salud, aun cuando se trate de Sujetos aislados;

d. atención de urgencia y de emergencia: en donde a partir de modelos de intervención que alteran bastante una serie de características de la clínica tradicional, se consigue evitar muerte y sufrimiento. En Brasil, este modelo de práctica clínica, en lo cotidiano, descolocó a lo referido en el ítem c, degradando la clínica que se practica en la red básica, en los ambulatorios y en las salas de internación.

No obstante, nótese que no hay límites precisos o rígidos entre estos diferentes modos de producción. Todos ellos usan prácticas de promoción y de prevención, acciones clínicas, de rehabilitación y de cuidados. Lo que varía es el énfasis con que se las utilizan. Así, la clínica se vale predominantemente de prácticas de atención a los individuos, aun cuando la clínica para ganar en eficacia necesita incorporar lo social y lo subjetivo y operar con algunas prácticas de prevención y de promoción para la salud. Del mismo modo, es imposible practicar Salud Pública sin el auxilio de la clínica, ya sea a través de la atención individual en programas colectivos o de la incorporación de conocimientos generados a partir de una referencia clínica. Sin embargo, en la Vigilancia de la Salud (Salud Pública) predominan prácticas de promoción y de prevención. Una parte importante de las acciones de promoción escapan al propio campo de la salud y al núcleo de la salud pública. Los límites difusos lo son también entre las prácticas incorporadas por estos diferentes modos de producción de salud.

La salud será, por lo tanto, el resultado de un proceso de producción. Un efecto algunas veces deseado y buscado. Pero la salud no será el objeto de intervención de las prácticas sanitarias. La salud es entendida como un proyecto, con el sentido que Sartre (1963) le dió al término, volver a ser, un devenir, un bien a ser conquistado, como bien lo precisó Cecilia Minayo (1991). El objeto sobre el cual se interviene en las prácticas sociales indica cuales son, de hecho, priorizadas y cuanto de aquello es lo que

se pretende controlar. La clínica y la salud colectiva producen, siempre, salud y control. El objeto sobre el cual se interviene indica el compromiso por las prácticas sanitarias. En el caso de los sistemas de salud este objeto es representado por la dolencia o por situaciones que la potencian, lo que se desea es que le tengan respeto al individuo o al medio. El objetivo o el fin, o la finalidad de estos servicios sería la producción de salud.

Esto se contraponen a algunos autores que sugieren reformular el paradigma biomédico mediante una desarticulación del objeto de intervención de los sistemas de salud. Se dejará de trabajar con la enfermedad para hacerlo con la salud. Tal propósito aparece como un contrasentido para el método empleado en este artículo, ya que la salud es vista como un producto, un fin, un resultado ansiado, un objetivo. El objeto sobre el cual intervienen toda o cualquier práctica de salud es la enfermedad o la potencialidad de padecerla o de morir, potencia como un concepto más vago e impreciso que el de riesgo. Naomar Almeida Filho y Jairnilson S. Paim (1999) sugieren "una salud colectiva previsionaria o, si se nos permite previsionaria, es decir, una salud colectiva capaz de proponer visiones, formas, figuras y escenarios".

Lo que se está destacando, no obstante, es que el objetivo para que se produzca salud será común a todas las prácticas de salud y no sólo a aquellas vinculadas a la Salud Pública. Toda práctica sanitaria, en alguna medida estará obligada a producir algún valor de uso; en ciertos casos, algún coeficiente de bienestar, aun cuando simultáneamente se produzcan, también, iatrogenia y control social. Ningún bien o servicio se puede desvincular completamente de la obligación de atender las necesidades sociales. Lo que varía es el grado y la calidad con que son atendidas esas necesidades. La Salud Pública y la clínica se diferencian por el recorte del objeto de intervención. La Salud Colectiva pensada como núcleo de saberes y prácticas, recorta un fragmento del objeto, proceso salud-enfermedad, de manera diferente al de la clínica o al de los otros programas sociales manteniendo con todo, el mismo objetivo: producir salud. ¿Cuál será, entonces, el objeto de la Salud Colectiva? Para responder a este interrogante se tendrá que investigar la historia concreta, al final el recorte del objeto de la Salud Colectiva está muy influenciado por la dinámica política (Donnangelo, 1983) y varía confor-

me sea la correlación de fuerzas, la acción del Estado y de los distintos actores sociales. De cualquier forma, diversos autores vienen dando indicaciones de este objeto al centrar el proceso salud/enfermedad/ atención, en su dimensión más colectiva.

*Para reconstruir el núcleo de saberes
y prácticas de la Salud Colectiva:
algunas sugerencias para el debate*

- La Salud Colectiva y la defensa de la vida (Campos, 1991): asumir en forma explícita que la Salud Pública es una construcción social y que, por lo tanto, depende de valores, es decir, la resultante de la asunción y de la lucha de algunos valores contra otros. En este sentido se sugiere que los sanitarios y demás profesionales de salud asuman, en forma explícita, una visión del mundo basada en la defensa radical de la vida de las personas con quienes trabajen.

Esto implica que se construyan condiciones sociales que posibiliten a los especialistas en salud colectiva trabajar con autonomía relativa tanto en relación con el Estado como con los partidos políticos, ideologías y otras racionalidades técnicas. Así le será dado al sanitario tomar posición sobre la existencia, o no, de saberes y de modos concretos para enfrentarse con tal o cual problema de salud, arguyendo contra los economistas y políticos, en defensa de la vida de los grupos expuestos al riesgo. Hay que dejar a los economistas la argumentación sobre la inviabilidad económica, y a los políticos las disculpas fundadas en el pragmatismo de los que luchan por el poder. Esto es, una ética asentada en un compromiso explícito con la vida.

No es que esta perspectiva vaya a tener siempre la última palabra, pero reconoce que la sociedad ganará con los promotores públicos, en principio, comprometidos con la defensa de la vida. Es decir, con intelectuales orgánicos (Gramsci, 1978) coherentes en sus discursos y en sus prácticas, con una Teoría de la producción de salud antes que nada. Es obvio que la resultante de estos procesos nunca será lo proyectado por el discurso sanitario puro, sino una mezcla de las distintas racionalidades en pugna.

Esto nos lleva a que sea reforzada una segunda línea: reconocer que la salud es un valor de uso. Valor de uso con el sentido que Marx (1985) originalmente le atribuyó al concepto en el primer volumen de *El Capital*. Valor de uso entendido como la utilidad que los bienes y servicios tienen para las personas concretas que viven en situaciones específicas, el otro lado de la mercancía. Nadie consigue hacer circular una mercancía sin valor de uso. La salud entendida como un bien público, o sea, cuando le es retirado el carácter de mercancía como ocurre en el Sistema Único de Salud, ya que es producido como un derecho universal y no en función de su valor de cambio, aun en este caso conserva el carácter de valor de uso. Es decir, es un producto socialmente construido.

La utilidad de un bien o servicio no es una condición intrínseca del mismo, sino que es socialmente construida. Resulta, por lo tanto, de la acción de distintos actores sociales que actúan en sentido no siempre convergente, al marcar cada producto con un cierto valor de uso. Así, el valor de la vida varía según la época, la clase y el contexto social. El valor de uso se expresa bajo la forma de necesidades sociales. Las necesidades sociales son significadas en bienes y servicios a las que tal o cual segmento social le atribuye alguna utilidad.

Foucault (1995) afirmaba que una de las manifestaciones del poder era su capacidad de producir verdades. En forma análoga se podrá afirmar que la capacidad de producir necesidades sociales es una manifestación concreta del poder de los distintos grupos y segmentos sociales (Campos, 2000). En este sentido, tanto los equipos de salud como la sociedad deberán cuidar explícitamente de la producción de valores de uso y de su expresión pública bajo la forma de necesidades sociales. Se engañan aquellos que atribuyen al poder dominante la capacidad exclusiva de producir siempre necesidades sociales. Por más poderoso que sea el Estado o el mercado, jamás estas instancias podrán desconocer la dinámica social que resulta en la construcción de necesidades. Aun cuando desde el Estado o el mercado se reconozcan los deseos e intereses de los usuarios o el discurso de la Salud Colectiva sólo para adaptarlo a sus lógicas, siempre, en alguna medida, los de abajo meten su cuchara de palo en la olla de las necesidades sociales.

Lo que se argumenta es que le concierne a los trabajadores y a los usuarios, a partir de sus propios deseos e intereses como también el apoyarse en una teoría sobre la producción de salud tratar de construir proyectos y de llevarlos a la práctica objetivando la concretización de determinados valores de uso, un bien expresado bajo la forma de necesidades, así como los medios necesarios para atenderlas. Una lucha sin resultados previos asegurados. Es contrario a la dialéctica el análisis que atribuye exclusividad de efectos a la racionalidad o al poder hegemónico. El poder hegemónico es lo dominante y no es lo único. Los dominados también interfieren en la dinámica social, en particular cuando se trata de la alteración de valores. Los valores son los fundamentos de las estructuras y las estructuras son las productoras y las que garantizan a los valores. La alteración de los valores pone en evidencia la inadecuación social de estructuras obsoletas, aumentando las posibilidades de cambios.

Concluyendo, bien puede valer un esfuerzo concentrado de la Salud Colectiva objetivar la definición de valores de uso y de necesidades sociales al tornarse más democrática y participativa.

La Salud Colectiva y el fortalecimiento de los Sujetos: coparticipar de la producción de necesidades sociales exige iniciativa política y capacidad de reflexión crítica. ¿Cómo podrá contribuir la Salud Colectiva para disminuir el coeficiente de alienación de las personas? ¿Podrá haber teorías sobre la desalienación?

Sartre (1963) hablaba de la serialidad al referirse a los grupos que repetían comportamientos condicionados por estructuras o valores hegemónicos. Mientras tanto apuntaba a la posibilidad de la construcción de "grupos sujetos", agrupaciones aptas para lidiar con estas determinaciones y condicionamientos de forma más libre. De manera que, considerando las limitaciones del contexto, se crean situaciones más justas, más democráticas. ¿Qué tiene que ver la Salud Colectiva con todo esto?

Basaglia aprovechó esta línea de reflexión para repensar políticas y prácticas en salud mental, ¿se podrán adaptar algo de sus conclusiones para la salud pública? Pablo Amarante (1996) sintetizó bien la perspectiva metodológica con que Franco Basaglia trabajó: "Si la enfermedad es colocada entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona el objetivo del tra-

bajo, y no la enfermedad. De esta forma el énfasis no está más puesto en el 'proceso de cura' sino en el proceso de 'invención de la salud' y de reproducción social del paciente".

Nótese la perspectiva fenomenológica: sale el objeto ontologizado de la medicina –la enfermedad– y entra en su lugar un sujeto. En el caso de la clínica, el enfermo; en el caso de la Salud Colectiva, un colectividad específica. Vale la pena enfatizar que para Basaglia, no se trata de un enfermo general, sino de un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. El mismo se aplicará a una Salud Colectiva que se pretende constructiva: trabajar con grupos concretos, social y culturalmente constituidos. Todo el énfasis estará puesto sobre la existencia concreta de los Sujetos: en el caso de la clínica se tratará sobre las posibilidades de "inventar salud" para estos enfermos y en el caso de la salud pública, para los grupos expuestos a enfermarse.

"Inventar salud" para Basaglia (1985) implicará algo más que la invención de una técnica, ya que él relacionaba esta noción a la de "reproducción social del paciente". Reproducción social entendida como ejercicio de ciudadanía y de participación social. En salud pública se podría trabajar con la idea de cambio, tanto de las estructuras, su democratización, y de las normas de derecho, como de la capacidad reflexiva y de iniciativa de los sujetos individuales y colectivos. La Salud Colectiva pasará por un descolocamiento del énfasis, antes fue la enfermedad, después las estructuras, ahora se tratará, también, de que se valore el fortalecimiento de los sujetos individuales y colectivos. Sin embargo, este dejar fuera el énfasis no puede significar el abandono de las otras dimensiones. Así ¿cómo producir sujetos saludables sin considerar las enfermedades, o la posibilidad de enfermarse? ¿O sin evaluar críticamente aspectos estructurales (ambiente, leyes, normas, etc.)? En realidad, será conveniente que se busque una nueva dialéctica entre enfermedad, salud, estructuras y sujetos.

Ni la antidialéctica positivista de la medicina que se queda con la enfermedad, descartando la responsabilidad con la historia de los sujetos concretos, ni el estructuralismo de la salud pública tradicional que delegaba al Estado y al aparato técnico casi toda la responsabilidad por la producción de salud.

Concluyendo, hay que invertir también en el fortalecimiento de los sujetos. No sólo en su dimensión corporal, conforme la tra-

dición de la salud pública (vacunas, por ejemplo), sino también al pensarlos como ciudadanos de derecho y como sujetos críticos (capaces de reflexión y elección más autónoma de los modos de andar en la vida).

En este sentido, el énfasis actual de la Salud Pública en combatir determinados estilos de vida (WHO, 1991), aun cuando en apariencia se está reconociendo la existencia de personas concretas, no deja de ser un modo moralista y normativo de abordaje, ya que los grupos a quienes se destinan estas intervenciones no son incorporados en la construcción activa de modos de andar en la vida, en la construcción de valores de uso. Escoger entre la longevidad y el placer es un derecho inalienable de los sujetos. La participación de los sujetos en la administración de las relaciones entre deseos, intereses y necesidades sociales es la condición *sine qua non* de la democracia de la construcción de sujetos saludables (Campos, 2000).

WWW.SRMCURSOS.COM
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

Referencias bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, N., PAIM, J. S. 1999. *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*. Cuadernos Médicos Sociales, 75:5-30.
- AMARANTE, P. 1996. *O ovo da serpente*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- BARATA, R. B., BARRETO, M. L. 1996. *Algumas Questões sobre o desenvolvimento da Epidemiologia na América Latina*. Ciência e Saúde Coletiva, 1(1):70-79.
- BASAGLIA, F. 1985. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Editora Graal, Segunda edição. Rio de Janeiro.
- BOURDIEU, P. 1983. *O Campo Científico*. In: Ortiz, R.(organizador) Pierre Bourdieu, editor. *Coletânea Grandes Cientistas Sociais*. Editora Ática.
- BOURDIEU, P. 1992. *A economia das trocas simbólicas*. Editora Perspectiva. São Paulo.
- CAMPOS, G. W. S. 1991. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. Editora Hucitec, São Paulo.
- CAMPOS, G. W. S. 1997. *Análise Crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)*. Cadernos de Saúde Pública. 13(1):141-144.