

Jornadas Red AUPA.

Barcelona – 7 de mayo de 2009

Profesor Doctor Túlio Batista Franco

Universidad Federal Fluminense – Niterói/Río de Janeiro – Brasil.

En primer lugar, me gustaría agradecer la invitación para participar de la Jornada AUPA. En el transcurso de estos días me he encontrado con muchos amigos y muchas identidades comunes que comparten lo que pensamos y hacemos acerca del desarrollo de sistemas de salud públicos. Es un gran placer que, desde nuestro punto de vista, se haya iniciado un proceso fuerte de intercambio.

Hablaré rápidamente sobre la experiencia brasileña de organización del Sistema Único de Salud para contextualizar el debate que pretendemos realizar, y a continuación seguiremos hablando sobre modelos asistenciales de la salud, la disputa de proyectos con relación a estos modelos, y la centralidad de los procesos de trabajo. Espero que en el transcurso de mi relato estos procesos puedan quedar claros.

El Caso Brasileño de Reforma de la Salud

Inicialmente pienso que es importante contextualizar rápidamente el Sistema de Salud Pública brasileño y la historia de luchas desarrolladas en su construcción, para identificar desde qué lugar estoy hablando. Hablo como quien participó de este movimiento y está hasta el día de hoy comprometido en el desarrollo de un sistema de salud, como un proyecto social, político, subjetivo, que busca elevar el grado civilizatorio de la sociedad humana.

Nuestro Sistema de Salud es producto de un movimiento que se formó en los años '70, llamado "Movimiento de la Reforma Sanitaria", el cual incorporó a profesores y estudiantes del área de salud de las Universidades, al movimiento popular de las comunidades y a los trabajadores de la salud. Este movimiento tenía entre sus principales banderas, la universalidad del acceso a los servicios de salud, la descentralización de las acciones hacia los municipios y el financiamiento estatal. El actual Sistema Único de Salud fue instituido por la Constitución Federal de 1986 y las leyes complementarias de 1990.

Esta información es importante para identificar que el Sistema de Salud Pública brasileño tiene un fuerte apoyo popular, lo que lo resguardó, por ejemplo, de la ola neoliberal que se propagó en los años '90 en varias partes del mundo, incluso en Brasil, pero que pasó sin modificar las premisas más importantes del Sistema de Salud, citadas anteriormente.

Esto es lo que se verificó desde su aspecto político general. Por otro lado, y al mismo tiempo, el Sistema de Salud brasileño propuso y desarrolló un nuevo modelo de asistencia, que organiza los servicios de salud según patrones de la vigilancia de la salud, o sea, incorporaba muy fuerte la idea de un servicio centrado en la prevención y promoción de la salud. Nuestro sistema de salud es por lo tanto, heredero de la tradición que comienza con Dawson en Inglaterra, y pasa por la propuesta de la Atención Primaria de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, y

de la Promoción de la Salud propuesta por Lalonde en Canadá. Propuestas que se inscriben en una misma matriz que es la de la vigilancia de la salud, con una fuerte influencia de la epidemiología.

Por estos motivos se constituyó un Sistema que tiene una gran pericia en el desarrollo de la promoción y prevención de la salud. Pero aquí es necesario plantearnos la siguiente pregunta: ¿esto es suficiente para el cuidado integral de los usuarios de los servicios de salud? La Atención Básica ¿debe restringir su trabajo tan solo a la promoción y prevención? Consideramos que no. Por más promoción y prevención que se haga, las personas van a continuar enfermándose, y en este caso es necesario tener una propuesta de asistencia a la salud que signifique de hecho un cuidado integral, y es en este punto donde se encuentra la fragilidad de la mayoría de los sistemas de salud actuales.

Planteamos un modelo de asistencia a la salud que tiene al mismo tiempo una dimensión de la promoción e prevención y otra de la asistencia propiamente dita, sumándose los dos para una cosa más grande que es la producción de lo cuidado.

Comencé hablando del caso brasileño, porque considero que este es parecido al desarrollado en gran parte de los países que buscaron sistemas de salud alternativos al modelo biologicista o flexneriano.

Pero ahora voy a apartarme de la experiencia brasileña para hablar de nuestras reflexiones sobre esto, o sea, el desarrollo de las propuestas de modelo asistencial para la salud en el siglo XX.

Modelos Asistenciales

Entendemos que los modelos asistenciales para la salud que se desarrollaron a lo largo del siglo XX, tuvieron una fuerte influencia del por entonces denominado Informe Flexner. Esa historia muy conocida nos informa que, en base a una evaluación de las escuelas médicas americanas, realizada en los años 1910 por el médico Abraham Flexner, por encargo de la Fundación Carnegie, la enseñanza fue reformulada, centrando sus actividades en la “investigación biológica”, y otras directrices que priorizan una enseñanza volcada a la especialización. A lo largo del tiempo, esta directriz se hizo hegemónica, tanto en la formación como en la organización del trabajo de las profesiones de salud. En *El Nacimiento de la Clínica*, Foucault menciona que la clínica que se desarrolló en los siglos XVIII y XIX es sobre todo la clínica de la mirada, hegemónica hasta la actualidad. El modelo flexneriano opera sobre una mirada anatómica, ortopédica, dejando muchas veces de analizar otras dimensiones del cuerpo, como la cultural, la socioambiental, la subjetiva y sobre todo, produce una relación pasiva con el usuario, transformándolo en objeto y no en sujeto del proceso de producción del cuidado.

Otro elemento importante que contribuyó a la formación del modelo asistencial actual fue el extraordinario desarrollo de la industria de medicamentos y equipamientos biomédicos. El desarrollo de nuevas tecnologías en salud, siempre y cuando sean apropiadas según su “valor de uso” y consumidas en base a la necesidad real de los usuarios, debería ser festejado por

todos nosotros, imagino yo. Sin embargo, estas tecnologías son desarrolladas y comercializadas como cualquier otro producto, por ejemplo un auto, teniendo como premisa el lucro de sus fabricantes y distribuidores, y no las necesidades de las personas. Siendo así, desde el punto de vista de los que comercializan sus productos en la salud, cuanto mayor sea el consumo, mejor, pues esto contribuye a la acumulación capitalista del sector. Esa dinámica de mercado domina por lo tanto, las relaciones en el ámbito de la salud y atraviesa el modelo asistencial influenciando incluso los procesos de trabajo y el modo como se produce el cuidado.

De este modo, se constituyen servicios de salud más centrados en la producción de procedimientos, como nos dice Emerson Merhy, y menos en la producción del cuidado, o, tienen un cuidado más pautado por el procedimiento, y menos en la relación entre trabajador y usuario.

Estos servicios de salud, al final son poco resolutivos porque están centrados en el conocimiento biológico, y la dimensión biológica es tan solo una de las muchas dimensiones de un cuerpo, por lo tanto es parcial, restricto y simplista pretender intervenir sobre un problema de salud tan solo desde allí. Y muy caro porque es altamente consumidor de maquinaria, medicamentos, conocimiento especializado, que son los principales insumos utilizados para la producción del cuidado, en el actual modelo de asistencia a la salud. Esta intervención reducida sobre el problema de salud hizo que los servicios sean caros y poco resolutivos.

Con relación a los altos costos de los servicios de salud, se visualizaron movimientos en dos sentidos. El primero se dio como parte de una política general de restricción del financiamiento de políticas sociales por parte de los estados nacionales, a partir de la crisis económica mundial vivida en los años '70, de carácter recesivo. Esto no justifica la reducción del financiamiento de la salud, pero fue el argumento utilizado para esto, y para el fortalecimiento de las propuestas neoliberales que se instituyeron más fuertemente en los años '80 y '90.

El segundo se refiere a nuestro campo, o sea, al campo específico de la salud. La crítica al modelo biologicista llevó a que se desarrollaran propuestas alternativas de cuidado a la salud. Entre ellas están la Medicina Comunitaria, principalmente a partir de EE.UU., en los años '50 y '60, y aquellas ya citadas aquí del campo de la vigilancia a la salud, a través de programas de promoción y prevención. O sea, lo que analizamos es que, frente a la fuerte confluencia entre una matriz teórica que restringe la clínica al cuerpo anátomo-fisiológico, al manejo de equipamientos y conocimiento especializado, se constituye una alternativa que crea modelos basados en otra matriz, la de la vigilancia a la salud, instrumentalizada por la epidemiología. Estos modelos que se pretenden reformadores del campo de la salud, y, sobre todo de sus prácticas, no consideran la clínica como su objeto, o como objeto de la reforma en la salud. De este modo ella ocupa un lugar secundario en el contexto de los movimientos de reforma sanitaria. Siendo así, las prácticas clínicas continúan bajo la hegemonía del modelo flexneriano, y sometidas a la acción del mercado, que induce a procesos de trabajo altamente consumidores de procedimientos, y por lo tanto, centrados en el saber profesional especializado, incluso luego de intensos movimientos de reforma en salud como el que tuvo lugar en Brasil, y otros países. Esto se constituye en una paradoja al interior de los sistemas de

salud que pretenden ser una alternativa al modelo biologicista centrado en el núcleo de las profesiones en salud. Conviven codo a codo, programas de promoción y prevención a la salud, con una actividad clínica lo más restrictiva posible con relación al tema del cuidado.

¿Qué hacemos con la paradoja? Para nosotros esta paradoja funciona en sí como un analizador, en los términos planteados por René Lourau, quien nos revela el funcionamiento de los servicios de salud, y hace que estos servicios hablen por sí mismos. La paradoja nos interroga, y, por lo tanto a través de ella cuestionamos a nuestros servicios, nuestros saberes y prácticas, nuestras opciones tecnológicas para el cuidado en salud.

Pretendo ahora hablar un poco acerca de esto, abordando el tema de la producción del cuidado.

La Producción del Cuidado

La producción del cuidado es una producción humana, o sea, no es natural, sino producto del trabajo, y, por lo tanto, la forma como se organiza y opera el trabajo en el cotidiano de los servicios de salud va a configurar un determinado perfil de estos servicios. En nuestro entendimiento, y según estudios de diversos autores que se han dedicado al tema, el proceso de trabajo es el centro de la producción del cuidado, que se da a partir de determinadas tecnologías (que conforme la clasificación de Emerson Merhy pueden ser duras, leves-duras y leves), y una intencionalidad en el acto de cuidar que es dada por la opción ético-política del trabajador de salud. Esto va configurando la idea según la cual el proceso de trabajo y, por lo tanto el cuidado en salud se inscribe en una micropolítica determinada.

¿Qué es la micropolítica?

Podemos comenzar diciendo que la micropolítica, en el caso de la salud, es la acción cotidiana del trabajador, individual o colectivo, en la producción del cuidado. La micropolítica está presente en todos lados, en todo colectivo, de un modo independiente al tipo de organización, sea privada o pública, empresarial, estatal, ONG, familiar, etc., pero aquí trataremos específicamente el campo de la salud. Por ejemplo: si un trabajador atiende a un usuario, el modo de hacerlo, si acoge o no, genera un vínculo o no, abre espacios de habla y escucha en esta relación de cuidado o realiza una atención sucinta, orienta o no a los cuidados consigo mismo, en síntesis, todos estos son actos asistenciales accionados en base a decisiones del trabajador, que se dan por parámetros de saberes técnicos estructurados, concepciones éticas y políticas, y también ciertos sentidos que él le da al mundo del trabajo y al cuidado en salud. O sea, la micropolítica se refiere al funcionamiento del trabajador, en el exacto momento de su actividad de trabajo, durante la producción del cuidado, revelando así sus opciones tecnológicas para el cuidado, que son la expresión de determinados proyectos éticos y políticos para la salud, que con certeza, van a estar en disputa con otros proyectos. Y por esto se llama micropolítica, porque es un permanente ejercicio de defensa de intereses en este escenario del cuidado. Es un campo atravesado por poderes, saberes, prácticas, subjetividades, expresiones de afecto, etc. Partimos del supuesto de que el lugar de trabajo es

un lugar de construcción social del cuidado, y esto está en permanente disputa en los diversos escenarios de las prácticas en salud.

La disputa Micropolítica por la Salud

Un aspecto importante a destacar, es que la hegemonía sobre el modo de producción del cuidado siempre estuvo en disputa. Las prácticas de cuidado son estructuradas en base a ciertos saberes e intereses en juego. Por ejemplo, el mercado tiene en la salud un espacio fundamental de realización y acumulación del capital, y por esta razón se esfuerza para mantener un alto desempeño en esta dirección. Teniendo esto como objetivo, indujo a la formación de modelos asistenciales altamente consumidores de maquinaria e instrumentos, y en el ámbito de la micropolítica actúa en la organización de procesos de trabajo que son verdaderas líneas de producción de procedimientos, que apuestan en el mismo sentido. Si esto opera en el campo de la producción de cuidado como un vector de fuerza, por otro lado, el movimiento sanitario en general, influenciado por la Organización Mundial de la Salud y los saberes estructurados en el campo de la Vigilancia de la Salud como ya fue mencionado, produjo alternativas organizando servicios centrados en la promoción y prevención. Esto es muy positivo, pero tiene una fragilidad, pues deja libre al capital para hacer esta disputa en el campo de la clínica específicamente. Y esto no es cualquier cosa, pues, la clínica es un instrumento fundamental, no el único obviamente, para la producción del cuidado. Los servicios de salud centrados tan solo en la vigilancia, no cuestionan lo suficiente al modelo anátomo-clínico de cuidado, no molestan a la clínica flexneriana, pues no solo se plantean de forma alternativa, sino fuera del campo de la clínica. Y este tal vez haya sido el principal error de quienes buscan organizar servicios de salud alternativos, a través de prácticas de cuidado contra-hegemónicas.

La cuestión central, por lo tanto, es pensar que, desde el punto de vista de quien lucha para el cambio de los servicios de salud, por nuevos modelos asistenciales, por servicios sustitutos a los actuales, debe también emprender esta lucha en el campo de la clínica. Pensamos que es fundamental incorporar la clínica como saber y práctica, entre los objetos de la reforma a ser desarrollada. Esto es una condición necesaria para disputar el modo de producir el cuidado, con aquellos que defienden un modelo de cuidado prescriptivo, centrado en la producción de procedimientos. Esta lucha en definitiva es contra los intereses del capital, que se producen en el ámbito de la salud, y se realiza sobre todo a través de una determinada micropolítica de organización del proceso de trabajo.

Entendemos que la disputa por el modelo asistencial, debe considerar aquello que ya se ha construido como mejor alternativa, que son los programas de promoción y prevención. Y agregar a esto una supuesta reforma de la clínica, como ya mencioné, disputando el modelo asistencial en este campo, sin dejar que el campo de la clínica quede a merced del mercado y las prácticas de cuidado que, como se sabe, son poco eficaces. Esto significa disputar la micropolítica de los procesos de trabajo, pues es en este campo donde el modelo asistencial se realiza. Siendo el proceso de trabajo, la clave para el cambio en la salud, es importante por lo tanto comprender los aspectos que caracterizan el trabajo en salud, sobre todo focalizando su micropolítica.

La Micropolítica del Trabajo en Salud y sus Disputas

Cuando pensamos en el cambio de los servicios de salud, debemos pensar en nuestras posibilidades de realizarlo. Y, considerando que el proceso de trabajo es central en la definición del modelo asistencial, la primera pregunta que surge es la siguiente: ¿quién controla el proceso de trabajo? Y la respuesta muy simple es: son los propios trabajadores. Siempre que digo esto, surge una pregunta: si el trabajador de salud está subordinado a un jefe, al gestor, y si este emite una orden para que trabaje de determinada forma, ¿esto no impide que él decida sobre su proceso de trabajo? No, pues en el momento en que el trabajador está en relación con el usuario, él mismo define sus actitudes, las opciones tecnológicas en definitiva, por lo que este momento de producción es definido por el propio profesional en la relación con el usuario. Es autogobernado. Frente a esto, si por parte de los trabajadores, hubiera comprensión, compromiso (que es el registro subjetivo del modo de cuidar), es posible operar cambios en el proceso de trabajo, y en el modelo asistencial.

Por lo tanto, la disputa del modelo asistencial es un objetivo viable, pues el principal recurso para hacer esta disputa es el proceso de trabajo, que está bajo el control de los propios trabajadores. Tener conciencia de su potencia de acción en el mundo del trabajo en salud es fundamental, para agenciar los procesos de cambio en dirección a la organización de modelos sustitutivos del cuidado a la salud.

Discutiremos a continuación, de un modo más específico, algunas características del trabajo en salud que ayudan a pensar su potencia para el cambio.

1. En primer lugar, que es un proceso relacional, o sea, que ocurre siempre en la relación entre sujetos. Es diferente a los procesos productivos de la industria, donde no existe una relación entre el productor y el consumidor. En la salud esta relación ocurre en acto, produciéndose un proceso de intercambio muy intenso, que abarca saberes, expectativas, afectos.
2. Según Emerson Merhy, el proceso de trabajo en salud es dependiente del trabajo vivo en acto. El trabajo vivo es aquel que ocurre en el exacto momento de su actividad creativa, aporta al trabajador un alto grado de libertad sobre su proceso de trabajo, y tiene una potencia instituyente en sí mismo.
3. Y por ser trabajo vivo dependiente, el proceso de trabajo es autogestionario, o sea, está bajo el control del propio trabajador.

Las relaciones entre sujetos como práctica, el trabajo vivo en acto como libertad de acción, y la autogestión del proceso de trabajo, forman las potencias sobre las cuales los proyectos de cambio en salud pueden agenciar fuertes procesos instituyentes en el campo de la producción del cuidado.

Sin embargo, se observa que, en el campo de disputa por el modelo asistencial para la salud, estas potencias son duramente atacadas en el ámbito de su micropolítica, por el modo hegemónico de producción del cuidado, o sea, se intenta organizar un proceso de trabajo que concrete los intereses del modelo hegemónico, operando un trabajo centrado en la producción de procedimientos, favoreciendo así los intereses del capital en el ámbito de la

salud, que son los de producir un cuidado centrado en la producción de procedimientos. El modelo hegemónico actúa bajo los siguientes objetivos:

1 – Reducir o eliminar el aspecto relacional del proceso de trabajo, haciendo que el profesional actúe de forma sucinta, prescriptiva, reduciendo o anulando los espacios de habla, escucha, miradas, contactos, que son propios de una clínica de base relacional, que ocurre a partir del encuentro entre trabajador y usuario.

2 – El proceso de trabajo centrado en el trabajo muerto, o mejor dicho, capturando el trabajo vivo a través de una razón instrumental, que es dada por la centralidad que tiene la maquinaria en los procesos de producción de cuidado bajo estos modelos.

3 – En este caso, hay una micropolítica del consumo como prioridad, en detrimento de una micropolítica del cuidado.

La Biopolítica del Capital, versus la Biopotencia

Estamos frente a una situación en la que el capital opera fuertemente para mantener el modelo hegemónico, tal como se desarrolló en el siglo XX. Y más aun, constatamos que el capital sabe que es en la micropolítica donde se gana o se pierde esta disputa, y por lo tanto, opera fuertemente para determinar la producción del cuidado, basado en la organización de los procesos de trabajo. Percibimos una intensa producción biopolítica del capital sobre el campo de la salud, que surge a partir de una producción de sentidos para el acto de cuidar, para el cuidado en salud. Actúa también por las fuertes conexiones que realiza el propio capital en el ámbito de la sociedad en general, y de la salud en particular, sobre todo, operando micropolíticamente. Explicado mejor, biopolítica es un concepto creado por Foucault para referirse a las directrices de organización de la vida en la modernidad, para atender a los intereses de un soberano, en el caso de un rey, el gobierno. Puede ser concebida como la prescripción de modos de vida, la determinación de cómo la vida debe ser vivida en una determinada época, siempre para atender a un mandatario en general.

Para el modelo hegemónico, el sentido de lo que es cuidado en general está asociado al consumo de tecnologías duras, maquinaria. Esto es intensamente reproducido por las escuelas, en la formación de los profesionales de salud; por los medios masivos de comunicación en la formación de opinión junto a la sociedad en general; y en la intervención sobre los profesionales de la salud a través de la realización de congresos, seminarios, coloquios, premiaciones, abordajes individuales, etc. En este movimiento existe una producción subjetiva que tiene por objetivo afirmar cada vez más la asociación del cuidado con el consumo de alta tecnología, como también mantener la prescripción de procedimientos como la principal actividad del cuidado, pues todo esto coincide con los objetivos del actual modelo. Esto es una biopolítica, pues prescribe cómo la vida debe ser vivida. Tiene como uno de sus componentes por ejemplo, a la promoción de la salud, que es asociada a la oportunidad de acceso a los exámenes, chek-ups, etc.

La total captura del proceso de trabajo, en el ámbito de su micropolítica, define el modelo asistencial para un determinado servicio de salud. Vale decir que esta captura no es total, siempre están aquellos que escapan y emprenden una “línea de fuga” de los procesos

capturantes y operan su proceso de trabajo de forma contra-hegemónica, haciendo un cuidado-cuidador dentro de la libertad de su trabajo vivo. Estos son los instituyentes dentro de una organización, o red de salud.

Existe, por lo tanto, la posibilidad de construcción de una biopolítica en un sentido inverso, pautada en modos de vida basados en la libertad, solidaridad y en la producción de nuevas potencias de vivir. Esto es lo que Antonio Negri y Maurizio Lazzarato llaman "Biopotencia". Hacia esta construcción debemos conducir los movimientos de cambio y sustitutividad de redes de salud. Una biopolítica con efectos autopoieticos, que sea capaz de producir vida en los sujetos, y donde estos sean productores de vida en sí mismos en el proceso de cuidado.

La Construcción de la Sustitutividad.

Para pensar propuestas en esta dirección, sería interesante relatar ciertas experiencias de cambios en servicios de salud en las cuales hemos participado, que se han mostrado victoriosas en el sentido de la reorganización del proceso de trabajo, innovando las formas de cuidado y operando de este modo, cambios sustanciales en los modelos asistenciales.

Los cambios que se produjeron en diversos servicios, partieron de algunos dispositivos, que dispararon cambios en el ámbito de los procesos de trabajo y de los modelos que estructuran las redes de salud. Uno de ellos, que se ha mostrado muy potente para desencadenar cambios significativos es el Acogimiento.

Acogimiento es una directriz operacional de organización de servicios de salud. Puede ser implantado en cualquier red o Unidad de Salud. Trae dos dimensiones: la primera, se refiere a un ideario, un conjunto de ideas que resignifican al usuario como el centro de los servicios de salud, dotado de derechos, saberes y por lo tanto como sujeto en el proceso de producción del cuidado; además, el Acogimiento califica el encuentro entre trabajador y usuario, propagando la idea de una escucha calificada del usuario, la buena atención, la responsabilización sobre su problema de salud, la derivación segura, en definitiva, habla fuertemente de una idea de calificación de las relaciones de cuidado. La segunda se refiere a la reorganización de los procesos de trabajo, y en este sentido el acogimiento apuesta a la relaciones de equipo, multiprofesionales, y a un proceso de trabajo que opera en base a proyectos terapéuticos singulares, flujos seguros de asistencia a los usuarios: líneas de cuidado y compromiso con la resolución del problema de salud. Opera de lleno en la micropolítica del proceso de trabajo y del cuidado en salud.

El Acogimiento interroga fuertemente al modelo hegemónico, quiebra sus paradigmas, pues apuesta a las tecnologías leves, como aquellas que deben ser hegemónicas en el núcleo tecnológico del proceso de trabajo; utiliza al límite la potencia instituyente del trabajo vivo y a través de él va produciendo cambios en toda la red, pues fuerza las conexiones entre los trabajadores, entre los equipos y entre los servicios dentro de una red de salud. Parte del supuesto de que el usuario es el centro de los servicios de salud, que trae consigo, además de un cuerpo, un origen, una cultura, una subjetividad, y por lo tanto se debe actuar sobre este

ser complejo, que al mismo tiempo, tiene expectativas y saberes, y es sujeto del proceso de cuidado, teniendo también iniciativas en su desarrollo.

Los procesos de cambio en la salud son “en caliente”, para utilizar un término del institucionalismo, o sea, deben producirse en base a amplias discusiones y debates, con la participación de todos. Los cambios son dependientes del agenciamiento de los sujetos que se encuentran en la escena de disputa de proyectos, en el lugar social de producción del cuidado, y en condiciones de intervenir sobre la micropolítica.

A continuación relataré la experiencia de implementación del Acogimiento, a partir de una investigación que se desarrolló con el fin de verificar la eficacia del Acogimiento en el cambio del modelo asistencial y los procesos de trabajo.

“EL ACOGIMIENTO Y LOS PROCESOS DE TRABAJO EN SALUD: EL CASO DE BETIM, MINAS GERAIS, BRASIL”.

¡Gracias!