

# **EQUIPOS MATRICIALES DE REFERENCIA Y APOYO ESPECIALIZADO: UN ENSAYO SOBRE REORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN SALUD**

Gastón Wagner de Sousa Campos, 1998.<sup>1</sup>

## **I. Introducción**

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

No se trata de un estudio empírico sobre el impacto de la utilización de esta metodología de trabajo en situaciones concretas sino de su descripción y justificación teórica. Aun así, con certeza, se puede tener en consideración experiencias en las cuales estas directrices organizacionales sirvieron como principal inspiración. En los últimos años (1990-1998), Equipos de Referencia fueron implantados en varios servicios de salud, además se hicieron con modificaciones en relación al modelo teórico descrito en virtud de especificidades organizacionales y culturales. En la Salud Mental (Servicio de Salud Cândido Ferreira, Campinas, SP, en Hospitales, (Hospital Público Regional de Betim, Mina Gerais y Hospital Municipal de Paulina, SP, en servicios de DST/SIDA (Atención domiciliaria del SIDA, Campinas, SP) se reorganizaron los procesos de trabajo de acuerdo con las direcciones del modelo de Equipos de Referencia. Los Sistemas de Atención Primaria (red de centros de salud y de salud de la familia de Betim/SP) también están siendo reformulados según estas directrices. Sin duda, la elaboración teórica solamente se hizo posible después que estos equipos de trabajadores se dispusieran a realizar una crítica viva de los conceptos y tecnologías sugeridos por la metodología propuesta. En este sentido, las reflexiones que aquí se presentan tienen una deuda insalvable con todo el personal que las fue recreando o con las que venían siendo sugeridas ya sea por los textos del autor, o por el resultado de otras experiencias. A ellos mi gratitud y el homenaje de mi admiración más sincera.

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

Según Baremblytt "*dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo Radical*" (Baremblytt, 1992, pp 151). Se puede observar que en esta conceptualización los dispositivos aparecen como combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que no forman parte de la estructura de las organizaciones. Serían artificios que se introducen con el objetivo de instaurar algún proceso nuevo, programas asistenciales, modificaciones en la cultura institucional, o para reforzar o alterar valores, etc. Cuando se anhelan cambios o asimismo el refuerzo de algún

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas. UNICAMP. Campus Universitario Zeferino Vaz. Caixa Postal 6111. Barão Geraldo, Campinas .S.P.

comportamiento, se acostumbra a utilizar dispositivos para intervenir en la realidad cotidiana de los servicios. En salud han sido frecuente la organización de Oficinas de Planificación, Entrenamiento y Cursos, Sensibilización, discusiones de problemas, etc. El empleo de este tipo de recurso en el Sistema Único de Salud (SUS) es común (Cecilio, 1994; Teixeira & Melo, 1995; Kadt & Tasca, 1992, entre otros).

Estos espacios todavía tienen, en general, carácter transitorio y no logran alterar la lógica fundamental del funcionamiento de las organizaciones, ya sea en su dimensión gerencial, ya sea en sus aspectos asistenciales. En caso de éxito, se modifican aspectos puntuales gracias a los efectos de estos dispositivos. No obstante, casi siempre la lógica estructural de la organización está preservada. Ejemplos: se ponen en funcionamiento Oficinas de Planificación Estratégica con relativo grado de participación; una vez finalizados los trabajos se retorna a funcionar según normas o reglas autoritarias sin alterar la tradicional línea de verticalidad de mando o la vieja separación departamental entre los profesionales y las especialidades. Se realizan grupos de integración con técnicas modernas y enseguida se vuelve a un estilo gerencial que limita y restringe la comunicación cotidiana.

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

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

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

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

No hay aquí censura en la utilización de dispositivos de carácter episódico. Al contrario, valerse de estos recursos es una de las reglas para la buena gerencia. Lo que se está afirmando es la insuficiencia de este recurso y sugiriendo se emprendan cambios de la estructura gerencial y asistencial de los servicios de salud, recreándolos de nuevo. **Dispositivos** que produzcan otra cultura y otras líneas de subjetivación: a saber, estructuras que no fuesen centralmente inductoras de corporativismo y alienación. Se trataría de instaurar un nuevo orden organizacional que estimulase el

compromiso de los equipos con la producción de salud, sin exigir en cambio omnipresencia u omnipotencia, pero que les facilitasen, al mismo tiempo, la adecuada realización personal y profesional (Campos, 1998).

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

En este texto se sugiere nuevos **Dispositivos** para los servicios de salud con base en los conceptos de Equipos de Referencia y del apoyo especializado matricial. Se parte de la suposición de que una reordenación del trabajo en salud según la directriz del **Vínculo Terapéutico** entre equipo de profesionales y usuarios estimularía la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de salud. Esto articulado a las directrices de **Gestión Colegiada** (Campos, 1998) y de **Trabajo Interdisciplinario** (con cierto grado de intercambio dialógico entre las prácticas y de los saberes, o sea transdisciplinario) posibilitarían una superación de aspectos fundamentales del modelo médico-hegemónico. Modelo ampliamente criticado por una serie de autores clásicos (Donnangelo, 1975; Luz, 1988, y Méndez Gonçalves, 1979, entre otros).

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

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

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

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

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

En un centro de salud de red básica, por ejemplo, se montarían equipos de salud de la familia (médico-generalista, auxiliares de enfermería y agentes de salud), o equipos de salud de la infancia (pediatría, enfermeros, etc.), de salud del adulto (clínico, auxiliares de enfermería, etc.). Conforme con la disponibilidad de recursos, cada equipo mínimo, podría contar con médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, o, en caso de haber menor disponibilidad de profesionales, se ubicarían a estos profesionales más escasos en la línea de apoyo matricial. Es decir, estos profesionales integrarían el trabajo de un determinado número de Equipos de Referencia siempre que su trabajo fuese considerado prioritario o necesario. Así, un psicólogo o un nutricionista podrían supervisar y apoyar el trabajo de cuatro o cinco Equipos de Referencia de Salud de los Niños o de la

familia. Lo mismo podría ocurrir con fisioterapeutas u otros especialistas. Algunas actividades específicas como el trabajo en Grupo, educación en salud, paseos terapéuticos, gimnasia para la tercera edad, etc., serían también ofrecidos a la clientela de los Equipos de Referencia. Un médico o una enfermera, aun cuando estén integrando un Equipo y, por lo tanto, ser responsable de un conjunto de pacientes adscriptos, podrían ofrecer actividades de carácter matricial. Cada Equipo de Referencia de la red básica tendría bajo su responsabilidad –para asegurar una atención integral a la salud– una población en torno de 1500 a 3000 personas.

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

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

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

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

El objetivo de esta directriz organizacional es instituir un modelo de atención más singularizado y personalizado, en donde cada técnico y cada Equipo tendrían usuarios adscriptos más o menos fijos. Esto objetiva tanto reforzar el papel terapéutico inherente a la dialéctica del **Vínculo**, de llegar

a estar bien trabajada, como permitir también que los profesionales acompañen mejor, en el transcurso del tiempo, el proceso salud/enfermedad/intervención de cada paciente.

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

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

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

El papel de los profesionales integrantes de un Equipo de Referencia no sería solamente el de fiscalizar el tratamiento y la rehabilitación de sus pacientes asignados. Sería una especie de *ombudsman* de los usuarios. Tampoco le cabría únicamente la responsabilidad de administrar la transferencia de sus pacientes entre los servicios de salud y la sociedad. Pensar el papel de Referencia como una especie de gerente de los casos bajo su responsabilidad es poco. En esencia, la principal función de los profesionales de Referencia sería elaborar y aplicar el Proyecto Terapéutico individual. Y un Proyecto Terapéutico individual implica un determinado diagnóstico, depende de una aproximación entre paciente, familia y profesionales de Referencia, e implica la institución de prácticas individuales, de grupo y también colectivas.

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

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

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

De esta manera, un profesor de educación física, por ejemplo, se incluiría en el trabajo

interdisciplinario en salud mental por el lado matricial, ofreciendo una lista de actividades que podrían o no ser incluidas en el Proyecto Terapéutico de acuerdo con el triple entendimiento arriba referido. Otros trabajadores, además de funcionar como Referencia, podrían también ofrecer programas en la Oficina de Rehabilitación Ocupacional, éstos últimos serían ofertados en forma matricial, es decir, que ellos recibirían pacientes encaminados por otras Referencias, además de los de su propia lista de usuarios. Otro de los profesionales que trabaje con rehabilitación, pero que opera como Referencia, podría orientar a aquellos de sus pacientes cuyos Proyectos Terapéuticos así lo exija, para su asistencia clínica individual. En este caso, la matriz o atención médico individual podría ser considerada como una actividad de línea horizontal. Simultáneamente, aquellos terapeutas de referencia, que sean médicos, podrían ellos mismos, realizar estas asistencias individuales conforme a la necesidad de su clientela. Y así sucesivamente, las posibilidades de combinación de esta Matriz son inúmeras y permite que el Equipo explore el máximo de sus posibilidades de los Campos y Núcleos de Competencia de todos (Campos et al. 1997).

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

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

Diferentes analistas consideran el hospital como prototipo de una organización compleja. Etzioni analizó las tensiones y conflictos resultantes de la distinta lógica con que se mueven los departamentos técnicos y aquellos relacionados con la administración de medios, destacando la gran autonomía de que disfrutarían médicos y otros profesionales en las organizaciones especializadas de salud (Etzioni, 1976). Además de esta polaridad se remarcó también la dificultad de integración entre los distintos profesionales que componen los equipos de asistencia (Campos, 1992). Neuhauser y un grupo de autores ligados a la teoría de la contingencia y al estructuralismo sugerían que la articulación matricial de estas profesiones sería suficiente para asegurar integración y coherencia al trabajo en salud (Neuhauser, 1972 y Motta, 1987). Para ellos no sería posible ni necesario que se realice una alteración de la estructura organizacional permanente de las organizaciones de salud. Bastaría se adaptasen dispositivos matriciales transitorios: reuniones, programas y proyectos elaborados en conjunto que permitiesen mayor comunicación entre los médicos, enfermeros, bioquímicos, trabajadores sociales, personal administrativo y de mantenimiento, sin que los departamentos estancos de los profesionales y especialistas se rompiesen, que se organizan con distintas jefaturas y diferentes normas de trabajo.

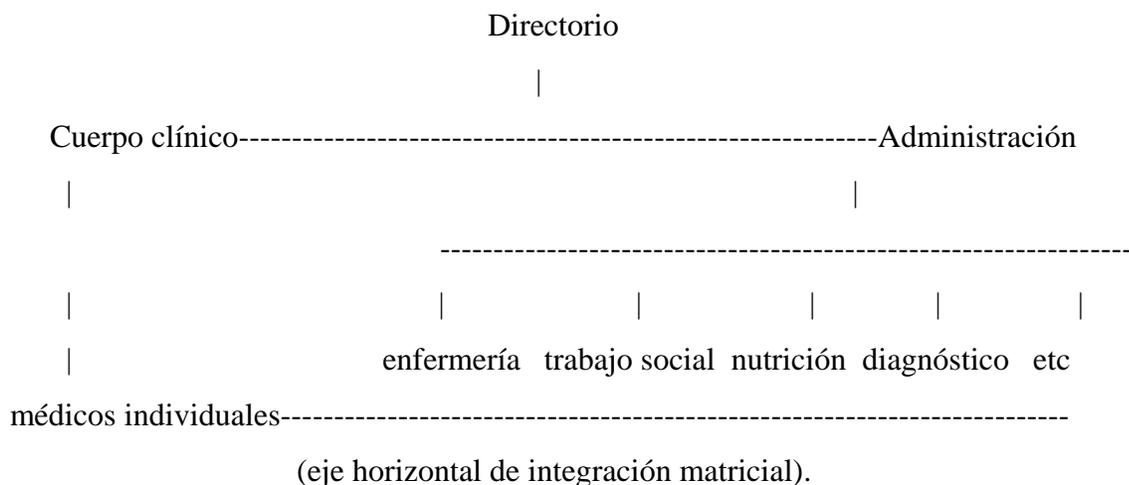
En realidad, se observa que estos dispositivos (comisión interdepartamental para control de la infección hospitalaria, por ejemplo) atenúan, pero no resuelven los problemas derivados de la desarticulación entre las distintas categorías profesionales que trabajan en salud.

La propuesta aquí presentada invierte la lógica sugerida por las tradicionales estructuras de los servicios de salud, conforme se radicaliza y altera la sutil reforma sugerida por la elección

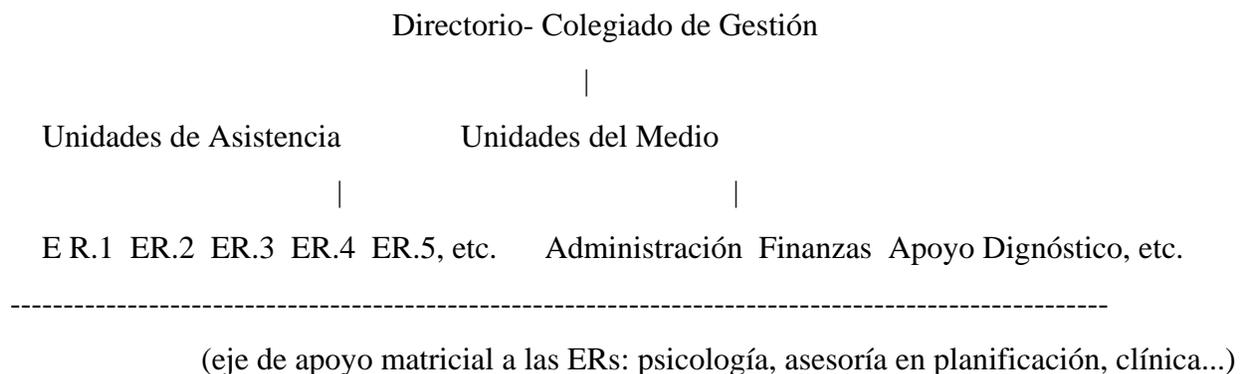
denominada matricial. Los Equipos de Referencia (con composición multiprofesional: médicos, enfermeros, etc.) que al contrario de ser un espacio episódico de integración horizontal y por lo tanto, con poco o ningún poder sobre sus propios miembros, pasaría a ser una estructura permanente y nuclear de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

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

**ORGANIGRAMA TRADICIONAL DE UN SERVICIO DE SALUD CON EJE DE INTEGRACIÓN MATRICIAL (NEUHAUSER, 1976)**



**Y A LA REFORMULADA, SUGERIDA POR EL NUEVO MÉTODO DE LOS EQUIPOS DE REFERENCIA (Abreviado el diagrama como E.R):**





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

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

El reconocimiento de la necesidad de una eventual comunicación entre las distintas profesiones que operan en los servicios de salud, representa un avance, un inicio del enfrentamiento de los problemas. En la lógica matricial de integración episódica entre estas profesiones y especialidades, encuentros horizontales eventuales intentarían amainar estos conflictos y desaciertos, atenuando las diferencias de poder entre médicos y otros profesionales, entre universitarios y auxiliares, y entre equipos y usuarios.

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

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

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

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

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

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

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

En la Salud Pública, entre tanto, este esfuerzo es más raro. Tal vez el casamiento entre la salud colectiva y la perspectiva pedagógica constructivista, que como el psicoanálisis piensan y apuestan en procesos de producción de sujetos o de nuevas subjetividades (Matui, 1995), pueda abrir un sendero para la superación del carácter prescriptivo y normativo de los programas de salud pública.

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

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

De cualquier manera, el método de los Equipos de Referencia, por contraposición, no trabaja con la perspectiva que habría patrones de vínculos que debiesen ser considerados buenos o malos. Se piensa al Vínculo Terapéutico como un proceso condicionado tanto por la necesidad (diferente según cada caso), como por las posibilidades (limitaciones y capacidad de equipos, de los usuarios y del contexto). Sin duda, dentro de este coeficiente posible de interacción del equipo de salud/usuario

habría límites intolerables: desatención, alienación, y baja responsabilidad por un lado, y control y tuteladas autoritarias, por el otro lado. En este sentido, el coeficiente ideal de interrelación equipo/usuario sería siempre situacional, encontrable y producido en cada contexto y en raras ocasiones en coincidencia con el término medio.

Freud desarrolló una especie de modelo de atención, su ya famoso "setting" terapéutico – atención individual, libre flujo de palabra, diván, etc.– pensando en un espacio que protegiese y estimulase interrelaciones de transferencia y contratransferencia entre el dúo encerrado en el consultorio, para que de ahí resultase material para el análisis sobre el cual se apoyaría el sujeto para construirse (Freud, 1976).

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

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

La medicina tiene una interdicción básica a la valorización del vínculo terapéutico, a saber, su esfuerzo sistemático en objetivar la dolencia del sujeto desligándolo de la persona enferma (Camargo Jr., 1993). Esta tendencia viene siendo criticada de manera exhaustiva y, en la actualidad hay un movimiento paradójico en el que se defiende, al mismo tiempo, la recuperación de paradigmas positivos (medicina basada en evidencias) y la inclusión de saberes y prácticas dirigidas a lo subjetivo y a lo social. Los programas de Salud de la Familia, el movimiento de las Ciudades Saludables, la Reforma Psiquiátrica y la producción aislada, pero significativa de algunos reformadores médicos, como Oliver Sacks, entre otros, valorizan la capacidad normativa de los pacientes y comunidades, relativizando así, la pretendida objetividad de las Ciencias de la Salud (Ministerio de Salud, 1996; Sacks, 1996; Mendes, 1998).

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

Mientras tanto, en nombre de esta interdicción, o justificándose por ella, se desarrollaron una serie de obstáculos que degradan la práctica médica y sanitaria. Se podrían dividir estos obstáculos con la construcción de una clínica ampliada con gradientes de vínculos más extensos en dos grandes grupos de factores; uno de los factores que dificultan la construcción del vínculo equipo/usuario. A lo largo del tiempo, la relación profesional/paciente que predomina en los servicios de salud es puntual y fragmentada. Un gran número de profesionales atiende episodios aislados de la trayectoria

vital de las personas, sin que se instituya, como regla, un seguimiento horizontal de los casos a lo largo del tiempo. Todo esto viene ocurriendo por varias razones. Entre ellas podemos mencionar: pocos servicios trabajan con una orientación de establecer pacientes adscritos a los mismos profesionales, la mayoría de los profesionales son contratados para realizar procedimientos específicos y no para que se responsabilicen por un cierto número de pacientes. Predomina en los ambulatorios y centros de salud un sistema denominado atención de urgencia con asistencia del tipo queja-conducta, sin un seguimiento horizontal. En Campinas/SP, por ejemplo, se encontró en 1997 que el 58% de las asistencias médico-ambulatoria ocurría en Servicios de Urgencia de la red pública (SMS/Campinas/SP1998). Se considera que se trata de una ciudad con tradición de un sistema público, donde existe una red básica de atención a la salud desde 1975. Más allá de esto, se generalizó en Brasil la costumbre de que los médicos y enfermeros trabajan bajo el régimen de turnos (guardias), reduciéndose bastante la disponibilidad de profesionales que atiendan todos los días, personas que estén presentes en los servicios, (centros de salud, salas de asistencia, etc.) durante la mayor parte de los días de una semana. Una investigación nacional encontró que el 48% de los puestos de trabajo para médicos se estructuran con el método de guardias (Machado, 1996) cuando sería de esperar algo en torno al 20%, como máximo, en los casos de que esta modalidad se limitase a guardias en servicios de emergencia.

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

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

## Referências:

- Almeida Filho, Naomar. 1997, Transdisciplinariedade e Saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva II (1/2):5-20.
- Balint, Michael. 1984. O médico, seu paciente e a doença. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, pp 330.
- Barembliitt, Gregorio. 1992. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática. Editora Rosa dos Ventos, Rio de Janeiro, pp 195.
- Camargo, Jr., Kenneth, R. 1993. Racionalidades Médicas: a medicina ocidental contemporânea. In: Série Estudos em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social/UERJ, N°65, pp 1-36.
- Campos, Gastão WS. 1992. Reforma da Reforma: repensando a saúde. Editora Hucitec. São Pablo, 2da edição, 220 pp.
- Campos, Gastão WS. 1998: Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, pp 296-266. In: E.E. Mehry e R. Onocko (orgs). Agir em saúde. Um desafio para o público. Editora Hucitec/Lugar, São Pablo e Buenos Aires.
- Campos, G., Chakour, M., Santos, R.C. 1997. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 13(1):141-144.
- Carapinheiro, Graça. 1993. Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalarios. Edições Afrontamento, Porto, Portugal, pp 295.
- Cecilio, L.C.O. 1994. Inventando a Mudança na Saúde. Editora Hucitec, São Pablo, pp 334.
- Clavreul, Jean. 1983. A ordem médica: poder e importância do discurso médico. Editora Brasiliense, São Pablo, pp 282.
- Donnangelo, MCF. 1975. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. Editora Pioneira, São Pablo, pp 174.
- Etzioni, Amitai. 1976. Organizações Modernas. Livraria Pioneira Editora, São Pablo, 5a edição, pp 198.
- Foucault, Michel. 1985. Microfísica do Poder. Editora Graal, Rio de Janeiro, 5a edição, pp 277.
- Freud, S. 1976. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Imago Editora, Rio de Janeiro, Vol, XXII (1932-1936) pp17-193.
- Guattari, F., Rolnik S. 1981. Micropolítica: cartografias do desejo. Editora Vozes. Petropolis, pp 290.
- Japiassu, H. 1976. Interdisciplinariedade e patologia do saber. Editora Imago, Rio de Janeiro, pp189.
- Kadt, E., Tasca, R. 1992. Promoviendo a Equidade: um novo enfoque com base no setor saúde. Editora Hucitec, São Pablo, pp 128.
- Luz Madel, T. 1988. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Editora Campus, Rio de Janeiro, pp150.
- 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.
- Marcuse, 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 Admistration. 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. Un antropólogo em Marte. Editora Companhia das Letras, São Paulo, pp 3-11.
- Secretaría Municipal de Saúde de Campinas/SP, 1988. Relatório de Produção do año 1997. Campinas, documento oficial,
- Teixeira, C. F. 1995. Construindo Distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no municipio 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 communicante. In: Cadernos de Saúde Pública 12(3):357-372.