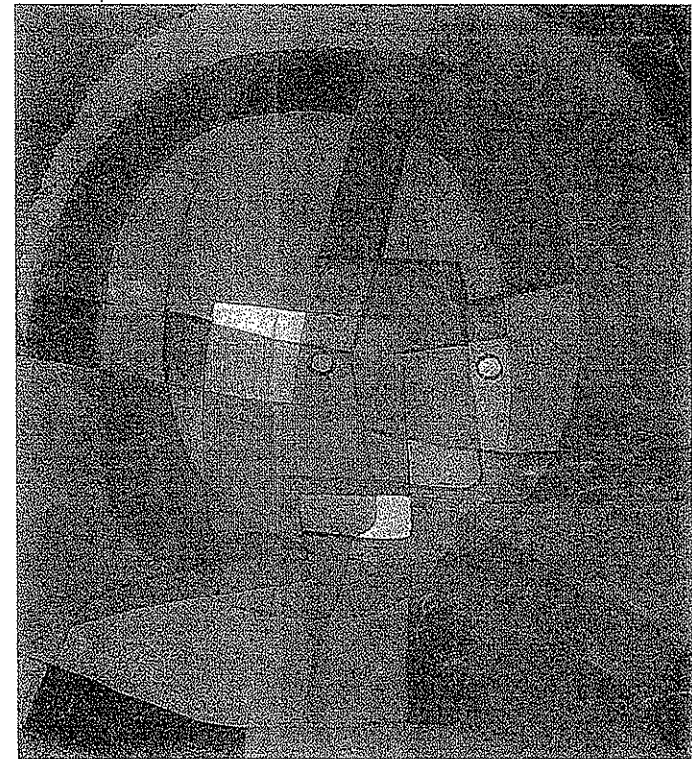


GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

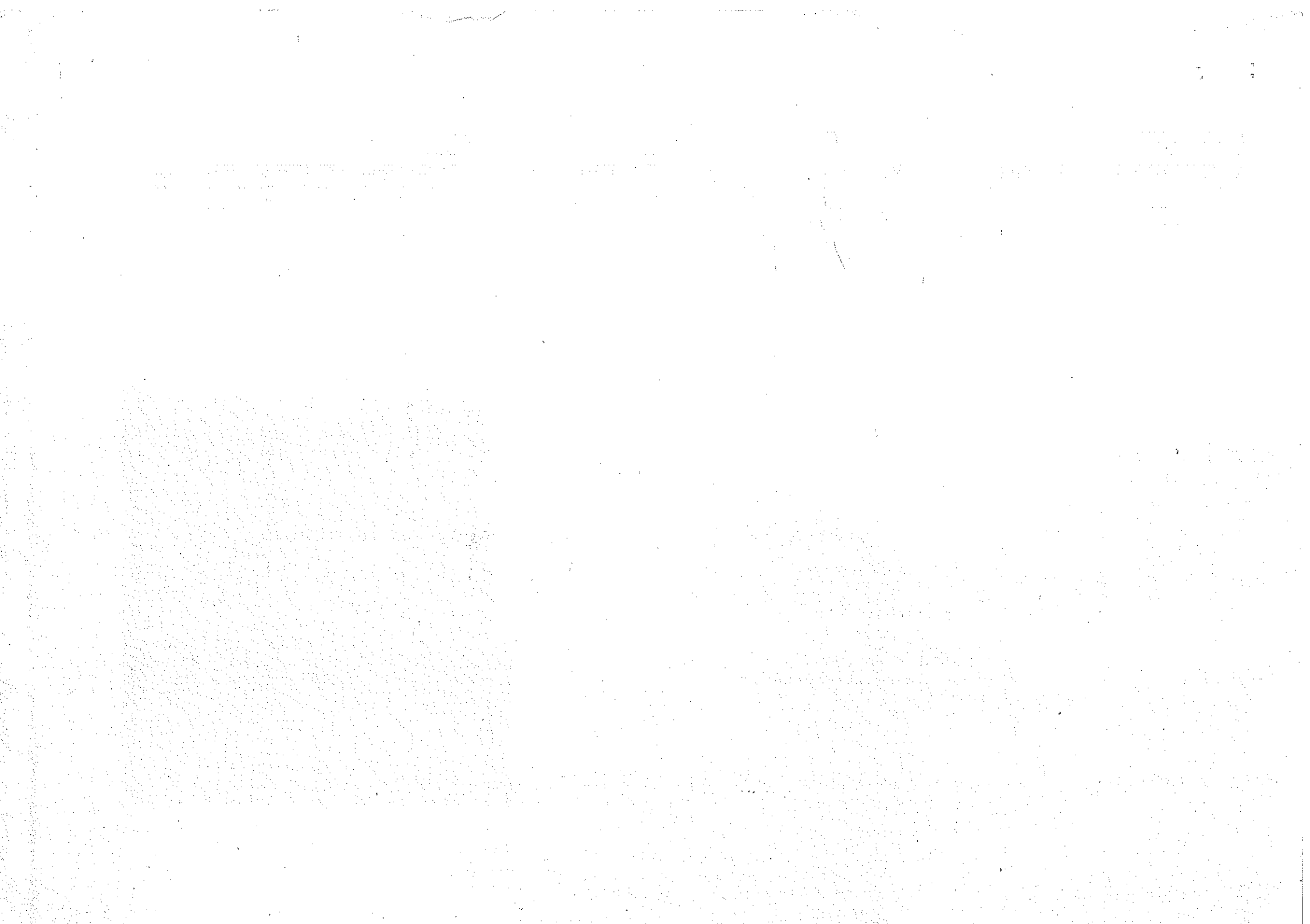
Gestión en Salud

En defensa de la vida



FOTOCOPIADORA			
C.E.Pel			
Preventiva			
Folio	59	SF	1
		DF	3

LUGAR
EDITORIAL



La ética y los trabajadores de la salud

LA ÉTICA ESTÁ DE MODA. Se volvió a hablar de la ética, entre otras razones, porque ella se tornó un producto escaso, etéreo, tan difícil de ser encontrado que hasta las nuevas y las viejas generaciones dudan de su existencia. Ética en la política. Violencia, publicidad, mercado y ética, y así hacia adelante...

En salud, Berlinguer y sus discípulos brasileños, imaginan suturar la crisis global de los discursos, de los proyectos societarios, de los paradigmas y del vivir en sociedad, con una regla mágica, con un retorno a la ética (Berlinguer, 1986).

A pesar del tono amargo considero pertinente la inquietud moral imbuida en esta corriente: lo que revela cuanta falta de ética existe en las relaciones sociales contemporáneas. Vivimos una etapa de endiosamiento del individuo emprendedor: "próspero" sin la grandiosidad moral del modelo literario. El mérito estará siempre al lado del vencedor, aun cuando salga victorioso después de sórdidas y mezquinas batallas. La profecía machadiana se está cumpliendo en toda su crudeza "al vencedor las batatas"¹. Sólo los débiles y los resentidos clamarán por piedad o por solidaridad. Cada acto tendrá valor tan solo por sus resultados y no se computará la defensa del otro, o el espíritu democrático en la ganancia de los vencedores.

Lo máximo es que se argumente contra el crimen, contra la corrupción o contra la violencia abierta y descentralizada, instrumento improvisado de acceso a los beneficios que la propia

1. Machado de Assis, escritor brasileño, desarrolló una crítica al darwinismo social al apuntar que su máxima norma será: al vencedor las batatas.

sociedad de consumo transforma en objeto deseado de todos para, a renglón seguido, excluir a la mayoría de la fruición de esto que ella misma prometiera. Tal vez sea exactamente en este sentido que la anomia carioca² incomoda y preocupa a los bien pensantes de turno. Es la democratización perversa del uso del cuerpo y de la libertad del otro. Antes solo las elites podían... ahora se ha perdido parte del control.

Cada sociedad inventa sus emblemas gloriosos. El Brasil se siente moderno con sus barrios jardines, savassis y marinas y buenos viajes³, imágenes que se pretenden globales donde circula el buen gusto internacional. No es común este lujo de buen gusto. Pero existen estas islas, y son tan reales, aunque son menos frecuentes que la miseria. Así, para los efectos simbólicos se selecciona lo conveniente y se lo presenta como evidencia universal del éxito.

Sin embargo, la historia, aun siendo un ángel que camina de espaldas hacia el futuro, no es totalmente ingenua ni completamente ciega. Tal vez sea apenas un poco estrábica o miope, y percibiendo con la pureza de un recién nacido. Aun cuando es vieja como la humanidad siempre agitando vanidosa un traje especial, todo hecho de futuro, siempre disfrazada de esperanza, siempre aparentando que en el futuro todo será novedoso. La historia es una embaucadora pero, asimismo, de un modo u otro, trae a la luz otros emblemas, llagas abiertas. También están las favelas y los conventillos. Y tenemos las emergencias, los hospicios y cárceles indicando todo el valor exacto que le atribuimos a la vida humana. Son símbolos no sofisticados: pequeño valor de cambio sin valor de uso significante, cada persona...

El presente o el futuro nos juzgarán por los presidios, favelas, hospicios y salas de emergencias: el infierno materializado exhibiendo el patrón moral del Brasil.

La reconstrucción ética del país pasará, creo yo —creyente por la razón y por la fe, confesado y compelido— por la desconstrucción de estos espacios. Nuestros campos de concentración: son una síntesis visible de relaciones humanas degradadas. Productos y productores de sujetos no éticos.

2. Crisis de la sociabilidad de la ciudad de Rio de Janeiro que agrava la desigualdad y genera violencia.

3. Referencia a barrios exclusivos en San Pablo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro y Recife.

Discutir ética en salud pasa por todas esas abyecciones. No basta denunciar los crímenes o terminar con la impunidad. Eso es vital, pero la creación de una nueva ética trasciende el estricto cumplimiento del Código de Ética Médica, o aun hasta de la Constitución. No basta el cumplimiento estricto de las leyes. Trasciende, si bien también, incluye el reconocimiento de los derechos sanitarios.

En realidad me imagino existen otros desafíos, situados en esferas próximas pero distintas, de aquellas prescritas en códigos y normas. Me refiero, por ejemplo, a la exacta medida del empeño de los trabajadores de salud en salvar vidas. Cumplir normas, en general, es importante, pero no asegura la creación inesperada de recursos para producir un diagnóstico, menos aun para concretar un proyecto terapéutico. Seguir los preceptos de la Vigilancia Sanitaria puede no incluir compromiso existencial, técnico o político, indispensable para la reinención de viejas maneras de controlar la malaria, erradicar el dengue o disminuir la dependencia a las drogas, a la miseria o a los preconceptos.

Creo que el nudo gordiano de la ética está ahí. En salud —y en la vida en general— la alienación produce acciones antiéticas. Aun inconscientes, aunque no son criminales, todavía son aceptables para la moralidad vigente. Y convengamos, la moralidad vigente anda rastrera, casi virtual.

En otras palabras: la institución de una nueva ética —en salud inclusive— depende de la generalización de un nuevo estatuto para el ser humano, para constituirse como sujeto. Un estatuto fundado en la autonomía, en la libertad, sin embargo, estableciendo siempre confrontaciones entre estos valores y la responsabilidad social. O sea, en relación con la salud incluir entre los objetivos institucionales tanto la cura o la prevención, la promoción de salud, como el tema de la construcción de tasas progresivas de autonomía de los pacientes y de las comunidades. Lo que exigirá actores dispuestos a repensar los saberes y las prácticas de los profesionales y de las instituciones, al combinar lo natural biológico a lo subjetivo-psicológico y a lo valorativo-social.

Nadie puede evadirse impunemente a este dilema so pena de reducir el peso del compromiso ético. Todos, cirujanos, enfermeros, sanitarios y administradores, al recortar radicalmente su propio objeto de trabajo, excluyendo de las otras dimensiones de

la realidad que no sea lo biológico, bajo pretextos variados, reducirán siempre, en consecuencia, el compromiso ético con la reproducción de la vida que estos profesionales suponen, es la razón principal del trabajo en salud.

La política de salud no puede resumirse a la acumulación estratégica del poder ignorando las dimensiones biológicas, técnicas y subjetivas de las prácticas sanitarias, sin perderse en un mar de buenas intenciones discursivas o convertirse directamente en pura demagogia.

La planificación y la gestión sanitaria no pueden sobrevalorar la eficiencia económica o la racionalidad administrativa sin caer en pragmatismos groseros.

Por último, la clínica no puede refugiarse en el positivismo biológico, en el fetichismo de los medios y de los instrumentos tecnológicos, sin pagar el precio de la disminución de su propia eficacia y sin destruir al propio sujeto de la cura.

Se podrán citar aquí un gran número de explicaciones estructurales e históricas que elucidarán los porqué de esta situación. Otros actores ya demostrarán las distorsiones de los objetivos declarados de los sistemas de salud, marcando el peso de la mercantilización, del desgobierno, del poder médico, de la burocratización, de los corporativismos, todo conspirando contra la reproducción de la vida de las personas que se auxilian en los servicios o que son buscadas activamente por ella. En este sentido, poco resulta del apego a exhortaciones morales edificantes, cuando la maquinaria produce todo el tiempo más control social y alienación que salud.

Según esta perspectiva, no se tratará tan sólo de intereses mezquinos o de la maldad intrínseca de los políticos profesionales. De lo que se trataría es de que al reconocerse estas ataduras históricas y estructurales se sugiriesen cambios que alteren situaciones productoras de acciones y de comportamientos antiéticos. Cambios que amplíen las posibilidades de los diferentes agentes sociales —profesionales, pacientes, familiares, etc.— para participar de los procesos sociales, tanto de aquellos de orden político como de los que están vinculados a la microsociología, práctica clínica, educacional, etc.

No obstante, este movimiento exige una actuación en dos niveles tenidos como antagónicos: se tendría que alterar tanto los

corazones y las mentes de las personas como el de las instituciones, los saberes y las políticas. Para el éxito de este movimiento de doble faz, el pluralismo de los proyectos y de las invenciones es condición *sine qua non*. Y cada suceso, en cada uno de estos campos, potencializará transformaciones en otro y viceversa y versavice.

Es decir, la defensa de la ética deberá respaldarse en otros apoyos, además del púlpito y del tribunal.

Quisiera resaltar algunos puntos por medio de los cuales se podrían estimular cambios centrales en el modo como se realizan prácticas y se organizan instituciones de salud.

1. En primer lugar, creo adecuado una concentración de los esfuerzos políticos para evidenciar la cantidad y la forma de como los dineros públicos son gastados en salud. Presiento que el movimiento sanitario aún no consiguió sensibilizar la opinión pública en relación con este tema. Los Consejos de Salud⁴ funcionan con precariedad, ya sea que se aumente o se disminuya el presupuesto de salud, y la sociedad asiste a este zigzaguo con una cierta indiferencia. La idea de salud como derecho no se traduce en consignas prácticas y reina un cierto desánimo nacional en cuanto a las posibilidades del control efectivo de los servicios públicos. Sin un cambio de esta expectativa poco avanzaremos. Al contrario, se nota en el momento actual una difusión subrepticia de la noción de que la asistencia a la salud dependerá de iniciativas ya sean individuales, filantrópicas o de la suerte de cada grupo socioeconómico. La descentralización confundió aun más a las personas: ¿a dónde dirigir sus pedidos por mayor presupuesto? Es innegable que la dificultad en obtener victorias, aunque sean puntuales, ha reforzado ese descrédito. Se pelea y se pelea y los distintos gobiernos siguen conviviendo con la progresiva falencia de la atención en salud. Por lo tanto, la defensa de la ética es una dimensión en esencia política, inapelablemente política.

2. Mientras se lucha por políticas sociales accesibles y adecuadas no hay por qué desconocer las posibilidades de cambios microinstitucionales ligados a las relaciones de los equipos de salud con los usuarios. El modelo ético de los gobernantes no

4. El Sistema Único de Salud prevé la existencia, en todas las instancias de gobierno, de consejos de Salud tripartitos, en los cuales se deberían destinar por lo menos un 50% de los puestos a los usuarios.

puede justificar totalmente los descalabros o la inercia conformista de los profesionales. Entre la dependencia de las macropolíticas y la autonomía construida en la base, hay un largo camino que todos podemos desgranar aprovechando de los desvíos y atajos hasta que se llegue, en algunos casos, a la inversión del sentido de las determinaciones: el surgimiento de condiciones en las cuales los gobernantes no puedan continuar gobernando de la forma que lo venían haciendo hasta entonces. O asimismo, aun cuando no se alcance a este punto de ruptura, es innegable que pequeñas transformaciones pueden ser las señales de la posibilidad concreta de nuevas relaciones sociales: una enfermera de pediatría que interne a niños con dolencias, no por eso estará despojada drásticamente de sus condiciones sociales y subjetivas, esto significará más que un ejemplo: demostrará que un servicio hospitalario en Brasil podrá funcionar a partir de una noción mucho más amplia de la de un ser humano y un niño. Es decir, se tratará de inventar cambios que estimulen una reeducación de las sensibilidades de los agentes y de la sociedad, una educación de los sentidos. Con ese fin menciono algunas posibilidades concretas:

a. Aquí me inspiro algo en Franco Basaglia al proponer un movimiento de redefinición tanto de las relaciones de los profesionales con los pacientes y comunidades, como de las nociones de cura, rehabilitación y promoción de la salud, elementos básicos de toda o cualquier práctica sanitaria.

Creo podríamos de inmediato proponer a casi todos los servicios de salud la adopción de nuevas formas de vínculo entre los equipos de salud y pacientes o comunidades. Al mismo tiempo, re-discutir cual es la de cada profesional, de cada equipo y de cada servicio. Crear una nueva cultura que atenúe la dilución de las responsabilidades predominantes en la medicina contemporánea, privada y pública. Igualmente, al considerar la necesidad de la división de trabajo por especialidades, lo indispensable de la acción interdisciplinaria, el papel de los equipos, procurar identificar en cada caso un responsable principal. Alguien que asuma la integración de saberes e intervenciones, alguien que defienda al paciente de los descaminos burocráticos, alguien que se comunique más detenidamente con el paciente o con los familiares. El mismo razonamiento puede ser aplicado en relación con programas de vi-

gilancia de la salud: nominar –en el sentido original de la palabra, de dar un nombre a una abstracción– un interlocutor para la sociedad, para la pequeña comunidad, agruparla, etc.

Estas transformaciones no cuestan más dinero, cuestan sí, una brutal alteración de los mecanismos de poder y de la defensa corporativa y burocrática que fueron construidas en los servicios públicos, en general, y en los de salud, en particular.

Esto podría redundar en profundas transformaciones de los procesos de trabajo en las unidades de salud. Vale entonces ad-juntar a este debate también la discusión sobre los objetivos y responsabilidades de los servicios de salud. Incluir siempre entre los objetivos el tema de la ampliación de la autonomía del paciente entendida como “capacidad de reproducción social de la vida a partir de los propios valores de los pacientes y de la sociedad” (Basaglia, 1996). En la actualidad, poco se nos dice de la desgracia de ésta o aquella unidad ya que, en general, poco hicieron para recoger la demanda sin esperanza de los grupos que la buscarán algún día.

b. Otra directriz posible de ser desarrollada como una carta de independencia de la voluntad de los poderes centrales, es la que se refiere a la democratización de la vida institucional. Quebrar las “certezas profesionales” al inventar dispositivos que estimulen la comunicación horizontal. Favorecer la discusión de problemas políticos, administrativos y técnicos entre los equipos habituándose al intercambio de saberes, al escuchar la lógica de los otros actores –trabajadores o usuarios o gobernantes– y principalmente, la construcción de proyectos institucionales según el espíritu colectivo. Eso implicará necesariamente la construcción de un ambiente de protección, en el cual cada agente se sienta seguro para exponer dudas, preocupaciones y descontentos, objetivando el descubrimiento de soluciones nuevas para antiguos problemas tenidos como insolubles.

Se trata de proponerse el aumentar las tasas de autonomía y de responsabilidad de los equipos de salud delegando al nivel local la definición de los procesos de trabajo, la elaboración de planes de aplicación de recursos y de incorporación de tecnologías conforme a las directrices definidas en instancias gubernamentales decisorias. En el día de hoy predomina el silencio entre los profesionales, no hay elaboración colectiva de soluciones gerenciales, los casos clí-

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

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 reclusos en los manicomios, y éste es su compromiso con la práctica y con las personas por quienes él se responsabilizara impidiéndole operar sólo con conceptos críticos. Por esto Basaglia tuvo necesidad de inventar alguna cosa que funcionara en el lugar del saber negado. Paulo Amarante analizó este movimiento de negación y de reinención de las políticas y de las prácticas en salud mental en su libro: *El Hombre y la Serpiente* (Amarante, 1996).

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