

Desafíos históricos en Salud: lo individual y lo colectivo en los modelos de trabajo y asistencia.

Lilia Bilma Schraiber (*)

La atención de salud enfrenta en la actualidad algunos cuestionamientos a los cuales queremos referirnos. Se agrupan en torno de la noción de *modelos*, asistenciales o de organización tecnológica del trabajo, problematizando las articulaciones posibles y necesarias entre lo relativo a la dimensión *colectiva y pública* en el interior de la salud, y lo que está relacionado con lo *privado e individual*, en el mismo campo.

Se trata de cuestionamientos emergentes de la dinámica de la historia del enfermar y de la intervención sobre tales procesos; son fruto, pues, del propio desarrollo de las prácticas de salud. En nuestra opinión implican y al

mismo tiempo producen tensiones entre los diferentes momentos de estas prácticas: las carencias generadas en el ámbito social propio del enfermar; el trabajo de intervención correlativo; la organización de la producción y distribución de los servicios en las instituciones asistenciales; y, finalmente, también las acciones y comportamientos de los agentes de las prácticas, así como del mismo portador de las necesidades, el enfermo.

Aunque en gran medida se trate de tensiones generadas en el curso de todo un movimiento histórico, no siempre se transparentan, lo que sucederá cuando se radicalicen los aspectos contradictorios que configuran la totalidad de tales prácticas. Se trata de situa-

(*) Profesora del Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de San Pablo, Brasil.

ciones críticas que producen momentos de pasaje, transiciones de uno a otro modo de articulación entre las necesidades de asistencia, el trabajo en salud y los servicios. Es decir, tales modos sólo constituyen transiciones estables en forma temporaria en el transcurso de la historia, en los momentos en que más fácilmente se oculta el carácter tensionado de su estabilidad, no siendo fácil, por ello mismo, percibir la naturaleza temporaria de esas estructuras.

De hecho, su forma más común de percepción ha sido la comprensión de las situaciones críticas como desajustes, en función de la regla establecida por el tipo organizacional (1).

El desajuste, en tanto pertenece al lenguaje de lo cotidiano, es la comprensión culturalmente dada a través de la vivencia de un modelo anterior que se consideró duradero, casi definitivo. En tanto inscripto en la reflexión teórica, es la explicación construida sobre la base de referenciales o principios de valor en la apreciación de lo cotidiano, que postulan las adecuaciones y las estructuraciones como el fundamento de la vida en sociedad. Así, sea para el sentido común, sea para la concepción científica, esta visión de la realidad adopta la noción de que las estructuras son construcciones con coherencia armónica entre sus componentes, a la que deben inclusive su éxito social. Por consiguiente, una vez alcanzadas, la sociedad tendería a, y debería, preservar las estructuraciones en vigencia.

Consideramos que dado un modo de asistir, que provisoriamente denominaremos «modelo asistencial», el mismo consigue obtener «estabilidad» en función de corresponder, en cierto momento de la historia de las prácticas de salud, a determinadas exigencias relativas a la estructuración de su todo. La correspondencia será obtenida en la medida que ese todo se va perfilando con determinados intereses y valores, en el interior de un juego de necesidades sociales dispares y desiguales, en el que están comprometidos los diferentes constituyentes de las prácticas de la

sociedad. Como los intereses y valores de los que depende son aquéllos dominantes, sin embargo, no únicos, en su momento histórico, se afirma como intervención exitosa y se legitima como modelo a ser reiterado.

Pero, al mismo tiempo, por el propio juego de los intereses y valores diversos, en el transcurso de esa conformación de correspondencia (y en tales términos una adecuación a intereses y valores dados), se va tomando igualmente un modelo sobrepasado

Sin embargo, ni la naturaleza de ese proceso, ni su ritmo y dirección son pensados como producto del carácter histórico y social de las prácticas. No son, por consiguiente, percibidos en tanto movimiento anclado en la realidad anterior «ajustada» y motivado exactamente por la dinámica de «ajustarse». Vale decir, dinámica de condicionantes contradictorios, en la que cada «ajuste» es sólo uno - el elegido- entre históricos posibles (más de uno y nunca el único) en el cual se definen los mismos orígenes (raíces) del movimiento que hará transformarse a la estructura («desajustarse»).

En este texto queremos discutir la complejidad de tratar con «modelos» en la aprehensión de las estructuraciones dadas, en especial modelos asistenciales en salud, sobre todo sobre la base de la referida historicidad de su práctica. Queremos explorar, dada su riqueza epistemológica, la noción de *raíces históricas*, para el reconocimiento/conocimiento de los *momentos de pasaje* en tanto constituyen una oportunidad de aprehensión de los *posibles históricos* de estructuración.

Este tratamiento representa, por otra parte, un pensamiento crítico acerca de la historia de las prácticas y quiere apuntar hacia los bloqueos de conocimiento que produce el rechazo de la historicidad, en una historia ahistórica.

Es necesario señalar también, que la temática de los «modelos asistenciales» que inspira el presente texto, será tratada en tanto 'modelos de trabajo y asistencia', por aplicarse mejor a la dimensión enfatizada en el análisis

de la práctica de salud, como es la *organización del trabajo*. Emerge así, 'modelo' como noción referida al proceso de trabajo en salud, siendo la 'asistencia' su otra faz. La organización de la producción y distribución de los servicios en la sociedad, recorte usualmente privilegiado en la noción de modelo asistencial, es examinada entonces sólo desde la perspectiva anterior, sin pretensión de alcanzar otras esferas de análisis, como, por ejemplo, el examen de la asistencia en tanto cuestión de política pública o política social, cuando el estudio se dirige hacia la relación Estado-Sociedad.

Concretaremos todas nuestras abstracciones en el examen del movimiento histórico verificado en el *trabajo médico*. En su interior vamos a considerar en particular la práctica referida al cuidado médico individual, tematizando la historia a través de esferas de acción referidas a *individuos y colectivos*, así como el sentido que ellas adquieren desde la perspectiva del *interés público* y del *valor de*

este mismo ámbito, el de lo público, para la sociedad. La elección de estas esferas reside en el hecho de sus recientes problematizaciones en salud, pero también en los diferentes campos del conocimiento humano y de la praxis social. Por otro lado, no vamos a desconocer el estimulante enorme representado por la cuestión de la integración de las acciones en salud: integración entre las acciones de carácter individual y las de carácter colectivo, en un práctica médico sanitaria.

Debemos advertir, sin embargo, que estas esferas toman aquí el sentido de categorías de análisis, bases de un esquema interpretativo, por medio del cual queremos poner en evidencia, y traer a la reflexión, la complejidad de nuestro tema, desde la perspectiva de nuevas propuestas de transformación de la salud y de lo social. Son por lo tanto, elaboraciones *sintéticas* de la realidad, dejando de relatar, y sin embargo sin dejar de considerar incorporada a ellas, toda la riqueza de la diversidad de situaciones de lo concreto.

ASISTENCIA MÉDICA INDIVIDUAL: ESTRUCTURACIÓN DEL ALCANCE COLECTIVO DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y SU CALIFICACIÓN COMO BIEN PÚBLICO.

Tomemos como marco inicial la emergencia de la *medicina moderna*, práctica en la que la forma contemporánea de intervención - tan especializada, instrumentalizada y empresarial - encuentra sus raíces, de libertad y de compromisos de estructuración.

Es curioso observar el hecho de que el modo de vida social que, a través de la organización capitalista de la producción, colectiviza en general los procesos de trabajo y constituye la forma empresarial de producción, en el caso de la medicina engendra, primero, la producción de cuidado sobre la base del *pequeño productor privado y aislado*, constituyendo la consulta médica su unidad de producción. Es la consagrada figura del *médico de consultorio particular*, cuyo modo genérico de actuación

reconocemos como «*medicina liberal*», de la cual, nostálgica memoria, guardamos buenos recuerdos.

Sin duda, están presentes en mayor medida los aspectos humanos de aquella práctica, sobre todo los que se vinculan a una relación humanizada entre médico y paciente, que su «*seguridad*» científica, hoy tan bien representada por la tecnología material. Si se contrasta con la medicina actual, el recurso de la época no era sólo muy escaso, también se configuraba como un potencial todavía distante: los conocimientos científicos limitados ofrecían a la técnica una intervención en gran medida calcada sobre las experiencias clínicas de cada uno, aunque ya preanunciaban un futuro de acciones más precisas y definidas

desde el punto de vista de la ciencia.

Así, cada médico apoyaba su decisión clínica y la transformación que operaría sobre el enfermo en particular en este saber que se adquiere a través de la *vivencia concreta de un hacer*, experiencia personal o transferida por otros.

Esta especie de «ciencia personal», sin embargo, no hace que la medicina pierda su carácter moderno de técnica científicamente fundada. Por el contrario, la necesidad de aquél saber particular estuvo, y todavía está, anclada exactamente en el hecho de ser la medicina una técnica científica: en lo cotidiano de la práctica se hace hasta hoy necesario un saber operatorio que ajuste la ciencia, saber general, a lo particular e individual de cada caso. E incluso durante todo el período en que esta «ciencia personal» fue la base tecnológica principal de la intervención médica, el movimiento de su progresiva modernización siempre fue el sentido de perfeccionar su ciencia y armar su técnica.

Si en este movimiento perdimos aquellas condicionantes humanas de la práctica tan valorizados, es un problema a ser analizado y una cuestión diferente. Lo que por ahora se subraya es la ocurrencia histórica en la cual, aunque por comparación fuera el conocimiento científico en escala y en profundidad muy inferior al actual, en la medicina fue ese conocimiento, incluso en tales condiciones, el legitimador de la intervención. Fue esta dimensión del saber, en la que el conocimiento científico se compatibiliza con la experiencia personal, y no con los equipamientos materiales, la que se convirtió, entonces, en herramienta central del trabajo.

La fragilidad de esta herramienta, desde el punto de vista público, es decir, la naturaleza subjetiva de ese instrumento «saber», así como la naturaleza personal de su posesión, y el histórico carácter privado de su uso, terminó por exigir al ejercicio profesional de los médicos una cuidadosa disciplina moral, haciendo converger en el trabajo médico la *acción técnica* y la *acción ética*. Finalmente, la profesión se

constituye exactamente en esta conjugación: por un lado, una intervención cuyo valor se asienta en su objetividad de técnica científica, vale decir, en su «neutralidad»; por el otro y simultáneamente, una intervención regida por una forma adecuada de relación interhumana, constreñida por un riguroso código de ética. Se trata de una adecuación tanto en el sentido de eximir al enfermo de responsabilidad por la situación en que se encuentra, como de comprometerlo con la terapéutica, lo que demanda un juicio recto (moral) como parte de la intervención médica, situación técnica que definimos como «*técnica moral dependiente*».

La propia supervivencia social de este trabajo exigió el mencionado rigor ético. Tratóse de una época en que la medicina trataba de consolidarse como única práctica curadora legítima, en tanto científica, y frente a una tecnología tan poco controlable desde el «exterior» - y por lo mismo tan pasible de desvíos y de usos inaceptables para la sociedad, incluso de eficacia no siempre garantizada por la ciencia- todo esto demandó la construcción de una ética de desempeño profesional cada vez más precisa, y la obligatoria adhesión de todos a una conducta práctica personal similar («moral uniforme»). Exigencia relacionada, pues, tanto con la «protección» a la «mala práctica», como con una determinada estrategia de conquista del monopolio de intervención.

Así, los valores en los cuales se consubstancializó el tan requerido rigor ético del ejercicio profesional, como son, el *secreto médico*, la *privacidad de la relación interpersonal*, el *aislamiento de la consulta médica* o la *independencia y autonomía de cada acto de intervención*, estimularon la estructuración del nuevo orden médico, con su autoridad científica, su poder normativo y su práctica monopolizada. Por consiguiente, sus agentes se convirtieron en una élite y fueron ubicados en sectores sociales privilegiados.

Pero esos mismos valores fueron también los elementos ordenadores de la *responsabilidad*, la *dedicación personal* y el desem-

peño *críterioso* en la actividad profesional. Un médico podría no ser simpático. Pero descuidado, poco atento, indisponible, no responsable, o incluso irresponsable, ¡jamás!. La disposición a «servir» se hace sinónimo de la atención/actuación técnica.

Este conjunto de atributos exigidos a la práctica médica, aliado al hecho de constituir la producción de un servicio, un asistir, de limitado instrumental y de organización basada en las pequeñas unidades productoras de cada médico en su consultorio particular, todo esto forjó la imagen de que el ejercicio de la profesión se producía a partir de una solicitud externa: el paciente es quien, al buscar al médico, espontáneamente, parecía desencadenar el acto de la producción de cuidado, y un acto que sugería más una propuesta de conducta al paciente, un consejo, que un trabajo del médico.

En resumen: *profesión de consulta*, ya que se produce en respuesta a la demanda libre del enfermo, como si esta acción libre del médico y esta demanda libre del paciente no hubieran sido, respectivamente, conducta obligatoria de los médicos, por el tipo de intervención construida por ellos mismos en la modernización de su práctica, y conducta aprendida por los enfermos, a través del uso social reiterado de esta práctica curadora como medio de alcanzar la restauración del cuerpo.

De este modo, mientras buscaba afirmarse como única práctica legítima para tratar la enfermedad en la sociedad, por su éxito global esta medicina moderna se consolidó como la respuesta no sólo pertinente, sino la más adecuada, a las necesidades sociales de recuperación de los enfermos, estatuyéndose como el trabajo al cual la enfermedad pasa a ser atinente de modo exclusivo.

Al mismo tiempo, recordemos que la medicina liberal, como forma de organizar la producción de los servicios y su distribución en la sociedad, se estructuró en tanto *conjunto difuso e informal de relaciones*. Y esto ocurrió ya sea por referencia a la relación de los usuarios con los servicios, definiendo la forma

de acceso de la población a la asistencia, ya sea en relación a la conformación de un todo asistencial, reuniendo acciones particulares y especializadas, dígame de paso, de limitado alcance de variación.

Este proceso de definición de las relaciones médico-paciente o médico-médico, también se acuñó según la imagen de la libertad bilateral: la del médico que atiende (el pedido); la del paciente que busca (la atención).

El compromiso personal, contrapartida socialmente conexas con este ejercicio de libertad, exactamente por la contención con que la misma sociedad de la época definía este ejercicio, ofreció consistencia estructural a relaciones tan «flexibles» e hizo constituir, también en esta medicina liberal, *redes asistenciales y canales determinados de comunicación* entre ellas. Construyó, de esta forma, actuaciones en la asistencia del enfermo mucho mejor definidas e interligadas entre sí de lo que podemos percibir en una primera apariencia de informalidad.

Es un hecho, sin embargo, que siendo cada parcela de intervención producida un acto bastante individualizado en el conjunto de las acciones, el hilo que alineó los diversos actos médicos está lejos de la bien formalizada estructura institucional que define el actual contrato de prestación de servicios, sea en la modalidad de seguros de salud, sea en las acreditaciones colectivas de asistencia médica a través del sistema previsional, como en nuestro caso.

En la práctica liberal, pues, un código también preestablecido de *derechos y deberes* forma parte de la vinculación de todos los actos médicos en una misma medicina, e igualmente con graduaciones internas diferenciadoras de la producción y distribución de la asistencia hacia el conjunto de la población, aunque su heterogeneidad fuera menos explícita, cuando se la compara con los días de hoy. La objetivación del mencionado código, en conformidad con la calidad del comportamiento ético en esta práctica, se hace sobre bases mucho más subjetivas y privadas que las del

acuerdo jurídico de la actualidad: acuerdos tácitos, intersubjetivos. La *confianza personal* del enfermo hacia *su* médico, del médico hacia *su* paciente, del profesional hacia *su* colega, fue el hilo invisible con que se tejió esta medicina.

Pero si bien la red de asistencia no se mostraba visible, tampoco necesitaba la clientela de su puesta en evidencia, pues cada médico, ya simbolizado en la expresión de dominio y «pertenencia» de ambos lados (mi médico; mi paciente), era el proveedor de ambas dimensiones de la necesidad social planteada en tanto cuidado médico: la de la restauración del cuerpo enfermo, por medio de la terapéutica que *trata*; y aquélla del restablecimiento del enfermo, que ampara y transforma el sufrimiento del sujeto que enferma, al recuperarlo por *asistirlo*.

Así, fue a través de aquél mismo substrato personal y subjetivo que la *práctica terapéutica* se conectó íntimamente con la *práctica asistencial*, perteneciendo ambas a una sola y misma esfera de actuación: una medicina extremadamente apoyada en el desempeño individual del médico. Fueron estos desempeños, por lo tanto, los canales de comunicación entre las diferentes acciones que demandó cada asistencia, habiendo sido en torno a la persona del médico que se establecieron las redes asistenciales.

La medicina tecnológica de la actualidad operó, en realidad, una distinción en estas dimensiones. *Tratar*, quedó, obviamente como prerrogativa del médico en su acto técnico, mientras que, en razón de la nueva estructuración que sucede al modelo liberal con la actividad empresaria de producción de los cuidados y creando la medicina de las instituciones de la actualidad, *asistir*, quedó inserto en la esfera institucional del trabajo, introduciendo la necesidad de conexiones entre ambos planos. Tal necesidad encontrará solución en tanto relación de *personajes públicos: productores y consumidores, colectivos, despersonalizados*, y no ya entre el médico y su paciente.

Hablamos aquí de la conformación de

colectivos con la institucionalización de la asistencia, es decir, colectivo de pacientes o clientela institucional o colectivo de trabajadores o equipo pluriprofesional. Se trata, entonces, de personas que pasan a ser agrupadas en torno de algunas características comunes: usuarios, cuando se transforman en consumidores institucionalizados de este o de aquél servicio; el equipo institucional, cuando son agentes directos de un trabajo colectivo institucionalmente estructurado. El poder de compra, por un lado, y la capacidad de las instituciones en el financiamiento de las acciones, por el otro, son los criterios estratificadores más conocidos, de clientelas colectivizadas y trabajadores colectivizados (o producción institucionalizada de servicios), aunque no sean los únicos referenciales de agrupamiento de sujetos sociales, convertidos, en esta medida en *sujetos «iguales»*.

De este modo, definida por contrato legal y/o en dependencia de la composición de una especie de «canasta básica» de cada consumidor individual en el consumo de servicios médicos, esta nueva característica de la asistencia trae, ciertamente, otra exigencia para la «adecuación» (estabilidad temporal de estructuración) entre el trabajo, la producción de cuidados en escala social y las necesidades socialmente planteadas. Vale decir: otro modelo de trabajo y asistencia.

Algunos de sus efectos son bien conocidos, como, por ejemplo, el establecimiento de relaciones intercolectivos y su impersonalidad en la producción de los cuidados, por un lado, y un extremo mecanicismo de las acciones, en la rutinización del trabajo, por el otro. Pero también es un hecho que parte de la base subjetiva del acto técnico encontró sustitutos en los *mecanismos institucionales de constitución de clientelas «estandarizadas» y de una pauta de derechos y deberes legalmente acordados*.

Sin embargo, en adecuación a las nuevas exigencias técnicas y empresariales de una asistencia mercantilizada, hubo una clara división social del cuidado médico: se confor-

maron segmentos poblacionales a los cuales se destina calidad asistencial y calidad terapéutica diferenciadas, además de propiciar la no correspondencia inmediata entre una y otra calidad, una vez que la principal base reguladora del contrato y de la calidad de sus servicios es el poder de compra del consumidor.

En realidad, esos efectos son parte del proceso que antes llamamos de «disociación entre el tratar y el asistir». Pues el pasaje de la medicina liberal hacia esta institucionalización del trabajo en moldes empresariales cada vez más complejos, así como la ampliación de las bases tecnológicas de los equipamientos, que correspondió a las exigencias de producir una práctica especializada y permanentemente dispuesta en mercado «libre» (o 'neo liberal'), cambió globalmente la configuración del antiguo modelo.

El nuevo modo de trabajar y producir la asistencia médica en cierto modo «invirtió» la proporción entre sus partes objetivas/técnico-científicas y las de carácter subjetivo y de acción moral. Crecen, sin duda, los equipamientos diagnósticos y terapéuticos, haciendo que disminuya la dependencia casi exclusiva del raciocinio clínico en relación al saber más teórico o a la experiencia personal, y se amplíe la base científica de la misma intervención. Por otro lado, y por esta causa, se contrajo sensiblemente la base subjetiva orientadora del juicio personal fundante de la decisión clínica, cuya viabilidad y control demandaban una relación exclusivamente interpersonal, en la que se inscribía un determinado comportamiento personal práctico, una acción moral, como ya señalamos (2).

Consideremos un segundo conjunto de problemas, también radicalizados en el pasaje de la medicina liberal hacia la medicina tecnológica. Se trata de *representaciones*, que influyen en los comportamientos y expectativas en cuanto a la inserción en la atención de salud, por parte de sus sujetos: los pacientes y los profesionales, en especial el médico.

Vamos a destacar, por su peso en los cuestionamientos actuales acerca del modelo

más pertinente para el caso brasileño, la *libertad de decisión*, o autonomía del médico, y también la *libertad de la demanda* de cada uno, o libre elección del paciente. Y dado lo que ya examinamos a propósito de la medicina liberal, no será difícil observar que estos atributos se inscriben, no sin ciertas especificidades, como características objetivas de aquél modelo. En él son captados en una representación del trabajo y de su ideal en las que son absolutizados y, en tal condición, se crean como valor (positivo).

Ahora bien, ante la emergencia del trabajo médico colectivizado y empresarial, no es sólo la característica de *actuación libre* la que ya no se inscribirá objetivamente del mismo modo, aunque persista con calidad diferente, tensionando en el plano de sus sujetos las necesidades ya creadas (objetivas y subjetivas), ante las posibilidades concretas de realizarlas en la producción de los servicios. También en referencia a la aprehensión técnica que opera la medicina, en relación al sufrimiento humano que la demanda (necesidades sociales en salud), cualquiera sea, veremos ocurrir tensiones en la construcción de su efectivo objeto en el interior del proceso de trabajo.

Se trata de una diferente articulación entre la medicina y la aprehensión de las necesidades en salud, en tanto fenómeno *individual o colectivo* de manifestación. Expliquémoslo mejor.

La asistencia médica individual, bien especificada a través de la estructuración de la medicina moderna en tanto medicina liberal, desde su conformación se basó en el presupuesto de alcanzar el espacio público por intermedio de la aprehensión y transformación de necesidades singularmente expresadas y tomadas individualmente. Se atribuyó a sí misma, por lo tanto, la tarea de intervenir en el colectivo social, pero de hacerlo sobre la base de esta específica modalidad de actuación.

En otros términos, los médicos entendieron la posibilidad, y más aún, lo apropiado, de captar el colectivo por la intervención en los individuos, uno a uno. Pasando a explicar para

sí mismos, en su técnica, y para la sociedad, por medio de su técnica, *lo social y sus necesidades como constituyendo la escala ampliada de la demanda de cada uno, de la misma forma explicitaron la dimensión pública de la vida colectiva y sus intereses en tanto una conquista subordinada a diferentes, pero sobre todo desiguales, intereses privados.*

A título de provocación, ya que no exploraremos este aspecto, diremos que esta interpretación de lo social también les valió la posibilidad de entender la conquista de la salud por la lucha contra la enfermedad, como si la salud se definiera por la restauración del cuerpo enfermo y, así, por la ausencia de enfermedad. También vale recordar que su exitosa trayectoria, tanto social como técnicamente, constituye la específica y creativa contribución de la medicina en la reproducción de esa concepción social dominante acerca de lo específico social.

También se debe decir que esta exaltación de lo individual y de los procesos de progresiva afirmación positiva de los individuos, de la que forma parte la constitución de la ciudadanía y los derechos igualitarios, fue, en la época de su constitución, un gran paso emancipatorio de los hombres, especialmente en relación al totalitarismo de la iglesia, en tanto institución política, y a la hegemonía del saber religioso en tanto explicación de la complejidad de la vida. No queda duda de cuánto representó, para la humanidad, este cuestionamiento de la normatividad social entonces dada.

Sin embargo, lo que por ahora se quiere enfatizar reside en el hecho de que, comprendido lo social como expansión de individualidades, el valor internalizado en esta forma de ver el colectivo está positivamente orientado hacia lo individual: el individuo es la elección, en los impasses entre la persona de cada uno o la colectividad. Y esa contraposición, individuo versus colectivo-social, engendrada por el modo como se inscribió la cuestión de la igualdad en los referidos procesos de individuación en la construcción de lo social moderno, permitirá disociar lo individuo de lo

social, trayendo hacia la construcción de la igualdad en la vida cotidiana de los hombres la posibilidad de una nueva antítesis: una igualdad social que no se traduce en el plano de los diferentes segmentos de individuos, sino en individualidades más capaces socialmente de alcanzar la «igualdad social», es decir, aquél plano de existencia que define, según ciertos valores (dominantes), el nivel de la vida material e intelectual en el que se es un «igual», parte de los ciudadanos respetables.

No por otra razón, para aprehender el sufrimiento del enfermo con el objetivo de transformarlo, dado que todo individuo es ser social y de esta sociabilidad depende su necesidad en salud, fue toda ella captada a través de la historia de la vida individual y privada, recordada en la *anamnesis*. Retraducida hacia este plano, puede ser el foco de la acción del, y un, médico, en aquella *consulta particular aislada* (exclusiva y estrictamente personal). Así como, retraducida en este plano, la asistencia o la terapéutica recomendada también será, igualmente por una «libre elección» del paciente, realizada.

Ahora bien, más arriba mencionamos el hecho de que con la institucionalización de la asistencia, en la medicina tecnológica, se produce una especie de «estandarización» de la clientela, instaurando colectivos como singulares de intervención. Lo que queremos decir con esto es que a través de estas institucionalizaciones, se pasa a definir segmentos poblacionales que, por la pauta de lo contratado en cuanto a su asistencia, se convierten en «singularidades», es decir, *agrupamiento de personas que fueron homogeneizadas* a partir de aquél conjunto común de derechos y deberes de asistencia, ya que están reunidas bajo un mismo contrato de prestación de servicios. Esto pasa a configurar, en sustitución a *mi médico* (o *mi enfermo*), las conocidas situaciones de médico (o enfermo) *del «instituto» -de la previsión social pública, del consultorio particular, del seguro de salud...*

La transformación que entonces se ope-

ra, no se reduce a la despersonalización, en tanto modalidad determinada de aproximación entre el médico y su paciente. Será necesario rescatar la tensión que a partir de esas nuevas inserciones de los agentes y de la clientela se instaura entre el abordaje de la necesidad estrictamente particularizada de cada individuo, que es el sentido dado a la asistencia *individual*, y la nueva operación posible, que es efectivamente realizada: el abordaje de la necesidad ahora imputada al grupo, necesidad *aprehendida en forma colectiva*.

Podemos ejemplificar lo que ahora consideramos como el símbolo mayor de la medicina liberal en términos de su técnica de operación: el «tiempo» que dura la consulta, ocupado sobre todo por el diálogo entre el médico y el paciente. Es conocido el hecho de que se redujo la conversación en la medicina tecnológica, pues la anamnesis fue acortada, reorientada, casi extinguida en cuanto anamnesis (recordación)/ historia de vida, produciendo la imagen de la asistencia «despersonalizada» de la actualidad. Es evidente que solamente se puede analizar ese efecto como una posibilidad abierta por sustitutos tecnológicos equivalentes. Vale decir, hay otros medios a disposición del médico para obtener, desde el punto de vista que le exige la acción técnica, los datos que antes le proporcionaba la anamnesis, y sólo ella.

Así, para ilustrar nuestras consideraciones anteriores, observemos que para el conjunto de personas adherido al patrón institucional (por el cual se insertan colectivamente en la asistencia), aunque el cuidado siga siendo producido en consultas individuales, las especificidades de la vida social son estimadas, de manera suficiente para el acto técnico, a través precisamente de esta inserción. Cada individuo perteneciente al colectivo es aprehendido, por el médico, como teniendo tales o cuales situaciones de vida social, ya por estar en este colectivo, ya en otro, lo que proporcionará «estereotipos» fijos adheridos a aquél conjunto de personas, y por tanto, sirviendo para captar la necesidad «en»

(de) cada uno: el médico parece saber de antemano las características sociales de la clientela institucionalizada (del sector público o privado de prestación de servicios), independientemente de quién le llega, personalmente, a la consulta.

Lo mismo sucede en relación a los agentes de la asistencia, ya que cada médico significa sólo uno entre otros tantos seres iguales.

De este modo podremos visualizar un proceder tecnológico en el cual el agente de trabajo, para su intervención técnica, se vale de lo que conoce acerca de la institución en la que él está también inserto, para representar, previamente al habla de cada uno de sus pacientes, las situaciones de vida a las que pertenecen. Ya que éstas de hecho cuentan en la institucionalización de personas como clientela formalmente establecida.

Si lo que el médico conoce de su propia institucionalización, o de los criterios que recortaron los patrones asistenciales y los perfiles de necesidad de sus enfermos, es información que, por ser insuficiente, produce una apreciación equivocada sobre el enfermo, constituye una cuestión diferente que debe ser asumida de manera adecuada. Es suficiente, en este sentido, recordar que la racionalidad epidemiológica, como intervención de posición más colectivizante incluso cuando incide en personas individualizadas, atribuye extrema importancia al conocimiento de los procesos que generan algunos colectivos para su intervención, los llamados diagnósticos de salud que anteceden a las acciones del trabajo sanitario (3).

Lo que queremos destacar, sin embargo, es el hecho de que esta forma tecnológica, que va sustituyendo a todo lo «personal» por lo «institucional», en tanto persiste como asistencia a los individuos, tensionará la relación *tecnologías concretas de operación versus necesidad (y demanda) de cuidados de salud*, resultando también en «desplazamiento» entre aspectos fragmentados de la atención de salud.

Intentando una calificación síntesis de

lo que hasta aquí consideramos, podemos decir que la dinámica histórica de la asistencia médica individual llevó, por un lado, a dar publicidad, con normas objetivas y legalizadas, a su organización de producción social y su igual calificación en tanto práctica. Por otro lado, fue llevada a una reorientación de la articulación entre lo individual y lo colectivo en el interior de su calificación más genérica como modelo de asistencia, es decir, en tanto intervención individual. Esta reorientación evidencia una progresiva disposición del colectivo, como una asistencia que se orienta en la dirección de lo público y se expresa cada vez más en tanto social.

En otros términos esto quiere decir que, objetivando cada vez más sus determinaciones de práctica social en sus constituyentes de práctica técnica, la medicina toma progresivamente públicas las tensiones entre lo individual y lo colectivo, que anteriormente podían expresarse en el ámbito privado de la relación interpersonal entre el médico y su paciente, o a lo sumo extenderse al orden profesional. Y simultáneamente, en razón de esa misma publicidad de sus cuestiones internas, esta medicina convierte las posibles formas de superación

de las contradicciones, en formas necesariamente también públicas, las cuales deberán también responder a situaciones/necesidades de colectivos.

En este sentido, la actual articulación creciente, si no dependencia, de las modalidades de organización de la asistencia médica en relación a las políticas públicas (políticas gubernamentales de salud), es señal elocuente de esta nueva condición asistencial que venimos tratando.

Además de que, por ser esta condición un tensionante también del antiguo monopolio médico, sea en el plano de su orden profesional, sea en la autonomía individual para producir cuidado, el ejercicio independiente, exclusivo y privado de la profesión será tensionado por este cuidado interdependiente y complementario del trabajo colectivizado. Veremos manifestarse esas tensiones tanto en términos de la relación entre las diferentes especialidades médicas, ej. la división horizontal del trabajo médico, como en términos de la relación entre el trabajador médico y sus complementarios en el equipo multiprofesional de salud, producto de la división vertical de ese trabajo.

LA COMPLEJA NATURALEZA DE LOS MODELOS, LA DIFÍCIL CONCEPTUACIÓN DEL MODELO.

Vamos a llamar la atención en este punto hacia algunos importantes aspectos conceptuales de lo que ahora tratamos como «modelo asistencial».

El primero de ellos, que queda más claro en la medicina tecnológica que en la medicina liberal, se refiere a la necesaria conexión que se establece entre la dimensión «más técnica» de la atención de salud y la dimensión «más social» de la misma (dimensiones que separamos sólo desde el punto de vista del análisis). La «más técnica» que fue aquí explorada bajo la idea de terapéutica, o del *tratar*, en tanto que la dimensión «más

social» en la idea de asistencia, o del *asistir*. La primera está referida, pues, al momento diagnóstico terapéutico del acto médico, y la segunda referida al cuidado médico global, para el cual es relevante la división del trabajo y el modo de producción y distribución de los actos médicos en toda la sociedad. Esta segunda dimensión, pues, realiza la complementariedad e interdependencia de todas las acciones necesarias, incluso para cada individuo-caso, para la satisfacción de la demanda presentada, en su todo (ser individual)

Así, cuando antes hablamos en conexión necesaria entre ambas dimensiones, en razón

de la mayor visibilidad de esta necesidad en la medicina más actual, quisimos destacar el hecho de que es la tecnología, en la forma de su distribución social, la que nos evidencia claramente que la medicina discriminó y jerarquizó estas esferas, en el transcurrir de su desarrollo.

Sin embargo, tratar y asistir no son partes independientes entre sí, sino constituyentes de una unidad, la práctica médica. Vale decir que si es obvio que el modo social de producción y distribución de los cuidados médicos define la viabilidad concreta del acto técnico correlativo al cuidado buscado, la conexión inversa también se establece: dada la conformación técnica del acto y sus exigencias en términos de trabajo más o menos colectivizado, o recursos tecnológicos de tal o cual orden, también se delimita una forma determinada de producción del cuidado en escala social. O también, si es evidente que el mercado y su juego toman perversos el acceso y uso de la tecnología en razón de los costos comprometidos, no es menos cierto que fuertes estímulos en la creación de tecnología vienen exactamente de su disposición en el mercado, tal como apuntan inúmeros estudios sobre el desarrollo de la investigación y producción industrial de equipamiento o fármacos.

Estas son cuestiones que se evidencian solamente cuando la noción construida de modelo asistencial presupone tratarlo como una determinada modalidad de producción y distribución de servicios y *simultáneamente* en tanto conformación dada de la práctica técnica en el interior de estos servicios, considerando pues, de qué actos técnicos se componen y cómo están encadenados.

La segunda reflexión a hacer es que construimos nuestra reflexión apuntando exactamente para que esta disociación entre lo técnico, con su gama de actos posibles, y el espacio de la sociedad, con sus espectros posibles de inscripción de la técnica en diferentes modalidades de organización institucional de los servicios, diversificando el marco de su producción y distribución en escala social. Lo

hicimos así, sin embargo, con el objetivo de explicitar un hecho histórico: semejante heterogeneidad en la producción de los servicios y en los actos técnicos -heterogeneidad construida por la dinámica histórica en la que se articulan los posibles técnicos con sus posibles organizaciones para la producción social- que estimuló en el plano de sus representaciones la interpretación de la realidad de los servicios como si se tratara de un divorcio absoluto de lo técnico en referencia a lo social. Es posible, así, atribuir la *desigualdad en la asistencia* a lo social, y a lo técnico, sólo lo *diverso*, lo *diferente*, pero de valor «igual», simbolizados en la extrema variación de la calidad asistencial y en la idéntica calidad técnico-científica del tratar (diagnóstico-terapéutica).

Considerar así la cuestión de la desigualdad y de lo diverso en medicina, sin embargo, no significa nuestro respaldo a esa situación, desde el punto de vista valorativo. Además, desde la perspectiva del médico, no se trata de «respaldar», si no de evidenciar las opciones que llevaron a esa situación, revelando el proyecto tecnológico y político subyacente a las opciones dadas, y sus significados en términos éticos y sociales. Ya desde la perspectiva de las representaciones, se trata de apuntar el desplazamiento interpretativo que induce la imagen de independencia de lo técnico en referencia a lo social: en esta forma de comprensión de la heterogeneidad verificada se desplaza la responsabilidad del técnico ante las opciones políticas efectuadas.

Se retira pues, del acto técnico, a los sujetos implicados, sea el médico, sea el enfermo, en tanto siendo ambos, siempre, sujetos sociales, es decir, incluso durante (en) el acto técnico. Al mismo tiempo, se destituye al sujeto político de tener en el interior de su opción social un proyecto técnico realización de este mismo social a través de las prácticas técnicas de intervención.

Sería lo mismo que decir que no se toma la medicina como constituyendo también a la sociedad, es decir, siendo práctica social en

tanto es intervención técnica y siendo una técnica determinada porque es un modo social de vivir.

Finalmente, una última observación sobre la noción de modelo asistencial, tal como la estuvimos construyendo en el texto. Se puede verificar que ella no asume el significado de una norma o una prescripción, ni siquiera de un ideal, o algo a ser seguido, que es el sentido que con frecuencia se da al término. En nuestro caso, modelo nos sirve para una elaboración diferente: habiendo observado lo que pasó históricamente en las prácticas de salud, sobre la base en su análisis referenciado a conocimientos técnicos previos, formulamos una noción que nos capte y explicita, *sintéticamente*, la compleja dinámica de lo concreto.

Así sabemos que las acciones concretamente operadas en determinadas realidades históricas son múltiples, diversificadas, y cuando componen totalidades, como la asistencia médica individual, o la salud pública, o también genéricamente la atención en el sector social de salud, no las conforman como prácticas siempre iguales, o siquiera homogéneas. Son, por lo tanto, prácticas que, sea entre ellas, sea internamente a cada una de ellas, se caracterizan por lo técnicamente diferente y tecnológicamente desigual: un mosaico de actos técnicos diferentes y con diferentes valores para lo social. Por esta razón, al analizarse la diversidad y la desigualdad de lo concreto, elegimos un modo de realizar las prácticas que, habiendo sido objetivamente ejercido, en su modalidad técnica consiguió expresar el valor mayor de intervención para la sociedad. Este modo, entonces, se hace *dominante*, estructurando prácticas que serán las hegemónicas en referencia al conjunto de las prácticas del momento histórico en cuestión.

Es a través de esta forma de reconstrucción de la realidad en la explicación que nos atrevemos a hablar de *un* solo modelo para una época tan amplia como la que identificamos en tanto medicina liberal, por ejemplo. Siendo así, utilizada la noción como categoría analítica, operamos una *síntesis* de lo diverso y desigual, resumiendo la pluralidad en un solo modo

tecnológico de operar.

Ilustremos mejor lo que estamos considerando como realidad propia de la medicina liberal. Ella fue «estimada» por la producción de los servicios justamente en la modalidad del pequeño productor privado y aislado del consultorio particular. Pero esto no quiere decir que desconozcamos, o incluso no consideremos, la existencia de otros trabajos cuya organización corresponde a características opuestas en referencia a la tecnología de consultorio, como es el caso de la práctica hospitalaria. Aunque se trate de una organización del trabajo diferente del hospital de la actualidad, la forma técnica de actuación hospitalaria y la experiencia profesional fueron muy diferentes del ejercicio por el pequeño productor privado. Esta práctica hospitalaria no sólo coexistió con la del consultorio, sino le fue anterior, y siguió siendo realizada durante todo el período en que la modalidad consultorio se constituyó y se tornó hegemónica.

Además, fue en el interior del hospital que se construyó la experiencia clínica que hizo emerger la medicina moderna, constituyendo esta técnica científicamente fundada con que hoy reconocemos su intervención. Fue también en esta experiencia hospitalaria que el trabajo médico ganó su especificidad moderna de trabajo intelectual al cual se asocia una dimensión técnica significativa, a saber, de operación manual directa.

Esos cambios ocuparon casi todo un siglo (XVIII), y, en el transcurso del siglo XIX la medicina pasó por nuevas alteraciones, con las cuales, sin perder su estructura de modernidad, gana otros rasgos, segmentándose inclusive, como práctica sobre los individuos por un lado, y del otro, práctica de intervención inmediata en el colectivo-social (Salud Pública).

El trabajo colectivo del hospital, dominó por lo tanto toda la construcción de las ciencias médicas, en tanto forma moderna del conocer (saber positivo), y toda la construcción de la práctica productora de este saber, emergiendo su calidad de colectivo exactamente del trabajo cooperativo de diferentes agentes en el

interior del hospital, como por ejemplo, el clínico y el de cirugía.

La ampliación del ejercicio de esta práctica bajo la modalidad de consultorio privado no negó las características adquiridas, como se podría suponer aparentemente por las tensiones que señalamos entre lo individual y lo colectivo. Por el contrario, constituyó la experiencia que aseguró a la medicina la posibilidad de intervención en lo social a través de diferentes intervenciones individuales, permitiendo que los dos tipos de asistencia pasaran a darse en paralelo: la del ámbito privado y la del ámbito público. Vale decir que la medicina liberal se constituyó en la forma elegida por los médicos para superar el probablemente primer (históricamente) impasse de tensiones (por ejemplo entre la propuesta de la Medicina de Estado alemana, o Medicina Social, y la Clínica Anatómo- Patológica emergente), cuyo éxito para lograrlo le valió la soberanía y la hegemonía.

Ahora bien, esto, por otro lado, quiere decir que identificar la práctica hegemónica es identificar la superación históricamente construida de lo contradictorio, siempre que la práctica social se encuentra ante un impasse, un obstáculo creado por las tensiones de sus

dimensiones internas. Lo hegemónico nos señala, pues, la forma técnica que realiza el proyecto tecnológico global y por lo tanto, el valor dominante, haciendo que podamos aprehender, en consecutivos estudios de esta naturaleza, la dinámica de superación adoptada, por sus sujetos, en los proyectos sociales (y tecnológicos) dominantes.

Será sólo por medio de esta aprehensión que, de manera mediatizada, podemos proyectar hacia el futuro: teniendo, hasta cierto punto, en las manos, las estrategias de poder del polo dominante. Si no acordamos con él, podremos, entonces, buscar otras opciones entre los históricos posibles, para superar los impasses que igualmente albergamos. Por esto la noción de modelo es también, pero sólo en el sentido señalado, una *proposición de devenir*: no en tanto regla, ley - algo fijo, inmutable, inmanente; sino como normatividad social, reconocimiento de una estructuración dinámica, que se da justo por medio del permanente optar. Son elecciones entre futuros posibles, en razón de elecciones realizadas en el pasado, y en este movimiento, como parte del mismo, cristalizan normatividades, sin las cuales tampoco podría existir la vida en sociedad.

NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Llamamos aquí la atención del lector sobre el carácter genérico de esta formulación, universalizando hacia cualquier situación crítica la calificación del desajuste. Con esta afirmación no pretendemos negar la posibilidad real de desajustes. Es posible que lo más difícil en el estudio de las prácticas sectoriales en salud, cuando se las aborda como prácticas sociales, sea diferenciar la noción de desajuste de la noción de transición, para hacer referencia a situaciones concretas. Por lo tanto nos parece fundamental una mayor precisión conceptual de ambas nociones, en cuanto a la temporalidad y espacialización que delimitan una aprehensión de lo concreto, en estudios de la naturaleza del presente, a fin de evitar el desplazamiento de la idea de cambio (transición), más allá de la idea de desarreglos o inadecuación (desajuste) lo cual, sin embargo, no corresponde a los propósitos del presente texto.

(2) Vale observar que registramos ahora en el

texto la noción de «acción moral», que implica cuestiones como, por ejemplo, la humanización mayor o menor de la interacción entre el médico y el paciente. La mencionada contracción de la base subjetiva en la práctica de los médicos -base que hace de la interacción anterior una relación entre sujetos y, por lo tanto, el espacio de realización de los valores éticos- significa un cambio de valor en la forma de interactuar entre el médico y el enfermo, por ser un cambio de valor en cuanto a la interacción como cuestión de la técnica. Y si el hecho denota el nuevo tipo de moral inscripto y la nueva calidad del valor atribuido a la dimensión ética en esta práctica, no representa, tal como es común interpretar, «disminución» de la ética en el trabajo, pero, si, una transformación de los códigos anteriores de «la ética del trabajo»: valores que se refieren a las cuestiones médicas y valores que se refieren a cuestiones de todas las otras esferas de la vida en sociedad,

afirmados/anulados a través de la acción técnica. Por eso no hablamos de contracción de la dimensión ética, sino de la cuestión moral en el ámbito de la técnica, alterando la calidad de la acción técnica en tanto también acción moral.

Aunque actualmente pese sobre el uso de la epidemiología la crítica de haberse burocratizado en este proceder diagnóstico, esto no lo invalida en cuanto a aproximación posible de los procesos históricos sociales que delimitan grupos de individuos como «iguales epidemiológicos», aunque apunte a esta grave posibilidad como parte de sí mismo, es decir, como potencial incorporado en el mismo procedimiento técnico.

BELMARTINO, S., BLOCH, C., PERSELLO, A. V., CARNINO, M. I., **Corporación Médica y Poder en Salud - Argentina, 1920-45**. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), Rosario, y Organización Panamericana de la Salud OPS/representación argentina, 1988.

BELMARTINO, S., BLOCH, C., CARNINO, M. I., PERSELLO, A. V., **Fundamentos Históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960**, Publicación Nº 27 de la Organización Panamericana de la Salud-OPS/representación argentina, Buenos Aires, 1991.

CAMPOS, G. W. DE S., MERHY, E. E., NUNES, E. D., **Planejamento sem Normas**. Hucitec, São Paulo, 1989.

CANGUILHEM, G., **O Normal e o Patológico**. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1982.

CORDEIRO, H., **As Empresas Médicas: as Transformações Capitalistas da Prática Médica**. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1984.

CYRINO, A. de P. P., SCHRAIBER, L. B., **Organización tecnológica del trabajo en la reforma de las prácticas y de los servicios de salud: estudio de un servicio experimental por métodos cualitativo de análisis**, presentación en 6º Congreso Latinoamericano de Medicina Social y 8º Congreso Mundial de Medicina Social, Guadalajara, México, 1994.

DONNANGELO, M. C. F., **Medicina e Sociedade**. Pioneira, São Paulo, 1975.

DONNANGELO, M. C. F. e PEREIRA, L., **Saúde e Sociedade**. Livr. Duas Cidades, São Paulo, 1976.

ENTRALGO, P. L., **Historia de la Medicina**. Salvat Ed. S.A., Barcelona, 1978.

FOUCAULT, M., **Microfísica do Poder**. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1984.

FOUCAULT, M., **O Nascimento da Clínica**. Ed. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1977.

FREIDSON, E., **Profession of Medicine - a**

Study of the Sociology of Applied Knowledge. Dodd, Mead and Company, Inc., New York, 1970a.

FREIDSON, E., **Professional Dominance: the Social Structure of Medical Care**. Atherton Press Inc., New York, 1970b.

HERZLICH, C., BUNGENER, M., PAICHELER, G., ET ROUSSIN, P., ZUBER, M. C., **Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980**. Ed. INSERM/DOIN Éditeurs, Paris, 1993.

LARSON, M. S., **Proletarianization and Educated Labor, Theory and Society** 9 (1): 131-77, 1980.

LARSON, M. S., **The rise of Professionalism - a sociological analysis**. Univ. of California Press, California, 1977.

LUZ, M. T., **Natural Racional Social - Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna**. Editora Campus, Rio de Janeiro, 1988.

MENDES-GONÇALVES, R. B., **Medicina e História: raízes sociais del trabajo médico**. Siglo Veintiuno, México, 1984.

MENDES-GONÇALVES, R. B., **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. Hucitec, São Paulo, 1994.

MENDES, E. V. (org.), Distrito Sanitário. **O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Unico de Saúde**. Hucitec-ABRASCO, São Paulo/Rio de Janeiro, 1993.

NEMES, M. I. B., **Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação**. In SCHRAIBER, L. B. (org.), **Programação em Saúde Hoje**, Hucitec, São Paulo, 1993.

OLIVEIRA, J. A. de A. e TEIXEIRA, S. M. F., (IM)PREVIDENCIA SOCIAL: **60 Anos de História da Previdência no Brasil**. Vozes/ABRASCO, Rio de Janeiro, 1986.

REISER, S. J., **La medicina y el imperio de la tecnología**. Secretaría de la Salud/Fondo de Cultura Económica (Biblioteca de la Salud - Serie Formación e Información), México, 1978 (la ed. en inglés).

SCHRAIBER, L. B., **O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. Cadernos de Saúde Pública** 11 (1): 57-64. ENSP/FIOCRUZ, 1995.

SCHRAIBER, L. B., **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**. Hucitec, São Paulo, 1993a.

SCHRAIBER, L. B. (org.), **Programação em Saúde Hoje**. 2º Ed. (1º ed. 1990). Hucitec, São Paulo, 1993b.

STARR, P., **The Social Transformation of American Medicine**. HarperCollins Publishers-Basic Books, New York, 1982.