

LA CLÍNICA DEL SUJETO: POR UNA CLÍNICA REFORMULADA Y AMPLIADA

Gastón Wagner de Sousa Campos (1996-1997)

Este trabajo está dedicado a Franco Basaglia

1. LA CLINICA EN GRAMSCI, SARTRE Y BASAGLIA:

Es un trabajo sobre la Clínica donde se comienza discutiendo a Gramsci, enseguida se cita a Sartre y después, se rinde homenaje a Basaglia. Él es uno de los primeros médicos modernos a sugerir que las prácticas en salud se debieran orientar por una fenomenología materialista. Sí, Franco Basaglia se sintió obligado a responder de manera concreta a la materialidad horripilante producida por la Psiquiatría aplicada a los pacientes recluidos en los manicomios, y éste es su compromiso con la práctica y con las personas por quienes él se responsabilizara impidiéndole operar sólo con conceptos críticos. Por esto Basaglia tuvo necesidad de inventar alguna cosa que funcionara en el lugar del saber negado. Paulo Amarante analizó este movimiento de negación y de 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 inventar de nuevo, a pesar de las determinaciones o de los condicionamientos estructurales, ya sean biológicos, biográficos, económicos, políticos o históricos. Esto le valió la acusación de voluntarismo, de subjetivismo y de hipervalorizar el papel instituyente de los sujetos haciendo historia. Y para Gramsci se hacía historia de múltiples y variadas maneras. Él fue uno de los primeros en hablar de procesos de cambio molecular: la educación, la cultura, el trabajo, la política, la iglesia, los medios de comunicación, en todos estos espacios se contruirá lo nuevo o se reforzará la vieja dominación. La revolución no será lo único ni el principal medio para que se constituya lo nuevo en las nuevas sociedades (Gramsci, 1978). Basaglia recuperó mucho de Gramsci para pensar las instituciones y prácticas sanitarias.

Sin embargo, Gramsci nunca llegó a elaborar una Teoría sobre el Sujeto. Su prioridad fue pensar el nuevo intelectual orgánico; el Maquiavelo moderno: el partido de los trabajadores, que para él sería el partido comunista. Él proporcionó muchas sugerencias valiosas sobre la complejidad de las relaciones sociales, pero no trabajó en profundidad la dialéctica alienación-liberación, es decir, acerca de las maneras de que se produzcan Sujetos con altos coeficientes de autonomía y de iniciativa en situaciones en que la mayoría de los determinantes estaría dirigido para la producción de sumisión.

En este punto, Basaglia se ve obligado a apoyarse en Sartre. Un francés proveniente del existencialismo radical, heredero de una fenomenología que prácticamente liquidaba cualquier relación dialéctica entre Sujeto y Objeto, al atribuir al Sujeto casi la responsabilidad total por la construcción de Sentido o de Significado para las cosas o para los fenómenos. Todo partiría del Sujeto, casi una omnipotencia significadora de un Sujeto que nomina el mundo sin que fuese influenciado por él. Pues bien, este mismo Jean Paul Sartre, más tarde, intentará modular esta

perspectiva excesivamente subjetiva combinándola con el marxismo. De este esfuerzo resultó un esbozo de Teoría sobre algunas posibilidades de desalienación de los Sujetos. Sartre hablaba de serialidad, de grupos que repiten comportamientos condicionados por estructuras dominantes, pero apuntaba también a la posibilidad de la construcción de Grupos Sujetos, agrupaciones para trabajar con estas determinaciones de forma más libre, agrupaciones abocadas a la construcción de la libertad, de lo nuevo y de modos de convivencia más justos. Es innegable que hay una pizca de Freud en todo esto, de cualquier forma, Sartre valorizaba al Sujeto dentro de una perspectiva al mismo tiempo humanista y materialista (Sartre, 1963).

Pero ¿qué tiene que ver la Clínica con todo esto? Basaglia aprovechó todo este caldo para repensar políticas y prácticas en salud. Amarante sintetiza bien la contribución de Basaglia con la siguiente frase:

[Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad. De esta manera el mayor énfasis no se pone en el "proceso de cura" sino en el proceso de "invención de la salud" y de la "reproducción social del paciente" (Amarante, 1996)].

La perspectiva es bien fenomenológica: sale el objeto ontologizado de la medicina - la enfermedad- y entra en su lugar el enfermo. Pero no es un enfermo en general, sino que es un Sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. Todo el énfasis está puesto en una existencia concreta y sobre la posibilidad de inventarse la salud para estos enfermos. Pero inventar salud para Basaglia implicará más que una intervención técnica y estará ligada a la reproducción social del paciente. Noción que está profundamente influenciada por la perspectiva de ciudadanía activa y de protagonismo, que se parte del reconocimiento del paciente como una persona con derechos, pero al mismo tiempo se argumentaba sobre la necesidad de prepararlo para hacer valer los derechos propios, construyendo un mundo mejor para el Sujeto y para los otros. Una mezcla de actividades políticas, gerenciales, de promoción y de asistencia a la salud (Basaglia et al., 1985).

La propuesta aquí expuesta parte de estas ideas y comparte estas mismas convicciones. La reforma de la clínica moderna debe basarse sobre un descolocamiento del énfasis en la enfermedad para centrarlo sobre el Sujeto concreto, no un caso, un Sujeto portador de alguna enfermedad. De ahí el título: Clínica del Sujeto. Al mismo tiempo, más que alabanza es necesario dar todavía algunos pasos más en esta perspectiva abierta por Basaglia. primero, porque ahora se estaría discutiendo la clínica y no sólo aquella practicada en manicomios, y segundo porque con certeza, los movimientos que operan sobre la inspiración basagliana cuidarán mucho más del protagonismo político de lo que esclarecerá sobre la nueva institución que estaban reinventando.

Centrar la acción clínica sobre el Sujeto está bien, mientras que este Sujeto sea un Sujeto concreto, no sólo marcado por una biografía singular, pero también, el propio cuerpo y su dinámica corporal estarán marcados por una singularidad: algún tipo de enfermedad, o del sufrimiento, o de la deficiencia relativa a la mayoría que lo circunda, en un contexto dado social específico. Colocar la enfermedad entre paréntesis es un ejercicio óptimo para quebrar la omnipotencia de los médicos, pero no siempre ayuda al enfermo. Evita que sufra iatrogenia, intervenciones exageradas, pero no, necesariamente mejora su relación con el mundo. ¿Cómo destacar al Sujeto y su integridad como ser humano, sus características esenciales que en el caso incluye también disturbios, sufrimientos, dolores, riesgos de muerte, enfermedad?

¿O cómo producir salud para aquellos Sujetos portadores de cualquier enfermedad sin considerar también la lucha contra esta enfermedad? Así, partiendo de Basaglia, creo es importante buscar una nueva dialéctica entre el Sujeto y la enfermedad. Ni la antidialéctica

positivista de la medicina que se queda con la enfermedad al descartarse cualquier reponsabilidad por la historia de los Sujetos, ni la revolución, en el otro extremo: la dolencia entre paréntesis, como si no existiera, cuando en verdad, ella está ahí, en el cuerpo, todo el tiempo haciendo barullo, anulando el silencio de los órganos. La enfermedad está ahí, dependiendo de los médicos, de la medicina y de la verdad, pero también independiente de la medicina: depende de la voluntad de vivir de las personas, con convicción, pero a su vez, independiente de la voluntad de los Sujetos. Está ahí, tan simple como el proceso humano de nacer, crecer, gastar la vida, agotarla y morir. Y sabiendo que las cosas no siempre ocurren en este orden exacto, cartesiano; colocar la enfermedad entre paréntesis, sí, pero únicamente para permitir la entrada en escena del paciente, del sujeto enfermo, pero, a renglón seguido, ahora en homenaje a Basaglia, sin descartar al enfermo y su contexto, volver a escudriñar a la dolencia del enfermo concreto, sino, ¿qué especificidad le corresponde a los servicios y los profesionales de la salud?

2. LA ENFERMEDAD TOTAL O LA ENFERMEDAD COMO PARTE DE LA VIDA HUMANA:

¿Clínica del sujeto? Sí, una clínica centrada en los Sujetos, en las personas reales, en su existencia concreta, inclusive al considerarse la enfermedad como parte de esta existencia. Sin embargo, la medicina no sólo trabaja con una ontologización de las enfermedades – las dolencias son el verdadero objeto del trabajo de la clínica – como termina aprehendiendo a las personas por sus enfermedades. Es como si la dolencia ocupara toda la personalidad, todo el cuerpo, todo el Ser del enfermo. Su paciente con nombre y apellido desaparecerá para dar lugar a un psicótico, a un hipertenso, un canceroso o a un quejoso múltiple cuando no se acierta de inmediato con algún diagnóstico. Se habla hasta de un arte psicopatológico para referirse a pinturas elaboradas por enfermos mentales, como si la enfermedad sustituyera a la mente, o al cerebro, la voluntad, todo el Ser del enfermo. Para la medicina la esencia del Sujeto estaría vaciada por la dolencia, la cual ocupará su lugar a posteriori.

Haciendo una analogía con el concepto de Institución Total de Goffman (1996) se podría hablar de Enfermedad Total. Para la medicina ocurrirá un apagarse de todas las otras dimensiones existenciales o sociales del enfermo, la dolencia lo recubrirá como una segunda piel, como una nueva identidad. Las personas dejarán de ser viejas, jóvenes, padres, madres, trabajadores, jubilados o desempleados, músicos o profesores, y todos serán enfermos de alguna cosa, de este modo poco importará pelear con la enfermedad como uno de los componentes de estas existencias concretas. Ni siquiera se cuestionan sobre como combinar una enfermedad determinada y el Ser concreto agredido, como combinar el enfrentamiento de una determinada enfermedad con la lucha contra el desempleo, el combate de una determinada enfermedad con el cumplimiento de las funciones maternas, o el cuidado y tratamiento de un determinado malestar con la conservación de algún bienestar o de algún placer.

Esta polémica tendrá que establecerse con la Clínica, sin lo cual nunca habrá una Clínica reformada y mucho menos ampliada. Una enfermedad perturba, transforma y hasta mata Sujetos; con todo, apenas por excepción liquida a todas las demás dimensiones de la existencia de cada uno. Así, hipertensiones arteriales similares, según los criterios clínicos tradicionales, tendrían consecuencias y gravedad distinta conforme sea el Sujeto y el Contexto en cuestión. La clínica se empobrece toda vez que ignora estas interrelaciones perdiendo, inclusive, la capacidad de resolver problemas estrictamente clínicos.

Se sugiere, por lo tanto, una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la

Clínica. De la enfermedad como objeto de conocimiento y de intervención, se pretende, también, incluir al Sujeto y su Contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la Clínica.

Mientras tanto, se tratará de una ampliación, no de un cambio. El objeto a ser estudiado, a partir del cual se desdoblará un Campo de Responsabilidades para la Clínica, será un complejo, una mezcla, resultante de una síntesis dialéctica entre el Sujeto y su Dolencia. Considerar a la enfermedad es mucho más importante porque influye inclusive en la definición sobre la que la clínica debiera investigar. En los casos de enfermedades o deficiencias crónicas, de larga duración, en general incurables, se debe pensar en la Clínica del Sujeto. En general estas personas están, casi siempre mucho más dependientes de algún tipo de apoyo técnico (medicación, hormonas, insulina, rehabilitación física, etc.), sujetas a variaciones de humor en virtud de sus enfermedades que los disminuyen en relación a la media de la especie o del contexto sociocultural (terapia individual, trabajo en grupo) y aun más expuestos a las dificultades del contexto y que se beneficiarán de programas sociales específicos (cooperativas de trabajo, apoyo educacional, viajes, viviendas colectivas, etc.). En fin, personas con cualquiera de estas características se beneficiarán de una Clínica reformulada y ampliada.

En esta relación entre enfermedad y Sujeto hay, por lo tanto, muchas posiciones posibles. Desde aquellas en la que la dolencia ocupa un gran espacio en la existencia del Sujeto, hasta otras en que la enfermedad es un riesgo en el agua, un evento transitorio y fugaz. Por otro lado, enfermedades semejantes del punto de vista de su clasificación pueden incidir de forma diferenciada conforme la historia y los recursos subjetivos y materiales de cada Sujeto. Los servicios de salud deberán operar con la suficiente plasticidad para dar cuenta de esta variedad.

En relación al tema: ¿existe más de una Clínica? O ¿qué es la Clínica? Hay sólo una Clínica, una Clínica sin adjetivos que la califique?

3. LA CLÍNICA Y SUS VARIACIONES DE FISONOMÍA:

La medicina imagina la existencia de una clínica única, de una clínica totalizadora: la Clínica científica y ética. Sin embargo, se trata de una pura declaración ideológica, tal vez asentada sobre la preocupación de vender la imagen de una institución racional y humana. En los principales manuales de Semiología ya se encuentra que la Clínica será ciencia y arte (Campos, 1992), una contradicción en los términos, ya que la ciencia se refiere a saberes, procedimientos normalizados y el arte a la invención o a la improvisación. Históricamente la institución médica va resolviendo este dilema al tratar de transformar la dolencia en objeto científico pasible de elaboraciones estructurales y por lo tanto, base de apoyo para una acción orientada de los profesionales, al mismo tiempo que imagina la relación médico- paciente, es decir, el trabajo con Sujetos concretos, como vinculada al campo del arte y, por consiguiente, de lo imprevisible: el espacio en que cada caso será diferente de los demás.

A pesar de la ideología, esta ideología existe y, por lo tanto, existe una Clínica clínica, por lo menos en cuanto sistema de referencia y, convengamos, algunos sistemas de referencia ejercen bastante influencia sobre la materialidad de las cosas y de los fenómenos. Y en el caso de la Medicina, opera en nombre de un sistema de referencia, al mismo tiempo, sólido en certezas y lleno de vacíos, al que se le tiene asegurado respetabilidad y longevidad. Por este motivo, se optó por trabajar con la idea de semblantes, de facetas o de los dobles de la Clínica. Existen, de hecho, en la práctica, un gran número de clínicas. No obstante, hay de hecho, proximidad entre ellas, pero también hay entre estas clínicas muchas diferencias entre sí. En este sentido, es importante considerar las tres caras principales de como la Clínica se presenta. Existe una Clínica Oficial (la Clínica clínica) una Clínica Degradada y otra Clínica del Sujeto.

La Clínica Degradada o Ampliada, obvio, siempre está en relación con aquella considerada Oficial. ¿Degradada por qué? Este concepto trata de reconocer qué contextos socioeconómicos específicos pueden ejercer una determinación tan absoluta sobre la práctica clínica que ésta tendrá su potencialidad disminuida para resolver problemas de salud. En este caso, lo degradado se refiere aquí a límites externos impuestos a la potencia de la Clínica clínica. Muchos críticos de la medicina se han valido de estas degradaciones que derivan de intereses económicos corporativos o de políticas de salud muy deficientes al criticar la Clínica como institución (Illich, 1975). Este expediente les ha simplificado la tarea, generando, no obstante, bastante confusión. Cuando una empresa médica dificulta el libre albedrío de los médicos o les impone restricciones, independiente de la gravedad de cada caso, la baja eficacia de las prácticas no pueden ser atribuidas a la clínica en sí, sino a esa clínica degradada por aquellas condiciones específicas. Otro ejemplo, el modelo de Atención de Emergencia que es practicado en millares de instituciones públicas y que fue brillantemente criticado por Ricardo Bruno, al que él denominó como un sistema de trabajo queja-conducta (Gonçalves, 1994). Pero, este estilo de trabajo viola principios básicos de los propios manuales de la Clínica Oficial; la degradación existente resulta de una mezcla de una política de salud inadecuada con un comportamiento alienado de los médicos que la practican, al atender los casos de una manera reglada, casi independiente de la gravedad y de las necesidades de cada uno de sus pacientes.

Por lo tanto, hay una Clínica Degradada por intereses económicos o por desequilibrios muy pronunciados de poder. Cada vez que la racionalidad estrictamente clínica es atravesada por otras racionalidades del tipo instrumental o estratégicas, hay una degradación de su potencialidad teórica y se pierde la oportunidad de resolver problemas de salud.

No es que se esté imaginando una situación ideal en que la racionalidad clínica pudiese generarse en forma pura. Esto sería idealismo, sería el no reconocer el concepto de práctica social que afirma que toda acción de salud es una práctica siempre sometida a determinantes sociales, políticos y económicos. Sin embargo, las organizaciones de salud pueden crear ambientes y situaciones más o menos protegidas de todas estas determinaciones. Instituciones más o menos permeables a estas múltiples fuerzas e intereses en juego. Existen servicios de salud que subordinan todas estas otras lógicas a la de producción de salud; siempre procuran asegurar preeminencia al interés del paciente. No es que esta postura sea siempre vencedora, lo que se está reconociendo aquí es la existencia de organizaciones en que el interés económico aparece antes que el del paciente, en que la lógica política y del poder se sobreponen a la razón de la cura o rehabilitación de las personas. Esto produce una Clínica degradada.

No obstante, la Clínica Oficial (Clínica clínica) es también bastante limitada. Y estos límites, al contrario de aquello divulgado por la ideología médica, no resultan sólo de los aspectos oscuros -desconocidos- de los procesos salud-enfermedad. Un gran número de autores demuestra sus limitaciones ontológicas, sus debilidades de constitución (Foucault, 1980; Canguilhem, 1982). Es verdad que la Medicina siempre los ignoró. Recientemente, con la crisis de costos y eficacia, sin ninguna referencia a estos criterios originales, se constatan algunas aperturas entre ciertos epígonos de la Institución Médica. Las Facultades de Medicina, por ejemplo, admiten rever su modelo pedagógico. De cualquier manera, se ha producido una copiosa literatura criticando la Medicina Oficial. Se puede inclusive afirmar que en las últimas tres décadas una parte importante de investigaciones en Salud Colectiva tuvo como objeto el estudio crítico de las prácticas médicas. Se demostró que la medicina opera con un objeto de estudio y de trabajo reducido lo que traería implicaciones negativas tanto para su campo de saberes como para sus métodos y técnicas de intervención (Camargo, 1990). Además de eso se podría constatar en la actualidad que este reduccionismo autorizará a la Clínica Oficial a

desresponsabilizarse por la integralidad de los Sujetos. Asimismo, la Clínica sólo se responsabiliza por la enfermedad, nunca por la persona que está enferma.

Este objeto de estudio y de intervención estará reducido en múltiples dimensiones: por un lado, un enfoque desequilibrado hacia el lado biológico, al olvidarse de las dimensiones subjetivas y sociales de las personas. Lo que acarreará que los saberes y prácticas estén marcados por el mecanicismo y la unilateralidad en el enfoque. Por otro lado, se aborda más a la enfermedad que al individuo; aun cuando éste sea considerado, se piensa en un individuo fragmentado, un ser compuesto de partes que sólo en teoría guardarían alguna noción de interdependencia. Este reduccionismo tiene innumerables consecuencias negativas: el abordaje terapéutico volcado de manera excesiva a la noción de cura –con frecuencia confundida con la simple eliminación de los síntomas y, en el mejor de los casos, con la corrección de lesiones anatómicas y funcionales– dejando en segundo plano tanto las posibilidades de promoción de la salud o de prevención y hasta también aquellas de rehabilitación. Además de eso, este objeto reducido autorizará la multiplicación de especialidades que terminará por fragmentar, a un nivel insostenible, el proceso de trabajo en salud. En consecuencia se viene reduciendo la capacidad operacional de cada Clínico estableciéndose una cadena de dependencia casi imposible de ser integrada en proyectos terapéuticos coherentes.

Todo este sistema viene produciendo relaciones bastantes paradójicas con la sociedad. En cierta medida la Medicina nunca perdió la capacidad de ejercer control social sobre la mayoría de las personas, su papel de árbitro y su discurso competente sobre temas ligados a la vida continúan vigentes. Sin embargo, se percibe en el trabajo cotidiano un grado cada vez mayor de alienación de sus agentes en relación con los sujetos concretos que dependen de sus cuidados. Alienación, alejamiento, desinterés, fijación en procedimientos técnicos normatizados, dificultad para escuchar quejas, imposibilidad de comunicar cualquier cosa, además de la secuencia automática de procedimientos y, sin embargo, tiene gran capacidad de influenciar al imaginario social. Tal vez por la articulación de la Clínica con el Medio y con el Complejo Médico-industrial, tal vez por la función social de los adversarios de la muerte y del sufrimiento, tal vez por la capacidad de resolver un serio problema de salud y de aliviar muchos sufrimientos que la Clínica misma, aunque degrada, conserva todavía; por todo esto, la Clínica sigue siendo una institución importante e influyente. Un espacio donde las personas invierten afectos y esperanzas, donde aun se producen valores de uso e, inevitablemente, se disputa poder, y muchas veces se transforman valores de uso en puros valores de cambio, interés económico, realización de plusvalía para los otros, casi nunca de los enfermos.

Pues bien, ¿y la Clínica del Sujeto? Ampliada y revisada, revisitada. De esto trata este trabajo. Con todo, ella tendrá que enfrentar y derrotar estos principios, nuestras críticas que la Clínica Oficial no ha conseguido ni siquiera analizar y mucho menos resolver. ¿Cómo criticar la fragmentación que se origina de la especialización progresiva sin caer en un oscurantismo simplista? Un oscurantismo que niega el desarrollo progresivo de los saberes y de las tecnologías. Habrá que enfrentarse a ese desafío y no sólo ayudándose del lugar común postmoderno de la transdisciplinariedad. Los conceptos de Campo y Núcleo de saberes y de responsabilidades intentarán operar esta difícil travesía. Después habrá que articularlos a las nociones de Equipo (Clínico) de referencia –organización vertical del proceso de trabajo organización basada en el Campo, espacio de una clínica ampliada– con aquella de Apoyo Especializado Matricial- organización horizontal del proceso de trabajo, en donde se intenta combinar especialización con interdisciplinariedad, especialistas apoyando el trabajo del Clínico de Referencia conforme el Proyecto Terapéutico coordinado por la referencia adecuada, pero elaborado en permanente negociación con el Equipo involucrado en la atención matricial.

Además de esto, habrá que superar la alienación y la fragmentación y el tecnicismo biologicista, al centrarse en el eje de la reconstitución del Vínculo entre Clínico de Referencia y sus pacientes. Habrá que superar la fragmentación entre la biología, subjetividad y sociabilidad trabajándose con los Proyectos Terapéuticos amplios, que expliciten objetivos y técnicas de acción profesional y que se reconozca un papel activo para el ex paciente, para el enfermo en lucha y en defensa de su salud, en general, interrelacionado con la salud de los otros. Es una crítica que se pretende dialéctica que la Clínica clínica está obligada a deconstruir reconstruyendo alternativas concretas de saberes y de praxis: una clínica reformulada y ampliada.

4. ENTRE LA ONTOLOGÍA DE LA DOLENCIA Y LA FENOMENOLOGÍA DEL SUJETO ENFERMO: (UNA PRIMERA AMPLIACIÓN DEL OBJETO DE TRABAJO DE LA CLÍNICA)

El objeto de la Clínica del Sujeto incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto. No hay como ignorar la enfermedad, sino no sería Clínica sino sociología o filosofía existencial. Y no hay como abordar la dolencia sin encuadrarla dentro de una cierta ontología. La dolencia existe y no existe, antes de Weber la clínica ya operaba, en la práctica con un concepto muy semejante al de tipo-ideal. Una abstracción concreta: la dolencia. Un Ser inanimado pero dotado de animación externa. Un Ser probable, aunque inexistente en la práctica. Una regularidad que nunca se repite exactamente igual. Entonces, ¿porqué se los considera a estos patrones teóricos? Porque dentro de la ontología existe todo un mundo de certezas que infunde seguridad a los Sujetos Operadores, a los agentes de salud. Tratar la enfermedad como un ser con identidad propia es la base que autoriza a un profesional de salud a intervenir en casos concretos. El problema ocurre cuando este Ser de la Dolencia sustituye completamente al Ser que realmente es y se pierde la capacidad de que se opere con la singularidad de cada caso. No obstante, saber sobre la hipertensión en general ayuda bastante, como conocer desdoblamientos genéricos sobre el proceso de gestación considerado normal, también ayuda mucho. Y aun que se sepa de esta supuesta anormalidad inexistente, conocer sobre el tipo de gestación ideal, ayuda. Ayuda, pero confunde también, perturba porque en nombre de esta abstracción se autorizan intervenciones impropias, intervenciones que desconocen la variabilidad posible de lo singular.

Todo saber tiende a producir una cierta ontología de su objeto, a transformar el objeto de análisis en un Ser con vida propia. La política procede así con el Estado, los estados se transforman en Sujetos, casi con independencia de los seres concretos que los operan. La medicina se transformó a si misma en un ser dotado de vida propia, con desarrollo, enfermedades y capacidad de autocorrección. Todo normatizado, toda programación y toda planificación implican una de suposición un mundo sujeto a reglas. Un mundo en que las dolencias serán una misma en cada una de sus múltiples manifestaciones, un mundo en que estas variaciones jamás destruirán la identidad de la enfermedad, o del problema institucional o social enfrentado por estas formas de praxis. En resumen, aprender sobre una praxis presupone suponer casos que se repetirán de manera más o menos iguales. De la ontología a la ortodoxia, sin embargo, hay apenas un paso. Sobre estas supuestas verdades, en general se organiza todo un sistema de poder, una jerarquía de guardianes, de fieles defensores de la identidad de la ontología contra la variación de la vida. Mientras tanto, tratados sobre la dolencia o sobre la fisiología del patrón de los seres humanos ayuda a la clínica. Más que ayudar, la torna posible.

El desafío estará en pasar de este campo de certezas, de regularidades más o menos

seguras, al campo de la imprevisibilidad radical de la vida cotidiana. Situación y estructura. El saber seguro y preso de las estructuras, o lo imprevisible caótico de las situaciones siempre diferentes. ¿Cómo realizar este trayecto con seguridad? Una primera respuesta: el reconocimiento explícito de los límites de cualquier saber estructurado ya constituye una primera solución pues obligará a todos los especialistas a reconsiderar sus saberes cuando se encuentre delante de cualquier caso concreto. Siempre.

No obstante, queda la pregunta: ¿cómo realizar este trayecto de lo general a lo particular con un poco más de seguridad que aquel, por ejemplo, exigido al artista? ¿La Clínica como arte? Pero la vida de una persona no es un montón de arcilla o de piedra que se pueda sacar afuera en el caso que la intuición del artista no estuviera funcionando. Por esto es muy importante conocer aspectos genéricos de los procesos salud-enfermedad-atención. Por esto es importante aprender la variación, por esto es importante saber escuchar, y más aun, saber también indagar el caso singular. Y decidir, pero decidir ponderando, escuchando a otros profesionales, exponiendo incertidumbres, compartiendo dudas. Por esto la Clínica del Sujeto demanda trabajo en equipo y un hacer comunicativo. Habermas y la Clínica. La arrogancia de un sabio que conoce casi toda la historia de un Ser inexistente puede confundir más que ayudar. No obstante, se tiene que conocer lo relacionado con las normas posibles.

Es necesario hacer notar como esta exigencia básica de la práctica clínica es antagónica a la tendencia contemporánea de realizar una clínica sin riesgos de fracasos. Presionados por los sucesivos procesos de mala praxis, empresas y profesionales de salud, particularmente en EUA, actúan sólo en situaciones en que el riesgo de fracaso es muy pequeño. En el fondo, todos pierden en este nuevo círculo vicioso. La tendencia medicalizante e intervencionista sustituida por postura prescindente. De un extremo a otro, sin mediaciones más provechosas.

En este sentido, las organizaciones de salud, inclusive para asegurar el ejercicio de una clínica de calidad, estarán obligadas a adoptar una cultura de comunicación. El primer paso es quebrar la arrogancia pétrea de la Medicina, con sus doctores y sus protocolos, que serán bienvenidos desde que hubiera un espacio para que se dude de ellos, para que los Equipos actúen apoyados en ellos pero dudando de ellos. La Gestión Colegiada y la división de los servicios de salud en Unidades de Producción compuestas por Equipos multiprofesionales crean condiciones institucionales favorables para el intercambio de información y la Construcción colectiva de los proyectos terapéuticos. Construcción colectiva, por consiguiente se evita de esa manera se diluyan responsabilidades y la omisión delante de lo desconocido o frente a lo imprevisible.

BIBLIOGRAFÍA

- Amarante, P. 1996. O homem e a serpente. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- Basaglia, F. et al., 1985. La instituição Negada. Tradução de Heloísa Jahn. Editora Graal, Rio de Janeiro.
- Campos G., W.S. 1992. Reforma da reforma: Repensando a saúde. Editora Hucitec, Rio de Janeiro.
- Camargo, J. 1990, (Ir)racionalidad Médica: os paradoxos da clínica. Dissertação de mestrado Instituto de Medicina -Social da Universidade Federal Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Canguilhem, G.1982. O Normal e o patológico. Editora Forense, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. 1980. O nascimento da Clínica. Editora Forense Universitaria. Rio de Janeiro.
- Goffman, E. 1996. Manicômios, prisões e conventos. Tradução de Dante Leite. Editora Perspectiva. São Paulo.
- Gramsci, Antonio. 1978. Concepção dialética da história. Tradução de Carlos Nelson Coutinho.

Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.

Illich, I.1975. A expropiação da saúde: gênese da Medicina. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro.

Mendes-Gonçalves, R.B. 1994. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Editora Hucitec, São Paulo.

Sartre, J:P: 1963. Crítica de la razón dialéctica. Editorial Losada, Buenos Aires.