

La formación de un equipo de orientación sistémica en la institución

The organization of institutional systemic work crew

«Jamás nada es, siempre deviene: en esto coinciden todos los sabios —excepto Parménides—, en serie Protágoras, Heráclito, Empédocles.»

Platón, «Teeteto» (1)

«Es sabio convernir en que todas las cosas son una, dice Heráclito; y de que todos ignoran esto y no convienen en ello se lamenta de este modo: "no entienden cómo, al diverger, se converge consigo mismo: armonía propia del tender en direcciones opuestas, como la del arco y de la lira".»

Hipólito, «Refutatio omnium haeresium» (1)

«Si uno intenta comprender cómo y por qué se puede constituir un grupo, uno se percata de que la similitud de frentes o la afirmación de objetivos compartidos son mucho menos decisivas que la existencia de una baza común que se pueda utilizar (la oportunidad) y la posesión de una capacidad suficiente de interacción, o si se quiere de cooperación, que permita el desarrollo de una acción común, la utilización, por tanto, de la oportunidad presente.»

Crozier, Friedberg, «L'acteur et le system» (2)

Ricardo F. TAPIA VILLAAMIL *

RESUMEN

Se describen las circunstancias que atraviesa un grupo de profesionales de la salud mental trabajando en un centro institucional comunitario, y cómo su libertad de acción, condicionada a no perder en cada una de las jugadas que se plantean en cada momento y frente a otros jugadores con los que se encuentra en relación, le lleva a una organización del trabajo singular.

Este ordenamiento está basado en un modelo sistémico, centrado en lo relacional, lo que se deduce de la historia del grupo humano que lo crea, pero también de la naturaleza de la tarea a la que se dedica. Finalmente se da cuenta de esta organización y de su funcionalidad, dado que es un producto de participantes diversos, libres y nunca pasivos o maleables.

SUMMARY

This article deals with the study of the different circumstances that a group of professional mental health workers goes through, working the context of a community institution. The article depicts working within the context of a community institution. The article depicts how the liberty of action of this group is limited, or constrained, by the relationship with other players it deals with, as well as by the general rule of «winning the game». This interrelationship traduces itself into a very distinct work organization. lational aspects gain preponderance), derived logically from the history of the human group that created it, but also due to the task

I. OBERTURA

En un principio pensé que el relatarles el proceso de constitución de un equipo era una tarea que debía realizarse desde una perspectiva objetiva y que implicaba tomar una cierta distancia (sea espacial, sea temporal) respecto de dicho conjunto. Este fue un primer obstáculo que paralizó mi intento, puesto que no podía eludir el ser parte del sistema mismo a describir, y necesitaba, de algún modo, estar siquie-

(*) Psiquiatra. C.P.S. Carabanchel.

ra en comunicación con éste para poder disponer de las informaciones pertinentes que me permitirían relatar los hechos. Edgar MORIN me ayudó a trascender este dilema de la visión mecanicista clásica y a aceptar que mi trabajo sería, inevitablemente, un mapa trazado desde el suelo, en el que el cartógrafo no deja de

pertener a lo cartografiado. «El mapa no es el territorio y el nombre no es la cosa nombrada» (A. KORZYBSKI)¹. Así pues, las líneas que yo pueda esbozar en esta breve exposición no dejan de ser una aproximación contingente, ni la única ni la mejor posible, a lo que en verdad fue la formación de un Equipo de Salud Mental (ESM) en el C.P.S. de Carabanchel. Por otro lado, estas páginas pretenden plasmar, en un instante, lo que en realidad es un proceso de formación, deformación, re-formación de un grupo humano, entendido éste como un sistema que evoluciona en el tiempo, abierto a distintos contextos significativos sobre los que influye y que influyen igualmente sobre él. Ello conlleva que su organización sea una característica dinámica que va estrechamente ligada y empujada a un curso simultáneamente desorganizativo, el que, por su parte, sustenta y genera dicha organización (MORIN, '77) (4). Podemos así hacernos una idea de la complejidad de este objeto de análisis, y de lo arbitrario de una delimitación cualquiera que implica su elección.

II. UNA DOBLE CONSTRICCIÓN: TEMPORAL Y ESPACIAL

Mi llegada al Centro, a comienzos del año '84, se dio en unas circunstancias

upon which the interventions are based. Finally the organizational as well as functional aspects of the setting are discussed, understanding this aspects as the outcome of the interrelationship of various participants, who are by definition free, distinct and above all never passive or maleable.

PALABRAS CLAVE

Modelo sistémico. Equipos institucionales. Proceso salud-enfermedad. Análisis de demanda. Segunda línea de atención.

KEY WORDS

Systemic model. Institutional work crew. Health-disease process. Demand analysis. Second line care.

particulares, de las que voy a destacar algunos aspectos en círculos concéntricos de los más amplios a los más reducidos.

Desde el punto de vista socio-político lo más señalado era la inexistencia aún de una Ley General de Sanidad, encontrándose entonces en discusión el que llamaremos ilustrativamente borrador n-1 de la misma. Esta situación permitía un amplio margen de incertidumbre, estando en juego entre otros puntos discutidos: la libre elección de médico y su corolario de una territorialización efectiva, y las que serían futuras competencias sanitarias de la Administración Local.

En el nivel institucional, el INSALUD era el organismo que disponía de los servicios de atención a la Salud Mental (SM) de mayor solera. Su producción a gran escala le permitía una libertad de mercado sin competencia en lo público, resultando de aquí ya caldos añejos, ya otros más agrios, cuya calidad no vamos a catar. El caso es que su macroestructura le dejaba una relativa independencia con abandono del campo, libre para que otras instituciones se disputasen responsabilidades asistenciales que a él no le tocaban o no tocaba.

De este círculo descriptivo cabe remarcar que las recientes elecciones locales del '83 habían parido una nueva entidad, la Comunidad Autónoma de Madrid (CA), que daba sus primeros pasos. Su Consejería de Salud y Bienestar Social contó desde un primer momento con la transferencia de los recursos de la Diputación

¹ Citado por BATESON (3).

Provincial, que eran principalmente hospitalarios: el macromausoleo de D. Camilo Alonso Vega y el Hospital Provincial, actuales Hospital Psiquiátrico de Madrid y H. General Gregorio Marañón. En el seno de dicha Consejería se había elaborado un mapa zonificado de la CA, pero las posibilidades de ir construyendo una red asistencial comunitaria estaban reducidas al campo de la SM. La reorganización del hospital psiquiátrico y la reconversión de recursos humanos centrales en periféricos permitía ir poblando muy lentamente algunas de las áreas y no otras. Estos pormenores hacían que la CA estuviera más interesada en los recursos de SM del Ayuntamiento, y particularmente en unas áreas determinadas y no en todas.

El Ayuntamiento de Madrid administraba unos servicios sanitarios asistenciales amparado en las leyes de Régimen Local del '55 y de Bases de la Sanidad Nacional del '44, la que atribuye a los municipios la participación en la gestión de los servicios de atención primaria (5). Dentro de este marco legal dicho organismo desempeñaba de antiguo unas prestaciones asistenciales bifrontes. Unas constituidas por Casas de Socorro que atendían urgencias y dirigidas a todo el vecindario de la Villa, por tanto, no regionalizadas; otras que tenían como objeto la población desfavorecida de la Beneficencia y que se encontraban parcialmente sectorizadas en cuanto que los médicos generales cuidaban de los usuarios de su distrito, no así los especialistas. Estos servicios estaban cubiertos con personal funcionario de edad media y de formación médico-asistencial, trabajando una gran mayoría en otros puestos de la administración sanitaria pública.

El arribo a las corporaciones locales de las fuerzas políticas de izquierda (PSOE-PCE) en el seno de un gobierno central de tinte conservador (UCD), determinó la creación por aquéllas de unos nuevos servicios, marginales y paralelos a la atención general dispensada por el INSALUD, que pretendían ser una alternativa a la oferta clásica de este instituto (SUÁREZ,

ROJERO, '86) (6). Ello hizo que se cargaran las tintas en los aspectos preventivos sobre los curativos y que se integraran equipos donde la proporción de profesionales era desigual, de acuerdo a las prestaciones que tenían una mayor demanda social insatisfecha: planificación familiar y SM (dos ginecólogos, dos matronas y dos psicólogos, dos psiquiatras, frente a un pediatra, un ATS, un asistente social y un recepcionista). Según el Documento Base de los CPS del Ayuntamiento de Madrid², éstos son definidos como: «Centros sanitarios situados en el primer nivel de asistencia, de dependencia y administración municipal, que prestan servicio a toda la población del distrito en el que están ubicados, con carácter gratuito. Su actividad fundamental es de carácter preventivo y de promoción de la salud, realizando acciones sanitarias tendentes a impedir la producción de la enfermedad e introduciendo en la comunidad actividades tendentes a mejorar su calidad de vida. No abarcan en este campo todas las actividades posibles, sino aquellas que son consideradas prioritarias según los recursos de que se dispone y según los problemas de salud prioritarios del distrito». Con esta ideología vieron la luz los CPS en julio de 1980, adosados administrativamente a los servicios preexistentes y sin conexión con ellos. Sus plazas se cubrieron por medio de contratos eventuales hipotecadas a una futura oposición al cuerpo de funcionarios de la Sanidad Municipal. El personal resultante era un contingente de jóvenes profesionales con mayor o menor grado de compromiso político o al menos talante progresista, procedentes algunos de una emigración, si no obligada sí propiciada, que les deparara una experiencia en SM comunitaria. Para la gran mayoría, sin embargo, ésta iba a ser su primera ocupación tras acabar la especialidad. Dentro del terreno específico de la SM resultaba una innovación la contratación paritaria en número y condiciones de psicólogos y psiquiatras, lo que facilitaba

² No publicado. Junio '81.

una concepción menos medicalizada de este campo. La sectorización que determinaban los CPS hacía posible que los facultativos se responsabilizaran de la salud de la población en un distrito concreto concebida en su contexto. El trabajo de naturaleza interdisciplinaria intentaba una consideración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del proceso salud enfermedad, si bien la simple yuxtaposición de profesionales competentes en los distintos enfoques no conseguía su funcionamiento organizado como un todo (ROJERO y cols., '86) (7).

Ya en el ámbito más restringido del mismo CPS, el equipo del Centro, formado por un total de 14 empleados (entre personal sanitario y auxiliar) y un coordinador o director, se encontraba a comienzos del '84 aún conmocionado por los efectos de una crisis interna. Disparemos modos de entender el arbitrio de la participación ciudadana habían enfrentado al subequipo de SM y un anterior coordinador con sus superiores en la Concejalía de Sanidad, entonces a cargo del PCE. Por otro lado, la vocación asistencial y no meramente de promoción de salud que profesaban los miembros del ESM, apoyada en el sobredimensionamiento relativo frente al número de otros profesionales en el Centro, llevó a aquéllos a proponerse una responsabilidad asistencial directa y a defender desde el inicio frente a otros psicólogos y psiquiatras de los demás CPS la necesidad de un programa específico de SM, no subsidiario de los programas preventivos sanitarios de Planificación Familiar y Salud Parento-Infantil. Esta toma de posición había conducido al ESM a una solución de compromiso, por la que se hacía cargo del cuidado de toda la población infantil de Carabanchel, ya que ello encajaba mejor dentro de la ideología preventivista imperante. Pero una responsabilidad asistencial sobre un distrito que contaba entonces con una población de jóvenes menores de 15 años de alrededor de 82.000 (8) hubiera resultado papel mojado, y así se decidió reducir este servicio a algunos barrios que se conside-

aban de mayor riesgo psicosocial. Las Asociaciones de Vecinos (AA.VV.) de los barrios no seleccionados no estuvieron de acuerdo y, aunque los profesionales comenzaron unas reuniones de coordinación voluntaristas para optimizar los recursos del área en SM infantil, ésto no frenó las demandas de aquéllas a los responsables políticos en el Ayuntamiento.

Desde las primeras sesiones de acomodación con los integrantes de servicios de dependencia institucional diversa, se consideró prioritario un primer acuerdo en la recogida de información que pudiera homologar las intervenciones realizadas por los distintos equipos. Para diseñar una ficha unificada, no obstante no existir en aquel momento ningún servicio que dependiera orgánicamente de la CA, el hecho de estar en elaboración la ficha del INSAM (CA) hizo que se decidiera adoptar inicialmente este modelo y, por tanto, tomar contacto con dicho organismo, entonces en manos del PSOE. La indefinición en cuanto a futuras competencias en Administración Local y el reparto institucional por partidos del momento desencadenó una amplificación de la desviación (MARUYAMA, '63) (9) entre el CPS y la Concejalía de Sanidad, que se saldó con la recesión del contrato del coordinador y el prudente retorno del pseudópodo herido por parte del ESM. Hete aquí que la retroacción a la alianza más o menos abierta, más o menos intencionada, azarosa o casual con otra institución por una confluencia de objetivos en la ideología sanitaria, había obligado a una retirada provisional a la retaguardia del trabajo clínico, pero había dejado una latente definición del ESM de Carabanchel de aspiración y apuesta por la integración en una futura red sanitaria única, dependiente de la CA de Madrid. Como pretende GOFFMAN ('61) (10), la identidad de un individuo, su yo, la personalidad de un grupo humano, no es tanto una cualidad intrínseca e inherente al sujeto, sino que le viene en gran medida dada por el contexto, y por cómo los otros le ven, la imagen que le devuelven de sí mismo.

El contacto con las AA.VV. murió «manu militari», y con él la posibilidad de una retroalimentación directa por los usuarios sobre el proceso organizativo en curso. Pero los encuentros profesionales continuaron hasta la fecha, llegándose a confeccionar una ficha común para todos, mas no la del INSAM por ser en exceso compleja y voluminosa, no respondiendo a las necesidades concretas planteadas. Se logró en estas reuniones arbitrar un sistema distinto al inicial, por el que el ESM pasaba a ocupar una segunda línea de atención y recortaba su población a los niños menores de siete años del distrito entero. Con todo, se había logrado una cierta racionalidad interna en el trabajo. El servicio se había restringido a la circunscripción municipal de Carabanchel, las historias clínicas se habían unificado en un modelo familiar para todos los programas (Planificación Familiar, Salud Parento-Infantil, SM), y se había conseguido una coordinación incipiente con los profesionales de otras instituciones públicas del área. Al fin y a la postre se sentaban las bases para una atención integrada de lo biopsicosocial, así como integral, cuanto que no todos los trabajadores del distrito tenían competencias exclusivamente preventivas como se pretendía para los CPS.

Cuando aterricé en Carabanchel acababa de finalizar mi formación como especialista en un hospital, donde con mis maestros y compañeros formaba parte de un grupo epistemológicamente homogéneo, que seguía el modelo psicoanalítico. Mis conocimientos sobre el trabajo comunitario se reducían a un mínimo de lecturas, y creo que me había llegado a fabricar una idea del quehacer del psiquiatra en este terreno no muy distinta del de un relaciones públicas sociosanitario. Diría que naufragué de pronto en la playa de Itaca como un navegante confundido que precisa de un disfraz para ir reconociendo el suelo bajo sus pies, al tiempo que no era plenamente ratificado como colega competente en ese reino. No sin razón el equipo del Centro veía con recelo engrosarse

con un nuevo miembro al grupo «psi» que resultara tan controvertido. Yo conocía el idioma que se hablaba, pero necesitaba de un lapso para poder decidir mi estrategia, tanto en un plano relacional como de contenidos de trabajo. Tengo que decir que, por parte del ESM, encontré apoyo en el primero y respeto en el segundo. Aquél era, en definitiva, un medio nuevo del que me impresionaban continuas informaciones: los profesionales (sanitarios y sociales) me hablaban y me preguntaban sobre los pacientes; los familiares de éstos entraban en contacto conmigo o con otras personas del Centro y traían secretitos (por no decir bombas: «yo le pongo medicación a mi hijo», al médico de cabecera, o «doctora, que no se enteren de que estoy embarazada», a la ginecóloga), los cuales no podía ni dejar de oír, ni pretender olvidar una vez conocidos. Entonces me hubiera gustado poder desmentir la clásica imposibilidad de no comunicar de WATZLAWICK ('67) (11). Por otro lado, la necesidad de compartir los escollos de la atención a los usuarios con los miembros del ESM en calidad de supervisión, además de comportar una nueva fuente de datos sobre el caso en cuestión que ya tenían en su poder los supuestos supervisores, entrañaba la dificultad de un modelo teórico de referencia distinto entre ellos y yo. Tenía que afrontar todos esos mensajes procedentes de orígenes diversos que se entrelazaban de modo no lineal, y, por tanto, clasificarlos jerarquizadamente. El tipo de problemas que presentaba en particular la población de la Beneficencia Municipal era poco diferenciado en cuanto a su naturaleza biológica, psíquica o social, muchas veces no circunscrito a un único individuo de la unidad familiar, y en la mayoría de los casos su planteamiento al ESM era más la consecuencia de una inquietud por parte del profesional que le había atendido, que una demanda a SM del usuario mismo. Como se ve, el trabajo para mí era complejo, y requería una conceptualización que permitiera la elaboración de informaciones múltiples y de calidad variopinta.

Pero en aquel contexto relacional no precisamente fluido entre compañeros, se revelaba en especial la importancia de las comunicaciones que conciernen a la relación entre informante e informado. Corolario natural de esta focalización en los aspectos relacionales sería el interés por el vínculo entre el que informa y aquel del que se informa. Estas condiciones, tanto como las de índole práctico que facilitarían mi inclusión en un equipo epistemológicamente homogéneo con el que pudiera compatir la tarea asistencial cotidiana, me ayudaron a decidirme en unos cuantos meses por una comprensión sistémica del trabajo. De esta suerte me incorporé con un corto desfase al ciclo de formación ya iniciado por mis compañeros. «Compartir el mismo modelo teórico es una condición relacional indispensable para poder pensar en un trabajo en equipo eficaz dentro del campo de la "enfermedad mental". Quizá tal homogeneidad no sea necesaria en otros contextos, pero en nuestro ámbito, a causa de la particular contingencia histórico-cultural por la que atravesamos, las oposiciones entre las diversas escuelas y los distintos modelos fomentan dentro de los equipos determinados antagonismos simétricos que comprometen la posibilidad de cooperación» (COVINI y cols., '84) (12). El que otros centros de la misma red asistencial se conformen de acuerdo a un modelo teórico psicológico diferente, no haría sino retar la capacidad creativa de los equipos homogéneos concurrentes para redefinir intervenciones anteriores y posteriores a la propia. Este recuadramiento debe tener siempre presente que aquéllas puedan ser incluidas dentro del proceso terapéutico global (todos los colaboradores deben ser complementarios con la tarea del cambio), evitando en cualquier momento la descalificación de otras actuaciones terapéuticas de orientación diferente. Ello con mayor motivo cuando las características de la red determinen un uso obligado de los dispares servicios.

Durante el año '84 se dieron una serie de cambios que estabilizaron al conjunto

del CPS y permitieron un enfoque unísono y a largo plazo de la tarea:

- La Concejalía de Sanidad pasó a manos del PSOE, lo que dio lugar a la restitución en su puesto del antiguo coordinador.

- Los distintos profesionales superaron con éxito el rito de paso de nuestra sacrosanta oposición y pasaron a una nueva relación de carácter funcional con el Ayuntamiento. Estabilidad que disfrutaban ya los colegas que cubrían los servicios de urgencias y de atención a la Beneficencia desde hacía tiempo.

- Estas dos circunstancias motivaron una nueva redistribución del personal entre los centros, tanto por el acceso de nuevas personas que se incorporaban a la institución tras aprobar el concurso (siendo cancelado el contrato de otras), como por la hégira de elementos de Carabanchel que no aceptaron la vuelta del antiguo responsable depuesto.

- La nueva gestión de la Concejalía decidió la inclusión de los servicios sanitarios de la Beneficencia dentro de los CPS, bajo la administración de los coordinadores, disponiendo así que la atención global de esta población se subordinara a una sola cabeza.

- Los miembros del ESM optaron por la conceptualización sistémica y empezaron, junto con el director, la formación como terapeutas de familia, con una persona del mismo equipo que impartía tales conocimientos en el exterior.

Durante un tiempo la autoridad del rehabilitado jefe se vio fuertemente contestada, al confluir de un lado los opositores de los viejos conflictos, y, de otro, los facultativos funcionarios que llegaron de los servicios de Beneficencia. Estos se hallaban recelosos de la ocupación «elitista» de los CPS y detentaban un «status» de estabilidad administrativa más firme que el del propio director, hasta tanto no confirmara su puesto por oposición. Así, la común epistemología sistémica entre el ESM y el coordinador y la presencia de

éste en las reuniones clínicas de SM (único subequipo que las realizaba entonces de modo regular), hicieron que aquellos cambios que se intentaran introducir, bajo esta nueva visión, en el trabajo conjunto con el resto de los profesionales del Centro y con los usuarios, fueran también duramente resistentes por algunos compañeros del CPS.

«Epistemología: ¿Es cognoscible el conocimiento?

De no ser así, ¿cómo podemos saberlo?»

Boletín de Cursos de Primavera,
Woody ALLEN (13)

«Si no se espera lo inesperado no se lo hallará,
dado lo inhallable y difícil de acceder
que es.»

Stromateis,
Clemente de ALEJANDRÍA (1)

III. UN MODELO PARA UNA VISION GLOBAL

La naturaleza del trabajo comunitario en SM hace atribuir a CAPLAN una consideración principal a un enfoque amplio, por cuanto, «no sólo las estructuras de conducta del enfermo mental son parte de un sistema de respuestas ecológicas de una población en interacción con el medio, sino que nuestras propias actividades como psiquiatras preventivos también constituyen una faceta del sistema total de seguridad comunitaria. Es necesario tener cuidado de no erigir límites que fragmenten artificialmente el campo, y lleven a una reducción del libre flujo de informaciones entre las diferentes disciplinas y profesiones, con respecto al problema total que enfrentamos en conjunto como grupo comunitario organizado» (CAPLAN, '63) (14). Por otro lado el mismo trabajo preventivo «en el dominio de la SM supone una concepción etiopatogénica de los trastornos psíquicos en la que se

acuerda especial importancia a los acontecimientos ambientales, interaccionales familiares y sociales (ROJERO, SUÁREZ, '80) (15). Ya el concepto de intervención en sí del modelo sistémico posibilita la integralidad de una acción preventiva y curativa simultáneas, porque la atención a sistemas interactivos en particular hace que el profesional tome contacto, tanto con los pacientes designados como con su contexto significativo, sobre el que cabe suponer un resultado de esclarecimiento y responsabilizador por la propia salud.

Pero no sólo la esencia del desempeño comunitario, sino también la historia peculiar del ESM desembocaba de modo natural en un modelo sistémico. El equipo habíase movido los años anteriores como una unidad en proceso de organización que, delimitándose respecto de otros ESM de los CPS restantes, conservaba, no obstante, un cierto grado de apertura que le daba acceso a otras informaciones externas. Por esto había guiado su acción dentro de una perspectiva temporal amplia, centrándose en objetivos a largo plazo y optando, siempre, como un actor libre dentro de las constricciones que el medio le imponía (CROZIER, FRIEDBERG, '77) (2), por unas metas que trascendían la situación más inmediata que diera origen a su constitución. En su filosofía había pretendido evitar el reduccionismo de lo preventivo «versus» lo curativo y trataba de modificar diversos factores que influían sobre la salud de la población, no limitándose, sea a la intervención lineal con profesionales comunitarios, sea a aquélla, también lineal, sobre los usuarios directamente. Y en última instancia no podemos olvidar la experiencia en propia carne del ESM de los efectos (más que de la naturaleza y de los contenidos), de la interacción con otro organismo, con la consecuente vivencia de una amplificación de la desviación inesperada e incontrolable.

DE ROSNAY ('75) (16), ha opuesto el modelo sistémico al modelo analítico por:

— Su interés en las interacciones sobre los elementos interactuantes.

— Su consideración de los efectos de estas interacciones, más que de su esencia.

— Su apoyo en una percepción global frente a la precisión de detalles.

— Su intento de modificar grupos de variables simultáneamente, y no de manera secuencial.

— Su integración del tiempo y de la irreversibilidad, en oposición a la reversibilidad.

— Y su acción por objetivos frente a una programación detallada.

Quizá la mayor fidelidad al paradigma por parte del equipo se vea ejemplificada en su interés por restablecer los equilibrios de modo descentralizado, conservando la variedad (léase las particularidades del ESM en su contexto de Carabanchel, distinto del de otros CPS; con sus vecinos determinados, pongamos por caso). Y al error sistémico básico pudiera haberse dado en su dificultad para mantener las constricciones del entramado de la Concejalía y su actitud irrespetuosa con el propio «timing» de ésta, su olvido de los largos tiempos de respuesta (SELVINI, '84) (17). Ello quedaría asumido cuando se acuñase la frase: «los políticos cambian, pero los funcionarios permanecen».

Dentro del CPS podemos discriminar cuatro pasos organizativos fundamentales en la dirección de un trabajo sistémico:

1. El establecimiento de una historia clínica unificada (familiar) para todos los miembros de una misma unidad de convivencia, y conteniendo los aspectos biopsico-sociales de los distintos profesionales que se hacen cargo del caso.

2. La implantación de un servicio de recepción telefónica (BLASIO y cols., '86) (18).

3. La estructuración de un sistema interactivo entre profesionales de atención primaria y de SM para comentar los casos en común, coordinar derivaciones y realizar un seguimiento conjunto de éstos.

4. La ubicación del subequipo de SM en una segunda línea de atención.

Nuestro interés en las relaciones nos llevó a inventar un mecanismo de observación complejo con diversos niveles jerarquizados, que diera cuenta de diferencias entre varios puntos de vista, efectuados también en distintos momentos del proceso de la demanda. Ello, a su vez, determinaba una diferenciación de funciones y una complejificación correspondiente en el interior del subequipo de SM.

Entendemos el proceso salud-enfermedad de un sistema consultante (figura 1) como un ciclo recursivo en espiral que evoluciona de una situación morfofática a otra nueva atravesando una crisis, momento en el que necesita contactar con otro sistema que le empuje en el sentido del cambio y la apertura de nuevas alternativas de desarrollo. A lo largo de todo este período se dan unas etapas que podemos denominar de...

1. Identificación y designación del problema, cumplida por y dentro del propio sistema consultante.

2. Demanda de atención más o menos «indiferenciada» a un sistema asistencial.

3. Demanda de atención «diferenciada» (de tipo biológico, psíquico o social), tras la redefinición que se establece en el contacto con el primer agente consultado.

4. Demanda de atención «diferenciada», ahora ya a una parte del servicio de auxilio en un nivel secundario (SM).

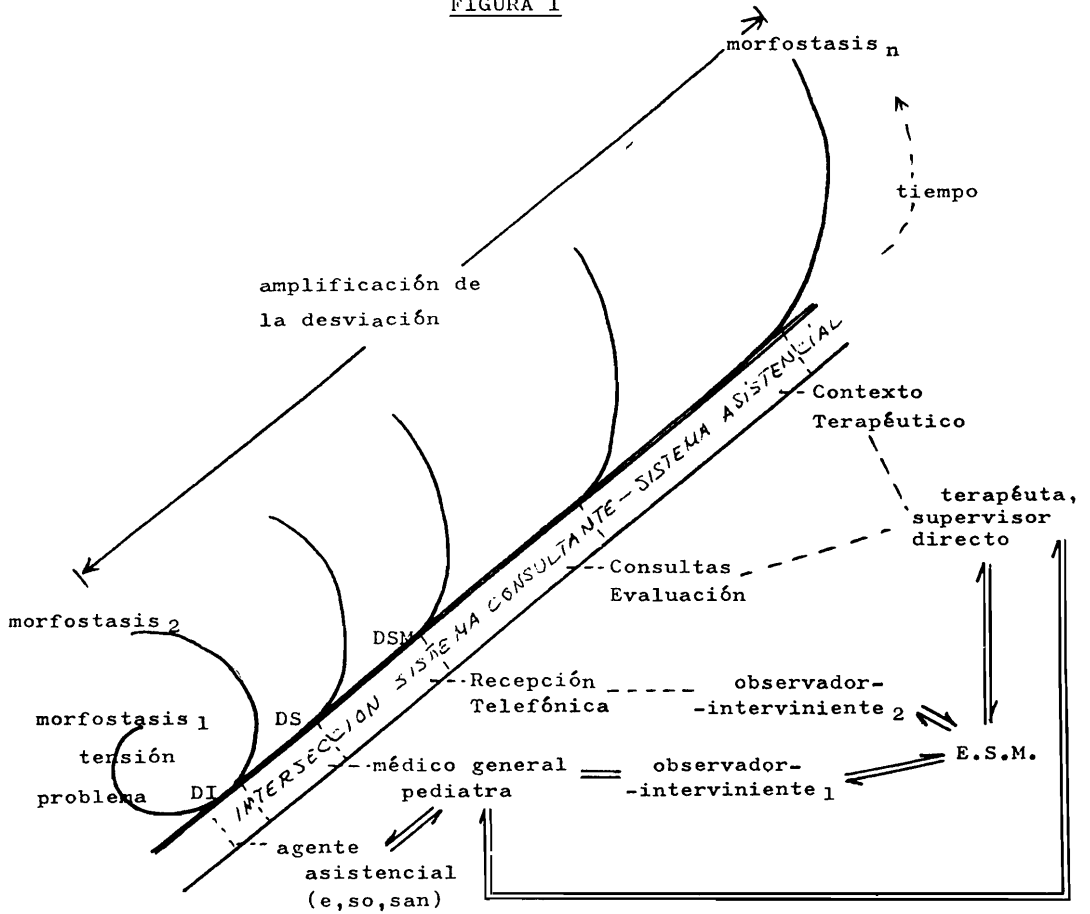
5. Consultas de evaluación en ese segundo nivel.

6. Fase de contexto terapéutico.

Por demás que la crisis puede quedar resuelta en cualquiera de estos puntos, y no es obligado hacer el recorrido completo salvo en las familias más aficionadas a estas guías institucionales.

La organización del trabajo en SM que se creó permitía una aproximación al sistema consultante a lo largo de todo el ci-

FIGURA 1



DI=demanda indiferenciada
 DS=demanda sanitaria
 DSM=demanda a salud mental

e = educativo
 so = social
 san = sanitario

clo de la demanda, buscando las diferencias-informaciones (BATESON, '79) (3), entre distintas fases de la misma, y tratando de introducir comunicaciones alternativas en cada uno de estos puntos. Cada etapa quedaba caracterizada por una pareja demandante-demandado, cuya relación era objeto de observación-intervención desde un nivel «meta» por un miembro del ESM.

En el momento de «demanda indiferenciada» nos encontramos con la pareja «demandante de la familia-agente sanitario, social o educativo demandado». En un primer estadio de la gestación de este ordenamiento, había un elemento del ESM que contactaba con los diversos agentes como observador-interviniente³ de esta diada. «A posteriori», nos dimos cuenta de que, si el auténtico responsable de la salud familiar era el médico de cabecera o pediatra, en coherencia con esta filosofía sanitaria, los psicólogos o asistentes sociales de los sistemas educativo o social debían tenerle a él como punto de referencia. Así, el miembro del ESM en esta fase sólo debería reunirse con el médico responsable. Parte de la tarea que se proponían estas reuniones era el ayudar al demandante de la familia a formular una demanda específica. La elaboración de esta petición más precisa, y la respuesta a ella en este mismo punto del proceso de contactos asistenciales progresivos, podían ser objeto de discusión conjunta entre ambos profesionales, o quedar resuelta en la intimidad de esta primera relación familia-agente asistencial.

El siguiente escalón, de mayor compromiso entre los dos sistemas en consulta, venía dado por la expresión de una demanda aún más específica, dentro ya de lo sanitario y al médico, referida a una necesidad en el orden de lo mental. Es llamativa la dificultad, tanto para sistemas consultantes muy morfoestáticos como para médicos generales (GOLDBERG y

cols., '80) (19), de manifestar y captar respectivamente un menester de este tipo. Los encuentros de coordinación entre el observador-interviniente de SM y el médico tenían, igualmente, este objetivo. (¿Es que no hay, acaso, psicosis infantiles, malos tratos, problemas graves entre los niños de Carabanchel?, nos hemos preguntado.) No quiero, sin embargo, dejarles con la idea de que en estas reuniones se buscara designar desde la perspectiva del especialista una situación que no era previamente entendida como susceptible de ser tratada por éste. Bien al contrario, nuestra intención era procurar solventar en este nivel de atención los problemas, evitando así una evolución de la demanda hacia gradas superiores, lo que implicaría una amplificación de la desviación inicial en el sistema consultante.

Una vez que la petición de consulta se había decantado por la misma familia hacia lo mental, el servicio de recepción telefónica devenía el punto de contacto entre un nuevo observador-interviniente de SM y un nuevo, o generalmente el mismo, demandante de la familia. Aquí se recogía la información pertinente para la contextualización del problema, pero también se introducían «inputs» en el sistema consultante, aunque sólo fuera por el hecho de evidenciar nuestra inclinación por lo relacional, que resultaba chocante la mayoría de las veces con la epistemología del interlocutor. El último punto de encuentro estaba ya compuesto por el subsistema significativo para la demanda (el que en ocasiones incluía algún agente asistencial muy implicado) y el subsistema del ESM que se encargaría del caso (pareja terapeuta-supervisor directo). Durante una fase de evaluación se reduciría este conjunto de evaluaciones a un sistema terapéutico si cabía el caso (del que siempre quedaría excluido el agente si lo hubiese).

Como se habrá podido observar, un miembro del ESM tiene contacto en varios momentos y con distintos demandantes del sistema global formado por la familia y los profesionales de primera línea

³ Perdón por el galicismo, pero deseo resaltar el matiz activo, que no se revela tan fácilmente por el clásico «observador-participante».

interactuando con ella. Los componentes del ESM que disponen de información sobre el sistema consultante ampliado la comparten en reuniones de este equipo, de modo tal que este último en conjunto se sitúa en una posición «meta» respecto de la interacción entre sus miembros y los demandantes sucesivos. En estas sesiones clínicas, a las que en sus principios asistía el director, se decide la pareja de terapeutas que se encargará del caso. Esta jerarquía de puntos de intersección entre demandantes y ESM logra una visión telescopada de la demanda, inmersa en contextos diferentes y evolucionando en el tiempo. Quiero precisar que el ESM se coloca en realidad en un nivel terciario de análisis en razón a la familia, en tanto está en un grado jerárquico aún superior al integrante del mismo que se coordina con el médico-pediatra.

Una vez que la pareja terapeuta-supervisor directo asume su faena, es ella quien cierra el bucle (de ROSNAY, '75) (16) que retroalimenta este tipo de organización entre ESM y profesionales de primera línea. Los terapeutas, que ya sólo tendrán al equipo ocasionalmente como supervisor de referencia, dan su informe de devolución al médico de cabecera, y acuerdan con él la mejor manera de sustentar una conclusión dada a la familia, o, en cualquier caso, la mejor manera de no descalificarse mutuamente. Merece la pena subrayar este aspecto, por cuanto ha sido probablemente uno de los cabos del nudo gordiano que significó implantar este sistema organizativo, y por el que cabría replantearse la propia responsabilidad en dicha dificultad.

La puesta en funcionamiento de esta maquinaria de maquinación (MORIN, '77) (4) que permite un mejor pensar el caso, tuvo que superar algunos obstáculos homeostáticos, ya que pretendía la participación más o menos voluntaria en un juego interactivo de varios elementos externos al ESM (profesionales y usuarios). «Una situación organizacional dada no constriñe, jamás, totalmente a un actor. Gracias a este margen de libertad (que

significa una fuente de incertidumbre para sus compañeros como para la organización en su conjunto) cada actor dispone así de poder sobre los otros actores» (CROZIER, FRIEDBERG, '77) (2). Dentro de un equipo de todo el CPS, en el que inicialmente se atendía a las personas sin cita previa por parte de algunos profesionales, el que un subequipo sobredimensionado estructurase del modo que fuera su labor no podía ser bien visto, cuestionaba el propio método de los demás compañeros. Por parte de los usuarios sabemos que no sólo se montan enormes resistencias al cambio de funcionamiento institucional, sino que éstas son considerables ante todo aquello que difiere la atención inmediata. El contexto de crisis institucional previa, diferente situación del personal frente al director según procediesen de servicios sanitarios antiguos o no, y la particular identificación entre el ESM y el coordinador (por el modelo común y por las reuniones entre ambos que lo iban plasmando en una configuración del trabajo del Centro), todos estos factores, en fin, y quizá otros que se nos escapan, colocaron a parte de los colegas en posición simétrica con la organización propuesta. Las retroacciones negativas a nuestro intento de demarcación como un subequipo con una estructuración propia fueron variadas. Los contenidos han ido relevándose con el tiempo: la pertinencia de atender a los usuarios sólo si acudían con el contexto significativo convocado, la necesidad o no de que aquéllos llamaran por teléfono en lugar de personarse, la razón de que los demandantes directos al ESM tuvieran que poner en conocimiento a su médico de cabecera de la demanda, y otros... En cuanto a las reuniones de coordinación entre los miembros del ESM y otros profesionales del CPS, dado que ellas se atenían al trabajo de los compañeros, fueron anunciadas por el director. De esta suerte su contestación no vino abiertamente, sino a través de la dificultad para encontrarse en la práctica, o la sorprendente inexistencia de demandas por parte de algún médico. Por este procedimiento

los profesionales de primera línea hacían valer la fuente de incertidumbre que conlleva el control de la información directa de los usuarios. Esta fuente de poder (propia de cualquier «relais»⁴ de una organización que sirve de contacto entre ésta y su contexto) permitía a estos actores independientes cuestionar la funcionalidad del orden establecido por el ESM.

Como la definen CROZIER y FRIEDBERG (2), una estrategia de un actor libre en un sistema es un constructo «a posteriori», deducido de las distintas acciones efectuadas por aquél, y que adquieren una racionalidad siempre parcial, dirigida a utilizar el poder de este jugador del mejor modo, para acrecentar sus ganancias a través de su participación en la organización. De esta forma podemos figurarnos el paso del ESM a una segunda línea de atención como una estrategia global que implica:

- Una situación «meta» respecto a distintas informaciones que se producen en el proceso de la demanda, atalaya que permite mejor su comprensión sistémica.

- Un intento de responsabilizar al médico de cabecera por la integralidad de la salud de sus beneficiarios, incluyendo aquellas facetas que corresponden a su estado mental, y una búsqueda, por tanto, de su participación en el juego organizacional, lo que sólo se consigue en la medida que éste pueda reportarle ganancias a sus ojos. Esto último puede requerir tácticas parciales de seducción.

- Una apuesta por un modelo sanitario, y, en cualquier caso...

- Una elección, que parece la mejor desde la perspectiva del equipo, por la supervivencia, sufriendo la necesaria metamorfosis, acorde a un sistema de salud unificado que aún sólo se vislumbra.

⁴ «Relais», intermediario: «Interlocutores privilegiados que detentan cara a la organización fuentes de incertidumbre mayores e ineludibles, que ésta debe intentar controlar para asegurar su mantenimiento y su desarrollo... He aquí el problema de la diferenciación interna de las organizaciones operada por su necesidad en relación con el entorno» (CROZIER, FRIEDBERG, '77) (2).

Porque si hay una constricción para el actor es la de poder elegir únicamente entre las estrategias ganadoras, aunque transitoriamente pudieran no parecerlo.

IV. CODA

No quisiera dar fin a este escrito sobre un proceso organizativo, dejando la impresión estática de que se ha conseguido un orden acabado, transmitiéndoles tan sólo una estructura. Más bien al contrario, querría dejarles la sensación de que este arreglo humano, y el equipo en que se encarna, siguen en continua evolución; desorganizándose en algunos extremos y respondiendo con nuevas soluciones a problemas planteados por la tarea, diversificando sus posibilidades y complejificándose en otros terrenos: uno de los miembros del ESM ha emigrado a zonas más cálidas abandonando la institución, la profundización teórica en el modelo ha permitido la puesta en práctica de tratamientos individuales centrados en lo relacional, se han introducido informaciones desde el exterior que han ocasionado una diferenciación dentro del ESM (responsabilización de un miembro para el programa de enfermos de SIDA impuesto recientemente por el Ayuntamiento de Carabanchel, aunque para un ámbito territorial que trasciende las fronteras del distrito), y también se han desmontado divergencias internas con la conclusión de la instrucción en el modelo por parte de todos los componentes. Durante el período de formación como terapeutas sistémicos se definió implícitamente una autoridad, marcada por un mayor conocimiento y experiencia con el nuevo paradigma, en la persona del profesor, aunque la docencia tuviera lugar en un contexto externo al del trabajo mismo. Una vez terminado este aprendizaje básico, la realimentación de esta diferenciación interna del equipo desde el contexto externo pero interseectivo cedió, debilitándose tal divergencia. Por PRIGOGINE ('72) (20), podemos entender, analógicamente, y salvando el enor-

me salto de las estructuras organizacionales de lo molecular a los ordenamientos en los sistemas vivos, que «la fluctuación que permite al sistema abandonar los estados próximos al equilibrio termodinámico» (de máximo desorden y mínima diferenciación) «representa el elemento aleatorio, la parte del azar, mientras que la inestabilidad del medio, el hecho de que esta fluctuación vaya en aumento, representan una necesidad». «Las estructuras disipativas espaciales o temporales aparecen cuando el medio externo mantiene un estado de inestabilidad tal que posibilita la amplificación de las fluctuaciones y con-

duce a estados macroscópicos más organizados.»

En definitiva, el Equipo se comporta como un sistema abierto, que intercambia información, energía y materia con su entorno, que caleidoscópicamente abandona unas formas y adquiere otras. Sin duda, lo más auténtico sería hacerse una idea de su organización, como de cualquier otra, como un fenómeno que oscila de lo dionisiaco a lo apolíneo, de lo informe pero generador y lleno de fuerza a lo ya modulado y formado, pero siempre más débil en cuanto menos flexible.

BIBLIOGRAFIA

- (1) «Los filósofos presocráticos». Trad. C. Eggers Lan y V. E. Juliá. Gredos. Madrid. 1980.
- (2) CROZIER, M. y FRIEDBERG, E.: «L'acteur et le système». Ed. du Seuil. París. 1977.
- (3) BATESON, G.: «Espíritu y naturaleza». Amorrortu. Buenos Aires. 1980.
- (4) MORIN, E.: «El método. La naturaleza de la naturaleza». Cátedra. Madrid. 1981.
- (5) ESCRIBUELA MORALES, F. J.: «El derecho sanitario (y II)». Jano. N.º 644-H. Pág. 73. Barcelona. 1985.
- (6) SUÁREZ, T. y ROJERO, C.: «La jugada de la prevención». *Comunicación a las VII Jornadas de Terapia Familiar*. Madrid. Noviembre 1986. No publicado.
- (7) ROJERO, C.; ACOSTA, E.; CARBALLO, S.; OLABARRÍA, B., y TAPIA, R.: «Hacia un programa de salud mental comunitaria». *Rev. A.E.N.* N.º 18. Pág. 438. Madrid. 1986.
- (8) «PAI Carabanchel». Publicado por la Junta Municipal de Carabanchel. Madrid. 1982.
- (9) MARUYAMA, M.: «The second-cybernetics: deviation-amplifying causal processes». *American Scientist*. 51. Pág. 250. Chicago. 1963.
- (10) GOFFMAN, E.: «Internados». Amorrortu. Buenos Aires. 1973.
- (11) WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H., y JACKSON, D. D.: «Teoría de la comunicación humana». Herder. Barcelona. 1981.
- (12) COVINI, A.; FIOCCHI, E.; PASQUINO, R., y SELVINI, M.: «Hacia una nueva psiquiatría». Herder. Barcelona. 1987.
- (13) ALLEN, W.: «Cómo acabar de una vez por todas con la cultura». Tusquets. Barcelona. 1979.
- (14) CAPLAN, G.: «Principios de psiquiatría preventiva». Paidós. Buenos Aires. 1975.
- (15) ROJERO, C., y SUÁREZ, T.: «Prevención: encrucijada de intervenciones sistémicas». *Rev. de Psicoter. y Psicossom.* N.º 3. Pág. 7. Madrid, 1981.
- (16) DE ROSNAY, J.: «Le macroscopie». Ed. du Seuil. París. 1975.
- (17) SELVINI, M.: «¿Por qué dejar que transcurra un largo intervalo entre las sesiones?», en *Dimensiones de la terapia familiar*. Andolfi, M. y Zwerling, I. (comps.). Paidós. Barcelona. 1985.
- (18) BLASIO, P. D.; FISCHER, J. M., y PRATA, G.: «La ficha telefónica: piedra angular de la primera entrevista con la familia». *Clínica y Análisis Grupal*. N.º 44. Madrid. 1987. En prensa.
- (19) GOLDBERG, D. y HUXLEY, P.: «Mental illness in the community». Tavistock. London. 1980.
- (20) PRIGOGINE, I.: «La termodinámica de la vida», en *¿Tan sólo una ilusión?* Tusquets. Barcelona. 1983.