

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA DEL INSTITUTO LAZARTE

TÍTULO: “La salud de los trabajadores de la salud en la conflictividad de sus prácticas de APS en un Centro de Salud municipal de Rosario”

Tesista: Cintia Mansilla

Profesión: Médica en Medicina General y de Flia

Directora: Lic.en Antropología y Dra en Psicología Marta Abonizio

Rosario- 2008

Las ganas de hacer:
“..son cosas chiquitas, no acaban con la pobreza,
no nos sacan del subdesarrollo,
no socializan los medios
de producción y de cambio,
no expropián las cuevas de Alí baba.
Pero quizás desencadenen la alegría de hacer
y la traduzcan en actos.
..y al fin y al cabo actuar sobre la realidad y
cambiarla, aunque sea un poquito
es la única manera de probar que la realidad es
transformable...”

E Galeano

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue describir las representaciones, saberes y prácticas de un grupo de trabajadores con respecto a su labor en un Centro de salud municipal de la ciudad de Rosario y su relación con la salud de estos trabajadores.

Es un estudio transversal, descriptivo e interpretativo, cualitativo, con articulación de instrumentos: observación simple de grupos focales y entrevistas semiestructuradas. La muestra fue intencional formada por 20 trabajadores

A partir del análisis de los resultados se describieron las percepciones de los trabajadores con respecto a las características de su labor en Atención Primaria de la Salud, la relación de este tipo de actividad con los procesos de atención en un Centro de Salud, con la salud de los trabajadores y con su relación con los usuarios de dicho Servicio. Así mismo se trató de detallar a través de las palabras de los mismos entrevistados, los motivos principales o más frecuentes de malestar en el trabajo, como así también las propuestas para mejorar dicha situación y se relacionó lo expresado en las entrevistas de los trabajadores del CS con lo observado en reuniones donde participaban “quienes adherían al proyecto de APS” y con niveles intermedios de decisión en la organización de APS.

PALABRAS CLAVES: Atención Primaria de la Salud- percepciones, saberes y prácticas- salud de los trabajadores de la salud

ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de la Salud
CYMAT	Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo
CS	Centro de Salud
HCF	Historia Clínica Familiar
HCI	Historia Clínica Individual
MMH	Modelo Médico Hegemónico
Proceso s-e-a	Proceso salud-enfermedad-atención
SIES	Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias
SSP	Secretaría de Salud Pública

ÍNDICE

- 1- Prólogo: el camino de la autora hacia esta investigación
- 2- Planteo del problema
- 3- Objetivos: general y específicos
- 4- Antecedentes de investigación
 - 4-1 El impacto de la flexibilización laboral en la salud
 - 4-2 Estado de situación en la Argentina
 - 4-2-a Los padecimientos de los trabajadores de la salud
 - 4-2-b Condiciones predisponentes de los trabajadores de la salud para enfermarse por el trabajo
 - 4-2-c Percepciones de los trabajadores en relación a los malestares en su trabajo y propuestas para mejorar la situación
 - 4-2-d Organización del trabajo
 - 4-2-e Representaciones acerca de la figura de los médicos
 - 4-2-f Percepción de la importancia de las necesidades de la población para la organización de los Servicios de Salud
- 5- Aproximación conceptual a la problemática
 - 5-1 Introducción a la perspectiva teórica
 - 5-2 Conflictividad entre salud y Neoliberalismo
 - 5-3 Construcción de la representación sobre proceso salud-enfermedad-atención

- 5-4 Modelo Médico Hegemónico: rasgos estructurales y crisis

- 5-5 Atención Primaria de la Salud
 - 5-5-a Definición y características
 - 5-5-b APS y calidad de atención
 - 5-5-c Organización de APS

- 5-6 Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo
 - 5-6-a Proceso laboral
 - 5-6-b Aportes desde la Psicodinámica del Trabajo
 - 5-6-c Aportes del Burnout: concepto, vulnerabilidad y sintomatología

- 6- Metodología y estrategias de investigación
 - 6-1 El diseño de investigación cualitativa
 - 6-2 Rol de la investigadora
 - 6-3 Criterios de selección del referente empírico

- 7- Contexto de trabajo de los actores en el proceso de investigación
 - 7-1 Centro de Salud
 - 7-2 Personal y organización del CS

- 8- Técnicas de obtención de la información empírica
 - 8-1 Análisis documental
 - 8-2 Observación participante
 - 8-3 Entrevistas semiestructuradas

- 9- Resultado del análisis interpretativo
 - 9-1 Propuestas para una organización “eficiente” en APS

9-2 Los problemas que surgen en las reuniones de “Gestión”

9-2-a Dificultades con los recursos humanos: *“Hay problemas en calidad y cantidad”*

9-2-b Los malestares de los trabajadores en relación a su trabajo: *“Estamos alienados”*

9-2-c Significados de no reconocimiento del trabajador por su labor: *“Uno no se siente respaldado”*

9-2-d Percepciones de afectación de la organización de APS por los trabajadores: *“Estamos fragmentados”*

9-3 Tensión entre las representaciones, saberes y prácticas de los trabajadores del CS en relación a APS

9-3-a Heterogeneidad en los conocimientos sobre APS de los trabajadores

9-3-a-1 In/desinformación acerca de APS previa al ingreso al CS: *“Cuando fui al CS no sabía lo que era APS”*

9-3-a-2 Dificultades para capacitarse en APS desde el ingreso al CS: *“He intentado leer cosas de AP, me cuesta mucho el vocabulario”*

9-3-b La complejidad del trabajo en APS y el “desgaste” de los trabajadores

9-3-b-1 El significado del trabajo en el CS como “ilimitado”: *“Son difíciles los límites en AP, uno no puede ser rígido”*

9-3-b-2 La percepción de los trabajadores de la “imposibilidad” de trabajar con la “red de salud”: *“Hay problemas con el Sies, con la internación, con la guardia, lo que te tenés que aguantar para internar a un paciente”*

9-3-c Estrategias defensivas de los trabajadores por la organización del trabajo:

“Hoy me siento una máquina que trabaja en serie...”

9-3-d La “alienación social” de los trabajadores

9-3-d-1 El malestar de los trabajadores por el “no reconocimiento” por su labor, en relación a la remuneración: *“La remuneración es algo fundamental para trabajar con ganas”*

9-3-d-2 La tensión entre las prácticas de los trabajadores y “ser valorado”: *“Hay un reclamo de ser escuchado y de ser aliviado”*

9-3-e Percepciones y prácticas “grupales” en relación a la organización del trabajo en el CS

9-3-e-1 Estrategias grupales saludables *“Lo que rescato siempre del CS es la parte humana”*

9-3-e-2 Repercusiones negativas en el “equipo de salud” por las “características del trabajo en APS”: *“Estamos desbordados y cada uno en lo suyo”*.

9-3-f Heterogeneidad de la imagen del “usuario” para los trabajadores: *“Hay de todo en la misma gente, gente que se preocupa, gente que no le interesa nada, gente que no entiende”*

9-3-g Significados “satisfactorios” del trabajo en APS: *“Me gusta la esencia del trabajo en APS”*

9-3-h Propuestas de los trabajadores para mejorar la situación actual: *“Poner más recursos humanos, para repartir el trabajo y no estar de mal humor”*

10- Conclusiones

11- Bibliografía

12- Anexos

1- PRÓLOGO

En la construcción del objeto de estudio se interrelacionan: la teoría sobre un tema determinado, la figura del investigador con un conocimiento y un análisis particular sobre dicha temática y, en el campo, los actores sociales con sus características particulares, sus pensamientos, sentimientos, saberes y prácticas que otorgan riqueza y variabilidad a la empiria.

Bordieu plantea que “la construcción del objeto no es algo que se lleva a cabo de una vez por todas, mediante una suerte de acto teórico inaugural... se trata de un trabajo de larga duración, que se realiza poco a poco, mediante retoques sucesivos y toda una serie de correcciones y rectificaciones dictadas por lo que llamamos la experiencia, es decir, este conjunto de principios prácticos que orientan las elecciones minúsculas y sin embargo, decisivas”

Por lo dicho es que expongo mi camino hasta este trabajo.

Durante mis años en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, luego durante las prácticas como residente de la especialidad de Medicina General del Hospital Provincial de Rosario, y más tarde, en mi trabajo como médica en un CS dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, me he preguntado que se necesita para “trabajar en salud”.

Al comienzo pensé que se trataba de tener una sólida y extensa formación en lo específico a los problemas del cuerpo humano y, en menor medida a los de la mente. Y tras esos objetivos me encaminé.

En el transcurso de mi especialidad, donde la atención a personas de escasos recursos económicos y diferentes recursos simbólicos eran el centro de la labor diaria, me di cuenta que el conocimiento que traía no era suficiente, ni para abordar los problemas (donde la afectación de la salud era el emergente, pero no el problema principal) ni para tratar de ayudar a solucionarlos. Fui aprendiendo y comprendiendo que la salud y la enfermedad están atravesados por múltiples factores relacionados: donde la historia, la cultura, la

familia, la condición social, la educación, entre otros; determinan las representaciones acerca de la salud, la distribución de las enfermedades y las estrategias que buscan las personas para solucionar sus problemas.

Una vez finalizada las prácticas de mi especialidad y, al cambiar de lugar y de compañeros de trabajo, fueron apareciendo distintas circunstancias que me hicieron replantear mi labor. Convivir diariamente con compañeros con más antigüedad en el trabajo, escuchar sus malestares y opiniones acerca de sus actividades, de los pacientes, de sus compañeros y sus superiores. Observar desde mi supuesto, en numerosas oportunidades, la forma “*mecánica*” en como desarrollaban su trabajo, o el desinterés por los problemas de las personas que se atendían, me instalaron preguntas sobre un campo (el de los trabajadores de la salud), hasta ese momento, de poca importancia para mí, ya que consideraba que los trabajadores de la Salud Pública se encontraban en una posición privilegiada, en relación a los trabajadores del sector privado. Este preconceito surgía de mi análisis acerca de los beneficios de la condición de “*estatal*” (sueldo, vacaciones, estabilidad, jornada laboral de 6 u 8 horas, mayor libertad en la forma de realizar el quehacer diario, con escaso control de la calidad del mismo), y por trabajar (desde mi concepción) ayudando a mejorar la salud de los más “vulnerables”. Esta visión de la realidad también estaba influida por mi juventud con sus sueños e ideales y mi inexperiencia en el campo laboral

Durante tres años, trabajé como contratada “en negro”: por elección en la Salud Pública y por necesidad en la Salud Privada. Aprendí a vivir con mi sueldo, y a cumplir con las obligaciones que la independencia económica conlleva. Comencé a comprender que lo que hacía tenía un valor moral y monetario y que ese valor dignificaba mi función. Tuve una hija y me di cuenta, la necesidad de reevaluar mis deseos, mis tiempos y mis proyectos. No me fue fácil. Durante ese período realicé la Maestría de Salud Pública en el Instituto Lazarte en la ciudad de Rosario, mi elección por este posgrado estuvo influenciada: por mi especialidad, cuyo campo de acción es en gran medida en la Salud Pública, con la intención de incorporar otras herramientas útiles en mi trabajo y por mi interés en la gestión de Servicios de Salud. El tema que me propuse investigar surgió de la “lucha” entre mis supuestos en relación al significado de trabajar en la Salud Pública y las prácticas que se

realizan en los servicios de dicho Sector, con la intención de comprender las relaciones conflictivas entre ambos. Mi interés en el Primer Nivel de Atención (los CS), correspondía al mayor conocimiento de mi parte por dicho Sector y, desde mi punto de vista, con características particulares en relación a objetivos y organización (por formar parte de la estrategia de APS en Rosario).

Con el transcurso del tiempo, voy aprendiendo lo complejo que resulta tratar de analizar las conductas y las relaciones humanas.

Por lo expuesto, tratando de ser humilde y abierta en mi análisis, me pregunto: cuáles serían los núcleos problemáticos en las relaciones entre los trabajadores de la salud y las personas que solicitan atención.

Las cuestiones a las que me refiero tienen referencia con:

- la complejidad y variabilidad de las representaciones y acciones de los sujetos sobre el proceso salud-enfermedad-atención:

¿Qué es estar sano?, ¿quién lo puede definir?, ¿qué es estar enfermo: un dolor, un mal funcionamiento orgánico, conductas que no se pueden enmarcar dentro de la "normalidad", no poder adaptarse a las situaciones que se presentan a lo largo de la vida o aceptarlos sin cuestionamiento?, ¿es necesario que se presenten todas estas características en una persona o con una de ellas es suficiente para que se sienta enfermo o se lo considere como tal?, ¿puede sentirse enfermo y desde la clasificación de la medicina "científica" no poder ser encuadrado bajo ninguna patología o puede suceder lo contrario?, ¿qué problemas físicos, psíquicos o de relación, son enfermedades?

- los factores que deben considerarse para el análisis del proceso salud-enfermedad:

Los conceptos de salud y enfermedad se han ido modificando en el transcurso de la historia, ¿podría decirse que las sociedades modernas están más sanas que años atrás?, ¿qué factores influyen en la salud de las personas: su historia, su genética, el medio

socioeconómico donde se desenvuelve, sus relaciones familiares y sociales, su trabajo, entre otros?, ¿alguno es determinante o todos están relacionados?

- la importancia de contemplar las posibles diferencias de las representaciones para la elaboración de las Políticas de Salud y la organización de los Servicios de Salud:

Cuando un sujeto se siente enfermo, ¿cómo, a quién y dónde solicita atención?, ¿es distinto según el tipo de problema, la clase social o la cultura a la que pertenezca?, ¿todas las personas explican de la misma forma un mismo problema?, ¿todos pueden entender y expresar lo que sienten, de qué depende?, ¿el lenguaje verbal es la única forma de expresión?

- la importancia de analizar la formación de los trabajadores de la salud, su relación con los usuarios y las necesidades de ambos:

Desde el lugar del que escucha: ¿es necesario que se prepare para comprender al otro?, ¿desde la educación en general y desde el Sistema de Salud en particular, se aportan elementos para que un sujeto pueda escuchar y comprender al otro, ¿es importante analizar los gestos, los silencios, además de la palabra, para entender el problema?

¿La respuesta a los problemas, puede ser uniforme, es decir, ante una aparente misma situación, una misma solución?, ¿es eso suficiente para que alguien se sienta nuevamente sano?

Tratando de analizar a los trabajadores de la salud: ¿por qué una persona puede elegir trabajar en salud?, ¿un "trabajador de la salud" tiene que estar o sentirse sano para poder ayudar a otro? Para trabajar con personas enfermas, ¿qué es necesario: una formación específica, experiencia, predisposición, esfuerzo, reconocimiento?, ¿cómo interfieren cada una de ellas en la calidad del trabajo realizado? ¿Cómo se define la calidad? ¿Hay factores que pueden influir para que el trabajo en salud resulte "insalubre" para quién lo realice, cuáles serían

Es importante aclarar que el trabajo de investigación realizado abordó algunos de estos interrogantes, otros quedaron pendientes y podrían ser útiles para nuevas investigaciones

2- PLANTEO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, ha habido importantes modificaciones en el proceso salud–enfermedad-atención en la Argentina que han influido no sólo en los trabajadores de la salud, sino en la sociedad en general.

Las **políticas económicas neoliberales** impuestas en el país a partir de los 70 y, principalmente, en la década de los 90, cuyas características principales fueron: la flexibilización laboral, la privatización de los Servicios Públicos y la Desregulación del Estado con la apertura de los mercados y la libre competencia, produjeron no sólo una precarización en las relaciones laborales dentro y fuera del Sector Salud, como lo analizan V. Mazzáfero y H. Giacomoni (1999) en Argentina y Ugalde y Homedes (2005) en Latinoamérica, sino también un aumento de la demanda en los Servicios Públicos de Salud por el aumento del trabajo informal o el cierre de fuentes de trabajo con su consiguiente pérdida de la cobertura social por las privatizaciones por un lado, o por no poder competir con precios internacionales, por el otro.

A su vez, esta crisis para el Sistema Público de Salud aconteció en Servicios de Salud, donde “históricamente” las relaciones de hegemonía-subalternidad que se establecían entre los trabajadores de estas instituciones con los usuarios, se establecían bajo una determinada forma de ver y organizar las cuestiones referente a la salud, la enfermedad y la atención en los Servicios de Salud, el **Modelo Médico Hegemónico (MMH)**, descrito por E Menéndez, y se caracterizaba por ser: “**ahistórico, asocial, intervencionista, medicalizador, fragmentador, entre otros**”.

Es de suponer, desde el análisis sociológico o interpretativo de I Vasilachis de Giardino (2005), que si no es contemplado el contexto natural y social donde se producen los hechos, entonces es complejo el abordaje de una situación problemática, ya que parte de sus factores relacionados y, en numerosas ocasiones, determinantes de dicha situación no son tenidos en cuenta.

En este marco de la Salud Pública Nacional, se planteó una reforma de la organización y objetivos del Sistema de Salud Público, desde hace más de 20 años, la estrategia de **Atención Primaria de la Salud (APS)** cuyos principios estaban en relación a la salud como derecho social, a la equidad, universalidad, accesibilidad y gratuidad de la atención a la población. Aunque esta declaración fue realizada en Alma Ata (Ex Unión Soviética) en 1978 y la Argentina estuvo a favor de ella, las modificaciones concretas en el Sistema de Salud se fueron incorporando años después y parcialmente, no como estrategia sino a través de Programas orientados a los problemas de salud que eran considerados prioritarios para el gobierno.

La implementación de APS, tanto por sus principios como la organización que buscó cumplirlos, produjo conflictos no sólo en los trabajadores de la salud, sino en la organización de los Servicios de Salud y la sociedad en su conjunto, ya que significaba modificaciones no sólo en la forma de atención de los usuarios, sino también y principalmente, compartir el poder entre los trabajadores y la población. Una situación nueva para la cual era necesario incorporar nuevas herramientas de trabajo en esa dirección. Como lo analiza M Testa (1985) y la corrobora en su trabajo Bloch y col.(1987)

En la ciudad de Rosario, la introducción de APS tuvo características particulares en relación a organización, dirección, objetivos y sobre todo, en presupuesto. Hubo grandes modificaciones en la gestión de los Servicios de Salud, importante incremento del número de atenciones y aumento del personal en pocos años, principalmente en el Primer Nivel de Atención (los CS). Los cambios de fondo y de forma en relación a APS, produjo conflictos entre los trabajadores, con sus superiores y con la población.

Uno de los cambios de fondo fue el “abordaje integral de la Salud” propuesto desde la Dirección de APS (donde se reconocen como determinantes de la salud-enfermedad la inserción de los sujetos en los procesos de producción y reproducción en la sociedad), que trazó una nueva forma de trabajo desde la SSP de Rosario que excedió el Sector Salud propiamente dicho.

Con respecto a los Servicios de Salud, se partió de la descentralización de la organización administrativa de los hospitales, junto al mejoramiento en infraestructura y aumento de recursos humanos y económicos en los Centros de Salud. Éstos se encontraban ubicados en la zona periférica de la ciudad, en barrios precarios, con asentamiento irregulares, y en la mayoría de los casos, con crecimiento constante y elevado del número de pobladores. El término “precariedad” abarcaba no solo problemas con los servicios básicos y los ingresos salariales, sino también los relacionados con la educación y la violencia.

Con respecto a la organización de dichos Servicios, uno de los instrumentos que se implementaron en los CS, fue la **adscripción**, cuya finalidad era abordar la salud en forma “integral” y crear un “vínculo” con los usuarios.

Una de las características de la adscripción según uno de los documentos elaborados para su divulgación desde la SSP, consistía en la formación de un “equipo de referencia” (médico y enfermero) con la finalidad de "responsabilizarse por el cuidado de la salud de la población a su cargo” incluyendo su “participación activa con la red de servicios". Esto último implicaría una comunicación fluida y continua en relación a los pacientes, entre los “responsables” de los distintos niveles de atención (por ej CS-hospital) y áreas relacionadas, por lo cual, la adscripción debía ser conocida, entendida, aceptada y trabajada en toda la “red de salud”

Desde su fundamentación la adscripción "no se consideraba un padrón de pacientes", por lo tanto tenía un límite en número para cada equipo. Este era uno de los puntos de mayor discusión en los distintos niveles de trabajo en APS y en la red de salud, ya que se partía de una cantidad promedio de adscriptos (1000- 1200 personas), de acuerdo a la complejidad de los problemas (de salud, económicos, sociales, de relación, educacionales, etc.) de esos sujetos y sus familias, al número y características de los equipos de salud de los Centros, a las horas semanales de trabajo de los equipos de referencia, a la organización y repuesta de la red de salud, entre otras cuestiones.

Por otro lado, el mismo documento sobre adscripción, analizaba que: "entre los trabajadores al existir diferentes grados de compromiso, es probable que el grueso del trabajo sea llevado a cabo por los más involucrados con el proceso de adscripción". Tratando de prever esta situación, es importante la evaluación por parte de los coordinadores y "superiores" del proceso de adscripción una vez instalado en APS, teniendo en cuenta las características particulares de cada grupo de trabajo en cada CS. A su vez, en esa misma línea, la adscripción debe ser también analizada y debatida constantemente en lo local (Centro de Salud) y en la "red de salud" (consultorios externos, guardias, internación, SIES, entre otros)

Desde mis supuestos como investigadora, los cambios en las conductas de los trabajadores y en la organización del Centro con el fin de trabajar los principios de APS e incorporar las herramientas elaboradas para tal fin, son complejos, donde intervienen la heterogeneidad de los equipos y las disciplinas dentro de ellos, sus propias representaciones de los procesos salud-enfermedad-atención, su organización interna y su grado de satisfacción con el trabajo que realizan, entre otros.

Por lo descripto, consideré importante observar y explorar el lugar del trabajador dentro del sistema de salud.

¿Qué elementos intervienen en la actitud de los trabajadores de la salud para su labor: su historia personal, su educación, su representación del proceso salud/enfermedad en él y en los otros, sus intereses, deseos, ideales, su sentimiento de respeto, sus honorarios? hay otros?

¿Cómo se siente el trabajador de la salud con lo que hace?, ¿qué factores consideran condicionantes en su salud y quehacer diario: el MMH según el análisis de E Menéndez (1998), el proceso de trabajo como lo describe C Laurell (1983), y más específico G Sousa Campos (2001) para la Salud Pública o P Castellanos (1987) o Menéndez para la APS, las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo como las analiza J Neffa, los aportes desde la Psicodinamia del Trabajo de D Dejours (1998) como el reconocimiento, la cooperación o la confianza?

¿Qué modificaciones, en relación a sus prácticas, proponen los trabajadores para mejorar su situación laboral y por ende, su salud? La importancia del lugar del trabajador como conocedor de su situación ha sido estudiada en diversos lugares de trabajo (fábricas, empresas, servicios, etc.), por autores de diferentes líneas. En el caso de V Ríos, lo plantea como "Modelo Obrero", donde se investiga la salud de los trabajadores, teniendo éstos un papel protagónico. O como lo expresa G Sousa Campos (2001) desde el campo de la Salud Pública: que **“para lograr una verdadera reforma sanitaria debe producirse una progresiva desalienación de los trabajadores de la salud”**

Siguiendo esta línea, y acordando con E Menéndez (1996), él plantea que: **“si se pudiera incluir las necesidades-objetivos-decisiones de los actores (sujetos), estos asumirían como suyos los proyectos y no se considerarían meros reproductores, por ejemplo, de los objetivos de los Servicios de Salud... Esta concepción metodológica denominada punto de vista del actor, revalida al sujeto como agente transformador”**

Con respecto a investigadoras argentinas, según Zaldúa y Lodieu (2000) y citado por P Ghisio (2003) desde la perspectiva de la promoción y prevención de la salud, la participación de los propios actores involucrados en el proceso s-e-a, es el fundamento desde donde construir las acciones salutíferas

Para poder pensar estas nuevas posibilidades de organización-acción, es imprescindible desde los trabajadores, repensar sus saberes y prácticas, la organización de las instituciones, su concepto de salud y su relación con el otro.

3-OBJETIVOS

General

- Describir y analizar las percepciones y prácticas de los trabajadores de un Centro de Salud municipal de Rosario en relación a su trabajo en APS, articularlas con su salud y conocer sus propuestas en relación a los malestares en el trabajo.

Específicos

- Relevar los lineamientos de APS en Rosario
- Analizar las percepciones y prácticas de los trabajadores respecto al contenido del trabajo en APS
- Articular las percepciones y prácticas de los trabajadores del CS con su salud
- Conocer las propuestas de los trabajadores en relación a sus malestares en el trabajo

4- ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Es la intención de esta sección, brindar al lector una descripción organizada de los antecedentes, relevados hasta el momento, en relación al objeto de estudio del presente diseño. Para tal fin, se comenzó con la descripción del contexto de trabajo, es decir, de los cambios en el campo laboral en los últimos años y su relación con la salud de los trabajadores.

Luego, para ir aproximándonos al problema planteado, se analizaron diferentes investigaciones locales y del exterior, en relación a condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores en general y del sector Salud en particular, detallando el Síndrome de Burnout y la voz de los propios trabajadores. También se incluyeron otros estudios que relacionan características particulares de los trabajadores con la mayor o menor posibilidad de padecer enfermedades relacionadas con sus prácticas. Finalmente, considerando la importancia del lugar de trabajo y las relaciones que en él se establecen con respecto a la salud de los trabajadores, se incluyeron investigaciones que describen el “clima laboral” y su impacto en la salud de quienes trabajan en dicho lugar.

4-1- El impacto de la flexibilización laboral en la salud

He hallado trabajos desde el enfoque general o de macroestructura (regulación estatal, innovaciones tecnológicas y nuevos vínculos contractuales), donde autores como V. Mazzáfero y H. Giacomoni (del departamento de Salud Pública de la Univ. de Bs As-1999) analizan, a través de una recopilación de información de boletines oficiales y artículos del tema, cómo a partir de la reforma del Estado en los países latinoamericanos, con la implementación de políticas neoliberales se ha afectado la estructura del empleo, provocando el "**progresivo empobrecimiento de los estratos bajos**". Según su análisis, los más desfavorecidos serían los jóvenes y las mujeres, ya que gran parte de ellos trabajan en puestos precarios y sin aportes jubilatorios, que se traducen en distintos grados de daño que pueden ser medidos en años de vida potencialmente perdidos. Donde gran parte de la población en edad activa (40,4%), al no poseer cobertura en salud, tampoco están cubiertos

sus hijos. Estas situaciones están relacionadas con precarias condiciones de vivienda, deserción escolar, disolución de los vínculos parentales, constituyendo un grupo vulnerable de alto riesgo.

Los cambios en la economía no sólo afectaron a los estratos históricamente con menores ingresos. También incluyeron a los trabajadores en el área de la Salud, con las nuevas formas de contratación en los Servicios de Salud Público y Privado, que se caracterizó por la disminución de los salarios y la cobertura previsional con su consecuente pluriempleo y cuyas consecuencias son: estrés, riesgos físicos y actos de violencia. Así lo describió Marta Panaia (investigadora y docente del área de Trabajo y Empleo de la UBA-1998), en base al análisis de trabajos sobre macroestructura. Conclusiones similares realizaron Antonio Ugalde y Nuria Homedes (de la Univ de Texas para la OPS-2005) en su estudio retrospectivo sobre la reforma neo-liberal y recurso humano.

La propuesta de Ugalde y Homedes, en el mismo trabajo de investigación, a raíz del problema planteado fue que: **"los sistemas de salud cuyos profesionales no están motivados para trabajar en equipo a favor de la salud de la población, están condenados al fracaso. Los países tendrán que invertir tiempo y recursos en recuperar el compromiso de los profesionales con la población y con el Sistema y deberán abandonar su orientación mercantilista"**

4-2- Estado de Situación en Argentina

4-2-a Los padecimientos de los trabajadores de la salud

A raíz de un estudio llevado a cabo por la UBA en el 2005 sobre estrés en los profesionales de la salud de la ciudad de Bs As, M Bottinelli (2006) opina que, **"los estudios sobre el Sme de Burnout en nuestro país dan cuenta de la repercusión de las políticas neoliberales en el sector salud en un doble sentido como lo explica Graciela Zaldúa: por un lado, la privatización, mercantilización y ajuste conducen al deterioro**

de las condiciones de trabajo y a la precarización del sector. La caída del valor social de las profesiones de salud afecta la capacidad interna y vincular que les permite sostener la complejidad de los actos de salud. Por otro lado, los efectos del desempleo y la marginación provocan en la población problemáticas de salud y carencias en las condiciones de vida que dificultan el trabajo y el logro de los objetivos terapéuticos"

Resultados similares fueron descriptos hace algunos años por un equipo interdisciplinario conformado por M L Di Liscia, A Huerta y L Gutierrez (2000). Ellas explican (en base a un trabajo con entrevistas a trabajadores de la Salud de un hospital municipal de la ciudad de Rosario) que: **"una de las formas de analizar el estrés de los trabajadores en el área de la salud, es a través del Síndrome de Burnout, que se denomina al malestar crónico sufrido por los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud"**.

La instauración del síndrome, según Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) y citado por las autoras anteriores, se produce de manera casi insidiosa, describiéndose fundamentalmente tres momentos:

- la primera fase estaría caracterizada por una condición en la cual las demandas laborales sobrepasan los recursos disponibles para afrontarlas, tanto materiales como humanos, provocando de este modo una situación de estrés.
- en una segunda fase de sobreesfuerzo, el sujeto intenta responder a esta condición evidenciándose signos de fatiga y ansiedad.
- en una tercera fase, y ante el fracaso de la fase anterior, se producen cambios comportamentales y actitudinales como mecanismo defensivo ante la sobrecarga experimentada. El Burnout específicamente constituiría la fase final del proceso, teniendo el estatuto de respuesta frente a una situación laboral insoportable acompañada de intensos sentimientos de decepción".

Es importante señalar, en relación al tema de elegido, que las profesiones asistenciales serían las más afectadas por el Sme de Burnout porque **"tendrían una filosofía humanística del trabajo"** según el análisis de Moreno, Oliver y Aragonese (1990) y citado por P Ghisio (2003) en su tesis. Ella describió que: **"los profesionales con sus**

expectativas idealistas en relación a la atención en salud, al ingresar a los Servicios de Salud, en numerosas ocasiones burocráticos y deshumanizados, se enfrentan con situaciones muy distintas a las esperadas y deseadas, que influyen en gran medida al estrés que experimentan”.

Sobre este último punto, siguiendo a M Martínez y P Guerra (1997) y también citado por la misma autora, se puede definir al Sme de Burnout como el **“resultante de un prolongado estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en el cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo”**

4-2-b Condiciones predisponentes de los trabajadores de la salud para enfermarse por el trabajo

Teniendo en cuenta las dificultades que presenta el trabajo en los Servicios de Salud Pública por el contacto constante de los trabajadores con los usuarios y sus padecimientos, el aumento de la demanda, el “malestar” por no recibir un sueldo acorde al tipo de trabajo, junto al sistema “burocrático” de atención en numerosos Servicios de Salud caracterizado por ser lento, despersonalizado, fragmentado y rutinario; no todos los trabajadores están expuestos de la misma forma a las situaciones de estrés.

En relación a este tema, y considerando las características particulares que puede haber en los distintos Servicios de Salud, aún cuando sean del mismo sector Público. Comencé con estudios locales como el de O Camponovo Meier y P Morín Imbert (2000), ellas en su trabajo de investigación en un Hospital Público de la ciudad de Rosario, describieron la población más susceptible de padecer el Sme de Burnout y sus opiniones con respecto a las causas de malestar, a través de un cuestionario. Los resultados describen que la posibilidad de padecer el Sme de Burnout parece depender del perfil profesional, de las funciones desempeñadas y factores de riesgo relacionados. Donde los individuos más afectados son jóvenes sin hijos, con gran cantidad de horas de trabajo semanal, alto número de pacientes a su cargo y antecedentes de multiempleo.

Resultados similares se encuentran en un trabajo español, De la Cuevas y cols. (1999) y citado por P Ghisio (2003), que concluye que: los años de experiencia en la profesión, parecen tener un papel moderador, ya que según avanzan los años, el trabajador adquiere una mayor seguridad en las tareas que desempeña y, de esta manera se hace menos vulnerable al estrés laboral. Sin embargo, esta situación también puede deberse a la “cristalización del sistema de defensa constituyéndose una especie de bloqueo”.

Más allá de los objetivos de esta investigación es interesante remarcar que se han encontrado diferencias según género en las categorías del Cuestionario de Burnout. En el trabajo de P Ghisio (2003) se puede apreciar que las categorías que aparecen aumentadas entre los varones son: despersonalización, realización personal y manifestaciones del Burnout. En cambio, en las mujeres presentaban mayor percepción de cansancio emocional, tarea, tedio y organización. Esto podría deberse a que las mujeres se implican más emocionalmente en el trabajo que los primeros.

Con respecto a la organización del trabajo, A Kornblit (1998) en su investigación sobre percepción de los médicos de guardia (aquellos con jornada laboral extendida para atender consultas de urgencia y emergencia) en relación a su trabajo y A Huerta (2000) en su trabajo con residentes (médicos que están formándose en una especialidad determinada) en Hospitales Públicos de Rosario, encontraron que: los trabajadores de la salud que realizaban guardias de 12 o 24 horas se encontraban más expuestos a situaciones estresantes (incluyendo episodios de violencia de parte de los usuarios o familiares) y con mayores posibilidades de enfermarse física o mentalmente

Con respecto al nivel de complejidad tecnológica, en el trabajo de P Ghisio (2003), se observa mayor percepción de estrés cuando menor es el grado de complejidad de la institución de salud (Centro de Salud- primer nivel de atención) y lo relaciona, a través de la palabra de los propios trabajadores, con la falta de recursos materiales necesarios para atender la demanda, junto a la sensación de indiferencia de parte de las autoridades.

4-2-c Percepciones de los trabajadores en relación a los malestares en su trabajo y propuestas para mejorar su situación laboral

Una de las investigaciones que direccionó mi trabajo bebido a que compartía mis prenociones en relación al tema, fue la de Di Liscia, Huerta y Gutierrez (2000). Ellas plantean, a través de los propios trabajadores que **“las principales causas de malestar en el trabajo son:**

- **falta de reconocimiento por parte de las autoridades (indiferencia)**
- **las actuales condiciones de trabajo (bajos salarios, pluriempleo, polifuncionalidad)**
- **deficitaria organización de los procesos de trabajo (trabajo en red y en equipo)**
- **dificultad para la integración en los equipos**
- **problemas con la demanda (por fuente potencial de riesgos o por condiciones de extrema pobreza).**

Niveles altos de malestar y percepción de estrés asistencial también fueron encontrados en el trabajo de Zaldúa y col. (2000) sobre incidencia del Sme de Burnout en hospitales de la ciudad autónoma de Bs As y citado en la investigación de P Ghisio (2003). Esta última autora encuentra resultados similares en su trabajo del 2003 sobre Burnout en trabajadores de la salud, donde **“se puede inferir que los efectores de salud se sienten altamente demandados y, a la vez, no reconocidos en su labor. A esto se suma que los efectores no registran un adecuado nivel de apoyo por parte de jefes y compañeros, como así también una percepción de poca gratificación en las interrelaciones que mantienen en sus trabajos”**

Estos resultados nos pueden llevar a relacionar que el no reconocimiento por parte de las autoridades, puede explicar en parte los bajos salarios y eso propiciar el pluriempleo. Es decir, que en la práctica, es frecuente que estén relacionadas las distintas causas de malestar.

Desde el punto de vista de algunos profesionales, como lo señalan Bottinelli y Zaldúa (2006), el no reconocimiento por parte de las autoridades está relacionado con la falta de protección social. Es decir, **“la poca importancia en la agenda del gobierno de políticas sociales (salud, educación, trabajo) y la desprotección que ello produce en las poblaciones más desfavorecidas que, a su vez son las que más utilizan el hospital público”**

Siguiendo esta línea de pensamiento, es importante remarcar las diferencias que se encuentran en los distintos Niveles de Atención dentro del Sistema de Salud Público, en su trabajo, P Ghisio (2003) concluye que los trabajadores del CS estudiado refieren: **“situaciones de malestar vinculados a la falta de control y de organización en la institución, articulada a la falta de protección, la sensación de “abandono”, la desarticulación con el nivel central de atención y la preocupación por las condiciones de pobreza en las que vive la población que atienden”**.

Por su parte, C Bloch y col. (1987), como parte de los resultados sobre la Evaluación del Programa de APS en la ciudad de Rosario, plantean que la insatisfacción de los trabajadores (médicos, agentes sanitarios y enfermeros) es con respecto a la remuneración percibida y con la falta de recursos humanos.

En relación a la remuneración, en nuestro medio y, excediendo al Sector Salud, los salarios de gran parte de la población no están de acuerdo al tipo de labor que se realiza, al tiempo que se requirió para la formación, a la responsabilidad que demanda esa actividad o a la actualización que se debe realizar para poder ofrecer un trabajo de “calidad”. Con respecto a los trabajadores de la salud, y en especial los profesionales, a lo anterior se suma, la gran oferta existente (principalmente en las grandes ciudades) según J Escudero (2008), pudiendo traducirse esta situación en bajos salarios, y en consecuencia el multiempleo, con el malestar constante de no recibir un salario digno y el cansancio físico y mental por el esfuerzo realizado, afectando la salud física, psíquica y de relación en los trabajadores y con los usuarios.

Por último, acerca de las características del trabajo médico, P Canelo (1985) en una investigación realizada en la Asoc. Médica de Rosario y citada por P Ghisio (2000), señala a través de una encuesta que el 78% de los médicos tenía más de un trabajo, el 70% superaba las 60 horas semanales de trabajo, el 47,6% se desempeñaba en tres o más lugares y que los que permanecían en las instituciones todo el día no recibían alimentación adecuada ni tenían un lugar apropiado de descanso.

Con respecto a las propuestas de los propios trabajadores para mejorar su situación, en la investigación de P Ghisio (2003), la más frecuente fue aumento de la remuneración, seguido por implemento de espacios de formación y de reflexión, junto a aumento de los niveles de organización.

Propuestas similares y ampliadas desde la teoría, son planteadas por autores como G de Sousa Campos (1998) y citadas en el trabajo de Di Liscia, Huerta y Gutierrez (2000): "para lograr calidad en salud, debe haber autonomía y definición de responsabilidades y esto está relacionado con el reconocimiento por las autoridades, los pacientes y el propio profesional para valorar su capacidad y su trabajo".

4-2-d Organización de los procesos de trabajo

Analizando otras de las causas de malestar planteada por los trabajadores y analizada por Di Liscia, Huerta y Gutierrez (2000): **“es la deficitaria organización de los procesos de trabajo y la dificultad para la integración en los equipos”**.

La relación entre salud y el sistema ambiental (contexto físico, factores organizativos y red social) puede plantearse, como lo propone Moss desde **"el modelo de salud sociológico"** y tomado por Antonio Sanchez Cabaco (1999) para describir que: **"la conducta del sujeto puede variar según perciba el clima social de la institución en que se desenvuelve"**.

En relación a este punto, en su trabajo, P Ghisio (2003) describió que los trabajadores de Salud Mental presentaban menores niveles de síntomas relacionados con el Burnout (despersonalización, cansancio emocional, entre otros) en comparación con las especialidades biomédicas. Estas diferencias podían explicarse a que el sector de Salud Mental contaba con reuniones de equipo cuya frecuencia era programada y respetada, en ese espacio, se podía compartir experiencias profesionales e íntimas y también actualizarse. Según Watkins (1983): **“el contacto con otros profesionales proporciona una instancia que posibilita el crecimiento personal”**.

Por otro lado, si el clima en el lugar de trabajo es hostil o desinteresado entre los trabajadores o es agobiante por el exceso de trabajo, es otro factor de conflicto para la salud de trabajadores y su relación con los usuarios.

Teniendo en cuenta que la atención de los problemas de salud es compleja y difícil de abordar para los trabajadores de los Servicios de Salud, que ha habido un progresivo desmantelamiento del hospital público, que el trabajo en equipo implica voluntad para respetar al otro y trabajar con puntos de vista diferentes y si a esto se agrega que hay "malestar en el lugar de trabajo", esto se puede traducir en desinterés, desgano y quejas permanentes de parte de los trabajadores.

Por lo tanto, como lo analiza E Menéndez, **“la precariedad en la trama relacional o fallas en la red social, es importante para comprender la problemática del sufrimiento y enfermedad del trabajo”**

Otro de los problemas es el relacionado con la demanda en los Servicios de Salud Pública. Si consideramos que ésta va en constante aumento y que gran parte de la población asistida es "pobre" materialmente, es decir, con gran parte de las necesidades básicas insatisfechas e ingresos monetarios escasos, y si a esto sumamos sus recursos simbólicos diferentes a los de los trabajadores de la salud. Entonces el trabajo que significa la atención de pacientes se torna agotadora física y mentalmente, ya sea por el número o la complejidad de las situaciones. En este sentido, P Ghisio (2003) encontró valores altos de cansancio

emocional en el cuestionario de Burnout realizado a los trabajadores del CS estudiado en su investigación, en comparación con el hospital.

Un trabajo relacionado con este tema y realizado en un Hospital Público de Rosario, es el de Irene Luppi (2001), que uno de los ejes fue analizar la relación médico-paciente. Ella explica, en base a los resultados obtenidos que: **"el tiempo escaso para la consulta, las dificultades para la comprensión (relacionado con la imagen de "pobre" que frena todo intento modificador de los obstáculos percibidos), genera desaliento y limitaciones para escuchar de parte de los médicos"**.

Por lo tanto, y para finalizar, hay que remarcar la importancia de un enfoque integral del proceso salud-enfermedad desde la Salud Pública, como lo sugiere E Menéndez (1996): **"ya que al trabajar con poblaciones pobres, la desigualdad económica es la que más influye para determinar la estructura social del proceso salud-enfermedad-atención"**

4-2-e- Representaciones sobre la figura de los médicos

En los médicos, a estas situaciones se suma las representaciones sociales acerca de la figura y función de estos profesionales y de la medicina en general, donde la muerte o el error es difícil admitirlo por los pacientes, sus familiares y los mismos profesionales, eso produce una carga difícil de sobrellevar en quien se deposita esa tarea. Por lo cual, puede manifestarse como **"despersonalización"** en el médico, como respuesta al estrés, según el análisis de F Maglio (1998)

Siguiendo esta línea, A Kornblit (1998) encontró en su estudio con médicos de guardia, que la **"distancia emocional (incapacidad de compromiso y cuidado del otro) era una de las estrategias de enfrentamiento al estrés después de años de trabajo"**.

Por otro lado, estas representaciones sociales, al considerar la muerte como un "fracaso", es un elemento de presión en los profesionales para tratar de prolongar la vida de los

pacientes, sin pensar o analizar cómo influyen estas decisiones en los deseos y sentimientos de los pacientes y sus familiares. Alterando aún más la relación médico-paciente.

En APS no son frecuentes las situaciones en que está en juego la vida de los pacientes, pero si es un factor importante (y es uno de los pilares en el Primer Nivel de Atención) crear un lazo y ser un referente del paciente y su familia.

Por las representaciones descriptas, las cuales son reforzadas en la formación académica de los profesionales y en la organización de los Servicios de Salud, los "trabajadores de la salud" y en especial los médicos, sienten que deben ser "responsables" del bienestar de las personas que asisten a los Servicios, por lo cual, muchos se desentienden y otros se desesperan.

Desde mi perspectiva, al estrés que produce la responsabilidad que se espera del profesional, se suma la evaluación del trabajo de los profesionales desde la lógica "biomédica productivista", donde un componente importante es la cantidad de pacientes atendidos por hora: se considera que el número de pacientes va en relación con el cumplimiento de los deberes asignados, y en forma indirecta, en la calidad del trabajo. Sin embargo, tratar de cumplir esta hipótesis ha producido y produce alteraciones en la salud de los trabajadores, en la relación médico-paciente, y sobre todo, no ha demostrado, en numerosas ocasiones, mejorar la salud de la población.

Lentamente se está tratando de incorporar "**otras formas de evaluación de la calidad del proceso de trabajo: compromiso con el paciente, tareas no asistenciales, clínica ampliada, entre otros**" como lo propone G de Sousa Campos (2001), pero hay grandes dificultades para su implementación, tanto para los trabajadores como para los evaluadores, por ser una propuesta diferente y nueva y que necesita otros métodos que deben ser elaborados por ambas partes y útiles para todos (trabajadores y comunidad).

4-2-f Percepción de la importancia de las necesidades de la población para la organización de los Servicios de Salud

Por otro lado, parecería que como están organizados los Servicios de Salud y con la demanda que existe, hay sectores de la comunidad que van a seguir sin buscar atención, ya a que la percepción de necesidad y su jerarquización depende de aquel que la perciba y de la concepción individual del proceso salud-enfermedad, es decir, puede ser diferente desde la visión de la población con respecto a la de los gestores y organizadores de los Servicios de Salud. Por lo tanto es importante reconocer las distintas necesidades de atención de la población y conocer las familias vulnerables (aquellas que usan gran parte de su tiempo en lograr la supervivencia y, por lo tanto, es difícil organizarles el tiempo), para reorganizar los Servicios. Así lo plantean, A Díaz, A Huerta, A Rodriguez y C Telesco (2000) en su trabajo de campo, donde analizan la perspectiva de la población acerca de la accesibilidad y utilización de un Centro de Salud.

5-APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LA PROBLEMÁTICA

5-1 Introducción

A partir del recorrido por los antecedentes, que permitió un mejor conocimiento en relación al tema planteado, y junto a mis preconceptos, he seleccionado ciertos conceptos centrales que enriquecen y describen el marco teórico del presente estudio.

Tratando de articular coherentemente las visiones sobre trabajo y salud. Comencé con el análisis del contexto bajo el cual se desenvuelven las relaciones laborales “dentro y fuera” del ámbito de la salud, a partir de la flexibilización laboral y la desaparición del Estado “benefactor”. Luego continué con la descripción de los factores que intervienen en las representaciones de los sujetos acerca del proceso salud-enfermedad-atención y su relación con el modelo médico “científico” o Modelo Médico Hegemónico. Con respecto a este tema y aproximándome al objeto de estudio, describí los principios y características de la Atención Primaria de la Salud.

Por último, se hizo referencia a Proceso laboral, las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo, los aportes de la Psicodinámica del Trabajo y del Burnout

Teniendo en cuenta las limitaciones en el análisis, en relación a un tema complejo como el relacionado a la salud de los trabajadores y su influencia en los procesos de atención, el eje de análisis fue: las tensiones entre las percepciones y prácticas de los trabajadores de salud del Primer Nivel de Atención de la red municipal de Rosario, en relación a su trabajo, su articulación con la salud de los propios trabajadores y sus propuestas para modificar las situaciones de malestar.

5-2- Conflictividad entre salud y Neoliberalismo

Es importante considerar que las condiciones y medio ambiente de trabajo están determinadas, en parte, por la situación económica y social de un lugar en un momento dado, que a su vez depende de cuestiones macroeconómicas y de poder que regulan las decisiones más locales.

Estas situaciones influyen en la salud de los sujetos, de acuerdo a la cultura e historia de ese grupo. A su vez, esta subjetividad no es estática, se modifica por cuestiones personales, familiares y por los lazos sociales, relacionados con los cambios culturales a nivel global, que en las últimas décadas se ha caracterizado, según lo analizado por C Moise por: **"crecimiento del individualismo, aumento de los rasgos narcisistas de los individuos, expresado en comportamientos hetero y autoagresivos, aislamiento, pérdida de sociabilidad, egoísmo y fragmentación de lazos sociales"**.

También E Graffigna (1999) analiza que el individualismo es una de las características más fuertes del neoliberalismo que **"hace extremadamente complejo el desarrollo de virtudes cívicas, públicas y democráticas que presupone la expansión de la ciudadanía"**. El neoliberalismo formaría parte del proceso de globalización, que en América Latina se ve reflejada por una contracción del Estado, donde la política económica (con la apertura de los mercados) es el eje central, alrededor de la cual giran las políticas sociales. Ampliando la brecha entre los pobres y los ricos.

El neoliberalismo, como lo describe A C Laurell (1994), puede concretarse en los Estados de "bienestar liberal" caracterizado por EE UU: donde **"no se admite el concepto de derechos sociales, o sea, el derecho de tener acceso a los bienes sociales por el sólo hecho de ser miembro de la sociedad y la obligación del Estado de garantizarlos. A su vez, en estos países los bienes sociales (educación, salud) están bajo una lógica de lucro, la producción y administración privada de estas áreas es mayor que la pública. Por lo tanto, el neoliberalismo se opone a la universalidad, la igualdad y la gratuidad de los servicios sociales"**.

Los autores neoliberales, siguiendo con A C Laurell, sostienen que: **"la intervención estatal resulta antieconómico y antiproduktivo..."**, por lo cual, **"la solución de la crisis consiste en reconstituir el mercado, la competencia y el individualismo"**. Y sostiene que

en América Latina, la implementación de las medidas neoliberales produce (a diferencia de los países desarrollados), por la pobreza masiva de la sociedad y las políticas locales, un **"capitalismo salvaje"**.

La Argentina no ha sido ajena a estos cambios, como lo señala C Moise (2001): **"la crisis social y económica argentina es devastadora. Arrasa familias, disuelve parejas, enfrenta y enemista a padres e hijos. En el interior de la familia se alteran los roles, la autoridad, las creencias. Se pierden los vínculos amistosos, laborales, institucionales, grupos sociales, originados en sentimientos de pertenencia y de referencia que identificaban nuestro lugar en el mundo. La crisis económica conlleva represión, aísla, restringe, limita, inhibe, amenaza, intimida, invalida; socava el vínculo con la vida como totalidad. Es una crisis que produce una transformación y un cambio muy profundo, al extremo de poner bajo un inmenso signo de pregunta sin respuesta hasta la misma continuidad del proceso histórico personal"**.

En relación a la salud, el Banco Mundial ha desarrollado para América Latina varios documentos donde "sugiere" qué acciones de salud debe realizar el sector privado y cuáles el sector público, de acuerdo al criterio mercantilista que éstas representen.

Uno de los documentos más controvertidos, es **"Invertir en Salud"** (1993) que según el análisis de A C Laurell (1998), sus puntos principales son:

- **que la salud pertenece al ámbito privado**
- **que el sector público es ineficiente e inequitativo, mientras que el sector privado es eficiente y más equitativo**
- **que los recursos públicos para la salud son y seguirán siendo escasos**

Si se considera que la salud es del ámbito privado, el individuo es el principal responsable por su salud y la de su familia y, por lo tanto debe adquirir los servicios médicos para resolver sus problemas.

La misma autora analiza: **"que el sector público sea ineficiente e inequitativo y sus recursos escasos, tiene que ver con las políticas de ajuste que los países deben imponer**

para poder cumplir con el pago de la deuda externa y con la contracción del mismo estado como parte del neoliberalismo”

En los últimos años, la situación de la salud en Latinoamérica y su relación con el Neoliberalismo ha sido analizada por otros autores A Ugalde y N Homedes (2005) quienes describen que otro de los principios de la reforma neoliberal en salud es:

- **“que para incrementar la eficiencia y la productividad de los servicios, es necesario contar con una fuerza laboral flexible”**

Se sabe que el trabajador precarizado, amenazado constantemente con perder su empleo es más dócil, denuncia menos las irregularidades o las falencias.

El Banco Mundial, en el documento 26144/03 fechado en julio del 2003, ya señalaba que era la resistencia organizada de los trabajadores de la salud uno de los principales obstáculos para el avance en la aplicación de sus recomendaciones.

5-3- Construcción del proceso salud-enfermedad-atención como representación

Para poder conocer por qué las personas piensan, sienten, actúan y se relacionan de determinada manera, es necesario considerar que estas acciones responden a un análisis individual y colectivo de valores culturales, históricos, familiares, sociales, educacionales, entre otros, que influyen desde antes del nacimiento y están presentes en el transcurso de toda la vida de los sujetos. Cada palabra, acción u omisión que dan y reciben las personas están cargadas de un contenido subjetivo, que responde a una "representación" elaborada previamente.

Por lo tanto, las representaciones sociales son construcciones simbólicas, productoras de sentido que contienen una explicación y/o interpretación del mundo y actúan en la organización de las prácticas sociales.

Para C Moise (2001): **"las representaciones sociales permiten interpretar y tamizar - constituyendo una suerte de filtro consciente o inconsciente- la realidad que proviene de los medios de comunicación, de la interacción humana y de sus propias creencias. Ellas suponen siempre la existencia de un sujeto, sea éste colectivo o individual, que las construye y modifica constantemente".** Y agrega que, **"una representación social no es simplemente una reproducción: constituye una configuración nueva o una transformación, ya que conlleva marcos de referencia que permiten distinguir, clasificar, seleccionar y -en forma simultánea- interpretar la información que el sujeto va recibiendo. Los problemas sociales -sean éstos los referidos a la salud, el medio ambiente, u otros- nos enfrentan con la necesidad de cambiar y actuar".**

Con respecto a las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad, incluyendo el concepto de sano o enfermo, el cuidado de la salud, el origen de las enfermedades, sus características, forma de abordarlas y tratarlas; han ido modificándose con el transcurso de la historia, y aún hoy es diferente, de acuerdo a las diferentes culturas y costumbres de los grupos sociales.

La historia y la cultura están fuertemente relacionadas con las condiciones socioeconómicas de los individuos y grupos, que van a influir, tanto en la formación y modificación de las representaciones sobre la salud y la enfermedad, como en la distribución de los problemas de salud, la posibilidad de acceso a los Servicios de Salud, el tipo de relación con los trabajadores de la salud y la realización o no de un determinado tratamiento y bajo qué condiciones.

Sobre este punto, E Menéndez (1996) plantea que: **"en el proceso salud-enfermedad se debe incluir tanto la estructura del significado como la social"**

Desde el enfoque del significado, el proceso salud-enfermedad, es como se organiza el tema de la salud y donde cobra vital importancia el estado subjetivo experimentado por el individuo encuadrado en el papel de sano o enfermo. El autor analiza que: **"si realmente colocamos el eje metodológico en el punto de vista del actor, ello supone asumir que dichos actores pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también**

saberes diferenciales y hasta conflictivos y antagónicos, respecto, por ejemplo, de los procesos de salud-enfermedad-atención"

Con respecto a este punto, puede pensarse que si hay discrepancia entre las representaciones de las enfermedades por parte de las poblaciones y el MMH, puede llevar a **"priorizaciones absolutamente contradictorias"** en el ámbito de la organización y políticas de los Servicios de Salud.

Para Menéndez trabajar sobre la estructura social significa: tener en cuenta las condiciones de desigualdad y diferencias generadas a partir de lo étnico, de lo religioso, de lo económico del poder. Es decir, hacer evidente la diferencia, la desigualdad y la heterogeneidad.

Y concluye que: **"la significación sociocultural de los padecimientos debe ser necesariamente referida a la estructura social, no sólo para analizar la articulación que opera entre las mismas, sino para observar las condiciones donde se construyen, se desarrollan, se modifican y se utilizan las significaciones culturales"**

Un análisis similar realiza P L Castellanos (1987) y J Breilh (1990), éste último describe que: **"en verdad los problemas determinantes de las enfermedades, quizás los más importantes, que no son reconocidos como parte de las mismas, no sólo se generan en los organismos individuales ni sólo se encuentran en el cuerpo humano. Más bien, son procesos que se gestan en la dimensión social de la vida y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad y, fundamentalmente, en los patrones de trabajo y consumo de los distintos grupos"**

El mismo Menéndez (2005), en relación al MMH, expresa que; **"el biologismo evolucionista del Modelo Médico excluye los procesos históricos y las condicionantes socioeconómicas, culturales e ideológicas respecto de la causalidad y desarrollo de los padecimientos"**.

Estas dimensiones de análisis del proceso salud-enfermedad son fundamentales tenerlos en cuenta: para comprender la relación que se establece entre los trabajadores de la salud-usuarios y para la organización de los Servicios de Salud.

Sin embargo y desde mi observación, históricamente, este análisis del proceso salud-enfermedad, no ha sido priorizado, ni desde la educación formal y superior, ni desde la organización de los Servicios de Salud Público, ya que la categoría de sano o enfermo ha dependido de parámetros, o definiciones que, casi siempre, no dependen de la explicación, representación o sensación del sujeto-paciente, sino del Sistema de Salud bajo el MMH.

En relación a lo planteado, E Menéndez aporta una cuestión más: **"la necesidad de tener en cuenta que centrar el análisis en las representaciones supone reconocer una cierta distancia entre ellas y las acciones prácticas realmente desempeñadas y vividas"**. Esto significa, en otras palabras, tener en cuenta al tomar las representaciones sociales como objeto de estudio, **"la discrepancia entre las representaciones y prácticas"**, entre lo que los individuos dicen (ya sean trabajadores de la salud o usuarios) y lo que hacen en la realidad. Las representaciones actuarían a la manera de un marco referencial, constituirían **"algo así como la teoría del proceso analizado, siendo la práctica lo que realmente se realiza, la que no siempre tiene un carácter isomórfico con aquellas"**

Esta discrepancia se observa en el trabajo de Bloch y col. (1987), entre los conceptos de APS expresados por los trabajadores y la práctica en los Servicios de Salud.

A su vez, más allá de la distancia entre lo que se piensa y el acto en sí en un individuo en particular; es importante analizar las relaciones que se establecen entre los sujetos.

En el caso de los profesionales (pudiéndose extender a todos los trabajadores de la salud), el saber de todo curador o trabajador se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan. Desde el análisis de E Menéndez (1994), es importante **"relacionar el saber popular y el médico en el campo en el cual interactúan (enfoque relacional)"**. Partiendo de que el encuentro es un acto social y no sólo técnico, donde las representaciones y las prácticas no son rígidas sino que están cargadas por la subjetividad de quienes participan.

Por último, debe reconocerse que el proceso salud-enfermedad-atención (s-e-a) se desarrolla en un proceso histórico determinado, donde se establecen relaciones de hegemonía/subalternidad entre los sectores sociales. Donde las enfermedades han sido algunas de las principales áreas de control social e ideológico. En la "cultura occidental", el MMH es un exponente de este control. Donde lo diferente, lo considerado "enfermo" debe corregirse para volver a la normalidad, y donde, gran parte de los "hábitos de vida saludables" son normas de conducta para no romper la estabilidad social.

5-4-Modelo Médico Hegemónico: rasgos estructurales y crisis

Tratando de analizar el contexto en el cual aparece y se consolida el MMH, es interesante el aporte de M Abonizio (2005), quien describe que: **"históricamente, a partir de la *Fábrica* de Vesalio, la invención del cuerpo en el pensamiento occidental responde a una triple sustracción: el hombre separado de él mismo (distinción entre el hombre y cuerpo, alma y cuerpo, espíritu y cuerpo, etc.); separado de los otros (paso de una estructura social de tipo comunitario a una estructura de tipo individualista); separado del universo (los saberes de la carne no provienen de una homología entre el hombre y el cosmos, sino que son singulares, le pertenecen sólo a la definición intrínseca del cuerpo)".**

Esta separación del cuerpo en tres niveles es manifiesta en el Modelo Médico Hegemónico (MMH), el cual es definido por Menéndez (1998): **"como el conjunto de prácticas, saberes, y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos, como por el estado".**

Los rasgos estructurales del MMH son, entre otros:

- **biologismo**

- **concepción teórica evolucionista/positivista**
- **ahistoricidad**
- **asocialidad**
- **individualismo**
- **eficacia pragmática**
- **la salud/enfermedad como mercancía**
- **orientación puramente curativa**
- **concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia**
- **práctica curativa basada en la eliminación del síntoma**
- **relación médico/paciente asimétrica**
- **concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado**
- **inducción a la participación subordinada y pasiva de los "consumidores de acciones de salud"**
- **no legitimación científica de otras prácticas**
- **profesionalización formalizada**
- **tendencia a la medicalización de los problemas**
- **predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad**

Desde esta mirada de la medicina, no aparece un sujeto con una determinada enfermedad, sino un enfermo, en el cual, la patología adquiere una importancia tal, que direcciona la mirada y los esfuerzos en diagnosticarla y tratarla, minimizando aspectos trascendentes como la vida, la historia y los intereses de quien la padece. En relación a esta mirada, G de Sousa Campos (2001) la describe como **"Enfermedad Total"**: donde el paciente: **"pierde sus dimensiones existenciales y sociales, la dolencia lo recubrirá como una segunda piel. Las personas dejarán de ser viejas, jóvenes, madres, padres, 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."**

Este enfoque de la enfermedad, **"la búsqueda de un origen biológico"**, está relacionado, según algunos autores, como E Menéndez (1996), con **"evitar la causalidad profunda de un problema y, por ello, no intervenir sobre su etiología real"**.

Direccionar la búsqueda a lo biológico significa no contemplar o relativizar la intervención de otros factores interrelacionados entre sí y que determinan el estado de salud o enfermedad de un sujeto. Sobre este punto, A C Laurell y M Marquez (1983) describen que la **“determinación social del proceso biopsíquico humano, es decir, las diferentes formas de enfermar y morir varían de acuerdo al proceso de desgaste- reproducción de las clases sociales, es la manifestación singular de un proceso general”**.

Este análisis lo plantea M Abonizio (2005) siguiendo los trabajos de M Foucault y M Tausing: donde sostiene que: **“toda la ciencia clínica está atravesada por un enmascaramiento: la práctica médica moderna tiene un enfoque exclusivo sobre el como de la enfermedad, relegando el por qué, cosificando -en consecuencia- a la patología”**.

Esta objetivación o cosificación incluye pacientes y trabajadores de la salud produciendo, en numerosas ocasiones, el encuentro de "dos objetos": por un lado, el trabajador de la salud que repite un esquema impuesto en su formación a un enfermo, por el otro lado, que debe atender, entender y realizar lo que se la dice.

La información que incorporan los trabajadores de la salud sobre el proceso salud-enfermedad se basa, entre otros factores, en los conocimientos adquiridos en su formación, donde se analizan los problemas desde un punto de vista (el llamado “científico”) y la forma de tratarlos es uniforme y estandarizada. Pocas veces, durante la formación, se problematiza el proceso salud- enfermedad desde otros puntos de vista (como por ej. el de la medicina “tradicional”)

Estas situaciones pueden responder tanto a la “educación formal” recibida desde la niñez como a las relaciones “parentales”, donde se considera, que el alumno o el hijo tiene que aprender del que más sabe e incorporar esos conocimientos, dejando de lado sus propias interpretaciones de los temas y sus experiencias previas. No es habitual el debate, el aporte de ideas o la manifestación de dudas.

Este análisis lo realiza Paulo Freire (2002) y sostiene que: **"la educación en la escuela actual es narrativa, implica un sujeto- el que narra- y objetos pacientes, oyentes- los educandos-.En este tipo de educación, la realidad es algo detenido, estático, dividido... Esta narración conduce a los educandos a la memorización mecánica del contenido narrado... Cuanto más se ejerciten los educandos, tanto menos desarrollarán en sí la conciencia crítica de lo que resultaría su inserción en el mundo, como transformadores de él".**

Y más adelante, agrega: **"los hogares y las escuelas, primarias, medias y universitarias, que no existen en el aire, sino en el tiempo y en el espacio, no pueden escapar a las influencias de las condiciones estructurales objetivas. Las relaciones padres-hijos, en los hogares, reflejan de modo general las condiciones objetivos-culturales de la totalidad de que participan. Y si éstas son condiciones autoritarias, rígidas, dominadoras, penetran en los hogares que incrementan el clima de opresión".**

Lo expresado y, coincidiendo con E Menéndez (2005), permite suponer los resultados posibles de observar con la implementación de un modelo médico donde se dan este tipo de relaciones, donde la salud-enfermedad es una mercancía y el objetivo de la intervención es erradicar el síntoma, donde el fármaco, se ubica en el lugar más importante en la consulta, perdiendo valor la clínica en sí. Esta situación recibe el nombre de **"medicalización"**, es decir, la incorporación de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento diseñados por investigadores que no realizan práctica médica.

Los principales indicadores de la crisis del MMH, según E Menéndez (1998), son:

- **el aumento del costo de la atención de la enfermedad**
- **el aumento constante del consumo de fármacos**
- **el incremento de la intervención medica en los comportamientos sociales**
- **el incremento de la iatrogenia negativa**
- **los cambios del perfil epidemiológico, el cual evidencia la eficacia limitada de la practica medica y la importancia creciente de las funciones secundarias**
- **el predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención medica, en detrimento de la calidad de la misma**

- **la comprobación de que algunas técnicas sencillas y baratas operadas por la comunidad pueden ser más eficaces que la utilización de técnicas complejas y costosas para algunos de los principales problemas que afectan a la población**
- **el redescubrimiento de que el sector salud es primordialmente curativo**
- **el descubrimiento del mantenimiento de la desigualdad social ante la muerte, aun en los países con medicina socializada**

Esta crisis es también analizada por D. Le Bretton (sociólogo y antropólogo francés) en la tesis de M. Abonizio (2005) donde: **"encuentra un desfase mayor entre las demandas sociales en materia de salud y las respuestas de las instituciones médicas, por lo que el fracaso de un tratamiento médico lleva a los "clientes" a volcarse hacia prácticas de otro orden, entre ellas las llamadas medicinas "paralelas" (o diferentes, alternativas, naturales, empíricas, etc.)**

5-5-Atención Primaria de la Salud

5-5-a Definición y características

Debido a los problemas descriptos en el MMH y con la intención de implementar una "política de salud" que cubriera a toda la población, cuyo lema era "salud para todos en el año 2000", la OMS propone (con el acuerdo de numerosos países) en 1978 en Alma Ata, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)

La declaración señala, siguiendo a A Kroeger y R Luna (1992), que: **"la Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que**

constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"

Uno de los principios de la APS (y una de las diferencias más importantes con el MMH) es la participación de la comunidad en el Sector Salud, tanto en la elaboración del diagnóstico de situación de salud como en la planificación y evaluación de las acciones realizadas en dicho sector.

Algunas de las características generales de los programas de APS, propuesto por la OPS y descrito por Kroeger y Luna (1992), son:

- **garantizar el acceso de toda la población a los Servicios de Salud esenciales, que en la realidad implica establecer prioridades a los grupos marginados**
- **acentuar las actividades de promoción y prevención de la salud, tratamiento adecuado y rehabilitación**
- **propiciar la equidad (igual oportunidad de acceso a todos los niveles de atención) y la continuidad de los procesos de atención en los Servicios de Salud**

5-5-b Atención Primaria de la Salud y calidad de atención

Retomando a E Menéndez (1998), él expresa que: **"por razones de muy diversa orientación política y teórica, la APS es considerada como el instrumento más viable para resolver o agudizar la crisis del MMH, entre otras cosas porque dicha estrategia ha constituido hasta ahora la principal respuesta del Sector Salud organizado para enfrentar su crisis tanto en eficacia como en términos de gasto público (eficiencia)."**

Es importante describir estos términos, ya que se encuentran en constante conflicto por los intereses de los trabajadores de la salud, por un lado y los de los Servicios de Salud, por el otro y ambos, son necesarios para prestar una atención en salud de calidad. La eficacia

puede ser considerada como la capacidad de cuidado, asumiendo su forma más perfecta, de contribuir para la mejoría de las condiciones de salud; y la eficiencia, como la capacidad de obtener los mejores resultados de las condiciones de salud al menor costo posible

En la práctica cotidiana de los Servicios de Salud, no ha sido sencillo poder aplicar ambas (eficacia y eficiencia) ya que enfrentan lo económico con lo técnico, según el trabajo de C Bloch y col. (1987), "**pues el tiempo de eficacia entra en contradicción con el tiempo de la eficiencia**" y citan a M Testa, quien analiza que: "**en salud, muchas veces la utilidad de una actividad se encuentra en relación directa con la calidad del servicio, la cual se halla en buena medida determinada por el tiempo que se destine a la prestación, este es el tiempo de la eficacia. El supuesto que hacemos es que la calidad del servicio aumenta junto con el tiempo que se destina a la realización de la actividad y, en consecuencia, que la eficacia también aumenta con ello. En principio, podría afirmarse que la correlación entre eficacia, calidad y tiempo se hace presente en aquellas actividades donde el paciente es un actor principal de la actividad**"

Teniendo en cuenta la dificultad práctica para la implementación de estos términos y su relación con la calidad de atención y por ende, en la relación trabajadores de la salud-usuarios, describiré otros factores o "**atributos de la calidad de atención en salud**" según el autor A Donabedian y adaptado por Noguera (1990), quien, además de la eficacia y la eficiencia, incluye a:

- la **efectividad**; que se refiere a la mejoría de salud que es alcanzada o se espera alcanzar en las condiciones habituales de la práctica cotidiana
- la **optimidad**: que hace referencia a los costos que se suman para obtener mejoras adicionales. Si los costos son muy altos y los beneficios adicionales pequeños, no es óptimo introducirlos para mejorar la salud
- la **aceptabilidad**: que se relaciona con los valores, expectativas y deseos de los pacientes y sus familiares acerca de los efectos del cuidado sobre su salud y bienestar y acerca de cómo estos efectos deben ser alcanzados. La aceptabilidad además incorpora:
 - la **accesibilidad**: que significa para los pacientes, la posibilidad de obtener cuidado cuando es necesario, y obtenerlo en forma fácil y conveniente

- la **relación médico-paciente**: se refiere al comportamiento de los médicos y demás trabajadores encargados del cuidado de la salud, con los pacientes. Teniendo en cuenta que los pacientes desean ser tratados con respeto y consideración
 - las **características del cuidado**: que incluye que éste sea conveniente, confortable y agradable
- la **legitimidad**: se refiere a como una comunidad o la sociedad en general, acepta y organiza el cuidado de la salud de los individuos, es decir, se responsabiliza por el bienestar de todos
 - la **equidad**: es el principio por el cual se determina lo que es justo o razonable en la distribución del cuidado de la salud o de sus beneficios entre los miembros de una población. Una distribución más equitativa del cuidado del cuidado puede necesitar costos elevados.

El mismo autor analiza que, tanto la equidad como lo óptimo o legítimo puede significar distinto para los individuos que para la sociedad. Por lo cual, el practicante de medicina (pudiéndose extender a todos los trabajadores de salud en general) tiene el desafío y la difícil tarea de escuchar y atender a los pacientes individuales y, simultáneamente, tiene que dar cuenta de sus responsabilidades sociales.

5-5-c Organización de Atención Primaria de la Salud

Como parte de un Sistema de Salud eficiente, la APS propone la descentralización de los Servicios de acuerdo a su localización, nivel de complejidad técnico y administrativo.

A partir de dicha descentralización, se distribuyen los Servicios de Salud en tres niveles de atención: el primer nivel (los Centros de Salud), se encuentran ubicados en la cercanía del domicilio de los usuarios y es donde se resuelven los problemas de salud más frecuentes y que no necesitan para su diagnóstico y tratamiento complejidad técnica. Estos últimos se derivan para consulta, estudios o tratamiento al segundo y tercer nivel de atención (Hospitales)

Es importante remarcar que la declaración, los principios y las características de los programas son un marco para la implementación de APS en cada país. Sin embargo, lo que se reitera en cada uno de los puntos arriba señalados es la defensa de la salud como "derecho social", es decir, que deben acceder a ella todos los ciudadanos de un país.

A pesar de que la declaración de Alma Ata fue promulgada por la OMS con el acuerdo de numerosos países, la política en salud de cada uno de ellos depende y está íntimamente relacionada con otras políticas sociales y económicas. Por lo tanto, la historia, la cultura, la orientación económica, la riqueza y la organización interna de un país, son entre otras, las que van a determinar el lugar que la salud ocupa en la agenda de los gobiernos.

Siguiendo este análisis, M Testa (1985) expresa que: **"para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de salud, la APS es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica - diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimiento interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema: también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación. El tipo de atención que se presta en esos establecimientos no implica una disminución de la calidad de la atención, por el contrario, debe tener la calidad necesaria para poder realizar la distribución señalada, de lo contrario puede aumentar el riesgo de errores diagnósticos y terapéuticos extemporáneos"**.

Es importante considerar que al implementar un nuevo modelo de salud, la cuestión económica puede cambiar el sentido y la calidad de APS, si no se planifica estratégicamente desde el gobierno, cómo y cuánto se destina a esta área.

La viabilidad y calidad de los programas de APS, depende en gran parte, del tipo y preparación y reconocimiento de los trabajadores. En este sentido, el mismo Testa (1985) expresa que: **"el personal que se destina a prestar ese servicio en los países capitalista**

dependiente es en general, el de menor nivel de capacitación, estudiantes o médicos recién graduados sin la necesaria experiencia para desempeñar la función que tiene la mayor responsabilidad en el funcionamiento del sistema"

Esta situación puede deberse a la no priorización, de parte de los círculos de poder, de la estrategia de APS más allá de los discursos oficiales.

Desde mis prenociones, y coincidiendo con la teoría seleccionada, el "lugar" que se le otorgue a APS dentro de la organización del Sistema de Salud, tiene una estrecha relación con el reconocimiento de los trabajadores de ese sector y este reconocimiento con las remuneraciones. En la práctica, en numerosos países, siguiendo los trabajos de E Menéndez (1998), los bajos salarios para los trabajadores de APS y una supuesta descalificación en las prácticas del saber profesional médico, produce en los profesionales la sensación de dar una **"medicina de segunda" a "pacientes considerados de segunda"**

.Estas situaciones pueden explicar en parte, el desinterés, inconstancia y rotación de este personal en los programas de APS. Como lo demuestra el trabajo de investigación de Di Liscia y Huerta (2000)

Por otro lado, los principios que propone APS, donde la participación comunitaria y la salud como derecho son algunos de sus ejes, suponen modificar los lugares del saber-hacer, es decir, tratar de disminuir las asimetrías de relación pacientes-trabajadores de la salud, respetar y escuchar lo que los sujetos-pacientes "piensan y sienten" sobre lo que les sucede, como así también, acordar que tratamiento o conductas terapéuticas a seguir a partir de proyectos conjuntos (trabajadores de la salud-usuarios). Estas situaciones tienen variadas y complejas consecuencias sobre la calidad de atención en Salud y la salud de pacientes y trabajadores del sector.

Como los expresa P Castellanos (1987): **"La propuesta de Atención Primaria ha planteado, al conjunto de trabajadores de salud, las limitaciones de los fundamentos teórico-metodológico tradicionalmente utilizado, y ha abierto espacios a la necesidad de nuevos desarrollos que permitan asumir la problemática de salud-enfermedad**

como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupos de población, y comprender las articulaciones entre éstas y los procesos sociales más generales"

Estas nuevas formas de abordar los procesos de salud-enfermedad-atención y los problemas que plantea, deben ser considerados constantemente en la dirección, organización y evaluación de los programas de APS, ya que el nivel de preparación junto a las normas y valores culturales, la historia personal, los vínculos sociales, las vivencias y experiencias son los factores que determinan y modifican las representaciones sociales de los sujetos y por ende, sus acciones.

5-6-Condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT)

El estudio de las CYMAT y su relación con el trabajo y la salud de los trabajadores se ha ido transformando a través del tiempo. Principalmente, por la incorporación en el análisis de la figura del trabajador más allá que como fuerza de trabajo, es decir, incluyendo su subjetividad (cultura, historia, costumbres, lazos familiares y sociales, representaciones, sufrimientos y deseos)

Desde la concepción clásica, siguiendo a J Neffa, las CYMAT han incluido: **“la higiene, la seguridad y la medicina del trabajo. Donde el trabajador es reducido a la simple condición de fuerza de trabajo, haciendo hincapié en la carga física, en detrimento de la carga psíquica y mental”**

A partir de 1960 se planteó una nueva forma de concebirlo, la cual es descripta por el J Neffa como enfoque renovador, ya que considera que las CYMAT no son estáticas ni determinadas, sino en función de la relación de fuerzas que se establecen entre trabajadores y empleadores; y de la regulación que dispone la legislación y la administración del trabajo. Este enfoque propone que para conocer los problemas relacionados con las CYMAT, se requiere la intervención de los trabajadores, ya que **"nadie está en mejor**

situación que el colectivo de trabajadores del establecimiento para conocer de qué manera las condiciones y medio ambiente de trabajo afectan su vida y su salud"

5-6-a Proceso laboral

La relación del proceso salud-enfermedad de los trabajadores con su labor también es estudiado por autores de la Medicina Social como A C Laurell (1983), que incorpora **"el proceso laboral como un proceso cuya esencia es social y económico. Donde los patrones de desgaste-reproducción determinan las fisonomías de clase y la posibilidad o no de enfermarse. Es decir, la enfermedad es la manifestación singular de un proceso general"**. Partiendo de este principio, es de suponer que si el trabajador tiene control sobre el proceso de producción-reproducción social, se sienta satisfecho con su labor.

En el otro extremo, ella describe que **"un trabajo monótono y descalificado produce enfermedad"**. Esto se observa con el trabajo a destajo, ya que hay una ruptura entre pensar y realizar el trabajo. El máximo exponente es el taylorismo y fordismo, donde el obrero es un objeto de la producción y está al servicio de la maquinaria. Explica que **"la base de la taylorización del trabajo es el análisis pormenorizado de las tareas realizadas a lo largo del proceso laboral y su fraccionamiento en trabajos simples que, en los casos extremos, implican sólo unos cuantos movimientos, que a su vez pueden ser analizados para encontrar la forma óptima de ejecutarlos, acortando los tiempos al mínimo"**

Si a lo anterior se agrega la parcelación del trabajo y su ordenamiento secuencial en una cadena, que a su vez marca el ritmo de trabajo, entonces se trata del fordismo, también analizado por la misma autora.

5-6-b Aportes desde la Psicopatología y Psicodinámica del Trabajo

Uno de los problemas más frecuentes en los trabajadores en relación con su trabajo, es la ansiedad. C Dejours (1990), describe que: "**la ansiedad está presente en todos los tipos de tareas profesionales y, para luchar contra esa ansiedad, los trabajadores elaboran sistemas defensivos**". Un ejemplo es el de los obreros de la construcción (una de los trabajos más peligrosos con respecto a accidentes y muertes), donde se observa actitudes de gusto por el peligro y el no cumplimiento de las normas de seguridad. Esto puede ser analizado como una forma de neutralizar la ansiedad, la cual si surgiera durante el trabajo, los obreros no podrían continuar con sus tareas. Por lo tanto, esta aparente "inconsciencia", es el precio que deben pagar para superar la ansiedad que supone este tipo de trabajo.

Siguiendo el análisis del autor, es importante tener en cuenta que la **ansiedad** es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el temor de perder un bienpreciado.

La ansiedad según C Dejours (1990), se puede manifestar directamente a través de:

- **la despersonalización**, que incluye la desestructuración de las relaciones psicoafectivas con los compañeros de trabajo y la desorganización del funcionamiento mental con la mecanización del trabajo. En los trabajadores de la salud, la despersonalización forma parte del Sme de Burnout, como aparece en los trabajos de Di Liscia y Huerta (2000), Camponovo Meier y Morín Imbert (2000) y de Francisco Maglio (1998)
- **la alteración de la salud física** (enfermedades profesionales, psicósomáticas, acortamiento de la esperanza de vida)
- **el miedo de perder el trabajo**

A raíz de estas alteraciones que son estudiadas por la Psicopatología del Trabajo, Dejours propone un nuevo modo de analizar la relación entre trabajo y salud de los trabajadores, la Psicodinámica del Trabajo. D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998), describen ambos enfoques:

- donde la **psicopatología del trabajo se dedicaba al análisis, detección y eventualmente, tratamiento de las enfermedades mentales.**

- en cambio, la **psicodinámica del trabajo, al tener como objeto la normalidad, trata sobre el sufrimiento y el placer en el trabajo, abarca al hombre y al trabajo, a la organización del trabajo y las situaciones de trabajo en el detalle de su dinámica interna. Apunta a la existencia de un desfase entre tarea prescrita y actividad real de trabajo.**

En esta investigación se considera al sufrimiento como pena o padecimiento de parte de los trabajadores, lo que ellos sienten y manifiestan por su labor, y donde el placer es un estado de gozo o deleite.

La psicodinámica del trabajo, según las autoras, cuestiona la organización del trabajo cuando ésta última es rígida y presupone que ya se pensó, analizó y tuvo en cuenta "todo" lo que puede pasar en la ejecución de un determinado trabajo. Este enfoque de la psicodinámica no subestima la etapa organizacional, que es imprescindible, pero subraya que debe servir como "marco" para lo real del trabajo

Por lo tanto, desde este enfoque, la organización del trabajo puede:

- otorgar libertad a los operadores para que puedan exponer sus capacidades con relación a su trabajo, u
 - obligar a los trabajadores a amoldarse al trabajo prescripto, anulando parte de si mismo.
- Cualquiera de estas opciones repercute en la salud de los trabajadores.

Otra de las innovaciones con la Psicodinámica del Trabajo, según las autoras, es que **identifica dimensiones subestimadas (hasta ese momento) del trabajo** como son:

- **la cooperación:** que es la voluntad de las personas para trabajar juntas y superar colectivamente las contradicciones que nacen por la esencia de las organizaciones del trabajo
- **la confianza:** ya que la cooperación exige relaciones de confianza entre los sujetos
- **el reconocimiento:** en relación a lo que espera el trabajador por la contribución que hace a la organización del trabajo. Siendo uno de sus puntos principales, respetar y no

limitar las iniciativas y proyectos de los trabajadores, ya que de lo contrario, se desmotivan, pudiendo llegar a tener problemas psiquiátricos y somáticos. Esta situación, el no reconocimiento por parte de las autoridades de su trabajo, es el principal motivo de malestar en los trabajadores de la salud encuestados por Di Liscia y Huerta (2000) y Camponovo Meier y Morín Imbert (2000) en sus trabajos de investigación. Así como también en el trabajo de G Zaldúa (2006), descriptos en el capítulo de antecedentes del presente trabajo

Dessors y Guiho-Bailly (1998) explican que: **"la mayoría de los sujetos saludables, esperan tener la oportunidad, gracias al trabajo, de construir su identidad en el campo social. Esta esperanza es tan importante que se traduce, en el plano ético, en la reivindicación de un derecho a la contribución, contribución en las responsabilidades de la ciudad, o, en este caso en las responsabilidades en la organización del trabajo"**

Algunos de los aportes de la Psicodinámica del Trabajo, según las autoras, se pueden analizar mediante **los vínculos entre: el sufrimiento, el trabajo, y el reconocimiento**. Este triángulo es similar al de identidad y de alienación propuesto por F. Sigaut: ego-real-otros. "Los conflictos, el sufrimiento y el placer que emergen en situación de trabajo deben su dinámica también a la organización del trabajo y a las dificultades, inclusive a los conflictos que ocasiona a los sujetos entre ellos, en el interior de los equipos, y a los sujetos individualmente, por las tensiones que hace surgir entre restricción de la situación de trabajo y restricción de las relaciones en la esfera privada. Debido a esto, la psicodinámica del trabajo lleva a reinterrogar el estatuto de lo real en la economía general del placer y del sufrimiento, las estrategias defensivas y las descompensaciones psicopatológicas".

La lucha contra la locura, continúan Dessors y Guiho-Bailly (1998), uno de los intereses primordiales de la Psicodinámica del Trabajo, así como del psicoanálisis, **"pasa a la vez por una confrontación del sujeto con lo real y por el reconocimiento de su acción por parte de los demás. Esta proposición es central. La locura no depende de la intensidad de las restricciones ejercidas sobre el sujeto por lo real del trabajo. La razón (o la normalidad) no depende de las restricciones ejercidas sobre el sujeto por lo**

real del trabajo. Es más bien cuando uno de los tres términos está aislado de los otros dos que se perfila el riesgo de alienación y locura"

Por lo tanto, siguiendo su análisis, se pueden producir alteraciones en la salud de los trabajadores dependiendo de donde esté el problema:

- **"alienación mental"**, cuando el sujeto está cortado de lo real y del reconocimiento de los demás
- **"alienación social"**, cuando el sujeto mantiene una relación con lo real, pero su trabajo no es reconocido
- **"alienación cultural"**, cuando hay reconocimiento de los actos, pero no hay vínculo con lo real.

Y lo explican de la siguiente manera: "numerosos incidentes no llegan siempre a la dirección de una organización. Lo real cae, mientras la dirección y los ejecutivos debaten cuestiones de gestión, separado de lo real del trabajo, es decir en una posición que tiene que ver con la alienación cultural. Al mismo tiempo, los obreros y supervisores, cuya relación con lo real no se reconoce, por su parte, quedan remitidos al riesgo de alienación social"

Desde esta concepción, **"la identidad siempre es el resultado de una lucha, nunca definitivamente ganada, aún en el mejor de los casos, contra los tres riesgos posibles de alienación"**

Según las autoras, **"el mayor interés que tiene la psicodinámica del trabajo es mostrar el peligro mental para el sujeto de un reconocimiento por los otros que no pase por un juicio sobre su trabajo"**

Partiendo de este concepto, cobra vital importancia, la relación de este reconocimiento con la remuneración recibida por el trabajador, ya que gran parte del sentido de un trabajo es para obtener un salario, por lo tanto, la precarización no sólo afecta la cuestión económica, sino también la autoestima del trabajador.

A su vez, continuando en esta línea de análisis, E Menéndez (2005) describe: “que hay que reconocer que la remuneración y otras condiciones de trabajo, son las que marcan los tiempos de trabajo y no trabajo, es decir, la posibilidad de contacto con la familia. Por lo tanto, las condiciones de trabajo no afectan sólo la salud del trabajador, sino también las condiciones de vida de los miembros del grupo familiar”.

Teniendo en cuenta los factores del trabajo (reconocimiento, remuneración, organización del trabajo) que intervienen en la salud de los trabajadores y su relación con el entorno supone, como se describió anteriormente, que si hay dificultades con uno o varios de ellos, se traduce en malestar o sufrimiento individual o en el colectivo de los trabajadores.

5-6-c Aportes del Burnout

Este trabajo no incluyó el cuestionario de Burnout para analizar el proceso salud-enfermedad en los trabajadores de la salud, pero utilizó y describió algunas de las características de dicho síndrome que fueron útiles para la presente investigación

En relación al sector salud, una de las formas de analizar el malestar crónico que afecta a los profesionales, es a través del Síndrome de Burnout. Fue Freudemberger en 1974 quien introdujo por primera vez el término Burnout, luego en 1977, C Maslach, lo caracterizó: “se trata de un **síndrome de agotamiento físico y emocional** que se manifiesta fundamentalmente por el desarrollo de una imagen negativa frente al trabajo y falta de interés por los usuarios. Es resultado del estrés desencadenado por la dedicación laboral en condiciones de trabajo deficientes y del contacto con determinados elementos contextuales del entorno laboral, como consecuencia de altos niveles de tensión en el trabajo, frustración personal e inadecuadas aptitudes de enfrentamiento a las situaciones conflictivas”. Autores como Florez Lozano, en el trabajo de Di Liscia M L, Huerta A, Gutierrez L (2000), describe el alto nivel de ausentismo laboral entre los profesionales afectados por el Síndrome, siendo habitual la presencia de cuadros depresivos como así también de conductas adictivas

En su trabajo de investigación, Camponovo Meier, y Morín Imbert (2000) describen como Alvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) clasifican las dimensiones de "vulnerabilidad al síndrome" en:

1. **componentes personales "premorbidos": edad** (a mayor cantidad de años en la profesión, mayor seguridad en las tareas y menor tensión laboral) ;**sexo** (las mujeres se ven más afectadas debido a la sobreabundancia de tareas laborales y domésticas); **variables familiares** (la estabilidad afectiva contribuye a conservar el equilibrio, para enfrentar situaciones conflictivas); **personalidad** (para las personas emotivas, que son las que predominan en los servicios humanos, las excesivas demandas representan una causa importante de agotamiento emocional)
2. **inadecuada formación profesional:** la desproporción entre los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas son otra fuente de estrés
3. **precariedad de las condiciones del entorno laboral:** dada por variables **intrínsecas:** relacionadas con el contenido del trabajo, indican el grado en que la institución estimula las capacidades del profesional (toma de decisiones, variedad en las ocupaciones, volumen de trabajo, promoción y desarrollo profesional) **extrínsecas:** que se dividen en físicas (espacio, iluminación, higiene, temperatura); sociales (clientes, compañeros, jefes, supervisores, etc.; que junto a las intrínsecas son las más relacionadas con el desgaste profesional); organizacionales (normas, reglas, estructuras jerárquicas, trámites burocráticos)

La **sinomatología del Síndrome de Burnout** según Alvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) comprende:

- **agotamiento emocional:** sentimientos de ausencia, irritabilidad, abatimiento
- **despersonalización:** imagen negativa sobre sí mismo, pérdida de la autoestima, sentimiento de incapacidad para actuar con eficacia. Se adopta una actitud distante, de aislamiento y cinismo como mecanismo defensivo para adaptarse a la situación. Como consecuencia se obtiene un trato impersonal hacia el usuario y los compañeros de trabajo
- **disminución en el logro personal:** excesiva demanda para la capacidad del trabajador, sentimientos de incompetencia frente a los cuales duplica sus esfuerzos aparentando ser inagotables

- **afectación en la tarea:** alteración de los atributos relacionados con el rol a desempeñar, falta de identificación con la tarea, desconocimiento del alcance y resultados de las acciones que realiza, ambiente y clima laboral alterados
- **tedio:** pérdida de interés en la tarea, acciones repetitivas tendientes a la monotonía y aburrimiento
- **afectación en la organización:** se concibe como un predictor de Burnout que depende del apoyo social que brindan los compañeros y los jefes y la gratificación en las relaciones interpersonales que se establecen en el trabajo
- **consecuencias de Burnout:** repercusión del trabajo sobre la salud, el bienestar personal, las relaciones familiares y personales y el rendimiento laboral

Otros indicadores del síndrome de Burnout son:

- **dificultades en las relaciones interpersonales:** los conflictos en el trabajo afectan las relaciones personales dentro y fuera del ámbito laboral
- **trastornos físicos:** insomnio, fatiga, dolores (de cabeza, espalda, etc.), mareos, sofocos, escalofríos, náuseas, vómitos, gastritis y diarrea, constipación, asma, sensación de ahogo, taquipnea, taquicardia, hipertensión, amenorrea, acné, alopecia, cambios en el peso, etc
- **trastornos conductuales:** consumo de alcohol, café, tabaco, drogas, y psicofármacos, conducta violenta (dentro y fuera del lugar de trabajo), robos (en el lugar de trabajo), conducción temeraria, juegos de azar peligrosos, tentativa de suicidios.

6- METODOLOGÍA y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

6-1 El diseño de investigación cualitativa

La construcción del objeto de estudio, se planteó desde una epistemología que no adhiere a la separación entre “teoría” y “metodología”; desde una reflexión de los lineamientos de la práctica de investigación científica que priorizó el saber de los actores sociales (los trabajadores de la salud pública municipal) junto al involucramiento de la autora y reflexividad sobre las “decisiones” en el proceso.

De tal modo que las elecciones técnicas más “empíricas” se hicieron inseparables de aquellas elecciones propiamente “teóricas” en la construcción del objeto de estudio (la salud de los trabajadores de APS). De tal modo que lo “dado”, como la misma presentación de los resultados, siempre fue producto de una construcción, el modo a través del cual, se buscaron descripciones, las respuestas a los interrogantes planteados para alcanzar los objetivos

El trabajo de campo realizado, artesanal, exploratorio-descriptivo, buscó la comprensión de las prácticas y los sentidos a través de los propios actores, mediante el cual los trabajadores de la salud construyen su “mundo” laboral.

Sobre este punto, R. Guber analiza que el “campo” generalmente es entendido como el “referente empírico”, con los sujetos y su contexto, no en una enumeración, sino con la descripción de los mismos. Implica un “recorte de lo real, pero no dado, sino construido a partir de las decisiones del investigador”.

Los objetivos del Trabajo de Campo, y acordando con M Abonizio (2005), dentro de la estrategia metodológica planteada implicó: “recabar información, material empírico para especificar los problemas teóricos, la generalidad en su singularidad; reconstruir “lógicas” propias, desde la perspectiva del actor, comprender la organización...reformular el propio

modelo teórico, buscando tensionar las categorías teóricas y las categorías sociales, las “voces” de los sujetos, las narrativas del campo.

De tal modo que el “dato”, siguiendo con M Abonizio, producto del trabajo de campo, se presenta como una construcción, a partir de la información de campo y la teoría del investigador. El dato es producto de un “diálogo” entre los conceptos teóricos y el sentido común, la rutinización de los saberes en la práctica laboral cotidiana (saberes técnicos y representaciones sociales presentes en la organización laboral).

En el trabajo realizado se buscó un enfoque “relacional” o bien, siguiendo a I Vasilachis de Giardino (2005), tiene su fundamento en el “paradigma interpretativo”, donde el supuesto básico es la necesidad de comprender el “sentido” de la acción social en el contexto del "mundo de la vida" y desde la perspectiva de los trabajadores.

"El mundo de la vida" es entendido en su totalidad como un mundo natural y social, es el escenario y lo que pone límites a la acción individual y recíproca.

En el proceso de investigación, este paradigma se resiste a la “naturalización” del mundo social, por lo cual no pretende hacer predicciones ni generalizaciones. Para Vich (1971) “los estudios sociales buscan la explicación histórica, es decir, la búsqueda de relaciones internas y el modo de comprender los acontecimientos de la historia humana”.

Como enfoque epistemológico, se rescató la participación en el “mundo” de los trabajadores recortado a los efectos de la construcción del objeto de estudio; cuyos sentidos, significados y componentes busqué describir; Para describirlos partí de “entender”, y para comprender participé en su contexto.

La comprensión de un significado es para Habermas (1989), “una experiencia comunicativa, de donde, la comprensión de una manifestación simbólica exige esencialmente la participación en un proceso de entendimiento”.

También Guiddens (1987) plantea que: “la inmersión en una forma de vida es la única manera en la que el investigador puede tornar asequible la vida social, mediante la utilización del *conocimiento mutuo* como esquema interpretativo para entender la actividad

social al igual que los demás participantes en ella”. Donde la interpretación, siguiendo a Habermas (1989) contiene tres elementos: normas y valores, objetos y estado de cosas, y vivencias intencionales.

El método, siguiendo a Guiddens (1987), “no puede ser la observación exterior de los fenómenos, sino la comprensión de las estructuras significativas del mundo de la vida por medio de la participación en ellas a fin de recuperar la perspectiva de los participantes y comprender el sentido de la acción en un marco de relaciones intersubjetivas”. Esto se conoce como doble hermenéutica. Donde existe una relación de sujeto-sujeto con su “campo de estudio”, en el que los significados desarrollados por sujetos activos entran prácticamente en la constitución o producción real de ese mundo.

Otro análisis de la función y trascendencia del investigador desde este enfoque es el que describe J Breihl (1995), y lo utiliza P Ghisio (2003) en su trabajo, donde sostiene: “que las circunstancias actuales determinan proyecciones sociales prioritarias que debería cumplir la tarea epidemiológica, entre otros, ser *testigo* de cargo de los procesos destructivos de la vida que se imponen a la gente y consolidarse como una herramienta de monitoreo crítico permanente de la calidad de vida y las determinantes de salud”.

6-2 Rol del investigador

Para poder conocer “el mundo de la vida” de los trabajadores de la salud, es importante la manifestación simbólica que construyen y entrelazan con de diferentes temas como: su historia personal y laboral, sus relaciones familiares y sociales, las condiciones y medio ambiente de trabajo actual, el trabajo específico en APS, sus preocupaciones y aspiraciones.

Para poder trabajar desde esta lógica, fue necesaria la “participación” de los propios trabajadores para entender sus significados e interpretaciones en relación a: su salud, sus creencias y valores, su visión de la Salud Pública y las relaciones que se establecen entre los trabajadores y con los usuarios. Es necesario tener en cuenta las diferencias que pueden hallarse, de acuerdo a las realidades locales, y como intervienen distintas dimensiones que

moldean inserciones económicas y sociales, entre otras, en un momento histórico determinado.

En el proceso de investigación realizado a los efectos de esta tesis, como investigadora, me involucré en el proceso en el cual intervine. En este caso en particular, trabajaba en el mismo Centro de Salud donde realicé la investigación, por lo cual desarrollé una especial vigilancia epistemológica de la información obtenida.

Atendí especialmente a esta situación, dado que puede incorporar sesgos en la búsqueda y análisis de la información, ya que, partiendo de mis propias representaciones y significados del tema en estudio y teniendo una relación laboral con los entrevistados, realicé una constante “confesión” de las elecciones teóricas o estrategias de investigación.

Teniendo en cuenta el contexto de la elección metodológica, traté de ser cautelosa en la toma de la información y de ser explícita con respecto al anonimato de los entrevistados, como así también remarcarle la importancia de los datos construidos para poder comprender la relación entre las CYMAT y las características del trabajo en APS y los afectos, sentimientos, acciones y cambios posibles desde la perspectiva de los trabajadores.

6-3 Universo

Trabajadores del Centro de Salud Municipal en la zona oeste de la ciudad de Rosario que depende de la Dirección de APS de la SSP

6-4 Criterios de Selección

Los criterios de selección del Centro de Salud respondieron a varios factores conectados entre sí y relacionados con el tema investigado:

- el Centro de Salud se encuentra ubicado en la zona Oeste de la ciudad de Rosario, donde mayor ha sido el crecimiento poblacional en los últimos años de acuerdo con los datos epidemiológicos de la Secretaría de Salud Pública, ya que cuenta con numerosos espacios verdes donde se han construido (y actualmente continúan en construcción) planes de vivienda y relocalizaciones de asentamientos irregulares de otras zonas de Rosario, y donde se han instalado familias por su cuenta, “usurpando” terrenos privados o fiscales. Es de suponer que este aumento de la población ha producido en consecuencia aumento en la demanda a los Servicios de Salud cercanos

- la instalación del Centro de Salud en el barrio desde hace más de 30 años (al principio dependiendo de la escuela de la cual lleva el nombre y luego, a partir de 1990 de la dirección de APS) lleva a la convivencia en el equipo de salud de trabajadores con distintos años de antigüedad, lo cual puede suponer una marcada heterogeneidad no sólo en conceptos y acciones sobre el proceso salud-enfermedad sino también en la lógica de funcionamiento de los Servicios de Salud Públicos (teniendo en cuenta que la estrategia de APS propone una organización distinta de los Servicios de Salud)

- la implementación de algunos de los dispositivos o herramientas de APS (como la adscripción de pacientes por equipo de referencia, las Historias clínicas familiares) por el equipo de salud del Centro desde el 2003. El planteo, a raíz del aumento y las características de la demanda, de los límites de estos instrumentos para responder a la demanda y en consecuencia, la necesidad de buscar estrategias para abordarlo dentro y fuera de los equipos de salud.

7-CONTEXTO DE TRABAJO DE LOS ACTORES EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

7-1 Centro de Salud

El aumento de la demanda, principalmente a partir de la década del 90, junto a una “mirada integral de la Salud” propuesta desde la Dirección de APS (donde se reconocen como determinantes de la salud-enfermedad la inserción de los sujetos en los procesos de producción y reproducción en la sociedad), trazó una nueva forma de trabajo desde la SSP de Rosario que excede el Sector Salud propiamente dicho.

Con respecto a los Servicios de Salud, se partió de la descentralización de la organización administrativa de los hospitales, junto al mejoramiento en infraestructura y aumento de recursos humanos y económicos en el Primer nivel de Atención, los Centros de Salud. Éstos se encuentran ubicados en la zona periférica de la ciudad, en barrios precarios, con asentamiento irregulares, y en la mayoría de los casos, con crecimiento constante y elevado del número de pobladores. La “precariedad” abarca no solo problemas con los servicios básicos y los ingresos salariales, sino también los relacionados con la educación y la violencia.

La investigación se realizó en un Centro de Salud, dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario que se encuentra ubicado en la zona oeste de la ciudad, en el límite del municipio con Pérez.

Su área de influencia en el 2004 era alrededor de 20000 personas, que habitaban los barrios circundantes al Centro, los asentamientos irregulares y la zona rural. El barrio más cercano tenía viviendas de material con los servicios básicos y calles con mejorado; en los asentamientos, las viviendas eran de chapa, con luz y agua por medio de conexiones caseras, calles de tierra y sin numeración; en la zona rural, las condiciones eran aún más precarias.

En sus comienzos, hace 30 años, el Centro se encontraba en otro edificio, ubicado al lado de la escuela e iglesia de la cual tomó el nombre. Existían fuertes lazos entre el Centro de Salud y esa congregación religiosa. Tanto el tamaño del edificio como el número de trabajadores del Centro era reducido.

Con los años, parte del personal se modificó y aumentó el número. Este aumento estuvo íntimamente relacionado con la mayor demanda de atención y la “descentralización de los pacientes” (de los hospitales a los Centros de Salud).

En el año 2001 se traslada el Centro de Salud a un edificio nuevo (construido específicamente para este fin), de mayores dimensiones, a 3 cuadras del anterior.

7-2 Personal y organización del Centro de Salud

En el momento que se realizó la investigación, el personal que trabajaba en el CS estaba compuesto por 23 personas: 9 médicos (3 pediatras, 2 generalistas, 2 clínicos, 1 ginecóloga, 1 obstetra), 2 odontólogos, 3 enfermeros, 2 psicólogas, 2 “pasantes de farmacia” (cuyo labor consistía en administrar, organizar y dispensar medicamentos en la farmacia del CS), 3 administrativas y 2 mucamas.

Se encontró gran heterogeneidad entre los trabajadores con respecto a años de antigüedad en la Salud Pública municipal y en el tipo de relación laboral. Algunos habían comenzado a trabajar hacía más de 25 años, otros 15, 10, 5 y 2 años. El personal más nuevo había ingresado en octubre del 2005 al Centro. La investigación en terreno se realizó entre junio del 2004 a setiembre del 2006

El tipo de relación contractual, frecuentemente, está en relación con los años de servicio. Los que ingresaron antes de 1997 a Salud Pública, son de "planta permanente", gozando de los beneficios sociales como aguinaldo, obra social, aportes jubilatorios, licencia por

maternidad, días por congreso y la posibilidad de licencia por un año sin goce de sueldo, entre otros. En el Centro había 11 personas en esta situación

El personal que ingresó a partir de 1997, se encontraban con "contrato transitorio", una modalidad de trabajo similar a la anterior (excepto por la licencia sin goce de sueldo y menos días por congreso o cuidado de familiar enfermo), renovable cada 6 meses, de acuerdo a una evaluación realizada por el jefe del Centro y firmada por el trabajador. Bajo esta modalidad había 7 trabajadores.

El resto de los trabajadores no gozaban de los beneficios sociales, cobraban por hora: en el caso de los profesionales, realizando un recibo mensual por la totalidad de las horas trabajadas para luego cobrarlas con un cheque, a este tipo de trabajador se le llama "eventual". Los no profesionales cobraban por hora a través de cooperativas, como en el caso de una mucama o convenios con facultades, en el caso de los "pasantes de farmacia". Una mención especial es en relación al Programa Nacional de Médicos Comunitarios, este programa tenía la función de capacitar, por medio de un Posgrado, a profesionales para el Primer Nivel de Atención en todo el país. En esta situación se encontraba una médica, cuyo sueldo era pagado por la provincia por medio de un contrato anual. En total eran 5 trabajadores dentro de este grupo.

Como parte de la organización de las actividades del CS, se encontraban las "reuniones de equipo". La periodicidad de dichos encuentros era semanal, el organigrama era construido en conjunto y la duración era de aproximadamente 2 horas, durante las cuales el CS se mantenía cerrado con la intención de que todo el equipo estuviera presente y por la confidencialidad de la información que se discutía, ya que por el número de integrantes, durante bastante tiempo se realizaba en la "sala de espera" de dicho Centro. .

La finalidad de estas reuniones consistía en poder otorgar un lugar y un horario de encuentro para todos los trabajadores del CS, ya que por la distribución de los horarios de trabajo, algunos de los integrantes del equipo no tenían horarios en común con otros. A su vez esos momentos de encuentro, se utilizaban para comentar e informar novedades en relación al trabajo en APS, como así también la discusión de situaciones problemáticas que atravesaran el trabajo diario, tanto en forma individual como colectiva.

Con respecto a los registros de los pacientes, históricamente se confeccionaban Historias Clínicas Individuales (HCI) de adultos y niños, sumando entre ambas alrededor de 11 000.

En el 2004 se decide implementar las **Historias Clínicas Familiares (HCF)**, un instrumento discutido y acordado por los “grupos de gestión” de los Centros de Salud y la Dirección de APS como parte de una mirada integral o “clínica ampliada” en el abordaje de las familias que solicitan atención.

Los fundamentos de la Historia Clínica Familiar consistían en: "tratar de construir una clínica que incluya la visión del sujeto que padece y del equipo terapéutico"

La elaboración de las HCF suponía una coordinación entre los trabajadores ya que era extensa, compleja en su llenado y podía ser realizada y utilizada por todos el equipo de salud del Centro. Era necesario no sólo un entrenamiento para su elaboración, sino también y, principalmente acuerdo con los objetivos por los cuales se había implementado.

Desde la Dirección de APS se planteó para todos los CS, la modificación progresiva y paulatina de HCI a HCF, y para los nuevos usuarios de los CS, la incorporación de “novo” a HCF. Esto implicó un trabajo continuo de llenado, pasaje e inclusión de HCI a HCF, con sus correspondientes cambios de números de historias clínicas y las notificaciones de estos cambios en los registros del Centro. Hasta mediados de julio del 2006 se habían realizado más de 900 HCF.

Otra de las herramientas que se implementaron en el CS fue con respecto a la **adscripción**, con una relación estrecha con las HCF, ya que eran instrumentos para abordar la salud en forma “integral” y crear un “vínculo” con los usuarios.

Desde lo operativo, la adscripción suponía un registro de parte del médico o del equipo de referencia, del grupo de pacientes o usuarios a “carga” y un cronograma para su seguimiento. Para tal fin, se contaba con un fichero para cada equipo. Dentro de este apartado, hay que destacar que no todos los médicos del CS adscribían, sólo aquellos que se encontraban dentro de las especialidades “básicas” que incluían a Medicina General y de Flia, Pediatría y Clínica.

8-TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las técnicas de investigación utilizadas fueron cualitativas dado que eran las apropiadas para el tema planteado e incluyeron:

- análisis documental
- observación participante
- entrevistas semiestructuradas

8-1 Análisis documental

La finalidad de este análisis fue conocer la organización, objetivos y ejes sobre los cuales se implementó la APS en Rosario. Para tal fin, y debido a la dificultad técnica de obtener documentos oficiales, concentré mi búsqueda en un trabajo de investigación en relación a este tema. La tesis de E Taboada (2001), investigador del CESS y docente del Instituto Lazarte en Rosario, en su capítulo de Consideraciones Finales, aportó información útil y detallada sobre el marco y los gestores de APS en Rosario, así como las propuestas para su funcionamiento, haciendo especial énfasis con respecto al tema de Recursos Humanos.

8-2 Observación participante

Con respecto a la observación, como lo describe C Borsotti, “a diferencia de otros métodos que dependen de conductas autodescriptas por los individuos o de datos secundarios, permite al investigador adquirir experiencia de primera mano sobre los significados, relaciones y contextos de la conducta humana”

La intención de incorporar esta metodología en dichas reuniones consistió en relacionar los problemas, discusiones y propuestas de cambio expresados por trabajadores “motivados” y “comprometidos” con los ejes de APS y “capacitados” desde lo formativo

en APS y “gestión en salud” con lo surgido a través de las entrevistas a los trabajadores del CS.

Bajo este enfoque, se incluyó:

-la observación participante de reuniones de “Gestión Distrital”

Las reuniones “distritales” se realizaban quincenal o mensualmente, con la participación de algunos de los trabajadores de cada CS del distrito al que pertenecían y que por sus características individuales acordaban con la forma de trabajo y los objetivos de la Dirección de APS. En la mayoría de los casos, eran uno o dos trabajadores, de los cuales uno era el jefe del CS, estas personas no eran elegidas ni representaban la voluntad del resto del equipo de salud. La organización y temario eran elaborados por el o la coordinadora de APS de ese distrito e incluía la invitación a referentes de hospitales, SIES u otras instituciones relacionadas con la “red de salud”

El número de integrantes a las reuniones era bastante variable, pero en la mayoría de los casos, al menos un trabajador por CS participaba. La duración era aproximadamente de 2 a 3 horas, dependiendo el tipo de tema que se planteara o el número de estos.

Los temas que se discutían en dichas reuniones abarcaban tanto, problemáticas puntuales en relación a lo “operativo” de la puesta en marcha de “herramientas de APS” en los CS y hospitales, es decir cuestiones relacionadas con la “forma” de realizar el trabajo incluyendo la información y análisis de datos epidemiológicos locales. Como así también la discusión, evaluación y propuestas en relación a los principios, objetivos y metas de APS, es decir cuestiones de “fondo”.

- la observación participante de reuniones de “Gestión General”

Dichas reuniones se realizaban en el auditorio del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) por el número de participantes, dado que participaban representantes de todos los CS de los distintos Distritos de la ciudad de Rosario (Norte,

Noroeste, Oeste, Sur y Suroeste). El número total variaba de 50 a 100 personas y la cronología era mensual

La coordinación de dichas reuniones era llevada a cabo, generalmente, por el Director de APS, él cual era acompañado en esta labor por los “coordinadores” de salud de los distintos Distritos

La temática era variada: desde información de la Secretaría de Salud Pública sobre presupuesto de salud, recursos o relaciones con la provincia, hasta discusión de herramientas de trabajo, objetivos y principios de APS como así también el análisis de problemas comunes en la CS. En dichos espacios, en algunas oportunidades asistían referentes jerárquicos de Hospitales Municipales, SIES así como también la Secretaria de Salud.

En relación a la dinámica de las reuniones, dado el número elevados de trabajadores y con el objetivo de promover la participación, la comunicación y agilizar los tiempos, era frecuente la distribución en grupos pequeños para tratar los temas, luego escribir las reflexiones y, por último volcarlas al resto de los grupos para una discusión final o abrir propuestas para un nuevo encuentro.

8-3 Entrevistas semiestructuradas

Es importante remarcar, que escuchar a los sujetos involucrados, lo que dicen acerca de su trabajo puede “chocar” con sus "estrategias defensivas", o puede estar atravesado por los "intereses estratégicos de los sujetos". Describir estas posibles situaciones no implicó desde mi lugar de investigadora, restar credibilidad o seriedad al estudio, tampoco juzgar las actitudes o decires de los entrevistados, sólo tener en cuenta estas alternativas a la hora de evaluar los resultados. Es decir, como lo explica C Dejours (1990): los trabajadores "pueden tener, independientemente de las estrategias defensivas, buenas razones para no decir la verdad, ocultarla, minimizarla o, por el contrario, dramatizarla, para servir a intereses en el registro instrumental o estratégico".

Hay que destacar que las entrevistas fueron realizadas desde marzo a setiembre del 2006. Durante el 2005 había empezado a gestarse un movimiento de trabajadores de la salud del ámbito municipal, que no se sentían representados por los gremios existentes en ese momento, el Sindicato de Trabajadores Municipales de Rosario, por un lado y la Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA), por el otro. Ese grupo tomó el nombre luego de “autoconvocados” y su pedido incluía mejoras salariales y del medio ambiente de trabajo, como así también la discusión e introducción de la Carrera Sanitaria a nivel Municipal, la cual regía la entrada y escalafonamiento como así el sueldo de los trabajadores profesionales, entre otros puntos y que ya había sido discutida en el Consejo años antes.

El surgimiento de este grupo produjo una crisis al interior de los trabajadores, con los gremios existentes y con el ejecutivo municipal. Con el paso de los meses, se intensificó la lucha, se sumaron integrantes que manifestaban su “malestar en el trabajo” e incluía a trabajadores de los CS, como así también a los Hospitales.

En un primer momento, la movilización había comenzado desde los profesionales, y con el paso del tiempo se fueron uniendo los no profesionales, excepto el sector de enfermería y los administrativos, que produjo uno de los mayores conflictos al interior de los equipos de trabajo.

La lucha fue escalonada hasta llegar a las medidas de fuerza caracterizada por la huelga en los CS y Hospitales, los cuales tenían el acompañamiento desde lo gremial por la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE). Al comienzo los “paro de actividades” tuvieron un acatamiento parcial, pero con el paso del tiempo fueron más masivos y de mayor duración. Los CS se mantenían abiertos por el personal de enfermería y administrativo principalmente y aquellos profesionales médicos y no médicos que no se adherían al paro. Durante ese lapso, fueron realizadas las entrevistas.

Definiciones operativas

Desde el lugar de investigadora y, teniendo en cuenta, el marco teórico y el objeto de estudio, planteé las siguientes definiciones para orientar la indagación empírica:

- Historia personal de los trabajadores: con relación a lugar de nacimiento, educación formal, contexto familiar, redes sociales

- Situación laboral: forma de ingreso al CS, características de la relación laboral con la Secretaría de Salud, opinión con respecto a las remuneraciones, horas semanales de trabajo, antigüedad, si trabaja o trabajó en otro efector público, privado o de seguro social

- Representaciones de los trabajadores con respecto al proceso salud-enfermedad-atención en ellos y en las personas que concurren al Centro: percepciones y construcción social acerca del concepto salud, enfermedad y búsqueda de atención, tanto en ellos mismos (los trabajadores de la salud) como en aquellos que buscan atención en el CS y las relaciones entre dichas representaciones, teniendo en cuenta, que visión tienen los trabajadores acerca de los usuarios del CS.

- Conceptos y opiniones sobre Atención Primaria de la Salud: conocimientos e ideas de los trabajadores sobre APS previo al ingreso al CS, lugares donde los adquirió, tiempo e importancia que se le otorgó a dicho aprendizaje, discusión acerca de APS y sus herramientas desde el ingreso al CS, bibliografía del tema, organización de los Servicios de Salud bajo este concepto desde su punto de vista

- Actividades que desarrollan en el Centro de Salud los trabajadores: conocimientos y opiniones de las funciones específicas que atañen a cada trabajador, en sí mismo y en los otros compañeros

- Sentimientos placenteros y displacenteros de los trabajadores en relación a las características del trabajo en el CS: forma de llevar a cabo la adscripción, planteos con respecto a la demanda diaria de la atención de los pacientes, facilitadores y obstáculos con respecto al trabajo con el 2º nivel (hospitales, CEMAR) y la “red de salud”, relación con los usuarios, con los compañeros y con los superiores. Relacionar si los sentimientos hacia el trabajo y las personas se modificaron a lo largo del tiempo. Articulación de estas situaciones con la salud y bienestar de los propios trabajadores, propuestas para modificar las situaciones problemáticas en el trabajo

Con el fin de obtener dicha información, realicé:

- entrevistas semiestructuradas a todos los trabajadores del Centro de Salud seleccionado y a informantes claves, que por su función, presentaban una estrecha relación con la implementación de la AP en la ciudad de Rosario y con el personal de AP

9 – RESULTADO DEL ANÁLISIS INTERPRETATIVO

9-1 Propuestas para una organización “eficiente” en APS

En Rosario, según el análisis de E Taboada: “la Dirección de APS, creada en 1990, tuvo un desarrollo que giró alrededor de dos concepciones. La sostenida por la Dirección General de Atención Médica sustentada por el concepto de primer nivel de atención médica y la del grupo de trabajo de la Asociación Médica de Rosario junto a los responsables de la gestión de la dirección de APS que se apoyaba en el concepto de APS como estrategia”.

En relación a este punto, es conveniente aclarar, siguiendo a M Testa (1985), que APS como Primer Nivel de Atención es jerarquizar a los CS por sobre los otros niveles de atención, en cambio, APS como estrategia es organizar todo el Sistema de Salud alrededor de ella, atravesando los tres niveles de atención de la salud.

En el mismo sentido, siguiendo su análisis: “la incorporación de los estudios de población y epidemiológicos por el Departamento de Epidemiología fue una de las innovaciones de importancia pues la implementación de un sistema de información que permitiera estudiar y conocer las condiciones de vida y de morbilidad de la población serían los elementos necesarios para la elaboración de programas locales. Por otro lado, impediría la creación de programas verticales con problemas definidos a priori por disposiciones del poder centralizado. De esta manera, doble es el aporte del sistema diseñado, por un lado otorgaría la información necesaria para conocer a los usuarios y por otro, con ella podrían controlarse las actividades programadas en términos de evaluación de la propia gestión.”

Otro componente dentro del mismo trabajo de E Taboada: fue el tratamiento de los **recursos humanos**. “Se pretendió desde la Dirección de APS, crear las condiciones para un cambio en su perfil congruente con la práctica de Atención Primaria de la Salud. Se utilizó la modalidad de estudio-trabajo consistente en la problematización de los aspectos y situaciones relacionados con el trabajo en los centros de salud. El efecto era lograr una mayor responsabilización de los agentes por el producto final de la organización. Sin

embargo, este presupuesto tiene por obstáculo el desinterés individual por asumir un cambio en la responsabilidad de sus trabajos que significaría una modificación de sus costumbres y de la cultura organizacional. En este sentido es de prever que se requiere un liderazgo capacitado, para orientar y sostener los procesos de formación que permitan producir los cambio requeridos”.

Si la APS es clave estratégica para la implantación de un proceso de reorganización, basado en el desarrollo de la planificación y la programación de las actividades, la Epidemiología es una innovación que incorpora incentivos para la organización, también es clave el recurso humano para su funcionamiento

Continuando con E Taboada, él describe que: “La propuesta del Desarrollo de los Recursos Humanos en la Secretaría de Salud Pública como un programa, buscó consolidar un modo estratégico de organización pues incorporó a tres instituciones de arraigado prestigio en la actuación en el campo de la salud. La coherencia de su constitución estuvo dada porque se trataba de una entidad formadora de recursos humanos, la Universidad Nacional de Rosario (UNR) que estuviera dando un marco legal a las acreditaciones de las actividades; la institución máxima de gobierno de la ciudad, la Municipalidad de Rosario representada por la Secretaría de Salud Pública prestadora de servicios de salud que ofreciera el marco del campo de práctica; y una asociación civil y gremial representante de los médicos de la ciudad, la Asociación Médica de Rosario con un núcleo de investigación en salud y ciencias sociales de prestigio, el CESS.”

Con respecto a la UNR, los cambios efectuados en el Programa de Pregrado de Medicina a partir del 2002, constituyeron desde mi análisis, una direccionalidad de la formación de Recurso Humano hacia los principios y objetivos de APS. Uno de sus ejes consistía en un abordaje “integral” de la salud, para lo cual, los estudiantes durante el cursado incorporaban herramientas de otras disciplinas (psicología, antropología, sociología) más allá de las biológicas. A su vez, el análisis de los contenidos partía desde la “complejidad” de los temas y su interrelación, así como también la discusión grupal. Además, se modificaron las materias por módulos donde se abordaban temas desde lo “general a lo particular y singular” siguiendo a P L Castellanos (1987) y atravesados por el “proceso s-e-a”

Continuando con la investigación, E Taboada refiere que: “la incorporación del personal profesional tuvo la particularidad que una gran parte de los ingresados fueron seleccionados por la autoridades centrales de la Secretaría, que lo hicieron por criterios de perfil profesional requeridos a las necesidades de servicios. Esta discrecionalidad coloca a los modos de incorporación del personal en el debate sobre la conveniencia de mantener o modificar este tipo de decisiones”.

En relación a este tópico y con la intención incorporar otros aportes, en relación al tema de selección de Recursos Humanos, agregué el análisis de J Escudero (2008), sanitarista argentino: quien plantea que para la selección de los trabajadores en el área de la Salud: “las convocatorias a las plazas deben ser muy publicitadas, y el mecanismo de selección debe ser irreprochablemente transparente. Existe una lamentable tradición nacional según la cual programas a nivel local de salud que eran envidiables se vieron perjudicados en la selección de sus trabajadores por las presiones de los partidos políticos. En la selección deberán participar la Universidad, los Colegios profesionales, y aquellas instituciones de la sociedad civil que no dependan del clientelismo político partidario, ni siquiera del partido político dominante en la provincia que acordó la aplicación en ella del Programa (de Salud)”

9-2 Los problemas que surgen en las reuniones de “Gestión”

9-2-a Dificultades con los recursos Humanos: *“hay problemas en calidad y cantidad”*

Una de las cuestiones fundamentales para el funcionamiento adecuado de los procesos de trabajo en una organización, son los recursos humanos

Es necesario tener en cuenta: el número adecuado que se necesita en una organización determinada de acuerdo a las necesidades, su nivel de preparación para ese tipo de trabajo, su actualización constante para optimizar su labor, la evaluación de su desempeño y el respectivo reconocimiento (económico y no económico).

Con respecto a los Servicios de Salud, los recursos humanos (aquellos que por su función, se relacionan directa o indirectamente con los procesos de salud-enfermedad-atención) son la piedra angular para su funcionamiento, ya que se trata de un servicio que otorga atención a sujetos enfermos o preocupados por su salud o la de su familia.

Al incluir la estrategia de APS dentro de la Salud Pública, ésta apunta a la calidad de la atención como uno de sus principios, con lo cual, como lo analiza Testa (1985): **"la viabilidad y calidad de los programas de APS depende de la formación del personal"**

El tema en relación a recursos humanos es uno de los nudos centrales para la APS en particular, y de la Secretaría de Salud Pública en general. Ya que es uno de los lugares donde más ha repercutido la crisis económica de la década del 90 y del 2001, con el gran aumento de la demanda, por un lado, y con dificultades en la incorporación de recursos humanos y materiales (infraestructura edilicia, insumos, etc.) por el otro, a pesar de contar con un presupuesto importante para salud en Rosario y cuyo eje central ha sido volcarlo en APS

A su vez, para poder llevar adelante los principios de la APS, es necesario trabajadores de salud con una formación sólida en APS como lo describen M Testa (1985), E Menéndez (1998) y lo refuerza G Sousa Campos (2000), y en muchos aspectos, diferente a los "clásicos" conceptos de salud-enfermedad-atención del MMH como lo plantea P L Castellanos (1987)

"Empecemos por recursos humanos, hay problemas de calidad y cantidad"

"Recursos humanos es el tema en 1º lugar, crea malestar e incertidumbre"

"Qué tipo de recursos se necesita?"

"Cómo se evalúan los recursos que entran?"

Actualmente se está incorporando la visión de la salud promovida desde Alma Ata en los lugares de formación, principalmente a nivel universitario, como se explicó anteriormente. Pero aún hoy, es un tema cuestionado dentro y fuera del sector educativo

superior y de salud la posibilidad y la importancia de esta nueva mirada, con lo cual se dificulta aún más el replanteo y la necesidad de cambiar viejos paradigmas.

9-2-b Los malestares de los trabajadores en relación a su trabajo: "Estamos alienados"

Neffa, junto con otros autores, considera desde hace varias décadas, la importancia de la participación de los trabajadores para conocer los problemas relacionados con el desempeño de su labor.

El lugar del trabajador dentro de la organización, lo ubica en una posición central a la hora de conocer las dificultades que se presentan en la práctica, ya sea por **"la distancia entre labor asignado y el real"** como lo describe D Dessors, M P Guiho-Bailly (1998) o por dificultades: con los insumos, con la estructura edilicia, con la organización de los procesos de trabajo, con la calidad de lo realizado, entre otros.

"Tenemos límites"

"No podemos decir qué nos pasa?"

"Debemos sostener solos todos los espacios"

"Lo salarial hace que entren y salgan recursos"

"Estamos fragmentados"

"Que el (Centro de Salud) esté como esté y no lo tomemos en forma colectiva es un problema"

"Queda claro que hay una crisis de conducción"

"Estamos alienados"

Se puede observar el malestar de los trabajadores por diversas cuestiones: las sentidas como grupo de gestión y las observadas en otros integrantes de los equipos de salud. Queda plasmado, la variabilidad de los factores intervinientes y las relación entre ellos, lo cual complejiza el análisis y la posibilidad de abordarlos.

Según lo expresado por los trabajadores, aparecen sentimientos de “*sobredemanda*”, de “*soledad*” ante el abordaje de problemas o dificultades en la “cooperación intragrupo”, como así también diferencias en los objetivos o en la forma de trabajo. En relación a lo salarial o de sentirse “*alienados*”, puede ser del propio grupo o ampliarse al resto de los integrantes de los Centros.

Recordando que los sujetos que forman parte de los grupos de gestión, son aquellos que comparten en general: los principios de APS, los objetivos de la SSP y la metodología de trabajo implementada desde la dirección de APS y que, en su mayoría, están preparados o capacitados en conocimientos sobre APS y en herramientas para la gestión de Salud Pública. Por lo tanto, es de suponer, que si dentro de este grupo se presentan estas situaciones de crisis: cansancio, malestar o soledad; en el resto del equipo de los CS estos sentimientos van ser más intensos o prolongados en el tiempo

Siguiendo este análisis, E Menéndez (1996) plantea que: **"si se pudiera incluir las necesidades-objetivos-decisiones de los actores (sujetos), estos asumirían como suyos los proyectos y no se considerarían meros reproductores, por ejemplo, de los objetivos de los Servicios de Salud... Esta concepción metodológica denominada punto de vista del actor, revalida al sujeto como agente transformador...Busca recuperar, posibilitar, incluir la palabra del otro dentro del juego de poderes y micropoderes dominantes"**.

"No sabemos cuál es el modelo de salud del municipio. Los trabajadores no se sienten bien"

"Hay que construir el modelo de salud"

"Hablemos y tratemos de solucionar la crisis"

Se puede observar, a través de estas reflexiones que no es claro para los trabajadores algunos de los puntos principales de un proyecto de salud, como son los objetivos, las metas, el camino para alcanzarlos o la participación de ellos en alguno de estos tópicos. Por el otro lado, se manifiesta la intención de querer ser partícipe de las decisiones que los incumbe.

Relacionado con las condiciones de trabajo en APS y su repercusión en la actitud y satisfacción de los profesionales con sus actividades, el mismo Menéndez (1998) reflexiona que: **"los bajos salarios y una supuesta descalificación en las prácticas del saber profesional médico, produce en los profesionales, la sensación de dar una medicina de segunda a pacientes considerados de segunda"**

"Lo salarial hace que entren y salgan recursos"

"Discutamos universalidad con equidad. No podemos atender todo ni es bueno atender sólo lo que viene. Qué vamos a priorizar?"

"Universalidad versus calidad, son muy fuertes"

"Encuentro la universalidad por un lado y el recurso humano por el otro, es una contradicción"

Es trascendental la discusión y análisis de los principios de APS en el contexto de trabajo, es decir, cómo se implementan estos principios en un momento y lugar determinado, ya que acordando con D Dessors, M P Guiho-Bailly (1998), el marco organizacional es importante, pero hay que discutir luego cómo puede ser implementado en la práctica cotidiana del trabajo.

Como marco organizacional, y coincidiendo con M Testa, es necesaria una política nacional de salud que priorice los principios de APS y su interrelación con otras áreas sociales (educación, trabajo, alimentación, justicia, seguridad, entre otras) dado que se considera a la salud como "derecho social"

Por lo tanto, si no hay una política a nivel nacional integradora, coherente y planificada hacia los objetivos de AP, los esfuerzos a nivel local deben ser orientados estratégicamente, y en un marco de coherencia, con la finalidad de obtener resultados posibles dentro de sus limitaciones.

Como lo analizan D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998), la organización debe servir cómo marco, pero no debe regir como regla, es importante darle libertad a los actores para que puedan organizarse de acuerdo a su realidad local, sin perder los objetivos de la

institución en la cual trabajan, eso es saludable para ellos y por ende, para la institución. C Laurell (1983) también describe que una forma rígida o rutinaria de trabajo influye sobre la salud de los que la realizan.

9-2-c Significados de no reconocimiento del trabajador por su labor: “Uno no se siente respaldado”

Uno de los aportes desde a Psicodinámica del Trabajo descrita por D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998) es que: **“analiza dimensiones subestimadas (hasta ese momento) del trabajo, como el reconocimiento que espera el trabajador por su labor, por su contribución a la organización del lugar donde se desenvuelve.”**

Cuando los trabajadores sienten indiferencia hacia sus problemas, reclamos o propuestas, principalmente por los encargados de la coordinación y dirección, puede producirse una **"alienación social"** en estos sujetos. Lo mismo puede suceder, si los trabajadores deben cumplir o tratar de cumplir determinados objetivos, los cuales, pueden ser sentidos como “utópicos” o inalcanzables en un momento o de una forma determinado previamente. Esto es analizado no sólo por D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998) sino también por C Laurell (1983), entre otros. Es decir, si un trabajo es “rígido y monótono”, donde se debe actuar según lo establecido en las normas y, en numerosas ocasiones, con problemas que están fuera de lo planteado por la organización. Entonces, es probable que la ansiedad contenida en todo trabajo, se pueda manifestar en forma no saludable, pudiendo ser a través del malestar, cansancio, despersonalización, problemas físicos, psíquicos o de relación.

"Uno no se siente respaldado"

"En un punto nos estamos quedando solos"

"Se pelea sólo, se siente que no hay acuerdos"

También para el Sme de Burnout se describe, según Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991), que **"el grado de vulnerabilidad al sme", depende, entre otras variables, del**

reconocimiento o estimulación de las capacidades de los profesionales de la institución.

A nivel local, los estudios de investigación en distintos hospitales públicos de Rosario, realizados por Di Liscia y Huerta (2000) por un lado, y Camponovo Meier y Morín Imbert (2000) por otro, descriptos en antecedentes de investigación, encontraron en las palabras de los propios trabajadores, que **“una de las causas más importantes de malestar en el trabajo, era el no reconocimiento por parte de las autoridades (indiferencia) de su labor.”**

Volviendo a D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998), desde **"la Psicodinámica del Trabajo se apunta a la existencia de un desfasaje entre tarea prescrita y actividad real del trabajo"**. Es decir, tener en cuenta las distintas circunstancias, intereses, realidades, capacidades de los sujetos que intervienen a la hora de llevar a cabo una tarea. Cuando estas situaciones no son consideradas por los jefes, directores o evaluadores, se produce la **"alienación social"** en los trabajadores.

"Estamos lejos del modelo (de APS), cómo nos arreglamos con lo que tenemos"

"Debemos considerar dónde estamos y con qué contamos"

Es de destacar que estas reflexiones provienen de trabajadores que ese encuentran en un plano de organización intermedia, lo cual, es necesario considerar por los superiores para no caer en la **“alienación social”** de los primeros o la **“alienación cultural”** de los segundos. Sin embargo esto se torna más complejo cuando intervienen factores políticos y/o económicos que orientan la toma de decisiones en relación a la organización del Sistema de Salud local y las modificaciones de éstas.

Este planteo de la situación de APS en lo concreto y local de cada CS, lo realizan los trabajadores, considerando distintos temas como:

- el análisis de los principios de APS,

"La universalidad es un cliyé, un horizonte lejano, qué camino tomamos"

"Encuentro la universalidad por un lado y el recurso humano por el otro, es una contradicción"

"Estamos en condiciones de brindar universalidad?"

- la reflexión sobre algunas de las herramientas de trabajo en AP,

"Transitar la adscripción trae problemas, quienes acordamos, nos encontramos con muchas dificultades. APS va a un ritmo y las otras áreas van a otro"

"Qué hacemos con la adscripción, dónde está el parate?"

-o evaluando la forma de trabajo del mismo grupo de gestión,

"Vamos a un proceso y lo analizamos, no nos quedemos en la teoría"

"Este lugar (el colegiado) debe ser más elástico, no fundamentalista"

Es de suponer que si existen dificultades en varios temas fundamentales de APS como los planteados, el abordaje es complejo y delicado, ya que los problemas y la forma de abordarlos están interrelacionados y dependen mutuamente. Por otra parte, el mejoramiento en cualquiera de ellos repercute en el resto de las situaciones.

9-2-d Percepción de afectación de la organización de APS por los trabajadores:

"Estamos fragmentados"

Con respecto a este tema, M Testa (1985) explica que: **"la importancia de una red interconectada por claros procedimientos de referencia para conformar un Sistema de Atención de Salud con calidad"**, donde la APS (como 1º nivel de atención) junto a los otros niveles de atención estén organizados siguiendo una lógica de trabajo en red.

Según lo expresado por los trabajadores, aparecen dificultades de comunicación, lógicas de trabajo y articulación con el 2º nivel, los hospitales de referencia:

"Las reuniones de la red no servían para nada, hablábamos en otro idioma con los hospitales"

"El malestar está en el mientras tanto" (mientras se trata de acordar con el 2º nivel)

"¿Cómo se trabaja en el 2º nivel?"

También se presentan problemas similares con otras áreas relacionadas con APS, como son el SIES, Promoción Social, entre otros:

"Debemos sostener solos (desde APS) todos los espacios, es un esfuerzo desmedido"

"Parecería que no fuera claro el camino de la Secretaría de Salud"

"APS va a un ritmo y las otras áreas van a otro ritmo ¿Cómo nos acercamos, sino, no somos eficaces?"

Aún más, hay discusiones y desacuerdos en relación al núcleo de APS, es decir, con los objetivos en salud y el desenvolvimiento de la propia SSP:

"No sabemos cuál es el modelo de salud en el municipio. Los trabajadores no se sienten bien"

Y, por último, las ya conocidas diferencias y trabajo paralelo, pero no coordinado con la provincia y la nación, en relación al tema de salud y su abordaje:

"Las políticas nacionales son contradictorias. Con la provincia siempre se puede estar peor. Con el nuevo ministro (Silvestre Begnis) no hay diálogo, es una decisión política"

Los problemas planteados, tratan sobre las dificultades de los trabajadores del 1º nivel de Atención Municipal de la Salud (APS) para trabajar con los otros niveles (hospitales, consultorios externos de medicina ambulatoria o CEMA), con los programas de apoyo de la red (Salud Mental, Violencia Familiar, Minoridad, SIDA, Odontología, Fonaudiología, Kinesiología y Rehabilitación) y de otras áreas municipales (Promoción Social, Cultura, Deportes, Control de Vectores, entre otras).

A esto se suma los dificultades de fondo y diarias con el Sistema de Salud Provincial, que al tener otra política de organización de los Servicios y las dificultades en la

comunicación y en el trabajo intersectorial que existe entre ambos, produce una fragmentación de la respuesta a los problemas de salud de la población; superposición, desorganización y aumento de los costos en relación a los Servicios de Atención de Salud, Recursos Humanos y materiales.

Como puede observarse, las dificultades manifestadas por integrantes de estos grupos, se presentan en distintos niveles de organización, por lo cual complejiza el abordaje al intervenir otros actores y sectores, pero por otro lado, discrimina donde se ubican y a quienes involucra las situaciones problemáticas, pudiendo orientar los esfuerzos hacia lugares específicos y, en relación a conflictos bastante delimitados.

Sin embargo, los temas que se debaten son trascendentales para los objetivos y metas de APS propuesto por la SSP, con lo cual se supone que los problemas planteados, también van a repetirse en los CS, es decir, a nivel de la “microgestión” de APS.

Otro punto a tener en cuenta en relación a la organización, es que dentro del grupo que trabaja en APS hay diferencias en la forma de organizar el trabajo para optimizar los recursos disponibles, para resolver los conflictos que surgen de las situaciones diarias y para adecuar los principios de APS a las situaciones cotidianas.

Por lo tanto, es conveniente que, las opiniones y los distintos “puntos de vista”, sean contemplados, respetados y discutidos cuando los sujetos se organizan en grupos, siempre que estén orientados a cumplir los objetivos de la institución. De este modo, si es posible “actuar con libertad en la organización del trabajo, exponiendo sus ideas y proyectos” como lo proponen D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998) o con “autonomía y responsabilidad” como lo expresa G Sousa Campos (2001) redundará en salud para los trabajadores y por ende, para las Instituciones de Salud.

En cambio, si las diferencias planteadas entre los sujetos-trabajadores no pueden encontrar puntos en común o acuerdos para seguir adelante con el trabajo, y en consecuencia los enfrenta o paraliza sus iniciativas, debe replantearse la forma de organización y analizar, discutir y abordar las causas que las producen, antes de seguir

avanzando. Si esto no sucede, puede esperarse una organización “enferma” con la búsqueda individual o colectiva de “mecanismos de defensa” (renuncia, indiferencia, somatización, rebelión, etc.) al “malestar” producido por el trabajo, pudiendo alterar aún más las relaciones laborales y los procesos de trabajo y, produciendo en consecuencia, sufrimiento y enfermedades. Esto es planteado por A C Laurell (1983) y por D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998) desde la Psicodinámica del Trabajo

"Nosotros tenemos dificultades entre nosotros (en la coordinación) y no lo podemos resolver"

"Queda claro que hay una crisis de conducción"

"No podemos discutir para consensuar. M piensa que la diferencia es enfrentamiento"

"Antes me sentía que pertenecía a un colectivo (de trabajo), hoy no lo siento. Estamos fragmentados y parece que vamos a negociar lo innegociable"

Con respecto a las enfermedades que provoca una “organización rígida”, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) lo plantean como un “predictor” del Burnout: **“la afectación de la organización de la institución como consecuencia de los cambios en el apoyo social de los compañeros y jefes del lugar de trabajo”**.

Por su parte, E Menéndez analiza que: **“la precariedad en la trama relacional o fallas en la red social, es importante para comprender la problemática del sufrimiento y enfermedad del trabajo”**

La relación entre salud y el sistema ambiental (contexto físico, factores organizativos y red social) puede plantearse, como lo propone Moss desde "el modelo de salud sociológico" y tomado por Antonio Sanchez Cabaco (1999) para describir que: **"la conducta del sujeto puede variar según perciba el clima social de la institución en que se desenvuelve"**.

En el capítulo antecedentes de investigación, en los trabajos Di Liscia y Huerta (2000) y Camponovo Meier y Morín Imbert (2000), los trabajadores de los hospitales manifiestan que “otro de los malestares que interfiere en el desempeño de su trabajo es: **“la deficitaria organización de los procesos de trabajo (trabajo en red y en equipo)”**

Queda demostrado que tanto la organización del trabajo como la predisposición para trabajar en grupo y el apoyo de los compañeros está íntimamente relacionado y se alimentan mutuamente.

9-3 Tensión entre las representaciones, saberes y prácticas de los trabajadores del CS en relación a APS

9-3-a Heterogeneidad en los conocimientos sobre APS de los trabajadores

9-3-a-1 In/desinformación acerca de APS previa al ingreso al CS: *“Cuando fui al CS no sabía lo que era APS”*

Conocer el trabajo que se realiza, poseer las herramientas para desarrollarlo idóneamente, estar y sentirse preparado, son elementos claves que influyen en la calidad del trabajo y por ende, en la ansiedad o estrés del trabajador.

Más aún, si el tipo de trabajo se relaciona con la prestación de un servicio, la capacitación de quien lo realiza debe ser amplia, sólida y continua, ya que un servicio es más complejo, variable y subjetivo que la elaboración de un producto.

Si estas características se trasladan a un Servicio de Salud Público, donde intervienen factores sociales, políticos, educacionales, económicos en las relaciones entre trabajadores y población, entonces cobra vital importancia la preparación y situación de los trabajadores de la salud.

Si a esto le sumamos las características propias del trabajo en APS, que supone visiones ampliadas del proceso s-e-a, la salud como “derecho” y una “relación simétrica” de los usuarios con los trabajadores de la salud, entonces es trascendente la capacitación de cada uno de los que se encuentran relacionados con la atención.

“En la 1 era entrevista cuando entré, me preguntaron que idea tenía de AP, por supuesto que ninguna”

“Cuando fui al CS no sabía lo que era APS. En la concurrencia había hecho consultorio en un CS, pero nunca se nos habló de lo que era AP”

“Mi papá me dijo que llevara un currículum al sindicato... A los 2 días me llaman para la entrevista para un trabajo administrativo... Entro yo (a la entrevista), ni idea que era un CS”

Por lo expresado, se puede observar que parte del equipo de salud no tenía conocimientos en relación a APS cuando comenzaron a trabajar en el CS, esta situación atravesaba distintas disciplinas o tipos de trabajadores (médicos, enfermeros, odontología, administrativos, pasantes de farmacia)

Es de destacar que según los entrevistados, en ningún momento ocultaron su desconocimiento acerca de APS en el momento de su ingreso al CS a quienes los llamaron para ese trabajo. Esta situación puede ser analizada desde la necesidad de recurso humano desde la Dirección de APS y el no encontrar personal suficiente y preparado para este tipo de trabajo. Por otra parte considerar que esta capacitación no es excluyente, y que podría o debería ser incorporada en su lugar de trabajo.

Por otro lado, parte del equipo del CS, tenía sus propias ideas o supuestos acerca del significado de trabajar en un CS, aunque no conocieran el tipo de actividad desarrollado en un CS. Estos supuestos partían de quienes trabajaban en los hospitales y estaría relacionado al trabajo en los CS hace años atrás que se caracterizaba por prestar un número limitado y escaso de actividades, por tener escasa organización, control y valorización de parte de las autoridades de salud, de los trabajadores o de la población.

“Apareció lo de AP, me lo ofrecieron, yo sabía lo que era por el hospital, que iban los castigados y cuando podían volvían a los hospitales porque no eran reconocidos”

“En el año 90 eran un castigo los Centros, te mandabas una cagada y al CS, te confinaban a muerte. En ese momento eran para captación de votos, se daba la leche, vacunas, medicamentos”

Algunos de los trabajadores del CS, sí tenían conocimientos sobre APS antes de ingresar al CS y la habían adquirido en distintos lugares: en la universidad, en trabajos anteriores o por trabajar en áreas relacionadas con APS

“En el concurso me preguntaron que pensaba de AP, si tenía experiencia y que proponía para trabajar. Me sentía segura para responder porque había leído cuando trabajaba en la provincia”

“En la entrevista, me preguntaron sobre APS y la teoría que tenía. En la carrera (psicología), en 5to y 6to año se da sobre APS y después tenía práctica”

“Cuando paso a AP..., nosotros sabíamos como trabajaba SP porque cuando estábamos en Promoción Social en los barrios, teníamos relación con los Centros”

Otro punto a destacar en la mayoría de las entrevistas es la forma de ingreso al CS, donde la entrevista con representantes de la SSP o de la Dirección de AP fue el modo más frecuente.

Esta situación presenta beneficios e inconvenientes a la hora de analizar la posibilidad de ingreso a un trabajo. Desde los beneficios, es una forma rápida de conocer a los aspirantes (sus conocimientos en relación al trabajo a realizar, sus objetivos y se les puede en ese mismo acto, informar acerca del tipo y características del labor en APS), además se puede realizar tantas veces como sea necesario aumentar el recurso humano, entre otros. Pero al mismo tiempo, es un modo informal y subjetivo de evaluar a una persona para que ingrese a un trabajo, donde pueden influir relaciones personales, prejuicios o intereses para el ingreso o no de los entrevistados. Donde el interesado puede ser sincero o no en sus respuestas y donde los entrevistadores, pueden ser más o menos exigentes en su evaluación, de acuerdo al interés que tengan en que ingrese o no tal persona.

Desde el análisis de la investigadora y coincidiendo con E Taboada, la incorporación del personal profesional tuvo la particularidad que una gran parte de los ingresados fueron seleccionados por la autoridades centrales de la Secretaría y no, como lo proponía la misma SSP cuando creó la dirección de APS, donde la selección de personal profesional iba a estar a cargo de representantes de la UNR, de la Asociación Medica y de la SSP. Según el autor:

“esta discrecionalidad coloca a los modos de incorporación del personal en el debate sobre la conveniencia de mantener o modificar este tipo de decisiones”.

En relación a este tema: la incorporación de conocimientos sobre APS en las carreras relacionadas con salud (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, entre otras), no es frecuente, continua o jerarquizada en algunos de estos lugares. Con respecto a Medicina, recién en los últimos años, se ha discutido más en profundidad acerca de su visión de la salud y sus estrategias, que atraviesa no sólo su programa de estudios del pregrado, sino también a las especialidades, una vez que se ha obtenido el título.

A su vez estas situaciones se produjeron en un momento de expansión de la APS en Rosario y con una economía neoliberal a nivel nacional, donde conseguir un trabajo estable y con leyes sociales no era común ni fácil. Por lo tanto, es de esperar que los intereses para ingresar a APS o para seleccionarlos, hayan sido atravesados por diversos intereses, más allá de la preparación o deseos de trabajar en APS.

9-3-a-2 Dificultades para capacitarse en APS desde el ingreso al CS: “He intentado leer cosas de AP, me cuesta mucho el vocabulario”

Si los conocimientos sobre APS de parte de los trabajadores son importantes tanto para desarrollar el trabajo diario, como para planificar las actividades y el desenvolvimiento del CS. Y si parte del equipo de salud no los tenía al momento del ingreso, es casi una obligación incorporarlos rápida y continuamente, con el fin de obtener las herramientas necesarias para realizar un trabajo idóneo, organizado y continuo...

“Yo no se si hay un lugar para formarse y entender la situación en su contexto... Por supuesto que tengo un montón de baches, yo de AP cero, sin duda que hay elementos para incorporar, tener otros recursos y no sentirte tan culpable por las cosas que no podés hacer”

Si no se conoce los objetivos de la institución donde se ingresa, su forma de trabajo, sus normas internas, su relación con otros servicios de salud, y si estos no son incorporados y compartidos por el equipo de salud, es probable que el trabajo sea desorganizado, se produzcan malentendidos y superposición de actividades, llevando al cansancio y malestar hacia uno mismo, hacia los pacientes y hacia los compañeros. La importancia de personal idóneo para el trabajo de calidad en APS es fundamental para la “viabilidad de APS” según M Testa (1985) y la “desalienación de los trabajadores” según G Sousa (2001).

En relación a este tema, hay que destacar que la incorporación de conocimientos sobre APS implica una crítica y reevaluación de la mirada tradicional de la medicina (el MMH), no sólo del proceso salud-enfermedad-atención, sino también de los usuarios, de los médicos (ampliando a todos los trabajadores de la salud) y de los servicios de salud como lo analiza P L Castellanos (1987) y E Menéndez (1998). Y es de prever que no todos los sujetos están dispuestos o pueden hacer este análisis con respecto a sus representaciones formadas, arraigadas y alimentadas no sólo por la educación formal, sino por la sociedad en general.

Por otra parte, y aumentando la complejidad de la situación, los documentos y bibliografía sobre APS, son variados, relativamente recientes y, en numerosas ocasiones con un vocabulario y un análisis al cual no están acostumbrados los trabajadores de la salud (en especial médicos, enfermeros y odontólogos, farmacéuticos o administrativos), lo cual, si no es previsto y trabajado por los superiores y por el mismo equipo, lleva a un esfuerzo individual por entenderlo, o a un desinterés o desaliento cuando no se analiza o discute su visión y su estrategia.

“He intentado leer cosas de AP, me cuesta mucho el vocabulario”

“Los fui conociendo (los conceptos de APS) desde que estoy fija en el Centro. A veces me entraba la duda, qué era APS y hay un libro, el Proami, donde busqué información...Aprender me falta muchísimo”

“Empiezo en el Centro..., y como me venía metiendo en la gestión, aunque me faltaban elementos, me empecé a formar e hice la Maestría de Salud Pública en el 2000”

Si a lo planteado, se suma la dificultad de las evaluaciones de las actividades diarias de los trabajadores en particular y del CS en general, donde más allá que se promulgue la importancia de trabajar bajo las normas de APS y de una forma definida, se continua evaluando (casi exclusivamente) en forma cuantitativa (cantidad de consultas, número de pacientes por hora, numero de interconsultas, entre otras), la cual, es otra de las características del MMH según E Menéndez (1998), y no asociándolo a lo cualitativo (seguimiento de pacientes, trabajo interdisciplinario, actividades extrasistenciales, incorporación de teoría sobre APS, su discusión y aplicación); entonces es probable que se trabaje en forma individual, aislada, con una heterogeneidad que deja de ser rica y pasa a ser contradictoria, y donde el cumplimiento de varios de los principales puntos de APS se dejan al libre albedrío de los trabajadores, sin reconocimiento ni evaluación desde los niveles superiores y, en numerosas ocasiones, tampoco desde sus propios compañeros y pacientes.

“No he incorporado elementos de AP porque no he tenido tiempo. Estoy tratando de rendir la especialidad y puse todas las pilas en eso”

9-3-b La complejidad del trabajo en APS y el “desgaste” de los trabajadores

9-3-b-1 El significado del trabajo en el CS como “ilimitado”: *“Son difíciles los límites en AP, uno no puede ser rígido”*

El trabajo en APS desde su visión de la salud, significa tener en cuenta para la atención no sólo cuestiones clínicas médicas, sino cuestiones que abarcan lo subjetivo, lo poblacional, el medio ambiente, la historia, entre otras. Es decir, cada atención, abordaje o acercamiento al paciente se encuentra atravesado por múltiples factores (biológicos, culturales, educacionales, socioeconómicos) que van a influir y determinar no sólo la relación entre los trabajadores de la salud-usuarios, sino también con el CS, con otros Servicios de Salud y con las representaciones sobre el Sistema de Salud y el proceso s-e-a para ambas partes.

A su vez, actualmente los principales usuarios y quienes son priorizados en los CS, son las poblaciones de escasos recursos, sin obra social y que viven en las zonas aledañas al CS, con sus características particulares de vida, de organización y su relación con los estamentos públicos. Dentro de este grupo heterogéneo, hay familias que, como lo refiere en su trabajo Díaz A, Huerta A, Rodríguez A y Telesco C (2000), no van a utilizar los Servicios por el grado de exclusión en el que viven.

Estas situaciones son un desafío para los equipos de salud, ya que los usuarios, no sólo viven de una forma muy diferente a los trabajadores de salud, sino que también tienen sus propias representaciones e historia con respecto al proceso salud-enfermedad-atención. Y, en numerosas ocasiones, hay supuestos y prejuicios de ambas partes, trabajadores-población, que influyen y marcan la relación entre ambos.

Por lo tanto, y continuando con el punto anterior, es indispensable la formación en el campo de APS y la importancia de incorporar elementos más allá del núcleo de cada disciplina, su discusión y análisis por parte del equipo de salud, con sus superiores y con la población. Si esto no es jerarquizado, otra vez el malestar, el cansancio y el desinterés van a formar parte del trabajo diario

“... La diferencia en el CS es que conocés más a las familias, cuando hacés visitas domiciliarias entendés porque no pueden hacer tal cosa”

“A mi me desborda que me digan (los pacientes) que no tienen recursos, no se cómo manejarme...”

“Tenemos que responder a una política y a la gente, estamos en el medio...Lo básico de AP es darle contención al paciente, la dedicación, acompañarlo, pero lamentablemente, hoy la AP es una guardia”

Por otra parte, algunos trabajadores comparten y ejercitan los principios de APS:

- como la horizontalidad en la relación trabajador de la salud-paciente:

“Y me empezó a gustar algunas cosas de AP, trabajar con la gente, que se fuera rompiendo la barrera de “el doctor”

“Acá a diferencia del hospital, donde cuando no hay más turnos, bajás la ventanilla y ya está; vos acá le preguntás que le pasa, te interiorizas, tenés otro contacto con la gente. En teoría es bárbaro. Después vienen las complicaciones cuando no hay más turnos”

“Son difíciles los límites en AP, uno no puede ser rígido”

- o jerarquizando la prevención:

“Acá es importante las inmunizaciones, hay más prevención, más educación”

Sin embargo, compartir y acordar con todos o algunos de los principios de APS no significa que no haya dificultades en la práctica, como lo señala D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998), **“la distancia entre lo prescripto y la actividad real del trabajo”**.

Estas situaciones son evidentes y cotidianas en los CS, por la forma de trabajo que se impulsa desde APS, el contacto estrecho y continuo con la población y el número reducido del equipo de salud.

“A partir del 2001, con la incorporación de la adscripción, la clínica ampliada, acá se empieza a trabajar de otra manera y, desde la gestión central, tendría que haber acompañado más estos procesos”

“El consultorio en el CS, tenés un contacto mayor con los pacientes que en un hospital. Si salgo a buscar un paciente, ...cuál es la protección legal que tengo fuera del CS. Igualmente salimos. Hay cosas que no están claras”

“Prefiero trabajar con la gente pobre que con la que perdió la obra social, porque es demandante de una forma que no me gusta, es más exigente, con violencia”

“El problema en AP es el tiempo, vos no podés ver a un chico en 15 minutos ni por una enfermedad... Si me dicen que a mis pacientes los va a ver otro, no, porque yo los conozco desde hace tiempo”

En las entrevistas surgen los inconvenientes, las dudas sobre cuestiones relacionadas con el trabajo diario, las dificultades de llevar a cabo los principios de APS en los lugares de trabajo, la sensación de no reconocimiento por los superiores o por los pacientes o en relación a derechos u obligaciones como trabajador

Por otro lado, hay trabajadores que no acuerdan con discursos o formas de trabajo de APS, algunos lo expresan directamente:

“Yo no estoy de acuerdo con la admisión. Si quieren admisión, tienen que poner un médico permanente”

“...Y desde APS se ha generado una cuestión de soldaditos, que su vida es APS”

9-3-b-2 La percepción de los trabajadores de la “imposibilidad” de trabajar con la

“red de salud”: *“Hay problemas con el Sies, con la internación, con la guardia, lo que te tenés que aguantar para internar a un paciente”*

Otro problema relacionado con la organización de APS, son las dificultades con el segundo nivel de atención, y otras áreas que tienen un contacto estrecho con el primer nivel, los CS. Este punto es también trascendental para lograr un desarrollo organizado, eficiente y por ende, de calidad de la APS como estrategia, como lo señala M Testa. (1985)

Los conflictos pueden responder a diferentes motivos: el “desarrollo jerarquizado” y continuo de un primer nivel de atención, en relación a organización y objetivos de APS, no siempre acompañado en la práctica por los otros niveles y servicios (sobre este punto es de destacar las formas de organización burocrática de muchos hospitales en contrapartida a la organización más nueva y flexible de numerosos CS). A esto se suma las representaciones y supuestos de los trabajadores de un nivel acerca de las actividades y competencia de los trabajadores del otro nivel, teniendo en cuenta que la historia de “marginación” en la que estuvieron durante muchos años los CS y sus trabajadores

Sobre este punto, el mismo E Menéndez (1998) plantea que, por las características del MMH, hay **“una supuesta descalificación en las prácticas del saber profesional médico”** (en relación a los profesionales de los CS), produciendo en ellos la sensación de

dar una "**medicina de segunda**" a "**pacientes considerados de segunda**", según lo analizado en antecedentes de investigación

“Hay problemas con el Sies, con la internación, con la guardia, lo que te tenés que aguantar para internar a un paciente”

“El principal problema es con la red. Caen los pacientes sin los informes...”

Estos conflictos, “enlentecen” y complican los mecanismos por un lado y, desgastan y enfrentan a los trabajadores por diferencias en la forma de trabajo por el otro, llevando en numerosas ocasiones a prolongar o ahondar las diferencias y los prejuicios entre los trabajadores de los distintos niveles de atención y con otros servicios relacionados. Estas dificultades no siempre son consideradas como importantes por aquellos que evalúan o coordinan las distintas áreas, pudiendo ocasionar “alienación cultural” en los mandos superiores y “alienación social” en el resto de los trabajadores.

Sin embargo, y acordando con D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998) desde la Psicodinámica del Trabajo: **la cooperación, la confianza y el reconocimiento**, tanto en el CS como con los otros niveles, son fundamentales para el bienestar de los trabajadores y por ende, en su trabajo.

“En el hospital estás más protegido...Acá hay cosas que no podés hacer...El CS no está preparado para atender un infarto o paro y si lo sacás, tenés que esperar que una de las 5 ambulancias para todo Rosario, venga a llevarlo”

“Está todo el malestar en relación al aumento de la demanda, la falta de articulación entre los niveles, porque el hospital tiene otra lógica de trabajo que AP”

Los trabajadores del CS sienten que están en una situación de desventaja con respecto a sus compañeros del hospital, ya sea por contar con una menor infraestructura y complejidad que los llevaría a depender de otros servicios o áreas para solucionar problemas que puedan llegar al CS, o por su relación a la “mayor exposición” o contacto estrecho con situaciones de emergencia o urgencia.

Otro de los motivos es el relacionado con los tiempos de espera y desorganización por interconsultas o respuestas del segundo nivel de atención u otras áreas, que producen malestares en los trabajadores del CS, que sienten que deben “dar la cara” por hechos de los cuales no son responsables directos.

Lo expuesto, entre otros hechos, puede motivar o reforzar a algunos trabajadores los beneficios de trabajar en un segundo nivel, aún cuando en un primer momento se hubiera acordado con la forma de trabajo o los objetivos de APS.

9-3-c Estrategias defensivas de los trabajadores por la organización del trabajo:

“Hoy me siento una máquina que trabaja en serie...”

Como lo refiere D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998) desde la Psicodinámica del Trabajo “**existe un desfasaje entre tarea prescrita y actividad real del trabajo**”. Es decir, es necesario tener en cuenta, además de las normativas y organización del trabajo; los distintos lugares donde se desea implementar esas normas, con sus características particulares, los intereses, deseos y capacidades de los sujetos que intervienen a la hora de llevar a cabo una tarea. Cuando estas situaciones no son consideradas por los jefes, directores o evaluadores, se produce la "alienación social" en los trabajadores.

Esta disciplina cuestiona la organización del trabajo cuando ésta última es rígida y presupone que ya se pensó, analizó y tuvo en cuenta "todo" lo que puede pasar en la ejecución de un determinado trabajo. Este enfoque no subestima la etapa organizacional, que es imprescindible, pero subraya que debe servir como "marco" para lo real del trabajo

“Y después te empiezan a conocer y es la vorágine que abrís la puerta y hay 5 sin turno...Pasa esto y llegás al agotamiento....Encima el número de adscriptos no me da”

“A mi el fichero me hartó, llegó un momento que lo archivé. Lo sentí útil por un tiempo, cuando terminé de hacer las fichas se me hizo un bodrio y no pude seguir más”

“La demanda es impresionante. Tenés que ver un montón de pacientes en poco tiempo, es desgastante. Llegó el punto que tengo 500 adscriptos y si yo tengo que incorporar 500 adscriptos más, no se lo que voy a hacer”

En numerosos trabajadores se observó su esfuerzo por reorganizarse para poder continuar con una labor que sienten que supera su capacidad física o mental para abordarla de manera adecuada. Esta situación es descripta como **una de las fases** que pueden llevar al **Burnout**, según Alvarez Gallego y Fernández Ríos (1991)), “**donde se evidencia la fatiga y el cansancio por el esfuerzo continuo y desmedido al cual se encuentra expuesto los trabajadores**”. Las sensaciones de esfuerzo y cansancio expresadas atravesaron a distintos trabajadores, sin distinguir profesión o tipo de actividad.

“Fue un caos (en el invierno), hasta que empecé a hacer una atención de guardia. Cuando ingresé era más tolerante, quizás yo me agarré la demanda... Ahí empecé a ser más intolerante, a poner reglas en mi consultorio, a atender menos pacientes por día, porque me canso”

“Cuando se mudó el Centro, la demanda fue tremenda porque se fue haciendo más conocido. Y ahora estamos trabajando mal, ahora estoy saturada”

“El trabajo varió montón. En el 2003 empezamos a vernos superdemandados... Yo me noto peor, me canso mucho, no tengo energías para pensar en cosas diferentes como tenía antes”

“El cansancio también se siente. La queja (sobre la demanda) que escuchaba al principio se hizo carne en mí. He tratado de reorganizar el trabajo... La cuestión de fondo no se soluciona”

“En este tiempo siento un cansancio por no tener un acompañamiento desde otros lugares. Me siento remando sola, entre el equipo y sus necesidades y la SSP”

“En este último tiempo es más difícil trabajar, hay personas que le ponen mucho al trabajo y, en este tiempo, hay desgano, desilusión... Ahora es como que el reclamo es mucho, o hemos prometido demasiado o necesitamos más recursos humanos”

En algunos otros trabajadores ya se evidencia la sensación de decepción por el trabajo que realiza, manifestándose como desinterés por lo que se hace o despersonalización hacia ese otro (el paciente) que en otro momento fue importante como parte de su actividad diaria y que caracteriza a la forma de relacionarse en el primer nivel de atención, el contacto estrecho con las personas que viven en la zona aledañas a los CS

“Pienso que di mucho de mi vida. Ya no me interesa trabajar”

“Hoy me siento una máquina que trabaja en serie. Estoy trabajando mal, cuando contesto mal y levanto la cabeza y veo a una persona que conozco sus problemas y que antes la había tratado bien, me pone mal”

Como puede observarse, los trabajadores se sienten demandados, agobiados por el trabajo y ante esta situación, como un mecanismo de defensa, aparece la despersonalización. Este problema no sólo afecta la salud de los trabajadores y la relación con los usuarios, sino también sobre la calidad de atención, ya que están en juego la eficacia para hacer el trabajo y la eficiencia para cumplir con los objetivos de la organización, ambas tienen relación con el tiempo de atención. Se supone que si aumenta la demanda y existen más usuarios para atender y los recursos humanos y el tiempo es el mismo, redundará en menor tiempo para cada atención. Como lo plantea M Testa en el trabajo de Bloch y col. (1987): **“no ha sido sencillo poder aplicar ambas (eficacia y eficiencia) en la práctica ya que enfrentan lo económico con lo técnico, "pues el tiempo de eficacia entra en contradicción con el tiempo de la eficiencia”**

9-3-d La percepción de “alienación social” de los trabajadores

9-3-d-1 El malestar de los trabajadores por el “no reconocimiento” de su labor en relación al salario: *“La remuneración es algo fundamental para trabajar con ganas”*

Los sujetos, a través de su labor, realizan un aporte trascendental a la organización del trabajo y esperan una retribución por lo que hacen, lo cual dignifica su trabajo y la imagen que tiene sobre ellos.

Partiendo de este concepto, cobra vital importancia, la relación de este reconocimiento con la remuneración recibida por el trabajador, ya que gran parte del sentido de un trabajo es para obtener un salario, por lo tanto, la precarización no sólo afecta la cuestión económica, sino también la autoestima del trabajador.

“La remuneración no es justa”

“Pienso que debería ser más digna”

“Desde lo económico, uno no se siente reconocido”

Según D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998) **“el mayor interés que tiene la psicodinámica del trabajo es mostrar el peligro mental para el sujeto de un reconocimiento por los otros que no pase por un juicio sobre su trabajo”**

Los trabajadores perciben que no son reconocidos desde lo salarial, repercutiendo no sólo en él sino en su trabajo, en la “calidad” de éste y por ende, en la relación con el usuario. A su vez, el trabajo mal remunerado es una de los motivos que llevan al “multiempleo” y produciendo en quien lo realiza: cansancio físico y mental, enfermedades, violencia, adicciones y afectación de los vínculos familiares y sociales.

Continuando en esta línea de análisis, E Menéndez (2005) describe: **“que hay que reconocer que la remuneración y otras condiciones de trabajo, son las que marcan los tiempos de trabajo y no trabajo, es decir, la posibilidad de contacto con la familia. Por lo tanto, las condiciones de trabajo no afectan sólo la salud del trabajador, sino también las condiciones de vida de los miembros del grupo familiar”**

“Uno no puede dedicarse full time a esto por lo económico, si pudiera...podría pensar como cambiar esto”

“La remuneración es algo fundamental para trabajar con ganas”

También en el trabajo de C Bloch y col. (1987), como parte de los resultados sobre la Evaluación del Programa de APS en la ciudad de Rosario, plantean que la insatisfacción de los trabajadores (médicos, agentes sanitarios y enfermeros) era con respecto a la remuneración percibida y con la falta de recursos humanos

A la percepción de no recibir un sueldo “digno”, se suma la heterogeneidad de las relaciones contractuales de los trabajadores. Quienes tienen la situación de mayor precariedad son los “contratados”, que además de recibir un menor sueldo, en relación a los

de “planta”, no gozan de los beneficios sociales. Por lo cual, no sólo crea un sensación de desprotección sino de conflicto con sus compañeros, por la “injusticia” de recibir una menor paga por un mismo trabajo.

“Yo cobro por hora y me pago todo. Lo que me queda del sueldo es una miseria”

A la “injusticia” de cobrar menos y no gozar de los beneficios sociales, se suma la “incertidumbre” de no saber cuando se va a modificar esta situación y la “desconfianza” de que este pasaje no sea claro y de acuerdo a la “antigüedad” como se les había informado en su momento.

“Estoy como eventual (en negro) desde hace más de 2 años y otros que entraron después que yo, ya están con contrato transitorio, con mayor sueldo y los beneficios de estar en blanco”

“Ingreso como eventual (en negro), me habían dicho por un tiempo, hasta 6 meses. Nunca pensé que iba a ser por 2 o 3 años. Uno de planta cobra 50% más que el eventual. Todos los meses me decían que pasaba y nada, ese fue un desgaste importante”

Por otro lado, es de destacar que los sueldos de los trabajadores ha ido aumentando con el paso del tiempo, ya sea por “luchas” desde los gremios que los nuclea, desde el ejecutivo por decreto o desde movimientos “autoconvocados” que no respondían a ninguna entidad gremial, como el que surgió y se consolidó durante la realización de este trabajo

“La remuneración hace unos años que viene mejorando, pero no fue sin lucha. No obstante no se si alcanza”

Uno de los trabajadores expresó su conformidad con respecto al sueldo, y su relación con el tiempo para jubilarse. Hay que tener presente las situaciones particulares por las cuales puede haber diferentes opiniones con respecto a este tema. En el caso de este entrevistado, se encontraba trabajando en dos lugares públicos desde hacia muchos años y sin familia a cargo

“Con la remuneración estoy conforme, para la jubilación me falta 1 año”

9-3-d-2 La tensión entre las prácticas de los trabajadores y “ser valorado”: *“Hay un reclamo de ser escuchado y de ser aliviado”*

Si el recurso humano no tuvo una capacitación previa para trabajar en APS, si una vez que ingresó, considera que las actividades de CS son “ilimitadas” y complejas, y si a esta situación se suma el malestar por sentirse “sobredemandado” y no recibir un salario “digno”. Una de las alternativas para no “enfermarse” es poder expresar sus problemas a quien considera que puede ayudar a solucionarlos y que en conjunto (autoridades y trabajadores) puedan encontrar la forma de abordarlos y tratarlos.

A nivel local, los estudios de investigación en distintos hospitales públicos de Rosario, realizados por Di Liscia y Huerta (2000) por un lado, y Camponovo Meier y Morín Imbert (2000) por otro, encontraron en las palabras de los propios trabajadores, que **“una de las causas más importantes de malestar en el trabajo, era el no reconocimiento por parte de las autoridades (indiferencia) de su labor”**.

“Es sintomático que a los paros se haya adherido un montón de gente. Yo creo que detrás de las cuestiones salariales, hay un hartazgo de trabajar así. Hay un reclamo de ser escuchado y de ser aliviado”

“Este tipo de trabajo produce un desgaste personal y, muchas veces, nadie se entera de este esfuerzo. Siempre se piden cuentas, jamás se trata de pensar que le está pasando (al trabajador)...

“...A esto se suma lo gremial, que es el producto del malestar de todos estos años, de una política centrada en la población y se descuidó todo lo que tenía que ver con el recurso humano...del manoseo con el recurso, en relación a que esto es lo que hay y si no te gusta te vas a otro lado, sin tener en cuenta que le pasaba al trabajador”

Se puede observar el “malestar” y el “cansancio” de no sentirse escuchado a través del tiempo, de una sensación de “hartazgo” de la situación de parte de los trabajadores y la búsqueda de expresar esa “queja” de diferentes formas. A través de los antecedentes de investigación surge que el problema no es nuevo, fue creciendo a través de los años hasta llegar a las medidas de fuerza como es un “paro”, cuyos motivos eran (en el caso de los llevados a cabo por los “autoconvocados” durante la realización de la investigación), no sólo demandas salariales sino también en relación a mejoras en el lugar de trabajo, así como otras formas de reconocimiento por el trabajo realizado y la incorporación de la “carrera sanitaria”

Por otro lado, cuando a raíz la implementación de APS, se incorporaron consignas éticas, como la “salud como derecho” o palabras que designaron cambios “radicales” en las formas de trabajo y “compromiso” en la relación con el usuario, se debe ser consciente de la importancia de cumplir esas premisas tanto con la población como con los trabajadores de la salud. Si esto no es percibido por estos últimos, es otro motivo no sólo de conflicto con los “superiores”, sino puede desencadenar “rechazo” de las consignas de APS o “despersonalización” en la forma de trabajo, como un “mecanismo de defensa” individual o colectivo. Otra vez vuelve a surgir la “**alienación social**” y la “**alienación cultural**” como lo describen D Dessors y M P Guiho-Bailly (1998)

“Estamos hablando de clínica ampliada, de que el paciente es más que un ente que se te sienta y después, estamos a merced de un numerito, eso te tensa”

“No entiendo la palabra universalidad, equidad. Justamente a mí no me ha pasado la equidad, todo lo contrario. Entonces cómo se atreven a hablar de equidad”

“La gente de arriba hablaban de igualdad, de dejar el guardapolvo blanco, de salir, pero ellos eran muy milicos. Ellos decían, pero no hacían”

“Me ha cansado de ir a reuniones, de escuchar hablar al p..., donde se acuerda y no se cumple nada”

Siguiendo esta línea de pensamiento, es importante remarcar las diferencias que se encuentran en los distintos Niveles de Atención dentro del Sistema de Salud Público. En su trabajo, P Ghisio (2003) concluye que: los trabajadores del CS estudiado refieren

“situaciones de malestar vinculados a la falta de control y de organización en la institución, articulada a la falta de protección, la sensación de “abandono”, la desarticulación con el nivel central de atención y la preocupación por las condiciones de pobreza en las que vive la población que atienden”.

También para Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991), **"el grado de vulnerabilidad al sme de Burnout, depende, entre otras variables, del reconocimiento o estimulación de las capacidades de los profesionales de la institución”.**

“Hay un clima de impotencia porque no podés. Porque ves que todo el trabajo que hacés, no es valorado. Los administrativos en AP no pueden avanzar, trabajés mal o bien”

“Como personal de APS, creo que se mantiene con la sangre del empleado. Para mantenerlo tenés que reventar al empleado”

“Pienso que di mucho de mi vida. No siento respeto por lo que se hizo... No te reconocen lo que hacés”

A esta compleja situación, se suma, desde el punto de vista de algunos profesionales, como lo señalan Bottinelli y Zaldúa (2006), que el no reconocimiento por parte de las autoridades está relacionado con la falta de protección social. Es decir, **“la poca importancia en la agenda del gobierno de políticas sociales (salud, educación, trabajo) y la desprotección que ello produce en las poblaciones más desfavorecidas que, a su vez son las que más utilizan el hospital público”**

9-3-e Percepción de cargas y riesgos laborales en la organización del trabajo

9-3-e-1 Estrategias grupales saludables: *“Lo que rescato siempre del CS es la parte humana”*

La relación entre salud y el sistema ambiental (contexto físico, factores organizativos y red social) puede plantearse, como lo propone Moss desde "el modelo de salud sociológico"

y tomado por Antonio Sanchez Cabaco (1999) para describir que: **"la conducta del sujeto puede variar según perciba el clima social de la institución en que se desenvuelve"**.

"Lo que rescato siempre del CS es la parte humana"

"Me encanta el grupo. Cuando surge un problema, siempre tratamos de apoyar"

"Con los compañeros, bien. Yo creo que cuando trabajás en un hospital, es mucha más gente, se conocen de vista, no hay esa relación del día a día"

"No somos un equipo fracturado, caminamos en la misma dirección...No siento que tenga problemas con el equipo ni con los pacientes"

Algunas de las características de los CS, en relación al hospital, es el número reducido del personal y el compartir un horario de trabajo entre 6 y 8 horas diarias en un lugar físico de dimensiones pequeñas, donde la comunicación y el contacto entre los trabajadores no sólo es diario, sino que por las características del labor en APS es continuo y dinámico a lo largo del día, dado que desde el nivel central de APS se promueve, el "trabajo en equipo", la "interdisciplinariedad" y la "horizontalidad" de las relaciones entre los trabajadores.

A estas situaciones, se suma el encuentro de todo el "equipo de salud" del Centro en reuniones preestablecidas y con una cronología programada cuya finalidad es el discutir, analizar y abordar desde problemas concretos individuales o colectivos a los principios de APS, compartir experiencias o información "bajada" desde la SSP o propuestas de cambio.

Desde mi análisis y coincidiendo con investigaciones sobre el tema, los momentos de encuentros de todo el personal de CS, en forma periódica y organizada, posibilita el diálogo, discusión de problemas, análisis de ellos y propuestas para modificarlos, así como también propicia el intercambio de experiencias y afianza los vínculos al compartir los distintos "puntos de vista" sobre los principios, características y "herramientas" de APS. Esta forma de organización promueve el desarrollo de **"dimensiones subestimadas del trabajo" como son la "cooperación, la confianza y el reconocimiento"**, este último entre los pares principalmente y analizadas desde la Psicodinámica del Trabajo como importantes, dado que determina la **"voluntad de las personas para trabajar juntas y**

superar colectivamente las contradicciones que nacen por la esencia de las organizaciones del trabajo”

Resultados similares encontró, P Ghisio (2003) en su trabajo, ella describió que los trabajadores de Salud Mental presentaban menores niveles de síntomas relacionados con el Burnout (despersonalización, cansancio emocional, entre otros) en comparación con las especialidades biomédicas. Estas diferencias podían explicarse a que el sector de Salud Mental contaba con reuniones de equipo cuya frecuencia era programada y respetada, en ese espacio, se podía compartir experiencias profesionales e íntimas y también actualizarse. Según Watkins (1983), el contacto con otros profesionales proporciona una instancia que posibilita el crecimiento personal.

“Cuando empiezo, encuentro un grupo de gente con muchas ganas de laburar, muy compañeros todos o casi todos”

“Yo estoy conforme con el equipo...Yo creo que se han logrado muchas cosas, hay una posición diferente frente a la comunidad”

9-3- e-2 Repercusiones negativas en el “equipo de salud” por las “características del trabajo en APS”: “Estamos desbordados y cada uno en lo suyo”.

Más allá de las reuniones grupales del “equipo de salud” y de promover desde la “dirección de APS” los encuentros periódicos y preestablecidos entre los trabajadores de cada CS, en lo cotidiano se presentan situaciones que dificultan los acuerdos internos o la posibilidad de llevar a la “práctica” las “herramientas” de APS tal cual fueron planteadas , como por ej. la “demanda” continua y en aumento en todos los sectores del CS.

“No se puede interaccionar mucho, porque cada uno está abocado a sus actividades...Estamos desbordados y cada uno en lo suyo. Antes había más tiempo para hablar”

Lo expresado es compartido por la mayoría del grupo entrevistado, sin importar la función que desempeñe (médico, administrativo, enfermero/a, psicóloga) y produce no sólo malestar individualmente, sino conflictos, “roces” y afectación de las relaciones dentro del grupo. Dado que ante la presión continua y constante de diferentes problemas, principalmente los relacionados con la “demanda” y la “búsqueda de respuestas” a problemas no sólo de salud “física”, sino también con respecto a violencia familiar, adicciones, necesidades básicas insatisfechas, entre otras, se busca una salida “individual” o “momentánea” ante la “magnitud” y volumen de las consultas.

“Las contradicciones dentro del grupo no ayudan. A veces, hay que darle una respuesta, uno quiere ayudar y termina no ayudando”

“Lo que no me gusta, es lo de remarcar vos trabajaste tanto, vos no. Porque yo voy y trabajo, me duele porque trabajo”

Niveles altos de malestar y percepción de estrés asistencial también fueron encontrados en el trabajo de Zaldúa y col. (2000) sobre incidencia del Sme de Burnout en Hospitales de la ciudad autónoma de Bs As y citado en la investigación de P Ghisio (2003). Esta última autora encuentra resultados similares en su trabajo del 2003 sobre Burnout en trabajadores de la salud, donde **“se puede inferir que los efectores de salud se sienten altamente demandados y, a la vez, no reconocidos en su labor. A esto se suma que los efectores no registran un adecuado nivel de apoyo por parte de jefes y compañeros, como así también una percepción de poca gratificación en las interrelaciones que mantienen en sus trabajos”**

Resultados similares, en relación a los motivos de “malestar en el trabajo” fueron encontrados Di Liscia, Huerta y Gutierrez (2000) en su investigación: una de las causas era **“la deficiente organización de los procesos de trabajo y la dificultad para la integración en los equipos”**.

Estas situaciones, junto al “no reconocimiento” por la labor de los trabajadores y la **“sensación de dar una medicina de segunda a pacientes de segunda”** como lo señala E Menéndez (1998), pueden explicar en parte, el desinterés, inconstancia y rotación de este

personal en los programas de APS. Como lo demuestra el trabajo de investigación de Di Liscia y Huerta (2000)

“En los dos CS que estuve, cambió la mitad del equipo mientras estuve”

“Los equipos de AP son muy móviles, yo no estoy trabajando con el equipo de hace 6 años. Cada cambio es un duelo y hay que rearmarse de nuevo”

Desde mi análisis y junto a lo descrito por los entrevistados, las dificultades que presenta la “movilidad” y “rotación” del personal son: afectación en el “conocimiento” sobre la población aledaña al CS y sus características de vida (datos estadísticos, epidemiológicos, necesidades básicas insatisfechas, recursos económicos, trabajo, escuelas, entre otros) útiles y necesarios para el trabajo en APS y que no es posible adquirirlos en corto plazo; afectación en la relación con los usuarios del CS, dado que para poder conocer las “historias de vida” de los pacientes y sus familias se necesita tiempo, así como también para “propiciar” un clima de confianza en la consulta; también influye y condiciona las relaciones entre el equipo de salud, por un lado, dado que la cooperación y la confianza se “construyen” con el tiempo y, por el otro, porque interviene en los “acuerdos” creados intragrupo, y en los cuales, en numerosas oportunidades no participó parte del personal nuevo.

Estos problemas van a repercutir en la “**calidad de la atención**” de salud, según el análisis de Donabedian, dado que la “**aceptabilidad**” (que se relaciona con los valores, expectativas y deseos de los pacientes y sus familiares acerca de los efectos del cuidado sobre su salud y bienestar y acerca de cómo estos efectos deben ser alcanzados) incluye a la relación médico-paciente, y ésta se afianza con el tiempo, el conocimiento mutuo y la “empatía” no sólo del médico sino del resto de los trabajadores de la salud.

9-3-f Heterogeneidad de la imagen del “usuario” para los trabajadores: *“Hay de todo en la misma gente, gente que se preocupa, gente que no le interesa nada, gente que no entiende”*

Los sujetos pueden tener distintas representaciones acerca de un mismo tema. Sin embargo, hay “significados sociales” que se comparten y determinan no sólo las relaciones

entre las personas sino también, las organizaciones de las instituciones. Esto sucede con la “imagen” que se construye alrededor de los “usuarios de los Servicios de Salud Pública”. Más allá que la Salud Pública está dirigida a toda la población, son los sectores “más empobrecidos” quienes la “utilizan” frecuente e históricamente.

Un trabajo relacionado con este tema y realizado en un Hospital Público de Rosario, es el de Irene Luppi (2001), donde uno de los ejes que analizó fue la relación médico-paciente. Ella explica, en base a los resultados obtenidos que: **"el tiempo escaso para la consulta, las dificultades para la comprensión (relacionado con la imagen de "pobre" que frena todo intento modificador de los obstáculos percibidos), genera desaliento y limitaciones para escuchar de parte de los médicos"**.

“A la gente no se la deja pensar, vienen y demandan. Acá no se los educa para vivir”

“Hay de todo en la misma gente, gente que se preocupa, gente que no le interesa nada, gente que no entiende”

“Las personas por ahí no entienden”

“Fue un poco de enseñanza de todos los pacientes, tuve buenos resultados. Hay pocos pacientes que no entienden o no quieren entender”

Según lo expresado, los sentidos y las prácticas de los trabajadores del CS están en relación a “enseñar a los pacientes”, esta actitud no es casual, está influenciada no sólo por el MMH (cuyos rasgos, entre otros, son la relación asimétrica médico-paciente y la concepción del paciente como portador de un saber equivocado), bajo el cual se forman los profesionales de la salud y que es compartido por la sociedad en general, sino también, desde mi análisis y coincidiendo con P Freire (2002), con las nociones sobre “enseñanza” que parte de la educación formal, donde el “alumno” es considerado como “ignorante” y al cual hay que **“llenarlo de contenidos”**. No es habitual el debate, el aporte de ideas o la manifestación de dudas. Y concluye que: **“cuanto más se ejerciten los educandos, tanto menos desarrollarán en sí la conciencia crítica de lo que resultaría su inserción en el mundo, como transformadores de él”**. Es decir, no se lo educa para ser un ciudadano activo, conocedor de sus derechos, evaluador, crítico de su situación y con recursos para poder modificarlos. Estas situaciones atraviesan a trabajadores y usuarios.

Otra de las características del MMH y que determina el “cómo se abordan los problemas de salud de la población” es “la búsqueda de un origen biológico de la enfermedad” y está relacionado, según algunos autores, como E Menéndez (1996), con **“evitar la causalidad profunda de un problema y, por ello, no intervenir sobre su etiología real”**.

Direccionar la búsqueda a lo biológico significa no contemplar o relativizar la intervención de otros factores interrelacionados entre sí y que determinan el estado de salud o enfermedad de un sujeto. Sobre este punto, A C Laurell y M Marquez (1983) describen que la **“determinación social del proceso biopsíquico humano, es decir, las diferentes formas de enfermar y morir varían de acuerdo al proceso de desgaste- reproducción de las clases sociales, es la manifestación singular de un proceso general”**.

Por lo tanto, hay que remarcar la importancia de un enfoque integral del proceso salud-enfermedad desde la Salud Pública, como se propone desde APS y el análisis y discusión de este abordaje con los trabajadores de la salud, **“ya que al trabajar con poblaciones pobres, la desigualdad económica es la que más influye para determinar la estructura social del proceso salud-enfermedad-atención”**, como lo sugiere E Menéndez (1996)

Si estas situaciones no son evaluadas y trabajadas constantemente dentro de los “equipos de salud” de los CS, con la dirección de los Servicios de Salud y con la población, surge como otros de los motivos de “malestar” expresado por los propios trabajadores en la investigación de Di Liscia M, Huerta A, Gutierrez L (2000) como: **“problemas con la demanda (por fuente potencial de riesgos o por condiciones de extrema pobreza)”**.

“La relación con los pacientes cambió mucho con el tiempo. En el comienzo era más tranquilo, pero la gente cambió el 100x 100...Piensan que estás para médico, enfermero, mucama”

“Otra cosa que aprendí, porque ellos son muy resentidos por la vida que llevan, te amenazan y si le tenés miedo, se agrandan”

“Si yo fuera indigente, esto (APS) es fabuloso. No me importa de donde la sacan (la plata), a mí me atienden de primera”

A su vez, si desde el Sistema de Salud y la organización de los Servicios no es contemplado que la desigualdad económica es la que determina no sólo la aparición de determinadas enfermedades, sino también la búsqueda o no de atención, parte de la población más “vulnerable” va a seguir sin “acceder” al Sistema de Salud como lo señala el trabajo de Díaz A, Huerta A, Rodríguez A, Telesco C (2000)

“La gente asiste al lugar que le dan respuesta, si no se la dan, no vuelve más”

Otro punto a considerar en el análisis de las representaciones sobre los usuarios es el **enfoque relacional**, dado que el saber de todo curador o trabajador se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan. Desde el análisis de E Menéndez (1994), es importante **relacionar el saber popular y el médico en el campo en el cual interactúan (enfoque relacional)**. Partiendo de que el encuentro es un acto social y no sólo técnico, donde las representaciones y las prácticas no son rígidas sino que están cargadas por la subjetividad de quienes participan.

“En la gente veo reconocimiento y eso hace que siga”

9-3-g Significados “satisfactorios” del trabajo en APS: “Me gusta la esencia del trabajo en APS”

Es importante remarcar que los mismos principios de APS que “agotan” a los trabajadores de la salud son los que “refuerzan y mantienen” su “elección” por continuar en el CS. Considerar la “salud como un derecho”, la accesibilidad a los Servicios de Salud, la universalidad, la equidad, son “valores” que abordan la salud en forma “integral” y modifican el “lugar” del usuario y del trabajador, les otorga el “lugar” de sujetos a ambos, excediendo los límites del cuerpo y del individuo.

La mayoría de los entrevistados manifestó su acuerdo con los principios y características del trabajo en APS, aún cuando en lo cotidiano dadas las dificultades relacionadas con la organización de APS, las características particulares de la población y las limitaciones que supone abordar la salud en forma integral sólo desde los Servicios de Salud se torne complejo o “imposible” ponerlos en práctica.

“Pero a pesar de eso, el trabajo no lo dejo, es lo que quiero hacer... Quiero hacer cosas que le vengan bien a ellos y a mí”

“Me gusta la esencia del trabajo en APS ..., el poder estar cerca de la gente, acompañarla. Y por el grupo humano”

“Yo no quiero dejar esto. Yo confío en este proyecto. Hubo errores, pero yo sigo apostando

D Dessors y Guiho-Bailly (1998) explican que: **"la mayoría de los sujetos saludables, esperan tener la oportunidad, gracias al trabajo, de construir su identidad en el campo social. Esta esperanza es tan importante que se traduce, en el plano ético, en la reivindicación de un derecho a la contribución, contribución en las responsabilidades de la ciudad, o, en este caso en las responsabilidades en la organización del trabajo"**. Considero que esta contribución, en relación a los trabajadores de APS, adquiere una trascendencia ética fundamental, al incorporar valores como el derecho a la salud, equidad, universalidad, entre otros, que los motiva, moviliza y responsabiliza no sólo como trabajador sino como ciudadano. Estos valores “alimentan”, mantienen y refuerzan, en numerosas circunstancias, el estímulo por este tipo de labor, aún cuando haya condiciones adversas para desarrollarlo (bajos salarios, afectación de la organización del trabajo, “sobredemanda”, condiciones de extrema “pobreza” en la población asistida, etc).

“Mi marido me ha planteado que deje por cómo me ve. No me veo trabajando fuera de SP”

Otro de los “motivos” que contribuye a continuar el trabajo en APS, es la posibilidad, más allá de las limitaciones, de desarrollar las actividades con un “grado de libertad” no habitual desde la concepción de “organización burocrática” de los Servicios de Salud. Este concepto de **“autonomía”** tiene relación con el de E Graffigna (1999), donde el concepto

"mediaría entre individuo y comunidad reconociendo una autonomía de las personas para ejercer su libertad que es el fundamento de la ética, pero por el otro lado, plantearía la necesidad de desarrollar la dimensión social que no es sólo un agregado o colección de individuos sino que tendría que ver con la moral concebida como el conjunto de valores y reglas para construir una sociedad justa". En relación a este tópico, G Souza Campos (2001) propone para la "desalienación" de los trabajadores de salud, la necesidad de un equilibrio entre **"responsabilidades y autonomía"**.

"Me gusta tanto la SP como la privada, En la SP uno puede ser creativo"

"No podría volver a una rutina del hospital. Èste es un trabajo mental, no físico"

Propiciar y "colaborar" para que se cumplan los principios de APS, " **ha planteado, al conjunto de trabajadores de salud, las limitaciones de los fundamentos teórico-metodológico tradicionalmente utilizado, y ha abierto espacios a la necesidad de nuevos desarrollos que permitan asumir la problemática de salud-enfermedad como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupos de población, y comprender las articulaciones entre éstas y los procesos sociales más generales"** como lo expresa P L Castellanos (1987).

Sin embargo, los "planteos" acerca de las limitaciones teóricas en las cuales se han formado gran parte de los trabajadores de la salud, también presentan nuevos desafíos, esfuerzos e interés por la incorporación de nuevos conocimientos y formas de trabajo, que si no se encuentran acompañados por reconocimientos de los "superiores" por estas "ganas" de "apostar en este nuevo proyecto", que incluye no sólo la remuneración, sino estrategias organizativas que sean coherentes con los objetivos de APS y que incluyan a toda la "red de atención". De lo contrario, el "cansancio", el agobio del personal y los continuos problemas sin resolver, va a contribuir a volver a las formas tradicionales de atención y a un "desgano o despersonalización en el trabajo" por sentir, de parte de los trabajadores, que el esfuerzo realizado no puede traducirse en hechos concretos y que los principios de APS son una "utopía".

"A mi me encanta trabajar en AP, pero puedo pedir el traslado a otro lugar"

“Por el momento estoy bien, me falta crecer para decir que acá dejé algo. No me veo terminando en APS, no se en qué. Acá te agota trabajar tanto y no te retribuye tanto”

9-3-h Propuestas de los trabajadores para mejorar la situación actual: *“Poner más recursos humanos, para repartir el trabajo y no estar de mal humor”*

Desde las percepciones de esta investigadora y, siguiendo la línea de J Neffa (2005), desde el enfoque renovador del estudio acerca de las CYMAT, tanto para la discusión de los problemas relacionados con el labor realizado, como para el abordaje de las posibles soluciones, se requiere la intervención de los trabajadores, ya que **"nadie está en mejor situación que el colectivo de trabajadores del establecimiento para conocer de qué manera las condiciones y medio ambiente de trabajo afectan su vida y su salud"**

De allí la importancia de “escuchar”, no sólo los problemas expresados por los trabajadores, sino las propuestas surgidas de su análisis de la situación.

“De todo un poco. La red, creo que alguien, de tantos que hay ahí arriba, se tiene que poner a organizar porque es un despelote. Si yo pudiera, creo que sería necesario más recursos de diferente tipo”

“Yo pienso que primero tendría que haber más empleados. Y si hay más equipos, te podés dedicar a la prevención”

“Poner más recursos humanos, para repartir el trabajo y no estar de mal humor”

Gran parte de los entrevistados propuso como uno de los factores básicos para mejorar la situación de “sobredemanda” y “agobio” por el trabajo, el aumento de los recursos humanos. Dicho aumento no sólo es a nivel médico, sino ampliado a todos aquellos que intervienen en APS para el abordaje integral de la salud (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, administrativos, odontólogos, personal de limpieza, entre otros)

Otro elemento relacionado con el Recurso Humano, es la “calidad” de Atención en Salud, partiendo que un número reducido de personal heterogéneo en relación a la

capacitación en APS y con variadas, múltiples y complejas actividades en su lugar de trabajo, redundará en la calidad del trabajo realizado.

En relación a este punto, E Menéndez y G Souza Campos (1998) jerarquizan la participación del trabajador en la organización de la labor que realizan: **"para lograr calidad en salud, debe haber autonomía y definición de responsabilidades y esto está relacionado con el reconocimiento por las autoridades, los pacientes y el propio profesional para valorar su capacidad y su trabajo"**.

"Para empezar, contar con el tiempo para abordar los casos...Pienso que nosotros mismos tenemos que pensar en otro dispositivo"

"Una sugerencia es que alguna vez haya una coordinación entre la formación del recurso humano y las necesidades del lugar"

"Algunas cosas para oxigenarnos como equipo, para cambiar actitudes"

"Descomprimir AP, o poner una guardia en el CS o que las guardias funcionen como guardias"

"En Salud Pública, lo principal tendría que ser la prevención y es lo último que se hace"

Según lo expresado, se marcan diferentes niveles de responsabilidad en relación a la organización del trabajo. Una corresponde a nivel local, y es el planteo de nuevas formas de abordaje de la labor que se realiza, considerando lo dinámico y complejo de las situaciones de salud-enfermedad que buscan atención en los CS y tratando de preservar o mejorar la calidad de ese tipo de abordaje. Otro nivel de responsabilidad es el depende de los "lugares de gestión", donde debería planificarse los recursos humanos y materiales necesarios en "*cantidad y calidad*", en relación a las necesidades de la población que se pretende cubrir. A su vez es necesario y conveniente como reconocimiento del labor realizado, la evaluación desde los "lugares de gestión" de los procesos de trabajo en APS, excediendo la clásica evaluación "productivista" (por ej. cantidad de consultas por hora trabajadas).

Lentamente se está tratando de incorporar **"otras formas de evaluación de la calidad del proceso de trabajo (compromiso con el paciente, tareas no asistenciales, clínica ampliada entre otros)"** como lo propone G de Souza Campos (2001), pero hay grandes

dificultades para su implementación, tanto para los trabajadores como para los evaluadores, por ser una propuesta diferente y nueva y que necesita otros métodos que deben ser elaborados por ambas partes y útiles para todos (trabajadores y comunidad).

Otra de las formas de reconocimiento de las autoridades a los trabajadores de APS es con respecto a las remuneraciones. En la práctica, en numerosos países, siguiendo los trabajos de E Menéndez (1998), los bajos salarios para los trabajadores de APS y una supuesta descalificación en las prácticas del saber profesional médico, produce en los profesionales la sensación de dar una "**medicina de segunda**" a "**pacientes considerados de segunda**"

“Propuesta para mejorar la situación, lo salarial”

Esta situación es similar a la encontrada por P Ghisio (2003) en su trabajo, donde una de las propuestas de los trabajadores para mejorar su situación: fue el aumento de la remuneración, seguido por implemento de espacios de formación y de reflexión, junto a aumento de los niveles de organización.

El no reconocimiento por parte de las autoridades de su trabajo, también fue el principal motivo de malestar en los trabajadores de la salud encuestados por Di Liscia y Huerta (2000) y Camponovo Meier y Morín Imbert (2000) en sus trabajos de investigación. Así como también en el trabajo de G Zaldúa (2006), descriptos en el capítulo de antecedentes del presente trabajo

Este no reconocimiento si se consideró que fue prolongado en el tiempo puede “desmotivar” a los trabajadores, como lo analizan D Dessors y Guiho-Bailly (1998) desde la Psicodinámica del Trabajo, y a la “despersonalización” desde el Burnout En este sentido, P Ghisio (2003) encontró valores altos de cansancio emocional en el cuestionario de Burnout realizado a los trabajadores del CS estudiado en su investigación, en comparación con el hospital

“No se me ocurre porque ya me siento cansada de todo, todo me da lo mismo”

10- CONCLUSIONES

En este Informe final que comenzó con el análisis de las políticas neoliberales instaladas en nuestro país a partir de la década del 90 y que se agudizaron en el 2001, trajo consigo la pobreza estructural de gran parte de la población por el corrimiento del Estado en relación a la protección social, la incorporación de nuevas leyes de economía cuyo eje eran el libre mercado que impactaron no sólo en los sectores más “empobrecidos”, sino también en los sectores “medios” de la sociedad, al modificarse las relaciones laborales con la introducción, entre otras, de la flexibilización de las relaciones de trabajo y su precarización.

En el sector de la Salud Pública, la crisis afectó por igual, pero de diferentes modos, a la población usuaria y a los trabajadores, la demanda en los Servicios e Instituciones de Salud Pública aumentó exponencialmente desde los 90 por el aumento del desempleo, la caída del empleo en “blanco” y la desregulación de las Obres Sociales. En relación a los trabajadores de la salud, el aumento de la demanda, las nuevas formas de contratación en los lugares de trabajo y la incorporación de nuevas formas de organización (principalmente con la introducción de APS) afectó su desempeño en la organización, su salud y su relación con sus compañeros, las autoridades y los usuarios.

Al interior de las organizaciones, y particularmente en los Servicios dependientes de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario, se plantearon modificaciones a raíz de estos problemas, pero de un modo (desde los supuestos de esta investigadora y en relación con lo investigado) parcial, no programado o coordinado y en forma más “lenta” que lo necesario para los cambios continuos, complejos e interrelacionados que se producen en la utilización de los Servicios de Salud Públicos. Estas situaciones, más evidentes en el Primer Nivel de Atención (los Centros de Salud) obstaculizaron la introducción, discusión, funcionamiento y evaluación de nuevas formas de trabajo, y en forma paralela, la “obligatoriedad” de parte de las autoridades de ir sumando nuevas “herramientas de trabajo” en la organización de dichos Servicios de Salud.

Dicha dicotomía produjo en los trabajadores como grupo, la elaboración de “mecanismos de defensa” para desarrollar sus actividades bajo esas circunstancias, una de ellas fue la “naturalización”. Cuando un daño es aceptado por el grupo, por la organización, no negado como mecanismo de defensa ante la urgencia de la tarea en Salud Pública, es que la amenaza o el daño se han naturalizado, por lo cual resulta difícil su cuestionamiento o crítica. De allí el valor de la capacitación de esta Maestría de ofrecer la posibilidad de un involucramiento a través del proceso de investigación, que posibilite y ejercite la ciencia crítica sobre problemáticas de la Salud Pública y que afectan la salud de trabajadores del sector y en consecuencia, la relación con los usuarios y la eficiencia y eficacia de los Servicios de Salud.

Por lo tanto, incluir el abordaje de estos temas, es reconocer la necesidad de incluir la mirada interdisciplinaria para comprender las “tensiones entre las prácticas y los saberes” de los trabajadores de la salud y que implique la participación de los mismos en el análisis y discusión de su situación en relación a su labor, y que incluya sus satisfacciones y padeceres por su trabajo, como así también en las propuestas de cambio. Partiendo del concepto que una “organización saludable” es aquella que estimula las iniciativas de los trabajadores para que realice su trabajo o como lo describe G Sousa Campos (2001), en el campo de la salud: **"que los trabajadores tengan autonomía y responsabilidad en su labor"** para lograr la “desalienación” de dichos sujetos.

Siguiendo esta línea, E Menéndez (1996) plantea que: **"si se pudiera incluir las necesidades-objetivos-decisiones de los actores (sujetos), estos asumirían como suyos los proyectos y no se considerarían meros reproductores, por ejemplo, de los objetivos de los Servicios de Salud... Esta concepción metodológica denominada punto de vista del actor, revalida al sujeto como agente transformador"**

La propuesta de Ugalde y Homedes (2005) es en la misma dirección: **"los sistemas de salud cuyos profesionales no están motivados para trabajar en equipo a favor de la salud de la población, están condenados al fracaso. Los países tendrán que invertir tiempo y recursos en recuperar el compromiso de los profesionales con la población y con el Sistema y deberán abandonar su orientación mercantilista"**

A su vez es necesario para el funcionamiento adecuado y el cumplimiento de los objetivos de las organizaciones de APS, la salud de los trabajadores y la relación con los usuarios, que la autonomía y la responsabilidad de los trabajadores por la labor realizada sea evaluada y “reconocida” por sus superiores, sus compañeros y los usuarios. Según D Dessors y M P Guiho-Bailly: **“el mayor interés que tiene la psicodinámica del trabajo es mostrar el peligro mental para el sujeto de un reconocimiento por los otros que no pase por un juicio sobre su trabajo”**

Las mismas autoras plantean que el reconocimiento en la labor realizada de parte las autoridades también incluye aceptar la **“distancia en tarea prescrita y actividad real del trabajo”**, de lo contrario existe el peligro de la **“alienación social”** en los trabajadores y de **“alienación cultural”** en los superiores.

La importancia del reconocimiento de parte de los “superiores” y compañeros para prevenir enfermedades y malestares en los trabajadores como el Burnout, es lo propuesto por Walkins (1983), citado por Martinez-Guerra (1997) y analizado por Ghisio (2003): **“por ejemplo contar con tiempo libre y con actividades recreativas; tener la posibilidad de compartir experiencias profesionales con colegas para enriquecerse en el intercambio, actualizarse en la profesión o realizar terapia personal”**.

El objetivo principal de esta investigación fue describir las representaciones, saberes y prácticas de un grupo de trabajadores con respecto a su labor en un Centro de salud municipal de la ciudad de Rosario y su relación con la salud de estos trabajadores.

El trabajo realizado se trató de un estudio transversal, descriptivo e interpretativo, cualitativo, con articulación de instrumentos: observación simple de grupos focales y entrevistas semiestructuradas. La muestra fue intencional formada por 20 trabajadores

A partir del análisis de los resultados se describieron las percepciones y prácticas de los trabajadores con respecto a las características de su labor en Atención Primaria de la Salud, la relación de este tipo de actividad con los procesos de atención en un Centro de Salud, con la salud de los trabajadores y con su relación con los usuarios de dicho Servicio. Así mismo se trató de detallar a través de las palabras de los mismos entrevistados, los motivos

principales o más frecuentes de malestar en el trabajo, como así también las propuestas para mejorar dicha situación y se relacionó lo expresado en las entrevistas de los trabajadores del CS con lo observado en reuniones donde participaban “quienes adherían al proyecto de APS” y con niveles intermedios de decisión en la organización de APS.

De tal modo y analizados los discursos y las prácticas de los sujetos trabajadores, surgen malestares y problemas compartidos por el conjunto del trabajadores del CS y de los niveles medios de decisión o “gestión”, cuyo eje fue el “no reconocimiento” de parte de las autoridades o “superiores” desde la dirección de APS o desde la SSP. Este “no reconocimiento” incluye la falta de articulación entre los objetivos de APS hacia la población (equidad, accesibilidad, relación horizontal con los usuarios, clínicas ampliada) y hacia los trabajadores, quienes perciben que no hay una relación coherente entre los discursos y las prácticas de los “superiores”.

El “no reconocimiento” de parte de las autoridades también está presente en relación a la selección, capacitación y evaluación del Recurso Humano en APS. Es conveniente como lo expresa J Escudero (2007) que: **“las convocatorias a las plazas deben ser muy publicitadas, y el mecanismo de selección debe ser irreprochablemente transparente. En la selección deberían participar la Universidad, los Colegios profesionales, y aquellas instituciones de la sociedad civil que no dependan del clientelismo político partidario, ni siquiera del partido político dominante en la provincia que acordó la aplicación en ella del Programa.”** De esta forma, es de suponer, los mismos trabajadores van a reconocer que las autoridades seleccionan al personal mejor formado para determinada función y es un estímulo para capacitarse.

Por lo expresado, se hace imprescindible la generación de espacios de socialización y comunicación de los valores, significados otorgados al trabajo de APS y por otra parte, desde una perspectiva dinámica de la organización laboral, facilitar desde la gestión y el colectivo de trabajadores a propiciar y explicitar las estrategias de afrontamiento de los riesgos en la salud de los trabajadores.

El “no reconocimiento” de parte de las autoridades también está presente en relación a la selección, capacitación y evaluación del Recurso Humano en APS. Es conveniente como lo expresa J Escudero (2007) que: **“las convocatorias a las plazas deben ser muy publicitadas, y el mecanismo de selección debe ser irreprochablemente transparente. En la selección deberían participar la Universidad, los Colegios profesionales, y aquellas instituciones de la sociedad civil que no dependan del clientelismo político partidario, ni siquiera del partido político dominante en la provincia que acordó la aplicación en ella del Programa.”** De esta forma, es de suponer, los mismos trabajadores van a reconocer que las autoridades seleccionan al personal mejor formado para determinada función y es un estímulo para capacitarse.

Por lo tanto, el desafío para el conjunto de los trabajadores, incluyendo a los gestores y autoridades, es poder establecer un diálogo, un lenguaje en común, un oír y oírse, un dar y recibir, un reconocer al otro como sujeto para que ambos puedan aprender y lograr acuerdos.

O como la expresa P Freire: **“¿se podrá lograr un lugar donde no haya sabios absolutos ni ignorantes absolutos, sólo hombres que en comunicación buscan saber más?”**

11- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Abonizio M: "Actos de significado: la problemática de las adicciones en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Una mirada desde la perspectiva de los profesionales de los Servicios de Salud", tesis doctorado, mi meo, 2005
- (2) Abonizio, Marta. Ficha nº 1 Guía para la presentación de Proyectos de evaluación .Material interno de la cátedra "Trabajo de Campo Área Laboral". Fac. Psicología, UNR, 2007
- (3) Bloch C, Troncoso M del C, Richiger E, Hachuel L: "Evaluación del Programa de Atención Primaria en el área I de Rosario", Cuad. Méd. Soc. Nº 41, set. 87
- (4) Borsotti. C: "Las técnicas de investigación social: la observación y la entrevista" Seminario en Univ. de Luján. Material interno de la cátedra "Trabajo de Campo Área Laboral B" Fac. Psicología, UNR, 2005
- (5) Bottinelli Ma Marcela, doctora en Salud Mental Comunitaria, entrev. para el suplemento Sociedad del diario Clarín 21/03/06 a raíz de un trabajo de investigación sobre Estrés en los profesionales de la salud, junto a G. Zaldúa
- (6) Breilh J: *Deterioro de la vida: Un instrumento para análisis de prioridades en lo social y la salud*. Corporación Editora Nacional, Ecuador, 1990
- (7) Camponovo Meier O, Morín Imbert P: "Síndrome de Burnout en el personal de salud de un hospital público de la ciudad de Rosario" Rev. Investigación en Salud 3 (1 y 2) , 2000
- (8) Castellanos, P. L: "Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico". Cuad. Méd. Soc. nº 42. Dic. 1987
- (9) Comelles, J M: "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual", Ciudad Virtual de Antropología y Arqueología, 1997
- (10) Dejuors C: *Trabajo y Desgaste Mental*. Ed. Humanitas 1990

- (11) Dessors D, Guiho-Bailly M P: *Organización del Trabajo y Salud. De la psicopatología a la psicodinimia del trabajo*. Cap. 2 y 3. Ed, Lumen 1998
- (12) Di Liscia M, Huerta A, Gutierrez L: "El estrés asistencial en los Servicios de Salud" Rev. Investigación en Salud, 2000, 3 (1 y 2) 51-72
- (13) Díaz A, Huerta A, Rodriguez A, Telesco C: "La Dimensión sociocultural y su relación con los patrones de utilización" Rev. Inv. en Salud 3 (1 y 2), 2000
- (14) Donabedian A: "The Seven Pillars of Quality, versión adaptada y resumida por Roberto Nogueira", Arch Pathol Med. 1990; 114, 1115-1118,
- (15) Escudero José Carlos: "Integración de los sistemas de salud en Argentina", expuesto en la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA el 4/08/08
- (16) Freire, P: *Pedagogía del Oprimido* Siglo XXI editores Argentina 2002
- (17) Graffigna E S Bustelo: "Salud y Ciudadanía" Una mirada a la salud en el futuro. Trabajo presentado a la Conferencia "La Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina: rol del gobierno, la Empresa y la Sociedad Civil". Santiago de Chile, marzo de 1999
- (18) Ghisio P: "El Sme de Burnout en los Trabajadores de la salud del Hospital local Enrique Marengo, del Centro de salud nº 10 y del servicio de Psicopatología del Hospital General Diego Thompson del partido Gral San Martín de la provincia de Bs As" mimeo 2003
- (19) Guber R: *El salvaje metropolitano*. Edit Legasa, Bs As 1991
- (20) Kornblit A L: "Precepción de los médicos de guardia y de los jefes de guardia acerca de su trabajo" Rev. Medicina y Sociedad vol. 21 N° 4, 12/1998
- (21) Kroeger Axel, Luna Ronaldo: *Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos*. OPS Edit Paltex 1992
- (22) Laurell Asa Cristina, Márquez Margarita: *El desgaste obrero en México*. Proceso de producción y salud. Edit. Era. México 1983

- (23) Laurell Asa Cristina: *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*. La salud: de derecho social a mercancía. Mexico. 1998
- (24) Laurell Asa Cristina: *Nuevas Alternativas en el Sector Salud*. México 1994
- (25) Luppi I. Libro: "El encuentro Médico/paciente". UNR. Editora 2001
- (26) Maglio F; "Ética en la relación médico-paciente" Rev. Investigación en Salud, 1998 1 (2)
- (27) Mazzáfero V, Giacomoni H: "Trabajo y Salud" Rev del Instituto de Higiene y Med. Social, 1999, 3(1), 21-26
- (28) Menéndez E. Libro: "Morir de alcohol....."Capitulo III: El modelo Medico Hegemónico. Estructura, función y crisis. 1998.
- (29) Menéndez E: "El modelo Médico y la Salud de los Trabajadores". Rev. Salud Colectiva 1 (1):9-32, enero-abril 2005
- (30) Menéndez E: "La medicina y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?" Alteridades 1994 4 (7), 71-83
- (31) Menéndez, E: "Estructura social y estructura de significado: el punto de vista del actor" En Antropología Médica 1996
- (32) Moise C: Prevención y Psicoanálisis. Propuestas en salud comunitaria. Cap. 1 2001
- (33) Neffa J C: "Reconsideraciones de la noción de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Definición y contenido. Diversos enfoques y perspectivas" Material interno de la cátedra "Trabajo de Campo Área Laboral B" Fac. Psicología, UNR, 2005
- (34) Orlando M, Huerta A, Gibbons L: "Proceso educativo y estrés asistencial en el sistema de residencias". Rev. Investigación en Salud Vol. 5 (1 y 2), 2002 .pág. 39-61
- (35) Panaia M: "Condiciones de Trabajo y empleo en los Trabajadores de la Salud". Rev.del Instituto de Higiene y Med. Social, 1998, 2 (4) 32-40
- (36) Rios, V: "El examen de la Salud en el Trabajo". Capítulo III. Qué es la salud en el trabajo.
- (37) Sánchez Cabaco A: "Influencia del estrés, afrontamiento y apoyo social en la salud" Rev. Investigación en Salud 2 (1y2), 1999

- (38) Souza Campos, G. Libro: "Gestión en Salud". La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. Bs As, Lugar Editorial, 2001
- (39) Taboada E: "El proceso de Gestión de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario en el período 1989-1995" Tesina final de la Maestría de Salud Pública del Instituto Lázarte 2001
- (40) Taylor S. J y Bogdan. Libro: "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Ed. Paidós
- (41) Testa, M: "Atención ¿primaria o primitiva? de salud. Cuad. Méd. Soc. n° 34 1985
- (42) Ugalde A, Homedes N: "Las reformas del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina" Rev. Panam Salud Pública 17 (3), 2005, 202-207
- (43) Vasilachis de Giardino I: "Tesis N° 4 y Tesis N° 5" En Métodos Cualitativos I. Material interno de la cátedra "Trabajo de Campo Área Laboral B" Fac. Psicología, UNR, 2005

12- ANEXOS