

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Escuela de Trabajo Social



Salud: Un campo en debate.
Una mirada desde el Trabajo Social.

María Eugenia Di Pato

Tesina de Grado

Licenciatura en Trabajo Social.

Legajo N°: D-1274/2

Directora: *María Evangelina Benassi*

Rosario

2016

Índice

Introducción	1
Primer capítulo: Aspectos Metodológicos	4
<i>Objetivo General:</i>	5
<i>Objetivos específicos:</i>	5
<i>Antecedentes:</i>	5
<i>Estrategia Metodológica:</i>	7
Segundo Capítulo: Referencias teóricas claves	11
<i>Sobre el Campo de la Salud</i>	12
<i>Definiendo la salud desde diferentes modelos</i>	13
<i>Recorrido de Salud Pública Argentina</i>	16
<i>Declaración de Alma- Ata: Los orígenes de Atención Primaria de la Salud.</i>	18
<i>Distintas concepciones de APS.</i>	21
<i>Historia de la Atención Primaria en la provincia de Santa Fe.</i>	24
<i>Organización de la Atención Primaria en la Provincia de Santa Fe</i>	25
<i>La Práctica Cotidiana en los Centros de Salud</i>	26
<i>Trabajo Social y Salud: ¿Trabajo Industrial o Artesanal?</i>	29
<i>Figuras e Imaginarios del Trabajador Social</i>	31
Tercer Capítulo:Lo Situado	35
<i>Lo situado: La salud en los Centros de Salud Alfonsina Storni y 7 de septiembre</i>	36
<i>Centro de Salud Provincial “Alfonsina Storni”</i>	36
<i>Centro de Salud Provincial N°3 “7 de septiembre”</i>	40
<i>Visiones de los Trabajadores sobre la Salud.</i>	42
<i>Visiones sobre la Atención Primaria de la Salud (APS) de los Trabajadores.</i>	48
<i>¿Interdisciplina, Interconsulta o Derivación?</i>	54
<i>Trabajo Social: ¿Trabajo Artesanal?</i>	60

<i>De Tomar en cuenta a ser Héroe</i>	<i>62</i>
Cuarto Capítulo.....	66
<i>De conclusiones e inconclusiones.</i>	<i>67</i>
Glosario:	71
Bibliografía:.....	72
Anexos	77

“Si me hubieran hecho objeto sería objetivo.

Como me han hecho sujeto soy subjetivo”

José Bergamín.

Introducción.

En los espacios de nuestras prácticas parece existir un lenguaje común, donde las palabras “Salud” o “Atención Primaria” ocupan un lugar central, pero cuando se pronuncian o escuchan adquieren un sentido diferente según el sujeto implicado, ya que en las mismas se develan/esconden diversas concepciones teóricas.

En este trabajo de tesina de grado, mi interés radica en conocer las concepciones de Salud desde la visión de los trabajadores que intervienen en dicho campo. Para esto, construí una hipótesis que orienta esta investigación: En los centros de Atención Primaria de la Salud coexisten diferentes concepciones sobre lo que es la salud. Esta diversidad de voces se manifiesta también respecto de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, considerando que las mismas influyen en las distintas intervenciones de los trabajadores.

Mi acercamiento a este debate surge a lo largo de mis tres años de Práctica Pre Profesional, momento en el cual me preguntaba qué entendían los distintos trabajadores del Centro por Salud y APS, buscando comprender sus prácticas cotidianas.

El hecho de que esta temática haya estado dando vueltas en mi cabeza cuando realizaba mis prácticas, produjo que muchas de las dudas, indagaciones o problematizaciones que expongo en esta tesis no surgieran de manera individual, sino que fueron producto de un trabajo y crecimiento colectivo en el que estuvimos implicadas con mis compañeras Magalí Corvalán y Analía Venezia a lo largo de tres años de prácticas compartidas.

Creo pertinente problematizar esta temática ya que en lo que refiere a tesinas de grado de Trabajo Social, los estudios existentes aún son incipientes. Además, considero importante la elaboración de este material por diversos motivos: en primera instancia porque el campo de la Salud es un espacio clave de inserción del Trabajo Social, tanto cuantitativamente (una gran parte de los profesionales de la ciudad se desempeñan en dicho campo) como cualitativamente (ya que hay numerosas experiencias de Trabajadores Sociales dirigiendo Centros de salud o en espacios de Gestión del campo Salud.) En segunda instancia, es importante aportar a la reflexión sobre este campo, teniendo en cuenta que este tema, en la formación de grado de la

Escuela de Trabajo Social de la UNR¹, sigue siendo un área de vacancia en cuanto a contenidos mínimos obligatorios. Por lo tanto, producir conocimientos respecto de ésta temática cobra aún mayor sentido.

Para poder indagar las concepciones de Salud y a la APS tuve en cuenta tanto las observaciones, visitas y trabajos que realicé en mis prácticas, como las entrevistas que les realicé a dichos trabajadores.

Para explicar los planteos expresados presentaré mi trabajo en cuatro (4) capítulos.

En el primero, describo el diseño metodológico de la investigación, allí presento los objetivos, los antecedentes existentes de la temática y la metodología utilizada. A la hora de construir el diseño, privilegio una metodología que permita indagar los puntos de vista, percepciones, significados de los actores entrevistados, motivo por el cual selecciono la metodología cualitativa.

En el segundo, centro las discusiones y los conceptos teóricos que considero importantes a la hora de poder posicionarme en la comprensión del campo de la Salud retomando los postulados de Bourdieu (1984), analizando algunos de los paradigmas existentes en el Campo de la Salud que determinan diferentes concepciones sobre el mismo.

Posteriormente, realizo un recorrido sobre el desarrollo de la Salud Pública Argentina focalizando en el surgimiento de la Atención Primaria, a través de la Declaración de Alma Ata y sus distintas interpretaciones e implementación en la Provincia de Santa Fe.

Por último, realizo una breve descripción de las prácticas cotidianas de los dos Centros de Salud en los que realicé la investigación, utilizando dos conceptos que emergieron transversalmente: la complejidad de las problemáticas, y la necesidad de trabajarlas interdisciplinariamente. Cerrando este capítulo teórico considero concretamente las particularidades que tiene el Trabajo Social en el campo Salud

En el tercer capítulo, en un primer momento reconstruyo la historia de los dos centros de salud seleccionados para situar a la investigación en un tiempo y espacio que permitan comprender las particularidades de dichas instituciones y cómo éstas condicionan las prácticas de los agentes.

¹ Es importante aclarar que en los planes de estudio de otras carreras de trabajo social, como es el caso de la UNLP y de la UNER, existen asignaturas específicas vinculadas al campo de la salud pública.

En las siguientes secciones analizo las entrevistas realizadas teniendo en cuenta cinco (5) claves analíticas que construí en el interjuego entre perspectivas teóricas y la palabra de los involucrados: Salud; Atención Primaria de la Salud; Interdisciplina; Trabajo Artesanal y Subjetividad Heroica.

Es importante aclarar que las entrevistas fueron realizadas a Trabajadores del Centro, tanto profesionales como no profesionales, por lo tanto las diferentes miradas se “cruzaron” con la perspectiva de clase desde la cual construyen su discurso los Trabajadores. Es decir, en las entrevistas no se buscó focalizar únicamente en trabajadores con un discurso construido y legitimando “académicamente”, sino más bien se amplió la mirada a una diversidad de discursos y prácticas.

Por otra parte, si bien en ésta tesina no se plantea como clave o marco teórico la perspectiva de género, este enfoque aparece a la hora de analizar las entrevistas ya que la mayoría de las entrevistadas son mujeres. Es así que la feminización en el trabajo en Salud (cuidados y asistencia) aparece como un rasgo característico de éste campo, que tal como veremos más adelante, se manifiesta en diferentes expresiones de las prácticas, fundamentalmente en las que tienen que ver con cuidar o “salvar” a otros.

En el último capítulo, desarrollo algunas conclusiones que no apuntan a ser definitivas ni incuestionables; sino que buscan ser puntapié para repensar y problematizar las intervenciones cotidianas de los diversos Centros de Salud.

Primer capítulo:

Aspectos Metodológicos

En este trabajo se indagan las concepciones de Salud y las de APS de los trabajadores (profesionales y no profesionales) del Centro de Salud N° 3 “7 de Septiembre”, y del Centro de Salud “Alfonsina Storni”, entendiendo que las mismas se expresan en las intervenciones que llevan a cabo en estas instituciones, prefigurando a su vez, una determinada especificidad de la práctica del Trabajo Social.

Las siguientes preguntas de investigación orientaron este trabajo: ¿Qué concepciones de Salud sostienen en su discurso los trabajadores de los Centros de Salud Provinciales “7 de Septiembre y “Alfonsina Storni”? ¿Cuál es la concepción de Atención Primaria? ¿Cómo se expresan las mismas en las prácticas de intervención? ¿Cuáles son las tensiones que aparecen entre las concepciones respecto de la APS y las intervenciones? ¿Cuáles son las visiones hegemónicas? ¿Cómo interfieren específicamente en relación a las prácticas de Trabajo Social las diversas concepciones coexistentes?

Objetivo General:

- Reconocer las concepciones de Salud y de Atención Primaria de la Salud de los Trabajadores del Centro de Salud Provincial N° 3 “7 de Septiembre” y del Centro de Salud Provincial “Alfonsina Storni”.

Objetivos específicos:

- Propiciar un análisis de las tensiones entre discursos y prácticas de los trabajadores de los Centros de Salud respecto de las concepciones de Salud y APS.
- Reconstruir el lugar del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios en el cruce con las concepciones subyacentes respecto de la Salud y la APS.

Antecedentes:

En este apartado reconstruyo los antecedentes que existen respecto a la temática objeto de mi trabajo, entendiendo la importancia que estos tienen para la producción de cualquier proyecto de investigación, ya que implica reconocer que ningún trabajo empieza de cero, aceptando que “para determinados objetos de estudio (...) existe ya una historia investigativa que puede señalar al investigador los caminos andados” (Rockwell;1987: 14), y que por lo tanto es necesaria esta búsqueda para rastrear qué es lo que se ha podido conocer hasta el momento y a su vez observar los “vacíos o aquellos campos de una problemática que aún no han sido trabajados” (Achilli;2002:7).

Si bien la producción de tesis locales sobre el campo Salud y la APS² sigue siendo un área de gran vacancia, en la búsqueda de antecedentes di con la Tesis de Licenciatura en Trabajo Social de Ivana Lorena Grennon, denominada *“La política de Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Santa Fe y su implementación en Arroyo Seco”*, publicada en el año 2004. Este trabajo parece ser el primer antecedente que pretende analizar las políticas públicas de Atención Primaria de la Salud que tiene el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. En su trabajo se identifican facilitadores y obstaculizadores en la implementación de los programas que se ejecutan en el SAMCO de Arroyo Seco.

Otros antecedentes que pude encontrar son las Tesis de María Eugenia García Cabrera y de Melisa Campana. Ambas problematizan a la Salud Pública y a la APS, pero sólo analizando el caso de la ciudad de Rosario. Más allá que ellas no analicen a la Salud a nivel provincial, las tuve en consideración como antecedentes ya que plantean discusiones interesantes sobre la temática.

La Tesis de Licenciatura en Trabajo Social de María Eugenia García Cabrera, publicada en el año 2009, denominada *“SALUD: ¿DERECHO O PRIVILEGIO? Una mirada desde la población”* busca problematizar cómo conciben a la Salud los vecinos del Barrio Santa Rosa - Stella Maris de Rosario, si como un derecho o como un privilegio. Aquí analiza dos modelos y/o paradigmas de la Salud: El Modelo Médico Hegemónico y el Modelo Alternativo o de Medicina Social; para luego problematizar las diferentes definiciones sobre la Salud que sostienen dichos modelos. Por otro lado la autora explica el surgimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Además, historiza el surgimiento de APS en la Ciudad de Rosario y la construcción del Centro de Salud Ceferino Namuncurá. El mayor aporte que tomo de este trabajo, tiene que ver con la reconstrucción de la historia de la APS en la Argentina y en la ciudad de Rosario. Además la autora, a través de entrevistas realizadas a mujeres del barrio Stella Maris (y que reciben atención en el Centro de Salud), analiza cómo ellas conciben a la Salud. Rescato este trabajo ya que lo que allí se analiza tiene puntos de contacto con mis objetivos.

La Tesis de Doctorado en Trabajo Social de Melisa Campana *“La asistencialización de la salud pública: La atención primaria de la salud en el municipio de Rosario”*, problematiza el modelo asistencialista de la Salud Pública en Argentina, tomando a la

² Mi búsqueda se acotó a las Tesis de Licenciaturas o de Doctorados en Trabajo Social de la UNR (Universidad Nacional de Rosario)

Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Rosario como un caso paradigmático. La hipótesis de este trabajo es que “la lógica asistencial es constitutiva de los dispositivos de la salud pública y que, en el marco de la gubernamentalidad neoliberal, ocurre un fenómeno de re-asistencialización de la salud” (Campana; 2010: 3).

Para alcanzar sus objetivos la autora divide en dos la Tesis: una primera parte, en la que analiza la relación histórica entre la Salud Argentina y la Asistencia; y un segundo segmento, en el cual aborda el caso concreto de la Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario y su relación con la “re-asistencialización” de la Salud. El lugar que la asistencia tiene en las prácticas de Salud es un tema transversal a éste campo, por lo cual es de suma importancia retomar ese aspecto en el análisis de mis entrevistas, cuestión que intento realizar en la tercera parte de éste trabajo.

Estrategia Metodológica:

En el trabajo utilizo la metodología cualitativa porque me permite indagar los puntos de vista, los significados, y rescatar el testimonio de los diferentes profesionales. Retomando a Vasilachis

“En los métodos cualitativos se actúa sobre contextos "reales" y el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos. El presupuesto fundamental de las metodologías cualitativas es que la investigación social tiene que ser más fiel al fenómeno que se estudia que a un conjunto de principios metodológicos, y que los fenómenos sociales son distintos a los naturales y no pueden ser comprendidos en términos de relaciones causales mediante la subsunción de los hechos sociales a leyes universales porque las acciones sociales están basadas e imbuidas de significados sociales: intenciones, actitudes y creencias” (Vasilachis; 1992:31)

Para la elaboración de posibles respuestas a mis objetivos, utilizo la producción de datos a partir de entrevistas semi-estructuradas a Trabajadores de los Centros de Salud “Alfonsina Storni” y “7 de Septiembre”.

Además recupero las experiencias de mis cuadernos de campo producidos en los tres años de Práctica Pre Profesional en los Centros de Salud “Alfonsina Storni” y “7 de Septiembre” (2013-2015) y los Trabajos Finales que realizamos con mis compañeras de prácticas para dicha materia. Rescato estos materiales ya que me permiten revalorizar mi propio proceso de práctica, y jerarquizar las instancias de intercambio cotidiano con los actores de ambas instituciones, como así también recupero charlas, que en el ámbito de la

intervención aparecen con cierta “domesticidad” y a la luz de ésta investigación cobran relevancia como datos a tener en cuenta para el análisis.

En lo que respecta a los datos secundarios, busqué producciones e investigaciones para poder dimensionar, en un sentido general, cómo se caracteriza a la APS y a la Salud desde distintas vertientes.

La recolección de datos primarios la realicé por medio de entrevistas semi-estructuradas a distintos trabajadores de los Centros de Salud N° 3 “7 de Septiembre” y “Alfonsina Storni”.

Realicé dieciocho (18) entrevistas, nueve (9) por cada Centro de Salud, y utilicé como criterio de selección un (1) trabajador por cada área, considerando que estuvieran representadas las diferentes antigüedades en el sistema ya que estas pueden influir en las respuestas. Otro criterio fue que los trabajadores consultados no fueran sólo “profesionales”, por lo cual entrevisté tanto a “profesionales” como a “no profesionales”.

Las Unidades de análisis seleccionadas fueron entrevistas a Trabajadores de los Centros de Salud N° 3 “7 de Septiembre” y “Alfonsina Storni”, específicamente:

- Administrativa del Centro de Salud N° 3 “7 de Septiembre”, mujer de aproximadamente 50 años de edad, con 9 años de antigüedad en el Centro y en Atención Primaria de la Salud. Además, la entrevistada es Técnica en Laboratorio, pero desde que ingresó a este centro de salud no trabaja más en dicha profesión.
- Trabajadora Social de Centro del Centro de Salud N° 3 “7 de Septiembre”, mujer de 32 años de edad, se encuentra trabajando en este Centro hace 3 años, anteriormente lo hacía en el Centro de Salud Ramón Carrillo del Barrio Ludueña de Rosario. Cabe destacar que siempre trabajo e hizo sus prácticas en el campo Salud.
- Médica Generalista del Centro de Salud N° 3 “7 de Septiembre”, mujer de aproximadamente 35 años de edad, trabaja en este centro hace 5 años, anteriormente lo hacía en un Centro de Salud Municipal.
- Ginecóloga del Centro de Salud N° 3 “7 de Septiembre”, mujer de aproximadamente 35 años de edad, hace 7 años trabaja en este centro, es su única experiencia en este nivel de atención.

- Pediatra del Centro de Salud N° 3 “7 de Septiembre”, mujer de unos 50 años aproximadamente, hace solo 2 meses que trabaja en este centro, también es Pediatra en el Centro de Salud Pablo VI, lugar en el que interviene desde hace 6 años.
- Odontóloga del Centro de Salud N° 3 “7 de septiembre”, mujer de aproximadamente 55 años de edad, hace 4 años trabaja en este centro de salud pero hace 30 años que trabaja en Salud Pública, estuvo en los comienzos de la APS.
- Psiquiatra de referencia del Centro de Salud N° 3 “7 de septiembre”, mujer de aproximadamente 40 años de edad, trabaja hace 3 años en este Centro y 3 más en la zona Noroeste, anteriormente trabajaba en un Centro de Salud de otra localidad.
- Psicóloga del Centro de Salud N° 3 “7 De septiembre”, mujer de aproximadamente 35 años de edad, hace 14 años que trabaja en este Centro, lugar en que se inició en la Atención Primaria de la Salud.
- Agente Sanitario del Centro de Salud N° 3 “7 DE Septiembre”, hombre de aproximadamente unos 40 años de edad, hace 10 años que trabaja en este Centro, lugar en que se inició en el trabajo en APS.
- Administrativa del Centro de Salud N° 3 “7 de Septiembre”, mujer de aproximadamente unos 55 años de edad, hace 30 años que trabaja en este Centro de Salud, lugar en el q se inicio en la APS.
- Trabajadora Social del Centro de Salud “Alfonsina Storni”, mujer de 35 años de edad, hace 8 años que trabaja en APS, anteriormente estaba en los Centros de Salud N° 4 y N°24, que luego, en 2010 se unificaron en el Centro de Salud Alfonsina Storni.
- Pediatra del Centro de Salud “Alfonsina Storni”, mujer de aproximadamente 50 años, hace 20 años que trabaja en este Centro, previamente trabajaba en Salud Pública pero no en APS.
- Odontóloga del Centro de Salud “Alfonsina Storni”, mujer de aproximadamente unos 35 años, hace 8 años que trabaja en Atención Primaria de la Salud, y 5 años en este Centro.
- Enfermero del Centro de Salud “Alfonsina Storni”, hombre de aproximadamente 55 años de edad, hace 37 años que trabaja en APS, y está en este Centro de Salud desde sus inicios.

- Empleado de Limpieza del Centro de Salud “Alfonsina Storni”, hombre de unos 35 años de edad, hace 1 año y medio que trabaja en este Centro, anteriormente había trabajado en otros Centros municipales.
- Médica Generalista del Centro de Salud “Alfonsina Storni”, mujer de aproximadamente unos 30 años de edad, hace 3 años que trabaja en APS, y tan sólo 1 mes en éste Centro, anteriormente trabajaba en clínicas privadas.
- Administrativa del Centro de Salud “Alfonsina Storni”, mujer de unos 50 años aproximadamente, hace 17 años que trabaja en Salud y en este Centro.
- Agente Sanitaria del Centro de Salud “Alfonsina Storni”, mujer de aproximadamente 50 años, hace 5 años que trabaja en este centro, anteriormente no había trabajado nunca en salud. Si bien fue contratada para cumplir funciones de Agente Sanitaria, actualmente trabaja en la Farmacia del Centro de Salud, ya que no hay quien ocupe esa función actualmente.

Segundo Capítulo: Referencias teóricas claves

**“Libres son quienes crean, no copian,
y libres son quienes piensan,
no obedecen. Enseñar, es enseñar a dudar”**

Eduardo Galeano.

Sobre el Campo Salud.

Abordar la salud como un campo implica correrse de la mirada parcializada y simplista con la que tradicionalmente se aborda el sistema de salud. Considerarla desde la perspectiva de campo (Bourdieu 1984) implica reconocer la convergencia en un espacio constituido históricamente por instituciones y agentes (actores), con leyes de funcionamiento propias (Gutiérrez; 2005:31), que conforma una red de relaciones con intereses en la que los diferentes actores luchan por la consolidación y el predominio de uno o más capitales.

Entre los capitales en juego se pueden reconocer el económico, el social, el cultural (que se relaciona con los conocimientos o prestigio) y el simbólico, que determina la capacidad de imponer significaciones de manera legítima. Desde allí los actores compiten por su acumulación y tratan de lograr acuerdos o confrontan, dando como resultado posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior. La posición dentro del Campo estará determinada por diversos factores, entre los que se encuentran la clase, el género³, entre otros.

“quienes dominan el capital acumulado, fundamento del poder o de la autoridad de un campo, tienden a adoptar estrategias de conservación y ortodoxia, en tanto los más desprovistos de capital, o recién llegados, prefieren las estrategias de subversión, de herejía” (Bourdieu; 1984; 13).

Así, la salud, puede ser vista como un campo compuesto por múltiples instituciones (hospitales, centros de salud, clínicas, universidades, ministerios, etc.) del que participan múltiples agentes (médicos, enfermeros, trabajadores de la salud en general, Estado, usuarios, etc.) que luchan, participan y construyen las estrategias convenientes, para lograr la apropiación de un capital simbólico que les de legitimidad, prestigio y autoridad en ese campo.

³ La cuestión del Género no es una cuestión que analice en esta tesis, pero lo rescato, ya que es importante reconocer el “peso” que éste tiene en el Campo Salud.

En el Campo Salud una de las cuestiones que está en juego es justamente la delimitación del “objeto del conocimiento”, es decir si el objeto es solo la enfermedad o se abre a la idea del proceso salud- enfermedad-cuidado. La opción que hacemos determina el modelo de atención/intervención, el modo de gestionar y la manera de investigar en el campo.

Si se considera que el objeto de conocimiento es solo la enfermedad, los modelos de investigación se restringen a buscar causas biológicas, el modelo de atención está enfocado en la “cura” o “soluciones” a las enfermedades, interviniendo desde la perspectiva racional-tecnológica procedimental sobre un cuerpo enfermo. La gestión está dada desde la mirada burocrática, lineal y verticalista.

En cambio, si se piensa que el objeto de conocimiento es el proceso salud-enfermedad-cuidado, se lo analiza desde una mirada socio histórica no reducida a lo biológico y por tanto la intervención se realiza con (y no sobre) un sujeto determinado socialmente, donde se establecen vínculos para la mutua comprensión y construcción de problemas de salud. El modelo de gestión de salud apunta a la promoción y prevención, con una mirada democrática y participativa, anclada en la comunidad en que vive ese sujeto.

Estas visiones se consolidan en algunos modelos de salud y operan en las decisiones que toman diferentes actores en dicho el campo.

Definiendo la salud desde diferentes modelos

Uno de los grandes modelos que se consolidó en las prácticas de/en Salud es el denominado Modelo Médico Hegemónico, este se define como:

“conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad” (Menendez,1988;451).

Entre sus características se encuentran: el individualismo, que coloca al sujeto en un rol pasivo y subordinado; la ahistoricidad y asociabilidad que lleva a concebir por separado a lo biológico y lo social, negando toda influencia de este último en la enfermedad; el biologismo que es el que posibilita ver a la enfermedad como una totalidad, sin tener en cuenta la “historia social de los padecimientos” (Menéndez, 2005; 3).

Desde una perspectiva positivista, se considera que la salud es solo la ausencia de enfermedad, reduciendo lo humano a lo biológico: “La enfermedad, existe si la veo en la célula, es decir si es tangible, observable, verificable y fáctica” (Carballeda y otros).

El origen de este modelo, se encuentra en el denominado “Modelo Unicausal” (Arredondo; 1992), que se dio en la Segunda mitad del siglo XIX y principios del XX y entre sus impulsores encontramos a Pasteur y Koch. Es importante resaltar que este modelo de salud fue el dominante principalmente en los inicios del campo salud. Su hegemonía fue organizada básicamente por las instituciones médicas y el Estado, pero también por el conjunto subalterno de la sociedad que veía en él la solución a sus padecimientos.

Posteriormente la Organización Mundial de la Salud definió en el año 1948 a la Salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” apareciendo en esta instancia un esbozo de “multicausalidad”. Esta definición estuvo en consonancia con el contexto histórico del Estado de Bienestar (Vergara Quintero; 2007:43) en el cual se comenzaba a ver a la Salud como un derecho, tal vez solo restringido a la atención de la salud. Esta conceptualización constituye un punto de partida y significó un gran avance ya que amplió la concepción de Salud al incorporar los aspectos sociales y mentales como parte del proceso de salud- enfermedad, quebrando la visión Unicausal de la Salud. Como bien expresa Ferrara en una entrevista realizada por Svampa:

“una definición, para ese tiempo verdaderamente revolucionaria ¿Por qué? Porque incorporaba la perspectiva de comprender a la salud no solamente como un hecho físico sino como un hecho mental y sobre todo como un hecho social. La incorporación del hecho social era para nosotros, los hombres que peleamos en esta sociedad, un acontecimiento” (Svampa; 2010: 39).

Es de destacar que la incorporación de “lo social” no tuvo la centralidad necesaria, sino que fue visto como un factor más o “causa” que operaba en igualdad de condiciones que lo biológico, favoreciendo las intervenciones de manera fragmentada de cada una de las disciplinas intervinientes en el campo. Esta cuestión, sumada a la eficacia de la biomedicina fue uno de las principales características que permitió la expansión y el dominio de este modelo sobre los otros, pero ésta comenzó a ser cuestionada a fines de los 70’, a raíz de la crisis económica, política, y social que aconteció a nivel mundial. Una de las causas primordiales de cuestionamiento al modelo médico se encontraba en la dificultad de este para generar nuevas “respuestas” a problemas de salud que persistían.

Es en este contexto, en el que tomará importancia otro modelo explicativo, denominado Alternativo, y que corresponde a lo que se conoció como Medicina Social; reconociendo el carácter histórico- social de los problemas de salud, analizando a la población y sus instituciones sociales como totalidades, trascendiendo al individuo

“La medicina social define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina” (Iriart y otros; 2002:3).

En este modelo no se toma a la salud y enfermedad como términos dicotómicos, si no que lo considera como un proceso dialéctico atravesado por el contexto social e histórico de cada colectivo a estudiar. Considerando que el proceso salud-enfermedad está determinado por los “modos de vida”, por tanto la salud no va a depender solo de intervenciones médicas sino que las circunstancias político, sociales y económicas deben tenerse en cuenta.

Desde este modelo la definición de la OMS recibió numerosas críticas, no sólo por responder a una concepción funcionalista, si no por la dificultad de aplicarla en la realidad, ya que nadie vive en un estado completo de bienestar todo el tiempo, son sólo pequeños momentos en los que una persona puede identificarse con esa visión. (Ferrara; 1985:9) Ferrara parte de ver a la salud como el “continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde, a su vez, se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad”. Desde este punto de vista, la enfermedad es claramente considerada un proceso incesante que requiere de la acción del sujeto para luchar y modificar las condiciones que limitan su vida. El proceso salud-enfermedad es histórico y social.

Es interesante también la discusión que instaure esta definición de salud al oponer la idea de conflicto a la de equilibrio, que propone la OMS, visto así

“no es el conflicto lo que define lo patológico, sino que justamente, es el bloqueo de los conflictos lo que certifica la enfermedad (...) En otras palabras, una sociedad que no construye su salud, que no se organiza, que no lucha por ella, está enferma” (Carballeda y otros).

En esta misma línea Pichon Riviere define a la Salud (Mental) como el

“Proceso en el cual se realiza un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. La adaptación activa a la realidad, que implica la transformación constructiva del medio y la modificación del propio sujeto es, entonces, el criterio básico de Salud” (Riviere, 1995: 15)

En lo personal, me interesa rescatar estas definiciones ya que implican que una persona (o sociedad) es saludable cuando reconoce sus conflictos, los enfrenta y resuelve, entendiendo a los conflictos como parte de la vida misma.

Por otra parte, creo importante destacar que El Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, del que dependen los Centros de Salud en los que realicé mis prácticas, adhiere (al menos en lo discursivo) a la conceptualización de salud realizada en estos últimos párrafos, ya que la define como la “capacidad individual y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida”. (Mimeo Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2010; 4)

Creo necesario aclarar que los modelos expuestos en este trabajo, son solo tipos ideales, al estilo Weberiano, ya que permiten organizar la información. De ninguna manera éstos son considerados de modo unívoco ni homogéneo en las prácticas desarrolladas, sino más bien como parte de un entretejido donde no es posible delimitarlos.

Recorrido de Salud Pública Argentina

La escueta descripción sobre la configuración de la Salud Pública en Argentina, que realizo a continuación, se relaciona con todo lo expresado precedentemente, desde la perspectiva de campo con una visión situada e histórica, y considerando que el Estado a través de sus políticas públicas determina y consolida modelos de atención, establece prioridades, y por ende las prácticas de los agentes.

Siguiendo a Tobar (2001), se pueden considerar históricamente cuatro (4) periodos a saber: el de Policía Médica, el Estado de Bienestar, el modelo Desarrollista y el modelo Neoliberal; considerando para ello las políticas delineadas para hacer frente la salud del conjunto de la población, donde aparecen implícitos los modelos que expresamos anteriormente.

De Policía Médica (Hasta 1930)

Se enmarcaba en las políticas del Estado liberal, que no consideraba a la salud como un problema público, si no como algo que se debía resolver en el ámbito privado o bajo la órbita de la Sociedad de Beneficencia, la cual en el año 1934 administraba 25 instituciones de Salud sólo en Buenos Aires.

De todas maneras, existía una mínima intervención del gobierno que se basaba en controlar epidemias y vigilar la sanidad, sobre todo en los puertos; es decir, no se ocupaba de

curar la enfermedad sino más bien de evitar la propagación de la misma. En palabras de Tobar “Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía” (Tobar; 2001: 4). De allí que a este modelo se lo denomine “Policía- médico”, ya que la función de éste último sólo se limitaba a un control excesivo para evitar propagación y disciplinar la vida cotidiana de la población.

Las acciones del Estado fueron expandiéndose poco a poco por la demanda social, así comenzó a surgir un modelo de carácter asistencial más preocupado por la atención y curación de la población enferma (de la mano de los descubrimientos, el avance de la física y química).

Estado de Bienestar o Compromiso. (1930- 1955)

A partir de la crisis de 1929, aumentó la presencia del Estado en diferentes áreas, entre ellas la Salud, que comienza a ser asociada como un derecho a la atención de los ciudadanos. Estos cambios se evidenciaron en la organización del Estado: antes del 1943 la Salud pública dependía del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior, en 1946 se convertirá en Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social (con rango de Ministerio), y en 1949 es transformada en Ministerio.

La década del ‘40 se caracterizó por un doble nacimiento: “el del Estado responsable-garante de la Salud, y el de las organizaciones sindicales, estatales y para estatales, que más tarde darán origen al sistema de obras sociales” (Tobar; 2001: 8). Este modelo no sólo trajo un cambio de paradigma al instaurar la salud como un derecho, sino que también se hizo cargo de prestar los servicios de atención a la población, de la regulación de recursos, fiscalización de ambiente, campañas de prevención, creación de hospitales, cuestiones que quedaron reguladas y preservadas por leyes. En este momento histórico se institucionalizó la concepción de Medicina Social dentro del Estado.

Debo resaltar que junto con la implementación de salud pública prosperó y se expandió el sistema de obras sociales vinculado con los gremios y sindicatos, lo que influyó en la consolidación de un sistema de salud heterogéneo y fragmentado. Esta cuestión se constituyó en el principal condicionante a la hora de formular políticas públicas de salud.

El Modelo Desarrollista. (1955- 1976)

En esta etapa, el Estado deja de lado el rol central que tenía para fijar las políticas públicas, lo que impacta directamente en la Salud, disminuyendo los gastos en el área, de la mano del slogan de la eficiencia. Las propuestas que más prosperaron en este sentido fueron las de descentralización y desburocratización y esto inició el camino de la transferencia de la de la red hospitalaria a los gobiernos provinciales que impactó de modo diferente según la capacidad de gasto y gestión que tuvieran las provincias.

El Modelo Neoliberal (1976 en Adelante)

Después del intento fallido de articular las diferentes prestaciones de Salud a través de un Sistema Nacional de Integración Sanitaria en 1973, por presiones de corporaciones (económicas, sindicales y profesionales), la dictadura cívico- eclesiástico-militar de 1976 significó en el área de la salud (como en todas las aéreas relacionadas con lo social), el retiro del Estado en las responsabilidades sobre funciones de garantizar la salud por medio de intervención, mediación, etc.; quedando claramente expresado en:

“Las fuerzas Armadas incorporan el discurso neoliberal que da fundamento a su equipo económico. Esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada (...) Transfiere el conflicto a las esfera provincial liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales” (Tobar: 2001;9).

En medio de este proceso descripto, el gobierno adhirió a la declaración de Alma- Ata “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud

La Declaración de Alma- Ata significó un hito histórico en el campo de la salud y es por ello que considero pertinente profundizar su análisis. Por otra parte, los Centros de Salud fueron los espacios privilegiados para el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud a partir de Alma Ata.

Declaración de Alma- Ata: Los orígenes de Atención Primaria de la Salud.

En los años 1970 existía en el mundo un panorama económico y político crítico, en plena Guerra Fría, con democracias poco estables y dictaduras militares. En lo que respecta a la salud, había orientación centralista y deficiente. A pesar de esto existían esfuerzos gubernamentales para permitir un mayor acceso a la salud, teniéndose como antecedente

directo de la Conferencia de Alma-Ata a la III Reunión Especial de Ministros de Salud convocada en Chile en el año 1972, en donde se comprendieron las deficiencias e inequidades de los servicios de salud. A partir de 1972, nació la idea de lo que luego sería la Atención Primaria de Salud, como estrategia para permitir el mayor acceso posible a toda la población.

Esta Declaración fue producto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria desarrollada entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata, ciudad de la hoy desaparecida Unión Soviética. Estuvo auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contando con la representación de 151 Estados y de más de 100 ministros de salud de distintos países.

Las ideas planteadas en la declaración eran acordes al pensamiento sanitario que sostenía la OMS ya que “se le da expresa cabida como parte inherente a la salud a los conceptos de “derecho al trabajo”, “derecho a la educación”, “a vivienda digna” que se suman al concepto de “no estar enfermo” (Almendra y otros, s.f:1). El documento planteaba ideas que partían de la base de visualizar a la salud como un derecho, y buscaba ampliar su cobertura en todos los países y la participación social en los proyectos de salud.

Estas ideas parecieron enmarcarse en una concepción de Estado garante, sin embargo, la declaración fue firmada en el contexto de un nuevo orden económico político: el Estado Neoliberal, por lo cual también se notarían rasgos de ese Estado dentro de Alma-Ata.

La aparente contradicción se evidenció en dicha declaración. A continuación, analizo los párrafos que considero pertinentes.

La conferencia adhiere a la concepción de Salud planteada por la OMS, rompiendo con la visión Médico Hegemónica

“La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (Declaración de Alma Ata; 1978:1)

Además, se reconoce la desigualdad en el estado de salud tanto de los países, como al interior de los mismos, asumiéndolo como una preocupación común de todos los países.

La declaración incorpora la participación de la población en la Salud como un deber y derecho dentro de la Atención Primaria de la Salud. De igual modo, en líneas con un Estado Garante asume que

“Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos (...) debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social (Declaración de Alma Ata; 1978:1).

Es necesario agregar que se define a la Atención Primaria de la Salud como

“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 pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el 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 de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Declaración de Alma Ata; 1978:2)

Aquí mismo se ve la contradicción mencionada anteriormente, ya que si bien plantea la necesidad de que la salud esté al alcance de todos y que la misma es responsabilidad del gobierno, deja en claro que debe ser a un costo que la comunidad y el país pueda soportar. Esta cuestión significa un primer acercamiento a la idea de descentralización, política ya conocida por nuestro país en ese entonces, idea que se refuerza en el siguiente renglón cuando habla de la atención primaria como parte del desarrollo social y económico de la comunidad.

A su vez, en el siguiente párrafo agrega que la Atención Primaria de la Salud debe ser un reflejo de las condiciones de la comunidad en que se encuentra anclada, que esta debe orientarse a los principales problemas de salud de la comunidad y debe

“prestar los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales (...) debe estar asistida por sistema de envío de casos integrados, funcionales y que se

apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados” (Declaración de Alma Ata; 1978:2).

En este párrafo se observa una relación con las políticas de focalización propias del neoliberalismo, las cuales apuntan a que las intervenciones del Estado se limiten sólo a una población identificada (los más necesitados) corriendo el riesgo de ver a la APS como una política únicamente para pobres.

Es interesante pensar cómo en un contexto mundial de neoliberalismo se gestó una de las estrategias más importantes de la Salud Pública. Entiendo que esto responde mayormente a las tensiones existentes en el campo salud a nivel mundial, las cuales se veían expresadas en la Declaración de Alma Ata, ya que por momentos parecía responder a concepciones neoliberales y por otros a posiciones progresistas.

Creo que una posible respuesta a dicha cuestión podría ser la que plantea Rodríguez al sostener que

“muchas de las propuestas concretas que se hicieron en esa conferencia y que integrarían los principios de la APS suscriptos en Alma- Ata procedían de diferentes experiencias de programas de salud basados en la comunidad (PSBC) no gubernamentales, pequeños y poco conocidos, de Filipinas, América Latina y otros países, de la experiencia de los médicos de pies descalzados en China, así como Cuba y otros países del tercer mundo (...) La íntima conexión de muchas de estas iniciativas con movimientos políticos reformistas y el hecho de que la conferencia se celebrara en una nación donde se había establecido un sistema de salud con una fuerte orientación social, explica en parte por qué los conceptos subyacentes en la APS han recibido tanto críticas como elogios por su carácter revolucionario” (Rodríguez; 2004:2 y 3)

Pero, como también explica Rodríguez, como se intentó incluir a la mayoría de los países (sin importar sus diferencias políticas) se debió tener cuidado en la redacción del documento para no pronunciar conceptos que fueran considerados revolucionarios, o al menos no de un modo explícito. El lenguaje utilizado en Alma –Ata dio la suficiente libertad para que cada gobierno pudiera interpretarlo como quisiera. Se utilizaron palabras con definiciones tan polisémicas, que permitió que cualquier gobierno (desde los conservadores, neoliberales, hasta los más progresistas o revolucionarios) usara esta declaración en su beneficio propio, interpretándolo según sus intereses.

Distintas concepciones de APS

Como sostuve anteriormente, la Atención Primaria se llevó adelante de manera diferente en cada país. Las justificaciones a las diferentes interpretaciones de la APS son muchas, tal como plantea la OPS/OMS

“no es extraño encontrar diferentes puntos de vista sobre la APS, debido a las peculiaridades del desarrollo histórico de la salud, así como al legado de diferentes sistemas políticos y sociales. Otros sugieren que la explicación a esta divergencia se encuentra en las definiciones ambiciosas y algo vagas de la APS contenidas en la Declaración de Alma-Ata, algunos afirman que, mientras que muchas iniciativas efectivas de APS se desarrollaron en los años posteriores a dicha conferencia, el mensaje principal se distorsionó debido a los cambios de orientación que adoptaron las agencias internacionales de salud y a los procesos de globalización” (OPS/ OMS; 2005:4)

Fuera cual fuera la causa, la realidad es que el concepto de APS se fue ampliando y haciéndose cada vez más confuso.

Siguiendo el análisis que realizó la OPS podemos reconocer cuatro “tipos ideales” o “categorías principales” (OPS; 2005:2) de la APS, éstas son: *Atención Primaria de la Salud Selectiva; Atención Primaria; Atención Primaria de Salud Integral de Alma Ata; y Enfoque de Salud y Derechos Humanos*. De este análisis, numerosos autores como Bloch, Testa, Stolkiner hicieron sus interpretaciones.

La *Atención Primaria de la Salud Selectiva* es definida como un “conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres”. Este modelo de atención se desarrolla principalmente en los países en vía de desarrollo, ya que se plantea la inviabilidad de la propuesta de APS integral y la necesidad de concentrar las intervenciones en la población que más lo necesita, para así “maximizar la eficiencia en el uso de los recursos” (Ase y otros; 2009: 35). Este modelo surge en pleno auge del sistema neoliberal imperante en los años '80. Ya en el año 1979 la fundación Rockfeller había propuesto la necesidad de pensar a la salud no como subsidio a la oferta, sino por el contrario, como subsidio a la demanda, sometiéndose así en la competencia del mercado. La APS selectiva debía centrarse en los niños menores de tres años y las mujeres en edad de concebir, para así disminuir la tasa de mortalidad.

Cabe aclarar que Testa (1988) denominó a este modelo como “*Atención Primitiva de la Salud*” alertando sobre el riesgo de instaurarlo como una política estatal diferenciada para los pobres, alejándose de principios claves de la APS planteada en Alma-Ata como ser el de integralidad, equidad, derechos.

El Segundo modelo, designado como *Atención Primaria* (OPS), o *APS como nivel de atención* (Bloch; 1988), consiste en verla como “la puerta de entrada de un sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población” (OPS; 2005:4). El mismo es considerado como el modelo Europeo y se relaciona

con la disponibilidad de médicos especializados en medicina familiar o general, siendo ellos los responsables de la coordinación para que se llegue a la atención necesaria.

El tercer modelo, definido por la OPS como “*Atención Primaria de Salud Integral de Alma-Ata*”, también es denominado *APS como estrategia* (Bloch; 1988) o *APS Ampliada* (Stolkiner,2010) , ya que justamente no se lo comprende ni como un programa en sí (focalizado), ni como un mero nivel de atención (puerta de entrada), sino como “una estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud” (OPS;2005:4) que comprendería a todo el sistema de salud y a toda la población a la que atiende el sistema. Aquí se da lugar a las ideas de equidad, eficacia social, articulación intersectorial, cooperación, etc.

El cuarto modelo propuesto, *Enfoque de Salud y Derechos Humanos*”, consiste en concebir a la salud “como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud (...) pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas.” (OPS; 2005:4)

Coincido con Stolkiner y Ase que plantean que este último modelo podría estar dentro del tercero, ya que la noción ampliada de APS necesariamente incluye la de Derechos Humanos. Como bien explican Ase y Burijovich “una noción abarcadora de la APS sería compatible con el enfoque de derechos en políticas públicas al actuar como garantía de acceso al sistema de salud y asegurar la coordinación y continuidad del cuidado” (Ase y otros; 2009: 38).

El Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, encargado político de los Centros de Salud en los que realicé mis prácticas, parece adherir a la APS planteada en el tercer y cuarto modelo, es decir, la APS como estrategia o APS con Enfoque de Salud y Derechos Humanos, ya que el Ministerio

“entiende la APS no sólo como las prestaciones que se ofrecen en el primer nivel sino como la mejor estrategia para garantizar el ejercicio efectivo del Derecho a la Salud. En su carácter de estrategia ofrece un modo para planificar y organizar los recursos en salud que debe atravesar y comprometer toda la red de servicios.”(Mimeo Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2015; 13)

Estas diversas interpretaciones de la APS son visiones que se disputan dentro del Campo Salud y dentro de las realidades políticas e históricas de cada país y territorio. En muchas ocasiones estas interpretaciones coexisten dentro de un mismo territorio y la decisión

de intentar instaurar un modelo de APS sobre el otro es netamente una decisión de intereses políticos, tal como ocurrió en la Provincia de Santa Fe.

Historia de la Atención Primaria en la provincia de Santa Fe

La historia de la Atención Primaria en la provincia de Santa Fe tuvo muchas idas y venidas, pero sin dudas el primer cambio se vio luego de Alma Ata, ya que en 1979 se creó el Programa de Atención Primaria de la Provincia de Santa Fe. El mismo, en realidad, significó la ampliación del Programa de Salud Rural, que se venía desarrollando desde comienzos de los años setenta en el norte de la provincia, hacia nuevas áreas urbanas. Dicho programa consistía en garantizar atención médica mínima a las poblaciones consideradas marginales. Como bien explica Bloch (1992)

“Esta circunstancia hizo que el programa tuviera desde su inicio una fuerte influencia conceptual y metodológica de la APS para la población rural dispersa, cuyos componentes más significativos son: el agente de salud comunitario, la ronda periódica que este realiza con base en tareas definidas y el énfasis puesto en el área materno infantil y de enfermedades infecciosas”(Bloch;1992:197)

Por lo cual, este primer programa pareció acotar a la Atención Primaria de manera selectiva, siendo vista sólo para una determinada población en desventaja.

Si bien la declaración fue firmada en 1978, pasaron varios años para que se visualice la Atención Primaria como una estrategia con enfoque de Salud y Derechos Humanos (y no solo focalizada) en Santa Fe. El corte es realizado por muchos autores, a partir de la llegada de Binner a la gobernación, aunque otros plantearán que ya se venía desarrollando lentamente en la administración de la provincia durante el gobierno de Obeid.

Campana (2010) plantea que con la llegada de Binner a la provincia se intenta pensar a la salud partiendo de las ideas de “red”, “equidad” “sistema integrado de gestión de salud regional”. Todos estos conceptos fueron retomados del modelo de Salud que Hermes Binner planteó en Rosario desde 1989, cuando inició su mandato como Secretario de Salud

“la idea fundamental es la de Red. La misma está conformada por tres niveles de atención. El primer nivel se constituye en el espacio de mayor resolución y está conformado por los Centros de Salud Provinciales, Municipales y vecinales, distribuidos estratégicamente en toda la Provincia y organizados distritalmente. El segundo nivel de atención está constituido por hospitales de mediana complejidad a donde se derivan casos con alguna dificultad. El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad y está conformado por los grandes hospitales provinciales y municipales (en el caso específico de Rosario). Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias” (Campana; 2010: 212 y 213)

La idea de esquemas y priorización de la APS como pilar del modelo de atención, fue justificada por la eficacia y accesibilidad que esta red generaba para poder garantizar el derecho a la salud. Como bien quedó plasmado en el documento *Propuesta de estrategia para la instalación de transformaciones en el proceso de trabajo de la Secretaría de Salud Pública*

“la estrategia de Atención Primaria de la Salud como opción política significa centrar la organización de los servicios en las necesidades poblacionales, lo que implica asegurar la participación popular y la de los trabajadores, la acción intersectorial, la tecnología apropiada, y, fundamentalmente, acercar lo máximo posible las decisiones al contexto en el que los problemas se sufren. (...) la estrategia de Atención Primaria de la Salud supone la construcción de un modelo de atención que fundamentalmente implique enfocar la cuestión social desde la óptica de los derechos sociales y la justicia y no como una ciudadanía asistida. Secretaria de Salud Pública de Rosario; 2002: 2)

De todas maneras para lograr instalar la lógica de la APS como una Política Pública de Salud se requirió tanto de una decisión política del Gobierno, como de una reestructuración y reorganización del Ministerio de Salud.

Organización de la Atención Primaria en la Provincia de Santa Fe

Actualmente Ministerio de Salud de Santa Fe⁴, se encuentra organizado administrativa y territorialmente en cinco nodos: Nodo Reconquista, Nodo Rafaela, Nodo Santa Fe, Nodo Rosario y Nodo Venado Tuerto. Dichos nodos son núcleos de articulación, concentración y distribución de capacidades, información y recursos. En esos núcleos o ciudades se ubican los servicios de mayor complejidad y las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud.

“La Red de Servicios Público/Estatal está conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios. Incluye efectores sin internación (centros de salud, centros de atención ambulatoria, centros de diagnóstico o tratamiento), servicios con internación (hospitales con tres niveles de complejidad), una red de unidades móviles para atención a las urgencias y emergencias, y redes de soporte para el proceso de atención.”(Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2016)

Dentro del Nodo Rosario (el cual comprende los departamentos Belgrano, Iriondo, además de San Lorenzo, Caseros, Casilda, Rosario, San Martín, San Jerónimo, y Constitución) existe la Dirección de Atención Primaria de la que dependen todos los centros de salud de la provincia que están en dichas localidades. A su vez, ésta se divide en diferentes distritos o subregiones, que responden cada una de ellas a un Coordinador.

⁴ Cuando digo actualmente, me refiero al año 2015, año en que comencé a realizar este trabajo, ya que en Diciembre de 2015 con el cambio de Gobierno, estas áreas fueron reestructuradas.

Cuando realicé la entrevista a una de las coordinadoras de un Centro de Salud Provincial de la Ciudad de Rosario, sostuvo que

“Dentro del territorio de Salud del Distrito, no solamente está el centro de Salud sino también están los hospitales, donde existe articulación con el centro de salud y todas las instancias gubernamentales que tengan que ver con ese territorio, porque está también niñez, está el distrito municipal, y uno articula con todo eso dentro del territorio.”

La Dirección de Atención Primaria de la provincia es la encargada de desarrollar la política de atención primaria de la salud en Santa Fe. La misma entiende a

“la APS no sólo como las prestaciones que se ofrecen en el primer nivel sino como la mejor estrategia para garantizar el ejercicio efectivo del Derecho a la Salud. Otro de los conceptos que contienen es el de participación de la comunidad o participación social, una de las premisas básicas del trabajo en salud en Santa Fe” (Mimeo Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2015; p.13)

Actualmente existen alrededor de 183 Centros de Salud dependientes de la Provincia en todo el territorio santafecino, que se encargan de garantizar la salud de la población. Suelen tener horarios de atención durante la mañana y la tarde, organizarse con turnos diarios y semanales, y una de sus principales características es no contar con servicios de guardia, aunque muchos manifiestan que, de ser necesario, los pacientes son atendidos por las enfermeras y luego derivados al segundo nivel de atención más cercano, según la gravedad de la situación. Cada Centro de Salud tiene un hospital de referencia.

Situar a los Centros de Salud dentro de este “entramado” permite comprender que éstos no son absolutamente “autónomos” sino que más bien son parte de un engranaje, de toda una “red de servicios” provinciales de Salud en la cual se coordinan acciones, decisiones e intervenciones que influyen en las prácticas cotidianas de los Centros.

La Práctica Cotidiana en los Centros de Salud

En la vida cotidiana de los Centro de Salud⁵ se interviene sobre problemáticas diversas y complejas. En la búsqueda de las mismas, nos encontramos con una gran variedad, ya que éstas pueden ir desde la ausencia de un medicamento hasta casos de violencia de género; desde un caso de Aborto No Punible hasta la tramitación de una Pensión por discapacidad, o

⁵ Cuando hablo de los Centros de Salud me refiero al menos a los Centros de Salud N° 3 “7 de Septiembre” y Centro de Salud “Alfonsina Storni”, lugar donde realicé mis prácticas.

desde problemáticas de Salud Mental hasta acompañamientos a jóvenes, por ej. Esta diversidad de demandas responde a lo planteado por Campana:

“La Atención Primaria de la Salud operó como vía principal de territorialización, soportándose en las nociones de descentralización y participación social, identificando y delimitando sectores poblacionales que requerían atención específica, todo lo cual produjo una tendencia al tratamiento localizado de los problemas (...) Al mismo tiempo, se desarrolla una tendencia a la medicalización de la asistencia, que puede observarse a través de las prácticas ancladas en las nociones de prevención, promoción e integralidad de la salud.”(Campana; 2010:259).

Así la APS está estrechamente vinculada con una estrategia asistencial, el Centro de Salud es visto como una institución territorial de referencia para todo problema que se presente en el barrio, y muchas veces se termina “medicalizando” problemas para acceder a la asistencia.

Siguiendo a Ferrandini, entiendo que “un problema es la distancia entre lo que alguien está viviendo y lo que desea. Un problema requiere siempre de un sujeto. Alguien: una persona o un grupo, que quieren cambiar algo que están viviendo” (Ferrandini; 2011: 2). Visto así, la existencia de un problema o no, depende de cómo lo interpreta el sujeto. En materia de salud es el trabajador el que debe entender cómo construye su problema el sujeto en cuestión (paciente). “Al analizar un problema, una circunstancia que queremos cambiar (...) necesitamos comprender cómo se produce en la realidad (del sujeto) y que consecuencias determina” (Ferrandini; 2011:2).

Es necesario pensar las problemáticas de Campo de la Salud como complejas. Esto significa, cuestionar el razonamiento simple propio del Modelo Médico Hegemónico, en donde se considera sólo a la enfermedad, por lo que la principal solución es eliminarla, sin tener en cuenta los distintos condicionantes que atraviesan a los sujetos.

Siguiendo a Morín, entiendo que la complejidad

“se aplica a un asunto en que hay que considerar muchos aspectos, por ser difícil de comprender o resolver (...) es un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados, que representa la paradójica relación de lo uno y lo múltiple. La complejidad es efectivamente el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos perturbadores de la perplejidad, es decir de lo enredado, lo inextricable, el desorden, la ambigüedad y la incertidumbre” (Morín; 2003: 52-54).

Como agrega Najmanovich y Lennie (2004), incorporar el paradigma de la complejidad en la Salud implica introducir a la diversidad “nos lleva a considerar que el “arte

dialógico” es fundamental para el desarrollo de nuevas perspectivas y prácticas de salud que van mucho más allá del saber-hacer médico” (Najmanovich y Lennie; 2004:1).

La complejidad de las problemáticas a comprender y resolver hace que las “respuestas” no puedan ser dadas desde la lógica disciplinar, abordándolas desde una lectura “específica” fragmentada, recortando el “todo” en partes. Es por esto que deben pensarse las intervenciones desde lo interdisciplinar como estrategia. De allí la necesidad del trabajo en equipos interdisciplinarios, en interacción permanente con la población. Este tema ya ha sido sostenido por varios autores, por ejemplo Stolkiner sostiene que

“La interdisciplina (...) es una necesidad que se impone frente a la complejidad de los problemas que se presentan. En salud, implica una conceptualización del proceso salud-enfermedad-cuidado que se descentra del tradicional abordaje individual-biológico de la enfermedad, para introducir la dimensión colectiva y subjetiva del fenómeno” (Stolkiner; 2012:1);

La utilización de la interdisciplina implica romper con las “parcialidades” que impone el positivismo y buscar “soluciones” alternativas a las demandas complejas que se presentan, ya que justamente como plantea Stolkiner (2012) los problema de por sí son Interdisciplinarios, por lo cual “encorsetarlos” en una sola disciplina sería obstaculizar la intervención.

También es necesario aclarar que interdisciplina no es un concepto unívoco, sino más bien controvertido, por lo cual existen diferentes posiciones y modos de entenderla; relacionándolo con el Campo Salud, creo que las definiciones divergentes responden a que éstas son miradas en tensión que se disputan el contenido del concepto Interdisciplina. En este sentido, Vasconcelos afirma que la Interdisciplina es una

“Axiomática común a un grupo de disciplinas conexas (...) introduciendo la noción de finalidad (...) Exige la identificación de una problemática común, de las concepciones políticas y teóricas básicas, se colocan en común los principios y conceptos fundamentales, esfuerzo por una decodificación recíproca de la significación, de la divergencias y convergencias de esos conceptos, se genera un aprendizaje mutuo no por adición” (Vasconcelos; 1999: 4)

Follari lo describe como “la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significados de las palabras y construir un marco” (Follari; 1992)

Las anteriores son algunas de las muchas definiciones existentes, la cuestión de que no exista una única definición acerca de lo que es la interdisciplina responde, a mi entender, a

que ésta debe ser vista como una tendencia y no como una teoría única e inalterable. Sin embargo, salvando las diferencias, todas las definiciones coinciden en que ésta no sólo es la suma acumulativa de distintas profesiones sino que implica la construcción de un objeto y campo en común y la acción cooperativa de los sujetos involucrados.

La interdisciplina implica reconocer la “incomplitud de todo saber disciplinario” (Stolkiner; 2012:3) y de allí la necesidad de conformar un grupo; este surge siempre de manera provocada y es necesario que se convierta en una práctica sostenida en el ámbito de trabajo. Además, como sostuve anteriormente, si se reconoce que las disciplinas adoptan distintos posicionamientos ideológicos que las fragmentan, para la conformación del grupo interdisciplinario, se hace necesario un trabajo de reflexión sobre los postulados comunes y transversales de los campos para elaborar un “marco referencial y ético común.” (Stolkiner; 2012:4)

A lo largo de mis prácticas se hizo notorio que algunos trabajadores, en su discurso, parecían coincidir en la importancia de la necesidad del trabajo interdisciplinario. Sin embargo, al indagar sobre cómo lo entienden pude inferir que en muchas ocasiones se confunde a la Interdisciplina con la Multidisciplina o la Pluridisciplina.

Siguiendo a Vasconcelos, concibo a la Multidisciplina como “la gama de disciplinas que proponemos simultáneamente sin señalar las relaciones existentes entre ellas (...) coordinación apenas administrativa” (Vasconcelos; 1999:4). Dicho concepto puede ser ejemplificado con los casos en que se dificulta la intervención y el profesional opta por la derivación de pacientes a sus colegas, desligándose del problema, anulando la posibilidad de generar un trabajo conjunto y cooperativo.

Por Pluridisciplina, entiendo a la yuxtaposición de “(...) diversas disciplinas situadas generalmente en el mismo lugar jerárquico y se agrupan de modo de hacer aparecer las relaciones entre ellas” (Vasconcelos; 1999:4), se materializa a través de las denominadas interconsultas o de las reuniones clínicas para trabajar algún caso en concreto.

Es en estas intersecciones entre lo disciplinar e interdisciplinar es donde se inserta y transcurre el quehacer del Trabajador Social.

Trabajo Social y Salud: ¿Trabajo Industrial o Artesanal?

Buscando un sentido a las prácticas llevadas a cabo desde la perspectiva del Trabajador Social dentro del Campo Salud, resulta interesante retomar lo planteado por

Spinelli respecto a las características del trabajo en salud y abrir el debate sobre si esta profesión puede pensarse como un Trabajo Industrial o Artesanal.⁶

Este planteo nos lleva a buscar los sentidos y diferencias entre dichos tipos de trabajo. La primera gran diferencia deviene del objeto, que justamente en la Salud es un *sujeto*; el que puede ejercer resistencia, interpretar, cuestionar las decisiones del profesional.

“La materia sobre la cual se trabaja en la industria es inanimada, por lo que se somete dócilmente a las indicaciones de obrero. En el caso de la atención / cuidado de la salud, la materia es animada e interactúa y define procesos y conductas. El paciente participa tan activamente que muchas veces es caso corresponsable de trabajo y condiciona los resultados.” (Spinelli, 2015:2)

En Salud se trabaja con personas, esto le imprime una segunda característica: el Trabajo Relacional. En las intervenciones en Salud se establecen relaciones interpersonales, a partir del lenguaje verbal y no verbal, generando un vínculo entre el trabajador y el Paciente.

Este tipo de intervención implica un trabajo minucioso, tanto en la escucha del paciente (el Trabajador Social debe estar atento a la demanda) como en el lenguaje utilizado en la respuesta a esa demanda, ya que este producirá (o no) distintas reacciones en el sujeto.

El proceso relacional que se genera en la intervención puede llegar a producir una problemática muy común en los Trabajadores Sociales, a la cual Spinelli denomina “Tarea infinita”. La que se explica en la dificultad que tienen los profesionales de realizar su labor sólo en el ámbito de trabajo, es decir, se continua buscando “solución” a aquellos problemas complejos por fuera del espacio laboral, llevándose “trabajo al hogar”, y no pudiendo poner fin a la tarea. En palabras de Spinelli, el trabajador debe darse cuenta que:

“(…) su tarea es casi infinita y que su cabeza, con relación al problema, no funciona con una lógica on-off sino que, por el contrario, en cualquier momento y sin proponérselo vuelven a su conciencia recuerdos que lo distraen, y recibe el reproche de su grupo familiar sobre su incapacidad de dejar el trabajo fuera de la casa” (Spinelli, 2015:8)

En este sentido resulta interesante relacionarlo con el planteo de Cazzaniga (2009) sobre “lo irresoluble” de lo social, considerando que quizás muchas veces podremos “solucionar” los problemas que se nos presentan, pero siempre aparecerán nuevas problemáticas, que harán repensar la intervención. Es necesario que como trabajadores

⁶ Es necesario aclarar que el autor realizará este análisis con los Trabajadores de la Salud en general, por cuestiones analíticas yo lo acotaré solo al Profesional del Trabajo Social.

tengamos en cuenta la “imposibilidad” de solucionar todos los problemas que se presentan, de manera definitiva y aisladamente.

“(…) imposibilidad en un sentido positivo en tanto nos enfrenta de lleno a la complejidad, a los múltiples sentidos construidos que entran la realidad y a ubicarnos como sujetos con la suficiente potencia como para realizar modificaciones, en los contextos que constriñen, pero a la vez habilitan. (...) con la capacidad como para reconocer que esas modificaciones se construyen con otros en situaciones concretas que escapan a los “finales” unilateral y previamente definidos como un “deber ser.” (Cazzaniga; 2009:2)

Ignorar esta “imposibilidad” de resolver todos los problemas sociales puede llevar al Trabajador Social a la “frustración” de pensar que no “solucionó” cuestiones que, justamente por sus características, no pueden ser resueltas.

Además las intervenciones que se realizan son tan diversas que hacen imposible estandarizar y volver a utilizar una misma “respuesta” ante una problemática similar. “Las experiencias del campo de la salud son muy difíciles de extrapolar y, si lo son, tendrán las singularidades propias del lugar, de manera que nunca serán iguales al 100%.”(Spinelli; 7:2015). Esta es otra particularidad que sitúa a la intervención del Trabajo Social como Trabajo Artesanal, en el sentido de no usar estrategias rígidas, sino construirlas de manera creativa según cada caso.

Por lo variadas y diversas que son las demandas en este contexto, se necesita de una inteligencia muy particular; Dejourns la denominará “Inteligencia Inventiva”. Esta “permite, improvisar, inventar soluciones, encontrar caminos insólitos, en situaciones nuevas, desconocidas, inéditas. Es una inteligencia astuta, pero además esencialmente inventiva” (Dejourns, 2013:25). Creo que esta inteligencia está relacionada con una habilidad necesaria del profesional a la hora de atender las diferentes demandas del campo salud.

La mirada propuesta del Trabajo social como un Trabajo Artesanal expuesta precedentemente, no puede ser reducida o simplificada a “poner el cuerpo” sin los soportes, recursos y capacitaciones necesarias para que las intervenciones sostengan a la salud como un Derecho Humano.

Figuras e Imaginarios del Trabajador Social

Cuando se analiza concretamente al Trabajo Social dentro del Centro de Salud es interesante retomar el planteo de Karsz (2006), quien plantea que toda intervención social está atravesada por tres figuras: el tomar en cuenta, la salvación y el hacerse cargo.

El “tomar en cuenta” implica intervenir sabiendo que las decisiones sobre su vida las toma el sujeto/paciente sólo. El rol del profesional, como dice el autor, es:

“acompañar resignándose al hecho de que la gente de la que uno se ocupa nace su nacimiento, vive su vida y muere su muerte: sola. Se puede acompañar, que ya es mucho, hacer algunos pasos con el sujeto, a su lado pero no en su lugar.” (Karsz, 2006:21)

Esto supone un respeto a la subjetividad y libertad del paciente, ya que se lo reconoce como sujeto de derecho dejando que éste decida sobre todas las intervenciones que competen a su vida. De todas maneras me parece importante reconocer que al intervenir en situaciones complejas y de urgencia a veces el trabajador social tiende a utilizar las otras dos figuras que detallaré a continuación.

La segunda figura es la “salvación” o redención, esta es típica de la caridad (también vinculada con la laicidad) en la cual lo que importa es “transformar” a la gente en lo que “debe ser”, según la visión del Trabajador Social, anulando la decisión del sujeto. “La caridad se dirige a individuos y grupos considerados como criaturas un poco perdidas, sin referencias, con defectos: el benefactor les explicará lo que es bueno para ellos. Las criaturas están sometidas a la necesidad.” (Karsz, 2006:19)

La tercera figura es el “hacerse cargo”. Aquí no se toma a los pacientes como a criaturas, sino como personas, pero se continúa suponiendo que se sabe qué es bueno para esta persona, por lo que el Trabajador Social debe hacerse cargo de transformarla.

“ Hacerse cargo implica trabajar con la demanda del otro, pero que éste puede o no formular, ni siquiera conocer, en aras de su estado físico o psíquico, de su condición social, de su sufrimiento, etc. Es aquí donde el trabajador social interpreta, no sin riesgos de inventar lo que el otro tal vez pide y sin escuchar lo que este otro pide efectivamente.” (Karsz, 2006:21)

Las dos últimas figuras aparecen asociadas a otra categoría que nos habilita a discutir respecto del lugar del Trabajo Social en los equipos de salud, y es la de “Subjetividad Heroica”⁷ (De La Aldea, 2004).

La Subjetividad Heroica es el modo en que se sitúan ciertos profesionales ante un determinado problema: “(...) es una forma que adopta esa máquina de pensar y hacer que es la subjetividad, es una forma de pensar y de pensarse cuando la comunidad no es lo que debería ser” (De La Aldea; 2004:3). Es una manera de posicionarse del trabajador ante una situación que él considera que no está como debería estar (desde sus concepciones, ideologías, conocimientos, etc.).

⁷ La autora describe a esta subjetividad como propia de todos los Trabajadores de la Salud. Con fines analíticos, yo la utilizaré sólo con el Profesional del Trabajo Social.

El profesional, portador de esta subjetividad, tiende a asumirse como el héroe frente a los problemas que se le presentan en la práctica. Esta idea de sacrificio hace que se posicione como una figura omnipotente, por encima del resto de los trabajadores y usuarios.

Además, para este trabajador, todos los problemas deben ser resueltos (hay que eliminarlos como sea), esto lleva a la imposibilidad del profesional de decir: “no puedo”, es la dificultad de aceptar los límites de la intervención y asumir hasta dónde se puede llegar con la misma.

Una similitud entre el profesional portador de subjetividad heroica y las figuras de la “salvación” y el hacerse cargo” es la manera de ver al paciente: como víctima/criatura que necesita de la ayuda del Profesional Heroico.

“La subjetividad Heroica hace cosas por los otros, y de esa forma se suprime al otro como sujeto (...) el salvador ante la catástrofe le da al otro todo lo que supone que necesita, pero no le deja espacio, le quita su potencia” (De La Aldea;2004:5)

Otra característica, del Trabajador Social con “Subjetividad Heroica”, es tomar a la urgencia como la justificación de su intervención. Para este tipo de trabajadores los problemas son urgentes y hay que resolverlos ya, no hay tiempo para pensar y problematizarlos: “la urgencia lleva al acto compulsivo porque “no hay tiempo”. No hay tiempo para las necesidades singulares. Así, la subjetividad heroica se sitúa en un lugar de saber; y otorga una excusa para no pensar-ni dejar pensar: la urgencia” (De La Aldea; 2004:4) Esta posición del trabajador social imposibilita el pensar las intervenciones de manera conjunta (ya sea con el paciente o el resto de los trabajadores) e impide convertir a los problemas en situaciones problemáticas, es decir, no da lugar a la problematización de estos.

Adoptar este tipo de “subjetividad” en los procesos de trabajo puede producir niveles elevados de tensión, ya que la frustración aparece constantemente en relación a la imposibilidad de resolver cuestiones que, por sus características son irresolubles. En palabras de Cazzaniga:

“La omnipotencia que rápidamente puede convertirse en impotencia. La omnipotencia es hija del voluntarismo e incluso tributaria de las vertientes teológicas de moral sacrificial (...) Si esta omnipotencia se funda en la concepción de la “resolución de los problemas sociales”, el no logro de esos “objetivos” lleva a la frustración profesional y al sentimiento de impotencia” (Cazzaniga; 2009:4-5)

Hemos recorrido este capítulo analizando las diferentes concepciones de salud, viendo que este es un concepto multívoco y que los diferentes modos de comprenderla determinarán modalidades de intervención enfrentadas. Estas mismas cuestiones o posiciones se sostendrán en las conceptualizaciones de APS, Interdisciplina y en las posiciones sobre el Trabajo social.

Las cuestiones abordadas en las divergencias teóricas no son más que partes de lo que está en disputa en el Campo Salud, y se expresan claramente en los discursos y prácticas observadas de Trabajadores de este campo, cuestión que problematizaré en el próximo capítulo.

Tercer Capítulo: Lo Situado

**“No acepten lo habitual como cosa natural,
pues en tiempos de desorden sangriento,
de confusión organizada, de arbitrariedad consciente,
de humanidad deshumanizada,
nada debe parecer imposible de cambiar.”**

Bertolt Brecht

Lo situado: La salud en los Centros de Salud Alfonsina Storni y 7 de septiembre

En este capítulo, en un primer momento, reconstruyo la historia de los dos centros de salud seleccionados para el trabajo de campo. Es necesario reconstruir la historia y las características de cada efector, porque éstas permiten situar a la investigación en un tiempo y espacio particular y, a su vez, comprender cómo estas condicionan las intervenciones de los trabajadores.

Luego, retomando los debates teóricos planteados en el apartado anterior, analizo cómo conciben los trabajadores de los Centros de Salud N° 3 “7 de Septiembre” y “Alfonsina Storni” a la Salud y a la Atención Primaria de la Salud.

Posteriormente, rescato las claves analíticas que me permiten específicamente introducirme en el debate respecto del Trabajo Social. En primer lugar indago qué entienden por Interdisciplina los Trabajadores de los Centro de Salud, teniendo en cuenta los debates teóricos planteados en el capítulo. A continuación, recupero el lugar del Trabajo Social en los equipos a partir de las respuestas de los entrevistados, problematizando si se puede pensar al Trabajo Social como un Trabajo Artesanal o no. Por último, teniendo en cuenta las figuras de Karsz, y la idea de “Subjetividad Heroica”, analizo cuales son las “funciones” del Trabajador Social, según los mismos Trabajadores del Centro.

Centro de Salud Provincial “Alfonsina Storni”

El Centro de Salud se ubica en la zona sur de la ciudad de Rosario, más precisamente en la calle Bermúdez 6390. Los límites geográficos están determinados por: Av. Arijón, Av. de Circunvalación, Av. Ayacucho y Av. San Martín.

Esta área puede ser dividida en al menos tres zonas: una desplazada hacia la parte noroeste, habitada por clase media, con fácil accesibilidad a los diferentes servicios de

transporte públicos e instituciones de salud, educativas, etc. Otra de clase media baja, desocupada o subocupada, con menos posibilidades de accesibilidad, ubicadas en la zona central del área. La tercera zona, más crítica que las anteriores, recostada sobre la franja de la Av. de Circunvalación, que si bien ha mejorado en los últimos años debido al Plan Rosario Hábitat, no ha cesado el crecimiento de asentamientos irregulares, que no cuentan con servicios de gas ni cloacas y poseen precarias conexiones de luz y agua. Esta zona es de gran vulnerabilidad social.

Una característica que pude notar al realizar entrevistas en el Centro, es que la población de este efector ha crecido notablemente en estos últimos meses debido a la cantidad de gente que se queda sin Obra Social por la realidad actual (ya sea por despidos o contratación en negro), cuestión que genera la necesidad de más profesionales y recursos para el Centro.

De todas maneras, es importante destacar que, según los mismos trabajadores el Centro de Salud, atiende a toda la población que lo demande, aun si tiene cobertura, ya que reconocen que muchas veces se les dificulta la accesibilidad a los efectores de la Obra Social:

“Hay población muy humilde y población de una clase media que han tenido obra social y no la tienen, o se han quedado sin trabajo, o aquellos que la tienen pero se les complica el acceso a la obra social... Porque les queda muy lejos o porque tienen que pagar plus o tienen que comprar las órdenes... Entonces es una población que se ha captado también” (ADMINISTRATIVA ALFONSINA STORNI)

Historia del Centro de Salud

El Centro de Salud comenzó a funcionar en el mes de febrero de 2010 como resultado de la unión de los Centros de Salud N° 4 “Barrio Policial” -que se encontraba en las calles Bermúdez y Rui Barbosa- y el N° 24 “Sindicato de la Carne”, -sito en Laprida y Caupolicán- trasladándose el primero a cinco cuadras y el segundo a cuatro cuadras. Según lo recopilado en las entrevistas que realicé a algunos profesionales del centro de salud, el motivo de esta unión responde, por un lado, a cuestiones edilicias, ya que la infraestructura no era propia de la provincia y se encontraba en muy malas condiciones. Otro motivo fue la cercanía, debido a que existían tres centros de Salud para una misma población y estaba proyectado la construcción de un cuarto, por lo que se decidió fusionar dos de los ya existentes, para que pasara a funcionar en un nuevo lugar con mayores y mejores capacidades.

La mudanza y unificación es reconocida por los propios trabajadores como una mejoría, ya que, no solo modificó la organización, sino que también permitió darle una dinámica más concordante con los lineamientos que la APS proponía:

“Para nosotros mejor, estamos mucho más cómodos, la gente acá tiene más cosas... por ejemplo, antes no teníamos ginecología, ahora hay, hay kinesio, todo el tema del pedido de turnos... digamos indudablemente que fue mejorando” (PEDIATRA ALFONSINA STORNI)

“y cuando llegamos acá, bueno ahí también modificó todo, porque empezó a ser un solo equipo, si bien ya los conocía a los dos, pero bueno empezó a ser un solo equipo, con un nuevo jefe, con un jefe que tenía una visión más de lo que es la Atención Primaria de la Salud, mas perfilado a ese lado, entonces como que fue mucho más llevadero el trabajo acá... más fácil de hacer” (TRABAJADORA SOCIAL ALFONSINA STORNI)

El traslado produjo que algunos vecinos dejaran de referenciarse con el nuevo Centro, no sólo por una cuestión de distancia sino por ser considerada la Av. Batlle y Ordoñez, por parte de algunos usuarios, una barrera de difícil franqueamiento, sobre todo personas de edad avanzada o bien madres con varios niños pequeños.

A su vez, vecinos referenciados a otros Centros de Salud, como el “Sur”, el “Maiztegui”, el Hospital “Roque Sáenz Peña” o bien vecinos de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, dada la cercanía a su domicilio comenzaron a referenciarse al Centro. Tal como afirma la Administrativa del Centro de Salud:

“Nosotros estábamos en un centro de salud (el 24), la población era numerosa (...) Pero al fusionar acá con el otro centro de salud ...si bien muchos dejaron de venir porque estaban un poco más lejos ... Vinieron otros del sector y la población aumentó enormemente... en lo que es a número” (ADMINISTRATIVA ALFONSINA STORNI)

El nombre que recibió el Centro de Salud fue votado por los integrantes del equipo, entre varios propuestos por los pacientes de ambos Centros de Salud a quienes se les solicitó una sugerencia mediante el sistema de urnas.

Característica del Centro de Salud.

La oferta asistencial que brinda el Centro es de once horas diarias, de lunes a viernes, de 7 a 18 hs. El equipo de salud está conformado de la siguiente manera: Una (1) administrativa, tres (3) agentes sanitarios, una (1) jefa de Centro, dos enfermeras (2) un (1) enfermero, dos (2) médicos generalistas, una (1) ginecóloga, una (1) kinesióloga, una (1) trabajadora de limpieza, un (1) trabajador de limpieza , una (1) odontóloga, cuatro (4)

pediatras. , dos (2) psicólogas, una (1) trabajadora social, tres (3) residentes de medicina general, y un (1) psiquiatra matricial.

Es importante problematizar, desde la perspectiva de género⁸, el grado de “feminización” que presenta este Centro, ya que de veintiséis (26) trabajadores solo dos (2) son hombres. Tal como plantea Pautassi (2007), esto se debe a que las tareas ligadas al cuidado (tal como lo son las mayorías del Campo Salud) son asignadas a mujeres.

Los hospitales de referencia para interconsulta, derivación e internación son el Hospital Provincial y el Hospital Roque Sáenz Peña. Además, se relacionan con el Centro de Salud Sur y el Centro de Salud "Dr. Julio Maiztegui".

Algunas de las organizaciones que conforman el barrio y con las cuales se articula el Centro de Salud son la Casa del Adolescente, el Centro de Convivencia Barrial “Ayacucho”, el Centro de Convivencia Barrial Juvenil “Molino Blanco”, el Hogar CIAMPI, la Vecinal Saladillo Sur, la escuela Domingo Matheu N° 1090 (Nivel Primario), la escuela Brigadier López N° 1279 (Nivel Primario), la escuela Congreso de Tucumán N° 128 (Nivel Primario), el escuela Crisol (Nivel Secundario), la escuela Especial 2004, el Jardín Villafañe y el Jardín Tambor de Tacuarí.

Actualmente, el Centro de Salud cuenta con una Jefa de profesión Psicóloga que además de encargarse de coordinar el Centro de Salud, mantiene horarios de atención profesional.

Los días jueves realizan la reunión de equipo, instancia de la que participan todos los trabajadores del Centro de Salud para coordinar la organización del Centro. Además, los días lunes se realiza la Reunión de Casos Complejos, instancia de la que participan los psicólogos, médicos y la trabajadora social con el objetivo de planificar y coordinar estrategias para el abordaje de casos específicos que así lo requieran.

⁸ Siguiendo a Lamas, entiendo que “El género hace referencia a una construcción social y cultural, que organiza nociones sobre aquello que sería “propio” de lo masculino y de lo femenino a partir de la diferencia sexual, no es natural y no afecta exclusivamente las decisiones individuales” (Lamas, 1996). Y teniendo en cuenta en cómo este concepto influye también en la división sexual del trabajo.

Centro de Salud Provincial N°3 “7 de septiembre”

El Centro de Salud N° 3 “7 de Septiembre, se ubica en la Zona Noroeste de la Ciudad de Rosario, más precisamente en la calle González del Solar 8091 Bis, esquina Martínez de Estrada. Los Límites geográficos del Centro de salud son: Av. J. Newbery, Schweitzer, Donado, y González del Solar.

Debido a que el barrio era predominantemente de profesión metalúrgica, la población era en su mayoría de clase media. Sin embargo, como consecuencia de políticas neoliberales tales como la descentralización, privatización y flexibilización laboral, su status comenzó a deteriorarse caracterizándose actualmente por ser de clase media baja. De todas maneras, se sigue manteniendo cierta impronta relacionada con dicha profesión y clase social.

También se puede observar que en las zonas linderas del barrio la población se caracteriza por ser “población golondrina” (personas que migran de un lugar a otro según las demandas laborales que estos lugares ofrecen por temporadas), proveniente mayormente del Norte Argentino y con menores recursos económicos. Asimismo, podemos observar que a causa de diferentes situaciones, migran familias de otros barrios de la ciudad a éste.

Otra característica que noté a lo largo de mis prácticas, es la pérdida de atención de la población joven, es muy raro encontrarlos por su propia cuenta en el Centro de Salud, ya que sólo se acercan si son derivados y “obligados” por otras instituciones del Barrio.

De todas maneras, hay intervención con las jóvenes madres del barrio que se referencian con el efector, no solo para su atención, sino también para la de su bebé. En una entrevista que le realicé a la Pediatra del Centro de Salud caracterizó a las jóvenes madres como muy responsables:

“Porque son de una generación donde le han ayudado a sus madres a criar a sus hermanos, entonces están altamente capacitadas, son muy responsables, están cumpliendo con la lactancia, es muy raro una mamá que no cumpla con la lactancia, muy regular en los controles, vos le decís 15 días y a los 15 días está acá... Y está bueno” (PEDIATRA 7 DE SEP)

Si bien la cuestión de género no es un aspecto sobre el cual focalizó la mirada en este trabajo, la feminización presente en el campo específico hace que sea recurrente la necesidad de apelar a una mirada transversal. En tal sentido la cuestión de que solo se acerquen mayoritariamente jóvenes madres, y no padres, demuestra que las cuestiones de la Salud y del cuidado en sí, siguen siendo tareas atribuidas al género femenino.

Historia del Centro de Salud

El Centro de Salud N° 3 “7 de Septiembre” se encontraba en sus inicios en Ayala Gauna 7951; fue creado en 1984 por la Unión Obrera Metalúrgica (UOM) y surgió por la necesidad de brindar una mínima atención médica al barrio, debido a la lejanía de otros efectores de salud. Funcionaba dentro de una vecinal y se financiaba gracias a la solidaridad de los vecinos del barrio, quienes pagaban un bono mensual destinado al pago de sueldos. Contaban además, con un médico de guardia (el cual actualmente continúa trabajando en el Centro de Salud), y una ambulancia. Si bien en la época ya existía la idea de Atención Primaria de Salud (APS) esta se difunde en el marco de un programa gubernamental años después.

En el año 2006, comienza la construcción de un nuevo edificio ubicado en Martínez de Estrada 8050 para afianzar la estrategia de APS. Una vez finalizada la misma en el año 2009, el Centro de Salud se traslada a esta nueva edificación.

Característica del Centro de Salud.

Dentro del Centro de Salud trabajan profesionales y no profesionales, entre ellos: tres (3) médicos generalistas (dos hombres y una mujer), dos (2) pediatras, tres (3) administrativas, un (1) cardiólogo, dos (2) odontólogas, dos (2) psicólogas, dos (2) trabajadoras de limpieza, dos (2) agentes sanitarios (varones), una (1) ginecóloga, cuatro (4) enfermeras, una (1) psiquiatra matricial y una (1) trabajadora social.

Si bien en éste Centro de Salud la diferencia se achica un poco entre varones y mujeres que integran el centro, el nivel de “feminización” del Campo aún sigue siendo un aspecto muy marcado, ya que encontramos que de los veintiocho (28) trabajadores, veinticuatro (24) son mujeres y solo cuatro (4) son varones.

El “7 de Septiembre” tiene como Hospital de referencia al “Hospital Provincial del Centenario”. Además, articula con otros Centros de Salud municipales como por ejemplo el “Centro de Salud Ceferino Namuncurá” y el “Centro de Salud Emaús”.

Algunas de las organizaciones que conforman el barrio y con las cuales articula el Centro de Salud son: la Vecinal “7 de Septiembre”, el Centro de Jubilados “7 de Septiembre”, la Casa de la Cultura, el Comedor “Los Pekes”, la Subcomisaria 21, la Parroquia Nuestra Señora del Trabajo, el Club de los Químicos, Iglesias de otros credos, la Escuela

Primaria N° 1275 “Fray Luis Beltrán”, la Escuela Primaria N° 1346 “Netri”, la Escuela Secundaria Técnica N° 365 “Pte. Tte. Gral. Juan Domingo Perón”, el Jardín de Infantes N° 79 “Pedacito de Patria”, Jardín de Infantes N° 1272 “Aleluya”, el Centro de Convivencia Barrial (ex Crecer) “Emaús”, “La Casita” dependiente del Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos y el Polideportivo “7 de Septiembre”.

Actualmente, la institución no cuenta con la figura de un jefe desde abril de 2013. Tampoco funciona ningún tipo de reunión coordinadora o “reunión de equipo” entre los profesionales.

Si bien no existen reuniones de equipo, hace unos meses surgió un dispositivo de Salud Mental enfocado en organizar las intervenciones de este ámbito: el Comité Interdisciplinario de Salud Mental. Está conformado por: una psiquiatra, una psicóloga, una médica generalista y la trabajadora social y funciona los días miércoles. La idea del Comité surge motorizada por trabajadora social, como respuesta a la necesidad de trabajar de manera conjunta los casos complejos que se les presentan a los diferentes profesionales de forma fragmentada. Esta iniciativa funciona de dos maneras: por un lado, atendiendo de forma conjunta a los pacientes que ya tienen una trayectoria institucional con alguno de estos profesionales; y por el otro, realizando una admisión para los casos que son derivados, ya sea de otras instituciones o de los mismos trabajadores del Centro de Salud.

Visiones de los Trabajadores sobre la Salud.

Tal como analizaba en el capítulo anterior, en el Centro de Salud se da la coexistencia de las diversas visiones de la Salud. Esta cuestión se puede ver claramente en los relatos de los trabajadores, en donde aparecen las tres visiones sobre salud analizadas previamente: la Salud como la falta de enfermedad; la Salud como el estado de bienestar físico, mental y social; y la Salud como un proceso incesante de lucha.

Pero a pesar de la convivencia de estas tres concepciones en estas instituciones, en las entrevistas realizadas noté que en la mayoría de las respuestas aparece la idea de la Salud como el estado de bienestar físico, mental y social (y no sólo como la ausencia de enfermedad), es decir, la definición de Salud propuesta por la OMS. Ante la pregunta ¿Qué es la Salud para vos? Once (11) de los dieciocho (18) entrevistados contestaron lo siguiente:

“Y la salud entendida como todo, como todo en la vida, todo lo que dije antes, no solamente la ausencia de enfermedad, como se dicen si no la salud también en las relaciones familiares, en dónde trabaja, en dónde vive, en cómo vive, en qué

relaciones tienen entre ellos, cómo se alimentan, la educación, si los chicos van o no a la escuela. En fin, en la salud como todo, en la familia o en el grupo social en el que esté”. (ADMINISTRATIVA 7 DE SEPTIEMBRE)

“La salud no es sólo lo físico, es también lo psíquico, ahora agrego también lo social, no sólo el proceso de su enfermedad, sino todo lo que rodea al paciente, en relación a su trabajo, a su vida en general; al ser médica generalista, también entiendo a la salud no sólo como la enfermedad sino la familia, el trabajo, etc.”(MEDICA GENERALISTA 7 DE SEPTIEMBRE)

“La Salud es algo... un concepto muy general, la salud es todo, creo que es como un equilibrio entre varios aspectos que tiene una persona, no solo lo biológico, sino lo social, lo económico, lo cultural, digamos todo a lo que pueda acceder para satisfacer sus necesidades, por eso un equilibrio dentro de todos estos puntos.”(TRABAJADORA SOCIAL DE ALFONSINA STORNI)

“La salud es el bienestar físico, psíquico y mental de la gente” (GINECOLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

“La salud abarca un todo, abarca el bienestar físico, el bienestar social, y el bienestar mental” (PEDIATRA ALFONSINA STORNI).

“Los viejos decían la salud es la falta de enfermedad, cosa que tampoco vale, ¿no cierto? Tienen que darse una serie de ítems para que realmente podamos decir que una persona está sana. En definitiva, nadie es sano, porque siempre algo te va a faltar. A lo mejor salud física tenés pero te falta vivienda, te falta educación, te falta esparcimiento y es que para ser sano realmente tenés que tener todo, mentalmente equilibrado, aunque de loco tenemos todos un poco ¿eh?”(ODONTOLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

“Bienestar físico...psíquico, y social” (ODONTOLOGA ALFONSINA STORNI)

“Abarca no solo el bienestar físico de ninguna patología sino que abarca a toda la persona... cómo está en lo social de la persona, su entorno familiar, los problemas que esté pasando,... O sea, uno abarca la salud de la persona en conjunto... no solo lo orgánico.”(MEDICA CLINICA ALFONSINA STORNI)

“Qué es lo principal para cada una de las personas, lo mas importante que puede tener, mas allá su bienestar económico es eso, su salud...tanto física, mental, social, todo lo que comprende lo que es la salud propiamente dicha” (ADMINISTRATIVA ALFONSINA STORNI)

“En realidad es un poco como baja la Organización Mundial (de la salud) que es un equilibrio entre (...) Sería un equilibrio entre la mente, el cuerpo, lo social, el contexto, el ámbito, la historia, la cultura...o sea, sería todo eso como que genera una cierta estabilidad, una cierta armonía que debería generar salud. Entonces, la entiendo como una armonía entre lo que pensamos, lo que decimos, lo que somos, lo que vivimos, lo que comemos...o sea, no existe esa armonía, por eso hay tanto trabajo acá. Pero bueno si es en la contraparte, que sería la salud, la entiendo como una persona que puede estar manejando todo esto, que vive en un contexto estable, dándole importancia a la parte física, dándole bola a la parte emocional, teniendo una emocionalidad también en armonía, bastante complejo, pero bueno, eso entiendo básicamente, no una cuestión puramente orgánica, sino más una cuestión integral entre lo físico, emocional y lo contextual, lo social, con quién vive, la historia, la crianza, me parece que todo influye en el desarrollo.” (PSICOLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

“Bueno, la definición de Salud que siempre nos bajan tiene que ver con la cuestión de plenitud del individuo, no solo de estar sano sino en una cuestión psicosocial, bien desde la parte de su vivienda a cuestiones de Salud” (PEDIATRA 7 DE SEPTIEMBRE)

Estas definiciones presentan ciertas características en común, lo que da cuenta de un imaginario compartido en relación a la salud, por la mayoría de los trabajadores de los Centros de Salud. Algunos de estos puntos en común son:

En primer lugar, varios entrevistados dicen que ven a la salud como un “todo”, esta respuesta en realidad busca diferenciarse de la concepción que solo ve a la salud como lo contrario a la enfermedad. Considero que esa “amplitud” o la manera tautológica de responder a lo que es la salud deviene de una respuesta “correcta” a la pregunta formulada. Decir que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad es mantener la propuesta formulada por la Organización Mundial de la Salud. Esto da cuenta de que la discusión en relación al modelo médico hegemónico, desde el cual la salud es pensada desde lo biológico, es un debate que ha podido trascender esas fronteras. De hecho no es menor que todos estos entrevistados (que tienen distintas funciones) coincidan en que pensar la salud implica ir más allá del cuerpo físico o la enfermedad.

En este sentido, se evidencia la trascendencia política que el debate planteado por la OMS tuvo y tiene, ya que varios de los trabajadores hacen referencia explícita a que ésta es una concepción que responde a lo “bajado” por la OMS: “En realidad es un poco como baja la Organización Mundial (de la salud) que es un equilibrio” (PSICOLOGA, 7 DE SEPTIEMBRE); “la definición de Salud que siempre nos bajan” (PEDIATRA 7 DE SEPTIEMBRE). Utilizar la palabra “bajan” implica aceptar un lineamiento conceptual, es decir que desde lo normativo aparece una aceptación- que incluso por el término que se utiliza: “bajan”- de ésta perspectiva que amplía el horizonte de la salud, pensándola de un modo integral.

De todas maneras, si bien en la respuesta de estos trabajadores parece ampliarse la idea de Salud a otros aspectos que trascienden lo meramente biológico, se sigue reduciendo a la salud a una sumatoria de cuestiones a tratar por separado: “lo social”, “lo mental”, “lo familiar” como si esto fuera posible.

Sumando a lo anterior, hay que tener en cuenta que en el discurso de los entrevistados nunca aparece el conflicto como parte del proceso “Salud- enfermedad”. Siguiendo a Pichon Riviere (1995) la salud implica necesariamente el enfrentamiento y manejo de los conflictos

de la vida misma. Por lo cual, una persona es saludable justamente cuando puede reconocerlos, enfrentarlos y resolverlos.

El sumar “las partes” que componen la vida cotidiana de un sujeto, sin pensar el conflicto como una variable central, supone seguir pensando a la Salud bajo una misma lógica evolucionista / biologicista del modelo médico hegemónico: por un lado “se resuelve” lo mental; por el otro, “lo social”, “lo familiar”, etc.

En las respuestas aparece la idea de asociar a la Salud con conceptos como “Plenitud”, “Bienestar”, “Armonía”. Si bien en varios casos se aclara que “no existe un bienestar absoluto”, sí aparece en los relatos la idea de que se puede alcanzar una determinada “armonía” o que en algún momento se puede llegar a la “plenitud”. La creencia de que es posible que todos los aspectos mencionados anteriormente (sociales, psicológicos, familiares, etc.) se “solucionen” totalmente y se “ordenen”, responde nuevamente a la dificultad de pensar el conflicto como parte misma de la vida y de la salud. También puede responder a la idea de que todo tiene que “ordenarse”, esta podría tener que ver con los mismos orígenes de la Salud Pública, en donde esta surge para “disciplinar” y ordenar la vida cotidiana de la población.

Por otro lado, considero que en estas respuestas no se piensan a las intervenciones de la Salud en el marco de “lo social”, es decir, retomando a Cazzaniga, no se tiene en cuenta “la irresolubilidad de lo social”. Bajo la idea de que luego de una intervención se generará “una cierta estabilidad, una cierta armonía”, se desconoce que el ámbito de lo social es un ámbito irresoluble, plenamente conflictivo, en donde en todo caso, podremos modificar ciertas problemáticas y acercarnos a niveles más deseados de vida, pero siempre aparecerán nuevas problemáticas.

En el plano de la práctica, estas definiciones aparen más difusas. En diversas situaciones en las que participé como estudiante de Trabajo Social, observé cómo a la hora de intervenir, operan diferentes lógicas.

Me parece interesante revisar algunas situaciones paradigmáticas a la hora de poner en juego cómo aparecen las definiciones previas:

En muchos casos, los profesionales (fundamentalmente los médicos) se desligan de intervenir argumentando que “no les corresponde”, “no es su competencia”, “no es un problema de salud”, por ejemplo, acompañar a un joven paciente a un taller.

En otros casos, tal como analizaba anteriormente, muchos trabajadores terminan interviniendo en los problemas de Salud de manera separada. A lo largo de mis prácticas, presencié situaciones en las que algunos médicos o psicólogos ante la aparición de “lo social” derivaban el paciente al Trabajador Social o a otros profesionales, no viendo a la Salud en su integralidad, ni trabajando de manera interdisciplinaria.

Otra práctica, en la que se observa cómo se dificulta pensar a la intervención en Salud mas allá de la enfermedad misma, es en el hecho de que muchos trabajadores no realizan tareas ni de promoción, ni prevención de la Salud, trabajando sólo con el Paciente cuando este aparece con algún síntoma o enfermedad manifiesta. Esta situación la pude vislumbrar reiteradas veces a lo largo de mis prácticas.

Por otro lado, en las entrevistas realizadas a los Trabajadores, también aparecen otras visiones respecto de la Salud, no son en la mayoría de los casos, pero es importante mencionarlas.

Dos (2) trabajadores plantearon que no podían responder a la pregunta, porque no sabían que decir “qué es la Salud”, y en cuatro (4) de los entrevistados, la visión biologicista respecto de la salud subyacía en sus respuestas:

“Tenemos que estar saludables, y la función nuestra es esa... tratar de que la población esté sana... que tenga salud buena” (AGENTE SANITARIA ALFONSINA STORNI)

“¿Qué es la salud?...la salud es una enfermedad...no sé cómo expresarme, la verdad que no te sé decir...” (ENFERMERO ALFONSINA STORNI)

“Es algo principal... o sea cuidarse uno, se hacen controles... no sé bien qué es la salud... pero en teoría algo muy importante para uno: la salud” (EMPLEADO DE LIMPIEZA ALFONSINA STORNI)

“La salud es inentendible. No pidas un concepto personal porque es el peor. O sea, el hecho que llegue la gente y no tenga un insumo, el hecho que tengas que pedir un medicamento en nombre de ella, de ella, de ella, porque si no llega, es de terror. Si ese concepto buscás, olvidate” (AGENTE SANITARIO 7 DE SEPTIEMBRE)

Considero que si bien estas respuestas podrían ser percibidas como una visión biologicista porque se asocia a la Salud sólo con los “controles” y “medicamentos” o, directamente sólo con la “enfermedad”; es interesante problematizarlas ya que los trabajadores que dan estas respuestas son los que generalmente se encuentran más cercanos a

la población (incluso en términos de clase) y los menos atravesados por responder el “discurso políticamente correcto y académico” de la OMS.

Estas respuestas me hacen pensar cómo, aún de manera subyacente, sigue presente la visión biologicista de la Salud, en algunos implícitas en sus prácticas (aunque en su respuesta digan otra cosa sobre la Salud), en otros, plasmada en sus discursos como en el caso de estos trabajadores.

No es casualidad que los trabajadores que dieron estas respuestas son los que muchas veces “ponen el cuerpo” y atienden las intervenciones más urgentes de la población, por lo que son quienes tienen menos posibilidades de repensar sus propias prácticas, preconcepciones, etc., incluso por su misma formación.

Tal como sostenía anteriormente, en el plano de la práctica, estas definiciones aparecen más difusas. En diversas situaciones en las que participé, observé cómo estos mismos trabajadores que parecerían sostener visiones biologicistas son los que buscan a los pacientes cuando estos no se acercan, los que se comprometen a realizar prácticas de manera interdisciplinarias con otros trabajadores, entre otras situaciones.

Por último, analizando las entrevistas noté que dos (2) trabajadores ven a la Salud como la plantea Ferrara, es decir, como un proceso incesante de lucha. Estos profesionales ante la pregunta ¿qué es la salud? Respondieron lo siguiente:

“Bueno, lo que pasa es que hay muchas definiciones de salud, uno podría pensar a la salud como el perfecto estado biopsicosocial, que en realidad es mentira, nadie está en un perfecto estado, ¿no? Yo pienso más en el concepto de salud-enfermedad, todo el tiempo estamos mejorando y desmejorando, estando bien, estando mal” (PSIQUIATRA 7 DE SEPTIEMBRE)

“Yo siempre retomo a Floreal Ferrara que es este autor que me parece muy interesante, que plantea la salud principalmente donde yo tengo la capacidad de resistir frente a aquellos acontecimientos que limitan la vida... y muchas veces ya les planteé... el hecho que yo viva pegado a un basural eso a mí me limita mi capacidad de poder tener salud por la contaminación, el hecho de que yo no pueda tener una alimentación adecuada eso me limita mi capacidad de poder tener salud, el hecho de tener muchos conflictos familiares también me limita mi capacidad de salud ... es una sumatoria de factores que hacen y me condicionan la capacidad de tener o no salud ... entonces yo siempre trato de tener esa conceptualización ... muchísimos son los factores que a mí me determinan que yo tenga esta capacidad de ser una persona vital” (TRABAJADORA SOCIAL 7 DE SEPTIEMBRE)

En estas respuestas, aparecen las ideas de “conflicto” y “resistencia” a los hechos que limitan la vida como parte necesaria de la Salud. Es decir, ven a la Salud no como una cuestión estática, sino de manera dinámica, en donde el enfrentamiento y manejo de los conflictos son necesarios para “estar bien” o “saludable”. Además, entienden a la capacidad de resistir, o a la resistencia misma como parte de la Salud. Estos casos parecen entender al conflicto (como describí anteriormente) de la misma manera que lo planteaba Pichon Riviere y Ferrara.

Por otro lado, es importante rescatar que una de las trabajadoras que da esta respuesta sea la Psiquiatra, profesión que suele tener una formación más tradicional y cercana al Modelo Médico Hegemónico, por lo cual esta respuesta implicaría una re-problematización y un re- pensar sobre lo que es Salud de parte de esta trabajadora.

Un último dato, que creo interesante analizar, es que, si bien estos discursos responden al lineamiento que da el Ministerio de Salud justamente sobre la Salud⁹, siguen siendo la minoría de los trabajadores (dos) los que piensan a la Salud de esta manera. Cuestión que me lleva a problematizar el nivel de conocimiento que tienen los trabajadores sobre los lineamientos políticos que se propone el Ministerio de Salud, ámbito del que depende su lugar de trabajo.

Visiones sobre la Atención Primaria de la Salud (APS) de los Trabajadores.

De la misma manera que con las visiones de Salud, no todos los trabajadores entienden de la misma manera a la Atención Primaria de la Salud (APS).

Dos (2) trabajadores en sus respuestas dieron ciertos indicios de entender a la APS de manera de manera Selectiva, o como diría Testa (1988) como “Atención Primitiva de la Salud”

“La atención primaria, así teóricamente, es la atención de la población en sus primeras necesidades (...) no es exactamente atención primaria lo que estamos haciendo en el centro de Salud. Atención primaria es, el profesional ir a buscar al paciente, esto se hace más en los pueblos, con las poblaciones. (...) en realidad es atención primaria de la Salud en un lugar con poca atención en salud, el manejo es diferente, yo estaba trabajado en Santiago del Estero en una población chiquita, teníamos un hospital base de donde salía el médico, el agente sanitario y yo que era la odontóloga en camioneta a recorrer todos los días un lugar distinto, un poblado distinto, un caserío distinto ¿me entendés? Íbamos con lo que teníamos, el médico llevaba un bolsón con todos los medicamentos, muestras gratis que tenía; yo llevaba mi cajita con todas las cosas, mis

⁹ Discurso en el cual el conflicto es parte de la salud tal, como describí en el capítulo anterior.

pincitas, y el enfermero llevaba las vacunas. Entonces el agente sanitario, que para eso está, juntaba a la población ese día que teníamos planeado para la visita, íbamos a la casa de uno de los pobladores, de uno de los lugareños, usábamos su patio o el colegio, si tenían escuelita rural, el lugar de reunión era la escuelita rural y ahí atendíamos, si era la escuela rural, un saloncito cada uno, y mi consultorio era “sentarte en una silla contra la pared”. Eso es atención Primaria. Atender con nada, ¿se entiende?” (ODONTOLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

“Ayudar a la población... que son los que más... (Silencio) no tienen obra social, y muchas cosas que ellos no tienen ¿no?” (LIMPIEZA ALFONSINA STORNI)

En la primera entrevista citada, aparece la idea de la APS vinculada con “la necesidad”, con “lo rural”, con “lo pequeño”, “lo mínimo”. Desde esta perspectiva, se dificulta pensar a la APS en zonas urbanas, con la complejidad territorial de una gran Ciudad como Rosario. Una hipótesis que es posible pensar en relación a esta respuesta, tiene que ver con el surgimiento de la APS en la provincia de Santa Fe, en donde quedó claramente asociada a la Salud Rural. Ya que el “Programa de Salud Rural” se convirtió en uno de los puntapiés para introducir esta estrategia en la provincia. Incluso este es el ámbito donde se inició la trabajadora que dio esta respuesta.

Por otro lado, el segundo testimonio ve a la APS de manera selectiva ya que la vincula solo con las personas que “no tienen obra social”.

Pensar a la APS solo dirigida a la población “vulnerable” o “pobre” encierra cierto riesgo, en tanto y en cuanto no da cuenta del propósito que esta estrategia persigue, que tiene que ver con pensarse de manera universal y constituir un sistema único e integrado de salud.

En ambas respuestas subyace que la APS es para quienes “no tienen” o quienes “no llegan a la ciudad”, por lo tanto, sería para aquellos que “no teniendo otra opción” tienen que recurrir a esta modalidad de atención, que es “más precaria” (con “nada, con muy poco”) que la salud privada o vinculada al sistema de obras sociales.

Otra cuestión a tener en cuenta respecto a las entrevistas es que en éstas se supone que la APS se lleva a cabo solo con las mínimas herramientas y recursos, corriendo el riesgo de convertir a esta estrategia, tal como dice Testa, en “Atención Primitiva de la Salud”.

Continuando con el análisis de las entrevistas, un emergente de las mismas tiene que ver con caracterizar a la “APS como nivel de atención” o “como puerta de entrada”. Diez (10) de los dieciocho (18) entrevistados respondieron de esta manera ante la pregunta ¿Qué es la Atención Primaria de la Salud?:

“Es el primer nivel de salud para la comunidad, a partir del cual ésta tendría que llegar al segundo nivel, lo cual es limitado porque terminan “viniendo todos acá”; es además el trabajo interdisciplinario, entre enfermeros, psicólogos, médicos, etc.” (MEDICA GENERALISTA 7 DE SEPTIEMBRE)

“Es la primer atención que tiene la gente, es el primer acceso.” (GINECOLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

“La Atención Primaria es el primer nivel de atención (...) donde vos creas el primer vínculo con la persona enferma (...) y derivar para el segundo nivel de atención” (ENFERMERO ALFONSINA STORNI)

“Es el primer nivel donde debe asistir el paciente y tratar de resolver todas las problemáticas... sociales, y de salud pero a partir de la promoción, protección de la salud” (MÉDICA GENERALISTA ALFONSINA STORNI)

“La atención primaria es el primer paso para que la gente no vaya directamente a una urgencia” (AGENTE SANITARIA ALFONSINA STORNI)

“ Por Atención primaria entiendo un primer nivel de atención, sería, para mí, el primer nivel de acceso que tiene la persona, sobre todo pensado en los Centros de Salud que están en lugares periféricos, para ser asistidos dentro de lo que no implique urgencia, o sea, dentro de lo programado. (...) Y entiendo que es muy difícil articular con el segundo sistema, o sea, los otros niveles de salud que quedan siempre como haciendo agua, sobre todo en la parte de salud mental.”(PSICOLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

“Atención primaria es el primer nivel de atención, donde no tiene que pasar al segundo nivel, hay que ocuparse de que la gente no se enferme peor, tiene que resolverse acá antes de que llegue a un hospital, más allá de una ecografía, y demás, estamos para prevenir la salud. Por eso no hacemos ni urgencia ni emergencia. O sea, la idea es agarrar el caso y resolver antes de que empeore y si es posible que no se enferme que es lo más complicado.” (AGENTE SANITARIO 7 DE SEPTIEMBRE)

“La atención primaria es el primer eslabón de una larga cadena de salud digamos (...) el primer contacto que tiene la gente, es el primer lugar al que asiste y el primer contacto con el médico, con las consultas de todo tipo” (PEDIATRA ALFONSINA STORNI)

“Y la Atención Primaria es un primer nivel de atención, es el nivel de atención que “supuestamente”... digo supuestamente porque por ahí siempre queremos y por los tiempos y las urgencias no podemos, pero poder llegar a la población, salir, hacer promoción, hacer prevención, hacer seguimiento en situación, conocer cómo viven, no solo conocerlos acá si no también poder conocerlos afuera... básicamente eso, tener un conocimiento integral de la población, de cómo vive.” (TRABAJADORA SOCIAL ALFONSINA STORNI)

“La Atención Primaria de la salud es fundamental porque es el nexo entre la población y los otros niveles de salud... o sea, la parte intermedia donde la persona tiene el acceso más rápido a tratar de resolver sus problemas (...) donde más contenida esta la población.... Después de ahí van a los otros niveles de atención de salud... o sea, donde más pronta respuesta tiene la población cuando necesita resolver sus problema” (ADMINISTRATIVA ALFONSINA STORNI)

En estas respuestas, aparecen ciertos emergentes que son interesantes analizar:

Por un lado, la APS es pensada como un nivel de atención en el sentido de que delimita la práctica cotidiana. Varios de los entrevistados refieren que las ‘urgencias’ o las ‘emergencias’ no son parte de lo que deben atender, ya que esto corresponde a otro nivel y lo específico de la APS es resolver ‘los problemas cotidianos’ que aquejan a la población.

Sin embargo, se observan ciertas contradicciones al respecto ya que en algunas de las respuestas se plantea que ‘la urgencia’ es la que no permite dedicarse al trabajo de prevención y promoción, que sería lo específico (que ellos mismos reconocen) de esta estrategia. En tal sentido, subyace una perspectiva desde la cual la APS se convierte en el momento de encuentro con la población, por eso la noción de “puerta de entrada”, a partir de la cual luego se “deriva” o se “organiza” a la población”.

Considero que un riesgo de concebir sólo de esta manera a la APS, es pensarla únicamente como algo meramente organizativo y burocrático del Sistema de salud, como pasos o escalones a recorrer pautadamente, sin vislumbrar la complejidad, el trabajo y la red que involucra esta estrategia de salud.

Siguiendo con el análisis, cuatro (4) entrevistados dejaron entrever que ven a la APS como una estrategia, o como dice Stolkiner “APS Ampliada”, es decir, como una estrategia que comprende a todo el sistema de salud, donde los conceptos de interdisciplina, equidad, promoción, intersectorialidad y cooperación son parte necesaria.

“ es poder acercar la conceptualización de Salud a la población, no es ni más ni menos, ya sea promocionando, ya sea en la parte de la prevención... pero yo lo tomo más que nada como la parte promocional... como un factor fundamental la prevención en APS... porque es ahí donde la población se puede enterar que es aquello que le permite tener una vitalidad ... volvemos de nuevo a la conceptualización de Salud ... si yo tengo la capacidad de tener un trabajo registrado también me permite tener la posibilidad de tener una buena salud ... es todo, son las políticas sociales, las políticas económicas, lo que se pone en juego en esta conceptualización de Salud .. y me parece que uno como trabajador de APS tiene que acercarle esta concepción de Salud a la población, que muchas veces desconocen y piensan que la salud tiene que ver con la ausencia de enfermedad y no necesariamente es así ... y el Trabajo territorial es fundamental, yo sigo insistiendo y siempre pidiendo que la gente que se acerque a trabajar en APS sea aquel trabajador que le importe y le interese trabajar en el territorio porque es lo que más se necesita... porque la salud en APS tiene que ver con eso, con que uno pueda dar acceso al concepto de Salud a la población , que uno pueda estar cercano a la población frente a lo que le limita la vida”. (TRABAJADORA SOCIAL 7 DE SEPTIEMBRE)

“principalmente promover un estado de Salud, más los que somos pediatras, todo con planes de inmunizaciones, información a la gente de cómo manejar las patologías, siempre a la gente hay que cambiar ese concepto de que el niño está enfermo y que lo van a curar, sino que controlamos a un niño sano y en un medio sano, entonces como que tenemos que tener esa visión amplia. No solo es ponerle

vacunas para que no se enfermen, sino promover el estado de Salud. Eso es Atención Primaria” (PEDIATRA 7 DE SEP)

“Tratar de garantizar eso... La salud.” (ODONTOLOGA ALFONSINA STORNI)

“Atención Primaria de la Salud, bueno, pensada como una estrategia (...) para mí la APS es eso, una estrategia que, por lo menos desde mi área, lo que hace es intentar alojar la problemática en el lugar donde está la comunidad, a diferencia de los modelos más hospital céntricos ¿no? (...) la APS se tiene que constituir como una red, para mi forma de red ¿no? Una red que, digamos, no solamente en el lugar donde nosotros estamos atendiendo que sería, por ejemplo, el Centro de Salud, o la escuela, una red a nivel de la comunidad ¿no? La vecinal, la escuela, y después a nivel más general, siempre la APS tiene alguien de quien responde, cada uno de nosotros respondemos a un lugar. Por ejemplo, nosotros dependemos del Ministerio de salud, ehh, yo siempre pienso mucho en lo intersectorial, a nivel más macro ¿no? Creo que muchas veces problemas de salud no se resuelven con acciones de salud, sino que se resuelven con otros tipos de acciones, que se yo, un problema de vivienda se resuelve en vivienda, un problema de trabajo con un trabajo, entonces mientras no haya una articulación intersectorial la red que uno puede hacer en APS siempre va a estar limitada, así como está limitada por cuestiones de poder, de voluntades que nos exceden.” (PSIQUIATRA 7 DE SEPTIEMBRE)

Aquí, se deja entrever que cuando la APS se concibe como “estrategia”, y no tanto como “nivel”, es posible pensarla en el marco de la comunidad, y viéndola justamente como una herramienta más para la promoción de la Salud, salud que, lógicamente, es vista de manera ampliada.

Por otro lado, se evidencia que no toman a la APS sólo como el Centro de salud, si no que ven a esta como una herramienta (similar a lo que es el hospital, y demás instituciones de salud o no) para la realización de esta estrategia cuyo objetivo es la Salud Integral.

Además, en las entrevistas se reconoce la importancia del Trabajo en Red e intersectorial con otras instituciones (estatales o no) para la promoción de la Salud, aunque se plantea la dificultad que a veces implica llevarlo adelante.

Una frase interesante es la planteada por la Psiquiatra “Creo que muchas veces problemas de salud no se resuelven con acciones de salud, sino que se resuelven con otros tipos de acciones, un problema de vivienda se resuelve en vivienda, un problema de trabajo con un trabajo, entonces mientras no haya una articulación intersectorial la red que uno puede hacer en APS siempre va a estar limitada”. Este planteo demuestra como muchas veces aparecen en el Centro de Salud intervenciones que directamente no parecen ser del ámbito de Salud, lo cual, siguiendo a Campana, puede ser a causa de que el Centro de Salud muchas veces termina siendo la única institución territorial de referencia para los problemas de barrio, por lo que en algunos casos se tiende a “Medicalizar la asistencia” para poder solucionarlo. Para “solucionar” estas

problemáticas, en palabras de la propia Psiquiatra, es necesario un trabajo conjunto con otros Ministerios e instituciones (estatales o no), generando una dinámica de Red.

Otra cuestión, que quiero analizar de estas respuestas, es que de la misma manera que pasaba con la definición de Salud, estos discursos responden al lineamiento que da el Ministerio de Salud justamente sobre lo que piensa que debería ser la APS, y paradójicamente siguen siendo la minoría de los trabajadores (dos) los que piensan a la APS de esta manera.

Por último, creo importante aclarar respecto al análisis de las entrevistas, es que tomo a estas tres concepciones de Atención Primaria de la Salud como “tipos ideales” (Weber, 1984) por lo cual, esta división es meramente a términos analíticos, ya que en realidad, en los discursos de los trabajadores muchas veces aparecen las tres concepciones entremezcladas. En dos (2) de las mismas, se puede evidenciar esto:

“Atención Primaria de la salud me parece que es la manera más cercana, más directa de acceso a la población, a la salud (...) Y bueno, contempla un montón de otras cosas, digamos, aparte de la salud, del problema de la salud en concreto hay problemas sociales, problemas de alimentación, problemas de vivienda, económicos, un montón de otros problemas que aparecen psicológicos.” ADMINISTRATIVA 7 DE SEPTIEMBRE)

“atención primaria de la salud, es atender a todo paciente que venga y si se le puede dar una solución se le da en el momento, con los médicos que tenemos y con todos los médicos que están trabajando (...) Hacer servicio de atención primaria, es hacer servicio a todas las personas que vengan, sea quien sea, no tiene ni color, ni raza, ni nada acá” (ADMINISTRATIVA ALFONSINA STORNI)

Estas dos respuestas muestran claramente la coexistencia de los tres tipos ideales, ya que utilizan conceptos y términos que pueden situarse claramente en cualquiera de las tres interpretaciones de la APS.

A modo de ejemplo, analizaré las dos respuestas: en la primera entrevista reconozco al menos dos visiones acerca de la Atención Primaria de la Salud: como Puerta de Entrada y como Estrategia, porque reconoce a la APS como “*la manera más cercana, más directa de acceso a la población, a la salud*” definición que parecería responder a la APS como puerta de entrada. Sin embargo, la entrevistada continúa e incorpora a los problemas sociales como parte de la Atención Primaria. Esto implicaría acercarse a una visión de la APS como Estrategia para “solucionar” dichas problemáticas.

En la segunda entrevista, encuentro la visión de APS Selectiva y de Estrategia. Si bien veo a ambas como contrarias, en este discurso parecen encontrarse claramente: la trabajadora reconoce “*atención primaria de la salud, es atender a todo paciente que venga*”, visto así, la

APS sería un derecho de todos los vecinos/pacientes del barrio, sin embargo, más adelante la entrevistada agregará *“Hacer servicio de atención primaria, es hacer servicio a todas las personas que vengan”*, no me parece menor que aquí utilice la palabra “servicio”, ya que deja ver una concepción que parecía oculta: la APS Selectiva, este término propio de las políticas neoliberales que antepone los derechos a los servicios, siendo este último dirigido a un solo sector específico.

Aquí nuevamente creo importante rescatar que las trabajadoras que dan estas respuestas son las Administrativas del Centro, que son las que se encuentran “más cercanas” a la población. Por esto, considero que el hecho de que entremezclen los modos de ver a la APS puede llegar a responder a cómo interiorizan las distintas visiones sobre la Atención Primaria de la Salud existentes en este campo.

¿Interdisciplina, Interconsulta o Derivación?

En las entrevistas realizadas, la mayoría de los Trabajadores consideran que los problemas complejos que se presentan en el Centro de Salud deben trabajarse de manera Interdisciplinaria. Pero, analizando las respuestas, noté que no todos entienden Interdisciplina de la misma manera, muchos suelen confundirla con otros dos conceptos similares: Multidisciplina o Pluridisciplina.

En mi proceso de práctica, observé que muchos de estos profesionales cuando se refieren a trabajo interdisciplinario sólo se limitan a realizar “interconsultas” a otros profesionales, sin generar un trabajo articulado y conjunto. En este caso, confunden a la Interdisciplina con Pluridisciplina (Vasconcelos; 1999) tal como se ve en algunas respuestas que dieron los entrevistados sobre el uso de la Interdisciplina en los casos complejos:

“la interconsulta está, pasa que con el médico uno como que tiene más afinidad por los pacientes cardíacos, por el paciente diabético, alguna medicación. Este jueves me puse de acuerdo con el cardiólogo porque tengo un paciente cardíaco que le va a hacer un electrocardiograma al lado y lo voy a atender yo acá, pero va a estar él. O sea, la relación viene estrecha, como para estar seguros los dos que estamos haciendo las cosas bien, pero con todos.” (ODONTOLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

“Y sí, si porque la misión es atender al niño en su medio, entonces las cuestiones de los mayores, de los hermanos, del medio de las escuelas, como se manejan siempre uno tiene que contar con esta cuestión de un vaya y venga con los otros profesionales.” (PEDIATRA 7 DE SEPTIEMBRE)

En estas entrevistas, se nota que confunden a la Interdisciplina con la Pluridisciplina, ya que la ven sólo como una “interconsulta” o un “vaya y venga”, si la problemática que se atiende en ese momento lo amerita.

En mis prácticas, también observé que confunden a la Interdisciplina con Multidisciplina (Vasconcelos; 1999). En las entrevistas realizadas, aparecen estos deslices en relación a pensar la interdisciplinariedad como “suma de prácticas diferentes”, creyendo que la “derivación” a otro trabajador es realizar Interdisciplina. Tal como se ve en las respuestas que dieron algunos profesionales ante la pregunta de si era necesario el Trabajo Interdisciplinario:

“Sí, muy necesario, y cuesta muchísimo, sobre todo con la cuestión de lo orgánico (...), es potable en muchas situaciones, pero depende mucho de la afinidad, hay gente que tiene ganas de estar trabajando y hay gente que no, que no te manda pacientes, que te pide que no le mandes pacientes...” (PSCICOLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

“Sí, todo eso, nosotros hacemos todo eso. Nosotros vemos, vengo hablo con V (la Trabajadora Social), le mando a ella primero, después ahí que ella mande a todos los médicos que tiene que mandar, al psicólogo, a la psiquiatra, a todo lo que sea. A gente que necesita algo por un tema de drogadicción, se lo mando, ¿qué querés que te diga? a ver si lo puede contener, nosotros lo hablamos al chico, pero a lo mejor nosotros no lo contenemos como lo contiene ella, que ella tiene más posibilidades de mandarlo después a otros lados.” (ADMINISTRATIVA 7 DE SEPTIEMBRE)

En ambas entrevistas se nota que piensan a la Interdisciplina sólo como derivación ya que utilizan la palabra “mandar”, que implica no trabajar en manera conjunta con el otro trabajador, sino más bien desligarse de la “problemática”, suponiendo que el otro profesional podrá “solucionarlo” o sabrá nuevamente a donde derivarlo.

Otra cuestión, que aparece en la segunda entrevista, es el hecho de que muchas veces esa derivación es directamente hacia la Trabajadora Social. A lo largo de mis prácticas, pude observar que otros trabajadores también realizaban esta acción aunque no la explicitaran en la charla.

Esta constante derivación a la Trabajadora Social responde a que, para muchos trabajadores, el rol de esta es justamente ese: “ubicar los problemas (y solucionarlos)” o ser el “nexo” entre el Paciente y el Centro de Salud, lo que ocasiona que ante la aparición de “problemáticas” complejas directamente se deriven al Trabajador Social. Sostengo esto ya que ante la pregunta “¿Cuál es el rol del Trabajador Social?” Algunos Trabajadores respondieron lo siguiente:

“Creo que tendría que haber un batallón de trabajadoras sociales en los barrios, que con una no alcanza, porque sería bueno, sería una buena forma de poder ubicar bien todos los problemas y que hubiera gente que pudiera gestionar algún tipo de solución para eso, eso sería bueno (...) esa es la función, justamente detectar los problemas, bueno, junto con otras cosas, es lo que yo veo por ahí. Detectar los

problemas de la población y acompañar en las resoluciones de ese conflicto, ese problema.” (ADMINISTRATIVA 7 DE SEPTIEMBRE)

“La consulta es una pequeña foto de una realidad, entonces el trabajador social puede dar una imagen más ampliada de ese momento, por ahí hay cuestiones que no nos cierran, entonces desde la visita, desde la cuestión de aumentar la escucha, de ir a ver en su medio al niño, en su contexto, está bueno (...) porque por ahí la mamá está más relajada, podemos ver cómo es su medio, por ahí hay muchos detalles que uno tiene que percibir en una historia, pero hay cosas que no te cierran, entonces esa es la mano que nos puede llegar a ayudar, tenemos casos puntuales, tenemos una mamá adolescente con un niño con un trastorno neurológico que realmente no nos cierra y por empezar a hacer la visita con el trabajador social la relación está más abierta, más fluida, como que aprende a la cuestión de comunicarse y tener una demanda no desde el enojo, porque ella estaba enojada porque tenía un hijo neurológico y ahora como que está comprendiendo la situación y que si se deja ayudar la vamos a poder ayudar ... pero eso en la consulta no podíamos, tuvo que intervenir el trabajador social, el psicólogo, o sea bien interdisciplinario, y eso está bueno, está maravilloso.” (PEDIATRA 7 DE SEPTIEMBRE)

“Para nosotros es algo nodal a la hora de abarcar una situación que implique ir un poco más allá. Yo trabajo así: viene la cuestión de salud mental, veo también la cuestión orgánica, si aparece alguna situación y después aparecen otras cuestiones atrás, o sea, esto que aparece como una explosión orgánica y emocional viene por otra cuestión y ahí me parece que la función de ustedes es fundamental (...). Toda la parte que la mayoría de la gente que viene y necesita la cuestión de pensiones, o de qué puedo hacer, estoy sola, tengo a los chicos, que se yo, para todo eso necesitamos de la función de ustedes. Para nosotros es como fundamental. (...) ustedes cuentan con las herramientas como para poder orientar como poder seguir, igual trabajando en conjunto, ustedes lo van viendo en esa parte más social y yo lo voy viendo en la parte más emocional.” (PSICOLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

En éstas respuestas se evidencia la “Trascendentalidad” de la función del Trabajador Social: “trascender la demanda”, “ir más allá”, es decir, “problematizar” las intervenciones que le son dificultosas a los demás profesionales. Además, se puede ver cómo la derivación al Trabajador Social llega cuando algo no “cierra”, o no se sabe “donde ubicar”.

Por otro lado, aquí se ve claramente que piensan a la Interdisciplina sólo como Derivación, ya que se plantea esta para “desagregar” y analizar al sujeto de manera fragmentada, viendo “lo social”, “lo orgánico” y “lo psicológico” de manera separada, sosteniendo una visión Biologicista de la Salud.

Una cuestión a tener en cuenta, de este discurso, es el riesgo que conlleva que todas las situaciones que sean consideradas “incalificables” o que “no les cierran” a los otros trabajadores terminen sólo en el Trabajador Social.

Tal como sostuve anteriormente, hay algunos trabajadores que creen correcto derivar al Trabajador Social las problemáticas complejas, ya que su función es “ser el nexo” del Paciente con el Centro de Salud:

“(…) la función es importantísima porque en algún punto también es el nexo, como te decía antes, entre el paciente, lo que desde salud se puede hacer y esa persona orientarnos o orientar al paciente hacia dónde, con quién tiene que hablar para que le resuelva la situación... Sirve más que nada para orientar... es el nexo entre el paciente cuando lo necesita y entre la misma necesidad que tiene... orientarnos a nosotros mismos a ver cómo lo podemos manejar... hacia dónde tenemos que hacer”. (ADMINISTRATIVA ALFONSINA STORNI)

“(…) es el contacto con la población y con los problemas de la población, para tratar de resolver los problemas de la población u orientarlos hacia una solución, lo veo así yo.”(ODONTÓLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

“La función que ustedes cumplen como hablábamos antes de querer hacer el nexo, de querer trabajar con otros lugares. (...) es importantísima la trabajadora social, sino no estaría acá.” (AGENTE SANITARIO 7 DE SEPTIEMBRE)

Para estos trabajadores, cuando se encuentran ante una problemática que los excede, es “común” derivársela al Trabajador Social, porque es el “nexo” entre el paciente el Centro de Salud y “la solución” de la problemática.

Esta idea conlleva el riesgo de naturalizar que la relación del paciente con el Centro de Salud es exclusiva del Trabajador Social, cuando en realidad debería ser parte de la estrategia de APS del Centro de Salud en general. Además, el pensar al Trabajador Social sólo como el Nexo (ya sea con el paciente o con las otras instituciones del barrio) es justamente riesgoso, debido a que puede generar que dicho profesional termine siendo el único encargado de relacionarse e interactuar con las problemáticas más amplias del barrio. Esta cuestión, la pude ver claramente a lo largo de mis prácticas: la Trabajadora Social era la encargada de sostener las relaciones por fuera del Centro de Salud, en diferentes espacios del barrio. Es decir, todo aquello que quedaba por fuera de lo “intra institucional” era ámbito del Trabajador Social, cuestión que parecía ser distinta en otros efectores donde participaban otros actores (médico, enfermero, maestro, etc.), con lo cual, no podría generalizarse que esta función asignada al Trabajo Social es general de todos los Centros de Salud, sino que se daba específicamente en los Centros en donde realicé el trabajo de campo.

Otra característica que pude observar, es que muchas veces, ante la dificultad que requiere el trabajo interdisciplinario con todos los profesionales se opta por seleccionar con quién intervenir y con quién no, lo que genera que existan personas de un mismo grupo de

trabajo que nunca intervienen conjuntamente. Esto no sólo lo pude comprobar en la práctica, sino también en las respuestas de algunos entrevistados, que se preocupaban por enumerar con quienes “trabajaban” interdisciplinariamente:

Con enfermería trabajo bastante porque tomamos las escuelas, el tema de la vacunación, controlamos los carnets de ingreso escolar, vamos al jardín con los chicos de 5 años, controlamos el carnet de los chicos de 11 por la vacuna de la hepatitis, o de las nenas la del virus del papiloma humano, así que vamos a las escuelas (...) Con enfermería, con Odontología, en una época (...) con V(La trabajadora Social) hay cosas que también las tomamos como por ejemplo el tema de los chicos desnutridos, el seguimiento, y alguna otra cosa, por ahí ella me pide que se haga algo para fortalecer un poquito (...) (AGENTE SANITARIO 7 DE SEPTIEMBRE)

“Creo que para algunos pacientes es necesaria la interdisciplina, no con todos los casos, sí enriquece tu consulta, por ejemplo trabajo con la trabajadora social, con la psicóloga (más con una que con otra), con la médica generalista.” (GINECÓLOGA 7 DE SEPTIEMBRE)

Esta manera de ver a la Interdisciplina es similar a la Pluridisciplina, no se la piensa como una cuestión necesaria cotidianamente, sino sólo si la situación lo amerita y con algunos Trabajadores del centro, no con todos.

Otra cuestión, que es necesario aclarar y que pude observar que se confunde en la práctica, es que el “trabajar juntos” o “en grupo” no necesariamente implica trabajar interdisciplinariamente, ya que no aparece de manera necesaria la construcción de un objeto compartido, sino por el contrario, muchas veces el Sujeto es dividido entre “lo social”, “lo psicológico”, “lo orgánico” tal como lo explicaba anteriormente.

De todas maneras, creo importante destacar que, si bien la mayoría de los trabajadores suelen confundir a la Interdisciplina con otros conceptos, existe una minoría que parece comprender algunos de los planteos o desafíos que implica el trabajar interdisciplinariamente:

“Sí o sí (hay que trabajar) de una manera interdisciplinaria y en equipo, porque sólo una profesión no puede (...) desde una sola profesión no se puede. Justamente si entendemos a la Salud de una manera integral, y seguramente si es una situación compleja está atravesada por múltiples problemáticas, por lo tanto es necesario que participemos muchos dentro de esa situación.” (TRABAJADORA SOCIAL ALFONSINA STORNI)

“Sí, sin duda porque no podemos pensar un sujeto si no pensamos en la integralidad de este sujeto, y sin interdisciplina es imposible abordar esto, si o si la APS tiene que ser interdisciplinaria, no hay otra forma de trabajar, aparte es, no solamente en APS (...) trabajar de manera interdisciplinaria es superador con respecto a cualquier otra forma de trabajo, estamos contemplando muchas más disciplinas, que

se van entrecruzando, podemos recortarnos, no estamos solos ¿no? Pensando que lo que nosotros hacemos es lo único que existe en el mundo, podemos recortar la disciplina del otro, no sé, va en contra de las hegemonías también.”(PSIQUIATRA 7 DE SEP)

En estas dos respuestas se reconoce “la incomplitud de todo saber disciplinario” (Stolkiner; 2013:3), por lo que surge la necesidad de trabajar interdisciplinariamente.

Además, en estas respuestas, se deja entrever que la interdisciplina requiere de un trabajo arduo, que lleva incluso a cuestionar (o “recortar”) los propios saberes disciplinarios, en pos de la construcción de un “marco referencial y ético común” (Stolkiner; 2012:4) para la resolución de las problemáticas.

Otra cuestión, que me resulta interesante destacar, es lo que agregará la Psiquiatra respecto a la relación entre el “rol” del Trabajador Social y el Trabajo Interdisciplinario:

“el trabajador social es una articulador fundamental en los equipos, porque es el que tiene la visión más macro cuando se arma un equipo interdisciplinario (...) y en el armado del equipo el trabajador social es el que parece que tiene una disciplina más recortada en sí misma, o sea, la que está mechada por muchos más discursos ¿no? Generalmente, el discurso médico, que es el que trae el psiquiatra, es el discurso hegemónico y algunas ramas de la psicología, generalmente, la gente que trabaja en el psicoanálisis también se constituye, por lo menos, dentro de la salud mental, se constituyen como hegemónicos. Y una de las funciones más importantes que me parece que tiene el trabajador social es cortar con las hegemonías estas ¿no? Me parece que puede, el trabajador social es el que puede (...) Porque el trabajador social apoya su disciplina sobre varias estructuras y eso, ya en sí mismo, el hecho de que sea más heterogénea la formación de un trabajador social, facilita que se barran un poco las otras, las otras disciplinas que tienden más a ser hegemónicas. Me parece que esa es una función que yo veo del Trabajo Social que me parece importante, más allá de la práctica ¿no? (...) el trabajador social dentro del equipo, el armado de la estrategia, sin ese, sería demasiado hegemónica, se polarizaría para el lado de la hegemonía de alguna de las otras disciplinas, me parece que eso, es importante. (PSIQUIATRA 7 DE SEP)

Me resulta interesante este ploteo acerca de la función de la Trabajadora Social dentro del Equipo de Salud (interdisciplinario), como la encargada brindar otra visión “crítica” y “romper hegemonías dominantes”.¹⁰ Desde mi punto de vista, y retomando mi

¹⁰ Considero que la respuesta de parte de la Psiquiatra viene dada por la experiencia de trabajo (con la Trabajadora Social y otros profesionales) que se generó en el Centro de Salud luego de la conformación de un “Comité Interdisciplinario de Salud Mental”, lugar en el que la Trabajadora Social tuvo participación muy activa y resolutive.

recorrido académico, creo que esta visión responde justamente a la formación profesional que se brinda en la Facultad, donde se busca formar profesionales del Trabajo Social con vocación de problematizar las intervenciones (del área Salud en este caso).

De todas maneras esta visión crítica que se busca fomentar como “especificidad” del Trabajador Social puede volverse en contra a la hora de ciertas intervenciones, dado que puede generar situaciones de “frustración” ante la imposibilidad de poner fin paradójicamente, a lo que Spinelli denomina, “Tarea Infinita” , característica del modelo de Trabajo Artesanal que problematizaré a continuación.

Trabajo Social: ¿Trabajo Artesanal?

Retomando la discusión planteada en la segunda parte, respecto del Trabajo Artesanal -el Trabajo Industrial y teniendo en cuenta algunas respuestas sobre el “Rol” del Trabajador Social, considero que este podría tener al menos una característica del Trabajo Artesanal: El Trabajo Relacional (Spinelli; 2015), en donde el vínculo que se produce entre el “paciente” y el trabajador es de suma importancia:

“la función de ustedes es fundamental para armar eso porque el psicólogo no tiene las herramientas para armar eso desde ir a golpear la puerta, hasta realizar visitas si hay que hacerlo.”(PSICOLOGA, 7 DE SEP)

“Por ahí hay cuestiones que no nos cierran, entonces desde la visita, desde la cuestión de aumentar la escucha, de ir a ver en su medio al niño en su contexto, está bueno (...) porque por ahí la mamá está más relajada, podemos ver cómo es su medio, por ahí hay muchos detalles que uno tiene que percibir en una historia, pero hay cosas que no te cierran, entonces esa es la mano que nos puede llegar a ayudar” (PEDIATRA 7 DE SEP)

“el trabajo es trabajar para poder conseguir alguna ayuda para esa familia, el conocer a la familia es algo de la trabajadora social y del médico, así como conocer la parte legal sobre niñez, desnutrición, lo de trabajar con otras instituciones, conocer a la población, son cosas de la trabajadora social; además tiene otra relación con los pacientes, entra por otro lado que genera otro vinculo, nosotros somos “más formales”. (MÉDICA GENERALISTA 7 DE SEP)

Aquí, aparece claramente la idea de que a través de las visitas domiciliarias, o de la escucha atenta, el Trabajador Social genera un vínculo más “informal”, que genera más confianza con el paciente. Ante esta caracterización es importante problematizar y tensionar si esta relación más fluida entre el Trabajador Social y la población es parte de la continuación del “Control Social” (propio de los orígenes de la Salud Pública) o es parte de una estrategia de acompañamiento del profesional propia de la figura “Tomar en cuenta” (Karzs;2006).

Esta cuestión, de vínculo más cercano, lo pude observar también a lo largo de mis prácticas cuando, por ejemplo, la Trabajadora Social prestaba su tarjeta de colectivo, o directamente plata para que el Paciente pudiera viajar al Hospital de Referencia o realizar algún otro trámite en relación a la Intervención. Este tipo de intervenciones generan el riesgo de que la población vea al Profesional como un Héroe, cuestión que problematizaré en el siguiente capítulo.

Otra característica del Trabajo Artesanal que pude observar es lo que Spinelli (2015) denomina “Tarea infinita”. En numerosas ocasiones presencié situaciones en las que la Trabajadora Social atendía su teléfono para responder demandas que tenían que ver con su trabajo, generando que incluso la llamaran por fuera de su horario de trabajo. Por otro lado, también vi esta caracterización cuando la profesional, por falta de tiempo muchas veces, se llevaba las planillas diarias o informes sociales que debía realizar para alguna intervención a su casa, tal como plantea Spinelli (2015).

Para superar a la “tarea infinita” hay que tener una actitud crítica y atenta asumiendo que es necesario ponerle “fin” a las intervenciones. Considerando, tal como plantea Cazzaniga (2009), que podemos modificar algunas situaciones problemáticas pero no de modo “definitivo” y en su “totalidad”. Creo importante que se reconozca que estas intervenciones tienen un tiempo y un espacio específico (la del Trabajo) que, justamente, hacen que la profesión sea reconocida como un Trabajo. Si se continúa interviniendo fuera del ámbito laboral puede llegar a confundirse al trabajador con un “militante” o “héroe” que está siempre a disposición.

Un riesgo que suele tener el tomar al Trabajo Social, como Trabajo Artesanal, es el hecho de que a veces se confunde trabajar artesanalmente con “hacer política con el cuerpo” sin los soportes, recursos y capacitaciones necesarias para las intervenciones.

Situaciones de “hacer política con el cuerpo” presencie en varias oportunidades a lo largo de mis prácticas: por ejemplo, tal como comentaba anteriormente, en algunas ocasiones la Trabajadora Social ponía plata de su bolsillo para no detener la intervención ante la ausencia de ciertos recursos y así lograr que el paciente accediera a la atención; por otro lado, se notaba esta característica en los casos de violencia de género que aparecían en el Centro de Salud, ya que, debido a la ausencia de un dispositivo de intervención, se recurría a contactos personales de la Profesional o a las diversas “estrategias creativas” que fueran posibles de elaborar en la urgencia.

En determinadas circunstancias, para evitar que el Trabajo Artesanal se termine convirtiéndose en “Trabajar con el cuerpo” o “trabajar sin nada”, se insertan características que podrían ser vistas como “típicas” del Trabajo Industrial. Por ejemplo, el Trabajador Social de un Centro de Salud debe registrar cada intervención que realiza en una “ficha de atención diaria” en donde se debe completar con nombre, apellido, motivo de intervención y el “tratamiento” a seguir del paciente. Con estas fichas, lo que se busca es construir datos sobre las intervenciones para poder realizar un “mapeo” de las problemáticas del barrio y de esta manera saber que recursos (materiales o no) son necesario en esta población para resolver las problemáticas.

Por todo lo descripto en este apartado, considero que el Trabajador Social en el Centro de Salud presenta varias características para ser visto como un “trabajador artesanal”, pero es necesario advertir que no se lo debe confundir con el “trabajar sin nada” o “Trabajar solo con el cuerpo”.

De Tomar en cuenta a ser Héroe

“¿Cual es mi función dentro del Centro de Salud? Emmm acompañar al otro a reclamar sus derechos , a que pueda seguir reclamándolo, esa me parece que es mi función como trabajadora social, es una profesión que nuestro ámbito de intervención lógicamente es lo social y la salud no está escindida de lo social, lo que hablamos antes, entonces mi objeto de intervención tiene que ver con esto, con lo que llega, con los pacientes, con la salud que es específicamente social, que es un combo... las incumbencias profesionales nosotras tenemos muchas , pero una de esas tiene que ver con eso con acompañar a que el otro pueda hacer un reclamo legítimo de sus derechos, cuando uno habla de legitimidad , lo que se plantea es que mi reclamo sea oído y sea escuchado, entonces, me parece que como profesional del trabajo social mi función tiene que ver con eso, con acompañar el reclamo de aquel sujeto para que se cumplan sus derechos.”(TRABAJADORA SOCIAL 7 DE SEP)

Esta respuesta parece acercarse a la figura planteada por Kars de “Tomar en cuenta”, porque lo que se intenta es potenciar a otro, ubicándolo en un lugar de protagonismo. Además se habla de acompañar en sus reclamos y no “ayudar”, desde lo que se supone que está bien.

En este sentido, en numerosas charlas con la Trabajadora Social ella misma reconoció que intenta, en toda intervención “Tomar en cuenta” al paciente. Un ejemplo en el cual creo que operó con esta figura es el siguiente: La problemática es la de un hombre de 50 años que padece VIH- SIDA, paciente psiquiátrico, con alto grado de consumo adictivo de sustancias. En una ocasión, intentó suicidarse inyectándose veneno lo que le trajo como consecuencia que se le amputara una pierna y un brazo. Luego de una larga intervención, se comenzó a gestionar la prótesis para su pierna, momento en el cual la trabajadora social se encontró con

una cierta resistencia de los hermanos “Con la prótesis va salir a robar, a drogarse”, ella misma dijo “no saber que va a hacer el día de mañana(el paciente)”, pero manifestó que tampoco podía dejar a esa persona así, que iba a intervenir para mejorar su condición de vida, hasta en lo más mínimo, después “él decidirá qué hacer con su vida”. Esta situación, ejemplifica claramente lo planteado por Karsz “la gente de la que uno se ocupa, nace su nacimiento, vive su vida y muere su muerte: sola.”(Karsz, 2006:21).

Sin embargo, por más que el Trabajador Social intente intervenir “Tomando en cuenta”, hay circunstancias en las que se interviene con los otros “tipos ideales” (hacerse cargo y caridad) e incluso interviene como el “héroe/salvador” (propio de la subjetividad heroica).

A lo largo de mis practicas reconocí situaciones en la que las Trabajadoras Sociales tuvieron actitudes de “Subjetividad Heroica”, por ejemplo: el hecho de “prestar” o dar plata a sus pacientes para que estos tuvieran cómo viajar a determinados puntos de la ciudad; el trabajar fuera de su horario o ámbito de trabajo, atendiendo su teléfono personal o concurriendo a actividades que se deberían realizar dentro del ámbito de trabajo fuera de ese horario. Creo que estas actividades no solo posicionan al Trabajador Social como un “héroe” al que se puede recurrir siempre que se necesite, y siempre tendrá una respuesta, sino que estas actitudes desdibujan el rol de trabajador que tiene el profesional, asociándolo más a un trabajo militante o heroico que no necesita de formación alguna.

Otra situación, en la que reconocí que la trabajadora social presentaba rasgos de subjetividad heroica, fue ante la aparición de una problemática de una joven con adicciones y problemas familiares (B), paciente de 16 años. La trabajadora social, frente al pedido de esta joven de reiniciar la escolaridad, intenta acercarse a su casa para ofrecerle diferentes alternativas además de la escuela (como ser talleres). Pero, en todas estas oportunidades, nunca la encontró. Se comunicó con su madre, la cual se desligó del tema, realizó una reunión con equipos especializados de juventud e intervino con otras instituciones, como la Dirección de Niños, Niñas y Adolescentes. Es decir, la trabajadora social intentó realizar diversas intervenciones para que la joven no permanezca en la calle “sin hacer nada”. Creo que la trabajadora social frente a esta situación sintió la necesidad de hacerse cargo (heroicamente) de esta joven, ya que no había ningún adulto con el que se referencie, ni siquiera su propia madre.

Aquí se evidencia una cuestión que enuncié con anterioridad: cómo juega la variable de género a la hora de la distribución de las prácticas que se llevan adelante en los Centros de

Salud. Son las mujeres, en la mayoría de los casos, las que quedan implicadas en ésta figura de la “subjetividad heroica”. La “feminización del cuidado” (Jelin; 2012) incluye en muchos casos el “hacernos cargo de los otros” (en un principio, de la familia, pero esa actitud se ve replicada en todos los espacios de participación femenina). Esta cuestión se observa claramente en la situación que mencioné anteriormente.

Como sostiene Molinier (2015) la “feminización del trabajo” desarrolla también una “subjetivación sexuada” (Molinier; 2015) de las mismas trabajadoras, que lleva a suponer que el “hacerse cargo” o estar atento al sufrimiento el otro es algo propio de las trabajadoras, lo que supone asumirse “heroínas” ante determinadas situaciones.

Esta cuestión, como bien plantea Pautassi (2007), no sólo se relaciona con las prácticas de “subjetividad heroica”, sino que en general en la cotidianidad de los Centros de Salud las trabajadoras mujeres se concentran en cargo o funciones asociadas a “cuidados maternos”.

Releyendo las entrevistas me pregunté ¿Si no surge de los mismos Trabajadores del Centro que el Trabajador Social se posicione como héroe?, en las respuestas se puede notar que ven a este Profesional como el encargado de “ayudar” o “solucionar cosas que nada que ver” e incluso como el “héroe” o “salvador:

“Yo con la trabajadora social trabajo muy bien, a veces le llevamos trabajos que nada que ver (...) el trabajo es trabajar para poder conseguir alguna ayuda para esa familia, el conocer a la familia es algo de la trabajadora social y del médico, así como conocer la parte legal sobre niñez, desnutrición, lo de trabajar con otras instituciones, conocer a la población, son cosas de la trabajadora social”. (MÉDICA GENERALISTA 7 DE SEP)

“para nosotros es muy importante la asistente social acá. ¿Por qué te digo? Porque tenemos muchos casos, muchos casos de violación, muchos casos de maltrato, muchos casos de drogadicción, de abuso sexual cualquier cantidad, asique...hay mucho acá, y a quién atinamos, a ella. Entonces ella hace muchas cosas, también hace muchas cosas para conseguir un turno para operar de labio leporino, ¿Quién lo hace? Nadie. Sin embargo, ella se molesta y lo hace. No le corresponde, pero se molesta va, y va con la paciente, la lleva, la trae. Para hacer un documento se va a Tribunales con ella misma, y gasta su propio dinero también. (...) Es lo mas bueno que vino, en este momento es la que en muchas cosas nos salva las papas también, en muchos sentidos. Ahora la gente está más violenta, porque no le alcanza, porque esto...pero es la que en muchas cosas a veces nos salva.” (ADMINISTRATIVA 7 DE SEP)

En estas respuestas se ve, tal como se analizaba en el apartado de interdisciplina, que muchas cosas que “no cierran”, o “no le corresponde” o son “trabajos que nada que ver” son derivados a la Trabajadora Social, suponiendo que ella sabrá “como solucionarlos. Bajo esta idea subsiste la figura del Trabajador Social Heroico, el que puede solucionarlo todo aunque no le corresponda, o “no sepa cómo”. Aquí, también se vuelve a ver la confusión de la

interdisciplina (como derivación), porque, si bien todos hablan de la necesidad de ésta, se le pide al Trabajador Social que resuelva los casos “más complejos” solo.

Estas ideas justifican la intervención del Trabajador Social Heroico como una demanda no solo de los trabajadores del Centro de Salud sino también de la población misma, aquí el profesional es visto como el encargado de solucionar los problemas que “incluso no le competen”¹¹ y de “salvar” al resto de los trabajadores, entre otros.

Una idea que me parece importante rescatar y problematizar en este debate es ¿cuáles son las posibilidades reales de “solucionar” las problemáticas sociales y complejas? Retomando nuevamente a Cazzaniga (2009) es importante reconocer la “imposibilidad” de solucionar todas las problemáticas de una vez y para siempre. Se podrán realizar modificaciones a las problemáticas, por mínimas que sean, pero asumiendo que estas modificaciones se hacen con “otros” y allí también entra en juego la autonomía de los sujetos con los que trabajamos, y sus decisiones autónomas.

El gran desafío es transformar la visión del Trabajador Social y del equipo, para lograr ver que no hay “héroe” válido y menos aun “héroe solitario” cuando las demandas son complejas, sino que es necesario un trabajo interdisciplinario ente los diversos profesionales del Centro de Salud y la población misma para solucionar los diversos problemas. A lo sumo si existe tal Héroe debemos tener la certeza que este es un “Héroe Colectivo”¹².

¹¹La competencia del Trabajo Social en el campo de la salud es algo debatido y discutido, cuestión en la que no me adentraré en este trabajo

¹² El Héroe Colectivo es una idea que planteó Héctor Germán Oesterheld y Francisco Solano López en su historieta “ El Eternauta”

Cuarto Capítulo

**“Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar”**

Antonio Machado

De conclusiones e inconclusiones.

El tema abordado en este trabajo de tesina surgió a lo largo de mis tres años de Práctica Pre Profesional, momento en el cual me preguntaba qué entendían por Salud y APS los distintos trabajadores del Centro de Salud, buscando comprender si allí estaba la explicación a algunas de sus prácticas cotidianas.

El hecho de que esta problemática estuviera dando vueltas en mi cabeza cuando estaba realizando mis prácticas produjo que algunas de las entrevistas que utilizo en este trabajo fueran realizadas en ese marco. Las entrevistas a los Trabajadores del Centro de Salud N°3 “7 de Septiembre” las realizamos a finales del 2015 con mis compañeras de Prácticas, Magalí Corvalan y Analía Venezia, motivo por el cual muchas de las dudas, indagaciones o problematizaciones que expongo en esta tesis no surgieron directamente de forma individual, sino que son producto de un Trabajo y crecimiento colectivo que sostuvimos con mis compañeras.

Por otro lado, las entrevistas a los Trabajadores del Centro de Salud “Alfonsina Storni” sí las realicé de manera individual, en Agosto del 2016. El hecho de que estas entrevistas las haya hecho luego de haber “comenzado” a armar este Trabajo, impulsó a que analizara, nuevamente y de un modo crítico, las entrevistas realizadas y le formulara algunas modificaciones a la guía de preguntas. Es necesario aclarar que los dieciocho (18) entrevistados tuvieron algunas preguntas diferentes, pero siempre apuntando a la misma temática.

Como bien expresé en las primeras páginas de este trabajo, mi objetivo general era “Reconocer las concepciones de Salud y de Atención Primaria de la Salud de los Trabajadores del Centro de Salud Provincial N°3 “7 de Septiembre” y del Centro de Salud “Alfonsina Storni”, y mis objetivos específicos apuntaban a “Propiciar un análisis de las tensiones entre discursos y prácticas de los trabajadores de los Centros de Salud respecto de las concepciones de Salud y APS” y “Reconstruir el lugar del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios en el cruce con las concepciones subyacentes respecto de la Salud y la APS”.

Si bien, considero que mis objetivos se fueron “cumpliendo” a lo largo de todo el trabajo, me interesa rescatar algunas conclusiones que considero importante explicitar de manera más directa.

Es necesario destacar que los “lineamientos” que establece el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe sobre lo que es Salud y APS, son las respuestas que menos aparecen en las entrevistas, ya que dos (2) Trabajadores dijeron ver la Salud de esa manera, y cuatro (4) a la APS como una estrategia. Creo que este dato no es menor: muestra que, más allá de la amplia trayectoria que tiene la Salud Pública Provincial estos planteos, estos aún no han sido “interiorizado”, ni problematizados por los propios Trabajadores de los Centros. Esto puede responder a cómo en el interior del Campo algunos planteos (como el de Salud de la OMS) se transforman en hegemónicos y se constituyen en “modos correctos” de ver, y otros (como la definición del Ministerio) son relegados a una minoría.

No obstante, es importante preguntarnos por qué el discurso que sostiene el Ministerio no encuentra eco en los Trabajadores. Abriendo el debate sobre los modos que utiliza para que se apropien del mismo, creo que no alcanza con explicitarlo en documentos o páginas web sino que es necesario un trabajo en los territorios de participación popular

Me parece interesante rescatar que los trabajadores que respondieron lo que era la Salud, con ciertos rasgos “biologicistas” son los que se encuentran más cercanos a la gente en términos de clase, en lo cotidiano. Paradójicamente, ellos mismos, a la hora de la práctica, no llevan adelante intervenciones que se condigan con el paradigma Médico Hegemónico, sino más bien con el planteo de Salud como conflicto e incluso estos trabajadores son los que más se comprometen a realizar prácticas de manera interdisciplinarias. Tal como sostenía anteriormente, no creo que sea casualidad que los trabajadores que dieron estas respuestas sean los que muchas veces “ponen en cuerpo” o intervienen en la urgencia, debido a esto son los que tienen menos posibilidades de repensar sus prácticas y los conceptos que le dan sustento, incluso por su misma formación.

Esta cuestión, de la “disociación” entre lo que piensan que es la Salud y la APS y lo que realizan en sus prácticas, también se puede ver, tal como planteé anteriormente, en la mayoría de los trabajadores que dijeron ver a la Salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS). A la hora de llevar a la práctica dicha concepción, muchas veces, terminan analizando al sujeto de manera fragmentada, viendo “lo social”, “lo psicológico” y “lo orgánico” por separado, llevando adelante una intervención más cercana al Modelo Médico Hegemónico.

La mayoría de los Trabajadores que dijeron ver a la Salud tal como lo plantea la OMS, también vieron a la APS sólo “como puerta de entrada”¹³. Es decir, (por las respuestas que dieron y por sus prácticas) la concibieron como algo meramente organizativo y burocrático del Sistema de salud, sólo como pasos o escalones que cambian de complejidad. Sostengo esto, ya que tal como decía en el párrafo anterior, estos mismos trabajadores en su cotidianidad terminan analizando al sujeto de manera fragmentada, e interviniendo solo derivando a otros profesionales o a otros niveles de atención.

Esto también se relaciona con que, estos mismos trabajadores, son los que suelen confundir a la interdisciplina con interconsulta o derivación. Tal como describí a lo largo de este trabajo, muchas veces esta “derivación” es directamente hacia la Trabajadora Social, evidenciando que naturalizan que por sus función (Nexo, ubicar problemas, ayudar”, etc.) ella va a saber cómo trabajar esa situación problemática. Analizando las entrevistas, y observándolos en las prácticas noté que bajo estas “funciones” se termina posicionando al Trabajador Social como el “Héroe” que sabe cómo “solucionar” o trabajar con las problemáticas que los otros profesionales no pueden, no saben o no quieren intervenir.

Retomando lo planteado en el capítulo anterior, más allá que en determinados momento es la Trabajadora Social la que se posiciona como “heroína”, no deja de llamarme la atención que dentro de este Campo, en la mayoría de los casos, son las mujeres las que quedan implicadas en ésta figura de la “subjetividad heroica” (de no ser la Trabajadora Social, ese rol lo ocupa la Enfermera, la Psicóloga, etc.).

El nivel de “feminización” del Campo Salud y del Campo del Cuidado en sí, son aspectos que si bien no trabajo en profundidad en esta tesis, no se pueden pasar por alto a la hora de analizar los Centros de Salud, ya que estos generan una “subjetivación sexuada” (Molinier; 2015) que determina las prácticas que llevan adelante las trabajadoras del Centro.

Bajo esa idea, de “héroe”, se olvidan que las intervenciones con las que se trabajan en el Campo Salud presentan la característica de ser “irresolubles”, tal como lo describió Cazzaniga, por lo cual muchas veces se podrán “solucionar” los problemas que se presentan, pero siempre aparecerán nuevas problemáticas que harán repensar la intervención. Es

¹³ 7 de los 11 Trabajadores que respondieron que veían a la Salud tal como planteaba la OMS, también dijeron ver a la APS como “puerta de entrada”

necesario que el trabajador tenga en cuenta la “imposibilidad” de solucionar todos los problemas con los que se interviene.

Una cuestión que me gustaría problematizar, es que muchas veces es el mismo Trabajador Social el que acepta e incluso se posiciona como “héroe” dentro del Centro de Salud. Considero que esta manera de posicionarse no responde solo a una demanda de los trabajadores y de la población, sino que también porque muchas veces resulta ser la manera más “cómoda” y “fácil” de intervenir ante lo dificultoso que es en algunos casos la intervención de manera verdaderamente interdisciplinaria.

Un desafío de los Trabajadores de la Salud es reconocer las limitaciones del profesional heroico y solitario, tal como dice De La Aldea

“la mayor producción de la subjetividad heroica es probar su propia impotencia: no se puede hacer nada por otros y la operación subjetiva es la de hacer con otros y precisamente hacerse con otros (...) lo que provoca que haya otros. Si hago por otros estoy protegida, si hago con otros soy vulnerable. Si hago por otros, hago yo, si hago con otros, ya no soy yo el que hace: hacemos nosotros” (De La Aldea; 16:2004)

Tal como decía en el final del capítulo anterior, es necesario reconocer que cuando las demandas son complejas, es más necesario trabajar interdisciplinariamente, entre los diversos profesionales del Centro de Salud y la población misma. Reconociendo que el “Héroe” solitario y “salvador” no existe, a lo sumo podremos construir al “Héroe Colectivo” trabajando juntos y formando este “nosotros”

Para concluir, creo importante aclarar que este trabajo no pretende sacar conclusiones unívocas ni definitivas, al contrario, al problematizar las prácticas cotidianas de los dos Centros busqué generar un puntapié para repensar las intervenciones cotidianas de los diversos Centros de Salud. Es de suma importancia seguir trabajando y problematizando las disputas teóricas de nuestra Salud Pública ante las embestidas que parece plantearnos este nuevo gobierno “neoliberal”.

GLOSARIO:

APS: Atención Primaria de la Salud

CCB: Centro de Convivencia Barrial

CS: Centro de Salud

OPS/OMS: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.

PSBC: programas de salud basados en la comunidad

SAMCO: Sistema para la Atención Médica de la Comunidad

SSP: Sistema de Salud Público

TS: Trabajo Social/trabajador social

UNR: Universidad Nacional de Rosario

7 de Sep.: 7 de Septiembre

Bibliografía:

- ACHILLI, E. “*Notas sobre el proceso de construcción de un Proyecto de Investigación*”. Rosario, Argentina, Documento de Trabajo de Universidad Tecnológica Nacional, 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. y SILVA PAIM, J. “*La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica*”. Brasil, Cuadernos Médicos Sociales 75, 1999.
- ALMENDRA, L y MONTENEGRO, D. “*Aproximación a un análisis histórico y situacional de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Argentina*”; Universidad Nacional de Córdoba, S.F. [Consulta: Martes, 29 de marzo de 2016] Disponible en Internet: http://trabajosocial.proed.unc.edu.ar/pluginfile.php/25258/mod_folder/content/0/APS_analisis_Arg.doc?forcedownload=1.
- Arredondo, Armando, “*Análisis y reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud- Enfermedad*”. Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Salud Pública, 1992
- ASE, I. y BURIJOVICH, J “*La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el Derecho a la Salud?*”. Buenos Aires, Revista Salud Colectiva. 2009.
- BLOCH C. “*Atención Primaria de Salud en Argentina, desarrollo y situación actual*” (Mesa redonda). En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas. 1988
- BLOCH C. y otros “*Evaluación del programa de Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario*”. Organización Panamericana de la Salud.1992
- Bourdieu, Pierre, “*Sociología y Cultura*”, 1984. [Consulta: Martes, 29 de marzo de 2016] Disponible en Internet: <http://existenciaintempestiva.files.wordpress.com/2014/03/bourdieu-sociologia-y-cultura.pdf>
- BRITO, P “*Para fortalecer la salud pública en la región de las Américas*” en Foro Regional “Una nueva agenda para las reformas sectoriales de salud; Guatemala. 2004

- [Consulta: Lunes 11 de abril de 2016] Disponible en Internet:
<http://www.paho.org/hq/documents/events/guatemala04/PedroBrito.pdf?ua=1>
- CAMPANA, M. *“La asistencialización de la salud pública. La atención primaria de la salud en el municipio de Rosario”* Doctorado en Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario. 2010
 - CARBALLEDA, A y BARBERENA, M. *“Trabajo Social, Política Social y salud”* [Consulta: Jueves, 14 de Mayo de 2015] Disponible en Internet:
http://trabajosocial.proed.unc.edu.ar/pluginfile.php/25258/mod_folder/content/0/Trabajo_Social_Salud_Carballeda.doc?forcedownload=1
 - CAZZANIGA, S. *“Sobre la imposibilidad de la intervención profesional: Reflexiones para poder repensar”*. Ponencia presentada en las Jornadas de Investigación en Trabajo Social. UNER, Paraná. 2009
 - CAZZANIGA, S. *“Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”*. Editorial Margen. Edición N°27. 2002
 - Declaración de ALMA-ATA. [Consulta: Jueves, 14 de Mayo de 2015] Disponible en Internet:
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
 - DEJOURS, C. *“Trabajo Vivo”*, en Trabajo y Emancipación. Buenos Aires, Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, 2013.
 - De LA ALDEA, E. *“La subjetividad Heroica: Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud”*, 2004. [Consulta: martes, 2 de Agosto de 2016] Disponible en Internet:
https://lacasona.org.ar/media/uploads/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf
 - FERRARA, F. *“Relectura de la formación docente en salud”*, 2009. [Consulta: martes, 5 de abril de 2016] Disponible en Internet:
<http://fordocsalud.blogspot.com.ar/2009/08/conceptualizacion-del-campo-de-la-salud.html>
 - FERNANDEZ VECCHIO, M y otros *“La actuación Profesional del Trabajo Social en el Servicio de Urgencias del Hospital P.Piñero”*. En: Intervenciones de Trabajo Social en el Área de la Salud: Buenos Aire, Espacio Editorial. 2012.

- FOLLARI, R. *Apuntes Seminario Epistemología*. Facultad de Ciencias de la Educación. UNER. Paraná. 1992
- GARCIA CABRERA, M.E. “*Salud: ¿Derecho o privilegio?*” Tesis Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario. 2009
- GUTIERREZ, A “*La diversificación de estrategias de reproducción social en el Barrio Altos de Yapeyú, Córdoba*”. En Gravano Ariel “*Miradas urbanas visiones barriales*”. Uruguay, Nordam comunidad, 1995.
- IRIART, C y otros. “*Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos*”, 2002. En *Revista Panamericana Salud Pública*.
- JELIN, E. “*La familia en Argentina: Trayectorias históricas y realidades contemporáneas*”. En Esquivel, V. Faur E. Y Jelin E. “*Las lógicas del cuidado infantil entre las familiar, el estado y el mercado*”. Buenos Aires, IDES Editorial, 2012, pp. 45-72.
- KARSZ, S. “*Pero ¿Qué es el Trabajo Social?*”. Publicación Universidad Nacional de Entre Ríos, 2006.
- LAMAS, M. “*El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*”. México, 1996
- LAURELL, A.C. “*La salud-enfermedad como proceso social*” en Cuadernos Médicos Sociales N° 19, Enero de 1982.
- LIBORIO, M. “*Por qué hablar de salud colectiva?*” [Consulta: Martes, 29 de marzo de 2016]. Disponible en Internet: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/Liborio.pdf>
- GUTIERREZ, A “*Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*”. Córdoba, Ferreyra Editor, 2005.
- MENÉNDEZ, E “*Modelo médico Hegemónico y Atención Primaria*” En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas (1988)
- MENÉNDEZ, E “*El Modelo médico y la Salud de los trabajadores*” [Consulta: Martes, 29 de marzo de 2016]. Disponible en Internet: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002
- MENÉNDEZ, E. “*Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Auto atención. Caracteres estructurales*” En “*La Antropología médica en*

- México”- Universidad Autónoma Metropolitana. México; 1992
- Mimeo Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2015.)
 - MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE “*Red de Servicios de Atención*” [Consulta: Martes, 29 de marzo de 2016]. Disponible en Internet: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/114560>.
 - MORIN, E. “Sobre la interdisciplinariedad” Publicado en el Boletín N°2 del Centro Internacional de Recherches e Etudes Transdisciplinarias. 2005
 - MORÍN, E. “*Educación en la Era Planetaria*”. España, editorial Gedisa S.A. 2003.
 - NAJMANOVICH, D y LENNIE, V. “*Pasos hacia un pensamiento complejo en salud*”. 2004 [Consulta: Martes, 29 de marzo de 2016]. Disponible en Internet: <http://www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran/colab/Denise2.htm>
 - OPS/OMS “*La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*”. Washington, Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2005
 - PAUTASSI, L. “*¡Cuánto trabajo mujer!*”. Buenos Aires, Capital Intelectual, 2007
 - RIVIERE, P. “*Diccionario de Psicología Social*” [Consulta: Martes, 11 de octubre de 2016]. Disponible en Internet: <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2012/02/diccionario-de-psicologia-social.pdf>
 - ROCKWELL, E. “*Reflexiones sobre el proceso etnográfico(1982-1985)*”. Departamento de Investigaciones y de Estudios Avanzados del IPN, México, 1987
 - RODRIGUEZ, A “*El planteamiento ideológico de Alma- Ata*”. La Habana, Cuba, 2004. [Consulta: lunes 23 de mayo de 2016]. Disponible en Internet: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm
 - SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE ROSARIO “*Propuesta de estrategia para la instalación de transformaciones en el proceso de trabajo de la Secretaria de Salud Pública*”. Rosario, Santa Fe, 2002.

- SPINELLI, H. “*El trabajo en el campo de la Salud: ¿modelos artesanales o industriales?*” En Invest Educ. Enferm., 2015.
- STOLKINER, A. y SOLITARIO, R. “*Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*”. Cátedra Salud Pública y Salud Mental de la UBA. 2010
- STOLKINER, A. “*Dialogo sobre interdisciplina*” Periódico En Diálogo, Extensión. Universidad de la República Uruguay. Octubre de 2012.
- SVAMPA, M. “*Certezas, incertezas, desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara*” .Biblioteca Nacional, Buenos Aires, 2010.
- VASCONCELOS, E. “*Servicio Social e Interdisciplinariedad: El ejemplo de la Salud Mental*”. Revista Serviço Social & Sociedade Nº 54. AÑO XVIII, Cortez Editora, São Paulo. Junio de 1997
- VASILACHIS DE GIALDINO, I. “*Métodos Cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*”, Buenos Aires, Argentina, Centro Editor de América Latina, 1992
- VERGARA QUINTERO, M. “*Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad*”. Colombia, Revista Hacia la Promoción de la Salud, 2007.
- TOBAR, F. “*Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina*”. Argentina. 2001
- WEBER, M. “*Economía y sociedad.*” Fondo de Cultura Económica. México, 1984.
- WLOSKO, M. y ROS, C. “*El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier*”. 2015 [Consulta: Viernes 11 de noviembre de 2016]. Disponible en Internet: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000300010

ANEXOS

Guía de Preguntas a Trabajadores del Centro de Salud N°3 “7 de Septiembre.

- 1- ¿Qué concepción de Salud tenés?
- 2- ¿Qué entendés por Atención Primaria de la Salud?
- 3- ¿Cuánto hace que trabajas en el primer nivel de atención?
- 4- ¿Y en este Centro de Salud?
- 5- ¿Crees que es necesario la figura del jefe en el Centro de Salud?
- 6- ¿Crees que es necesario trabajar las diferentes demandas de manera interdisciplinaria?
- 7- ¿Crees que son necesarias las reuniones de equipo?
- 8- ¿Crees que hay alguna jerarquización de alguna profesión sobre otra dentro del Centro de Salud?
- 9- ¿Cuáles son para vos las principales problemáticas de la población?
- 10- ¿Cuál crees que es la función de la Trabajadora Social en el Centro de Salud y qué importancia crees que tiene?
- 11- ¿Hay demanda de población joven? ¿Se acercan voluntariamente? ¿O cómo llegan?

Guía de Preguntas a Trabajadores del Centro de Salud “Alfonsina Storni”

- 1- ¿Cuánto hace que trabajas en Salud?
- 2- ¿Y en el primer nivel de atención?
- 3- ¿Y en este Centro de Salud?
- 4- ¿Por qué elegiste trabajar acá?
- 5- ¿Y cómo era esto cuando empezaste a trabajar?
- 6- ¿Cómo era la población?
- 7- ¿Cómo se organizaba el trabajo?
- 8- ¿Qué cosas consideras que cambiaron desde que vos ingresaste?
- 9- ¿Qué es la Salud para vos?
- 10- ¿Y la Atención Primaria de la Salud?

- 11- ¿Qué figuras/ trabajadores crees que son necesario que estén en un Centro de Salud?**
- 12- ¿De qué manera consideras que se deben atender las problemáticas más complejas del Centro de Salud?**
- 13- ¿Qué opinas de las reuniones de equipo?**
- 14- ¿Cuáles son para vos las principales problemáticas de la población?**
- 15- ¿Cuál crees que es la función de la Trabajadora Social en el Centro de Salud y qué importancia crees que tiene?**