



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

IMPACTO DE GRAN DEMANDA SOBRE PROFESIONALES EN EL ÁREA SALUD.
EL CASO DEL CENTRO DE SALUD "JUANA AZURDUY"

MARINA BALBI

TESINA DE GRADO
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
DIRECTORA: MARIA EUGENIA GARMA
CO-DIRECTORA: ROMINA BUSTOS

ROSARIO 2018

AGRADECIMIENTOS:

- Quiero agradecer a mi familia por la posibilidad de elegir una carrera para seguir y por el apoyo de siempre
- A mis amigas de la vida que fueron un gran apoyo en los momentos en que teníamos que debatir respecto a cómo seguir, qué hacer y por la catarsis que hemos hecho más de una vez.
- A mi compañero de hace casi diez años, que es incondicional y siempre me apoyo en todo y estuvo acompañándome en todo momento.
- A mis amigas de la facultad, gracias por los años compartidos, sin ellas nada hubiese sido igual.
- A mis compañerxs de cursado, gracias también, porque de nosotrxs mismxs fuimos aprendiendo un montón.
- A la comunidad de educativa de la “fcpolit” gracias por ayudar a ampliar las perspectivas y poder abrir la mente a un mundo, nuestro mundo y poder estar con mayor contacto con la sociedad que nos rodea.
- A todo el cuerpo docente, gracias por las enseñanzas y la dedicación.
- A mis compañerxs de prácticas en el Centro de Salud Juana Azurduy, gracias también por lo compartido a lo largo de 3 años.
- A Betina, la Trabajadora del Centro de Salud Juana Azurduy durante mis prácticas profesionales, gracias por el acompañamiento a lo largo de las prácticas y por las enseñanzas de la profesión en el campo salud.
- A las entrevistadas, gracias por dedicarme un tiempo de su trabajo y colaborar con mi tesina de grado.
- A Romina Bustos, a quien elegí en primera instancia para que me acompañe en este proceso y con la cual comenzamos y avanzamos en este trabajo y que por cuestiones personales no pudo continuar acompañándome, ¡muchas gracias!
- A María Eugenia, mi segunda elección, mil gracias por aceptar este trabajo ya comenzado y por ayudarme a poder culminar con esta etapa.

INDICE

<u>INTRODUCCIÓN</u>	P.4
<u>CAPÍTULO 1: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN ROSARIO</u>	P.9
1.1: Política de Salud Municipal: Cambios en Rosario.....	P.11
1.2: Salud integral.....	P.13
<u>CAPÍTULO 2: ESTADO LOCAL Y DESCENTRALIZACIÓN EN LOS BARRIOS</u>	P.16
2.1: Distrito Noroeste: instituciones territoriales.....	P.18
2.2: Centro de Salud “Juana Azurduy”.....	P.20
<u>Población y territorio</u>	P.22
<u>2.2.1: Clínica ampliada</u>	P.24
<u>2.2.1.1: Equipo de referencia y proceso de adscripción</u>	P. 27
<u>2.2.1.2: Equipos de apoyo matricial</u>	P.29
2.3: Forma de Trabajo al interior del Centro de Salud “Juana Azurduy”.....	P.31
<u>CAPÍTULO 3: LABOR Y DESGASTE PROFESIONAL</u>	P.34
3.1: La demanda a profesionales en el sector salud.....	P.37
<u>Demanda profesional</u>	P.37
<u>3.1.1: Demanda a profesionales de salud pública</u>	P.39
3.2: Autonomía profesional y responsabilidad en accionar.....	P.41
3.3: Malestar Profesional.....	P.44
<u>REFLEXIONES FINALES</u>	P.51
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	P.55

INTRODUCCION:

El presente trabajo de tesina de grado, es el resultado de un proceso académico y colectivo fuertemente anclado en la formación profesional de la Licenciatura en Trabajo Social. Comenzó a delinarse durante los últimos tres años de la carrera (2014-2016), en que se desarrollaron las prácticas profesionales, realizadas en un Centro de Salud municipal de la ciudad de Rosario.

Durante esos años, participé de múltiples espacios, formales e informales, de debate de la labor realizada, en las que se enfatizaban, por lo general, las mismas preocupaciones por parte de lxs profesionales de este ámbito. Éstas giraban en torno a las condiciones de trabajo en que se desarrollaba la actividad profesional, y cómo estas influían posibilitando o imposibilitando su ejercicio, sobre los desafíos de lxs profesionales para contribuir en la garantía del derecho a la salud de lxs sujetos, en una realidad social local cada vez más compleja.

De esta manera, este escrito tiene como objetivo explorar la forma de trabajo al interior de una institución de salud caracterizada por poseer una gran cantidad de demanda y cómo esto puede producir un malestar profesional que podría desencadenar una atención no óptima para las problemáticas que se presentan. Además es necesario recuperar y dar a conocer el campo de la salud, el cual actúa como telón de fondo de ese trabajo cotidiano que realizan lxs profesionales y que lo atraviesa de una forma transversal.

La institución a la cual estoy haciendo referencia es el Centro de Salud “Juana Azurduy”, ubicado en la zona Noroeste de la ciudad de Rosario, en el barrio Empalme Graneros, que junto con el campo salud, la zona de influencia donde se encuentra situado, van a formar el escenario en el cual se dan las diversas situaciones que tienen que atravesar lxs profesionales en su labor diaria.

Luego de haber realizado mis prácticas profesionales en este Centro de Salud, a lo largo de 3 años, puedo dar cuenta de que una de las problemáticas tiene que ver con la gran cantidad de personas que se atienden en dicha institución. De esta manera, la atención brindada muchas veces no es suficiente para dar respuesta¹ a todas las demandas que se presentan a diario, ya que para que las acciones de lxs profesionales sean eficaces, es decir,

¹Con dar respuesta hago referencia a escuchar, revisar, diagnosticar, realizar seguimiento de las diferentes situaciones para poder lograr un equilibrio de bienestar biológico, psicológico y social en la persona “enferma”.

acciones tendientes a lograr un efecto deseado en la salud de las poblaciones atendidas, no se restringen a la mera atención médica y utilización de fármacos. En este sentido, el mayor nivel de bienestar que se puede alcanzar en lo relacionado a lo biológico, lo psíquico y lo social están vinculados a la historia de vida y a su inserción en un entramado social que condiciona el estado de salud.

A la hora de llevar adelante la atención juegan un papel muy importante la demanda, la urgencia, el tiempo porque en una jornada laboral diaria, lxs profesionales tienen que dar respuesta a muchas problemáticas que llegan a la institución; la demanda porque así como llega la primer situación llegan muchas otras más, generando largas colas de espera; y la urgencia porque muchas veces llegan situaciones que ameritan la atención prioritaria de lxs profesionales, dejando de lado por un instante el resto de situaciones. Entonces, en el proceso de atención todas estas cuestiones generan impaciencia y malestar en lxs pacientes, que se termina trasladando a lxs profesionales por no poder controlar estas situaciones.

Es por esto que el objetivo de trabajo se enfoca en poder vislumbrar el malestar profesional que puede generar el impacto de la “gran” demanda sobre lxs profesionales de salud.

Esta problemática surge a partir de pensar que la vorágine institucional, la demanda puede ocasionar que lxs profesionales muchas veces no logren el cometido institucional de la atención que se presenta a diario, generando malestar profesional, que muchas veces lleva a migrar hacia otras áreas laborales. Por cometido institucional hago referencia a la atención de la salud de las personas que se acercan al Centro de Salud, en este caso a poder brindar una atención primaria de la salud, teniendo en cuenta las principales problemáticas que atañen al barrio en el cual están insertas las personas y por supuesto lo biológico que muchas veces es lo que lxs lleva en primer instancia a una consulta médica por ejemplo, y además de eso, lo psicológico y lo social que también juegan un papel sumamente importante en la salud integral.

Digo esto, porque durante mis prácticas he visto movilidad de profesionales, la gran mayoría se retiraba de la institución con un desgaste generado por la cantidad de demanda, teniendo en cuenta la cantidad de problemáticas complejas que esta trae consigo. Debido a ello realicé una serie de entrevistas a profesionales que pasaron por el Centro de Salud, en su mayoría médicas, para poder realizar un análisis fundamentado y poder complementar con información bibliográfica la teoría de lo que estaba sucediendo, -que podría encontrarse en el

lado opuesto de lo que “debería” suceder- para confirmar o refutar una hipótesis respecto al malestar profesional generado por la cantidad de demanda.

A continuación, en el siguiente trabajo final de carrera, se trabajará particularmente con información brindada por profesionales que trabajaron en la institución, ya que a partir de entender la forma de trabajo que se daba al interior de la institución entre lxs profesionales y entre éstxs y lxs pacientes, se puede pensar en un supuesto relacionado con el malestar profesional. La cantidad de pacientes adscriptos que tiene cada unx, las problemáticas más recurrentes que llegan al consultorio, las respuestas brindadas y el seguimiento de las mismas por parte de lxs profesionales, sean estas problemáticas derivadas o no a otro nivel, entre otras, forman parte de las cuestiones que se tuvieron en cuenta a la hora de realizar las diferentes entrevistas para poder llegar a interrogarnos a qué se debe el malestar profesional que cargaban lxs profesionales que pedían ser derivados hacia otras áreas.

Las aproximaciones al objeto de estudio, requirieron del despliegue de diversas técnicas que incluyeron la revisión bibliográfica y trabajo con fuentes primarias: realización de entrevistas.

Realicé revisión bibliográfica; para esto recurrí a documentos de la municipalidad de Rosario, libros, publicaciones on-line, trabajos de información estadística, trabajos de tesinas de grado, trabajos realizados en años anteriores en la carrera, que permitieron acercarme teóricamente al tema elegido y contribuyeron a la realización de este análisis de trabajo.

Además realice entrevistas semi-estructuradas a 2 médicas y 1 trabajadora social que trabajaron en el Centro de Salud, que me permitió recuperar palabras y percepciones por parte de estas profesionales que se encuentran en ejercicio hoy, en otras instituciones del mismo campo.

En este escrito se analizan particularmente las entrevistas de las profesionales. Los nombres de las entrevistadas se cambiaron para resguardar su identidad. En adelante, las entrevistadas serán denominadas como E1 Juana, E2 Rocío, E3 Marcela. Además se reconstruye la información del Centro de Salud, recuperando lo trabajado durante las prácticas profesionales que aporta a comprender el Sistema de Salud Pública en el cual está inserta la institución sobre la que se trabaja.

Resta enfatizar, que el presente trabajo pone foco en los procesos de trabajo en que se insertaron las trabajadoras del Centro de Salud estudiado, y que además, no se pretende generalizar los resultados.

El trabajo se encuentra estructurado por tres capítulos para poder lograr un mejor desarrollo del mismo.

El primer capítulo tratará el tema de la política de salud municipal, ya que el centro de Salud depende de la Municipalidad de Rosario y por ende los ejes que guían este trabajo al interior de la institución van a depender de esta política llevada adelante por el municipio. Además de este capítulo, se va a desarrollar un subcapítulo que hace referencia a los inicios de la Atención Primaria de la Salud y a la Salud integral respectivamente, ya que son concepciones a las que adhiere el municipio y son imprescindibles para poder entender de una forma lógica e integral el proceso de salud llevado adelante por los Centros de Salud.

El segundo capítulo desarrolla cuestiones políticas-económicas del Estado Municipal. Medidas que fueron modificando la estructura municipal para poder llevar adelante un mejor desarrollo y lograr una mayor equidad en la ciudad, en lo que respecta a servicios públicos, sociales, administrativos, etc.

Además el mismo capítulo trabaja otras temáticas como la zona noroeste y las instituciones territoriales. De esta manera, me permite adentrarme en el Centro de Salud “Juana Azurduy”, lugar en el cual encuentro la problemática a trabajar, desarrollando la historia del mismo y el territorio y la población con la cual tiene contacto. A su vez, el apartado que trabaja sobre el Centro de Salud “Juana Azurduy”, se divide en otros en los que se comentará cómo es la forma de trabajo al interior del Centro de Salud y también, se agregará información respecto a la clínica ampliada, a los equipos de referencia y de apoyo matricial, para reforzar respecto a la organización que se puede dar al interior de los equipos de salud.

En el tercer y último capítulo, se problematizará en relación a la labor profesional, pensando en la cantidad de demandas que hay en la institución y en la capacidad de lxs profesionales de poder dar respuesta a todas ellas.

En el apartado 3.1 se trabajará con la categoría de demanda pensada independientemente del campo en el que el profesional se desempeñe, para poder entender a qué me refiero cuando hablo de la misma. En este sentido permitirá ir avanzando más en la

cuestión de la demanda profesional para poder lograr abordar de una mejor manera lo que es la demanda en el campo de la salud pública.

Asimismo, en el capítulo se desarrollan las demandas a profesionales de salud pública más específicamente. En este caso un centro de atención primaria, lo cual implica un contacto con el barrio en el que se encuentra anclado, un mayor conocimiento de las familias que se acercan al centro, y por supuesto de las problemáticas que atraviesan a estas familias, ya sean de orden económico, social o entramados familiares que se vinculan con la violencia y hechos delictivos. Además, al ser la institución de entrada al sistema de salud y muchas veces, o en este caso particular para ser más precisa, es sino la principal institución estatal con la que se contacta la gente, por lo cual las demandas que se presentan a diario son de índole muy variada y no respectivamente hacen referencia a problemáticas específicamente de salud, pensando en este sentido en el cuerpo enfermo o en el equilibrio de un completo bienestar biológico; que si bien es lo que originalmente se conoce como lo relacionado a la salud, en esta institución se trabaja con la integralidad de la salud, lo que implica que las otras cuestiones también forman parte de este trabajo, como lo psíquico y lo social.

Además de la cuestión de la demanda que es lo que puede llegar a dar inicio al malestar profesional, en este tercer capítulo se trabajarán también otras cuestiones como la responsabilidad en el accionar, la autonomía profesional y el malestar profesional específicamente.

Finalmente, se culmina el trabajo de tesis de grado con reflexiones finales que podrán brindar un acercamiento a la hipótesis planteada al principio, respecto al malestar profesional que puede generar la gran demanda en lxs profesionales del Centro de Salud “Juana Azurduy”, teniendo en cuenta la concepción de salud integral y repensando en si se garantiza ese derecho a la población o no.

CAPÍTULO 1: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN ROSARIO:

El año 1990 es considerado como el principio de la construcción de una política de Atención Primaria de la Salud (APS) entendida como estrategia organizadora del sistema. A partir de este momento la APS en Rosario transcurre por diversas etapas:

Durante el período previo a 1990, los hospitales eran reconocidos como espacios de saber y formadores de recursos humanos. El primer nivel estaba constituido por "centros periféricos" o "dispensarios" que estaban ubicados en las cercanías de los asentamientos informales, y funcionaban con dependencia de los hospitales.

El trabajo en la APS era considerado como un trabajo sin prestigio, un lugar que no era de interés científico, rutinario, donde el propósito era constituirse en la puerta de entrada de la población marginal y en orientadores hacia el "hospital base", ya que la oferta de servicios de los Centros de Salud era reducida. Es por ello que los hospitales eran el principal receptor de demanda de la población. Asimismo, lxs profesionales que no eran médicxs, se encontraban subordinados a éstos, por regla general.

El modelo de atención municipal se caracterizaba por un fuerte énfasis hacia la atención de enfermedades infectocontagiosas y de la salud materno-infantil con una orientación asistencial y curativa con una escasa atención hacia el desarrollo de acciones de rehabilitación, seguimiento, prevención, promoción y trabajo sobre determinantes sociales de la salud.

A pesar de que hacia 1990, no se consideraba a la APS como una estrategia organizadora del sistema, la Secretaría de Salud comenzó a poner mayor énfasis en este primer nivel para lograr mejores condiciones de acceso al sistema de salud y a su vez fortalecer lazos con la comunidad en donde se encontraban anclados los centros. De esta manera, se creó la Dirección de Atención Primaria de la Salud y con ella se construyeron Centros de Salud y acuerdos con organizaciones comunitarias para brindar atención en sus instalaciones. Hacia el año 1995, la municipalidad contaba con aproximadamente 30 Centros de Salud.

Para ese entonces, Hermes Binner estaba como secretario de Salud y brindaba apoyo a la Dirección de APS, lo que logró impulsar aún más la transformación del primer nivel, con la finalidad de mejorar la capacidad resolutoria, las condiciones de accesibilidad y alinear su funcionamiento bajo los principios de la APS. De esta forma se realizan una serie de normas e

innovaciones organizacionales como la modalidad de entrega de turnos y el cumplimiento del horario laboral; la incorporación de un registro de prácticas y abastecimiento y control de la utilización y stock de insumos. Estas medidas fueron fuertemente rechazadas por lxs médicxs, ya que de ser llevadas a cabo, perderían su autonomía en el manejo de los tiempos y en la forma de trabajo de los Centros de salud.

Hacia el año 1995 asume la intendencia de Rosario Hermes Binner, quien tuvo un mandato hasta el año 2003 y anteriormente era el Secretario de Salud. En este marco, se presta apoyo político necesario para profundizar el desarrollo de la estrategia de APS.

Durante este período crecen los recursos asignados al primer nivel de atención, así como también a los otros niveles, ya que se produce un aumento general del presupuesto municipal otorgado al área Salud. Al mismo tiempo, la dirección de APS comienza a integrar recursos humanos calificados y motivados, como médicxs generalistas, psicólogxs, trabajadores sociales, que permitieron fortalecer al “Movimiento de APS”.

A su vez se producen grandes cambios al interior del primer nivel específicamente. La Dirección de APS se comienza a organizar en coordinaciones de distritos, los programas verticales que se ejecutaban en los hospitales comienzan a ejecutarse en los Centros de Salud y se empieza a trabajar en los mecanismos de coordinación entre el primer nivel y los hospitales.

Hacia el año 2000, la APS era considerada como la estrategia orientadora del Sistema de Salud. Durante este período crece la capacidad de organización del “movimiento de APS”² y se consolida un discurso homogéneo en coalición con otros actores del sistema que defendían una visión más tradicional de la atención. Al mismo tiempo crece su poder de influencia al interior del Sistema de Salud.

La innovación más relevante del modelo estuvo dada por la promoción de la adscripción, que implicaba una relación más estrecha entre determinadxs pacientes y el equipo de salud, y en donde éste se hacía responsable de la salud de sus pacientes.

Los cambios más importantes en cuanto al modelo de gestión se producen en torno al desarrollo de mecanismos de articulación entre niveles de atención creados con miras hacia

²la constitución del "movimiento de APS" como actor político y las innovaciones en los mecanismos de organización del primer nivel y entre niveles -principalmente entre el CEMAR y los CS- contribuyeron a dirimir la disputa por la orientación del sistema de salud fortaleciendo a la APS como estrategia orientadora del sistema versus el modelo hospitalocéntrico.

conformar una red de servicios integral e integrada. Por un lado, se promueven las rotaciones de especialistas por los Centros de Salud y por otro junto con la creación del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) -conducido por integrantes del "movimiento de APS"- se traslada a los especialistas de los hospitales hacia los consultorios del CEMAR. De esta forma, el CEMAR se transforma en un aliado del "movimiento de APS" -principalmente su conducción, no necesariamente los especialistas. Otra innovación introducida fue la "descentralización de pacientes" que consistió en el traslado de los pacientes atendidos en los hospitales hacia los Centros de Salud. Ciertos hospitales trasladaron los controles maternos infantiles e incluso a pacientes con patologías complejas, pero otros se resistieron a hacerlo. Estas innovaciones supusieron una merma del poder de los hospitales que reavivó la rivalidad entre la estructura hospitalaria y "el movimiento de APS".³

“(...)la Atención Primaria operó como vía principal de territorialización, a partir del emplazamiento de centros de salud en barrios periféricos, en los que paulatinamente fueron conformándose equipos multidisciplinarios. (...) Esto produjo una tendencia al tratamiento localizado de los problemas y esa localización de las intervenciones recobró la relación de proximidad entre los habitantes de cada barrio.” (Campana, 2010:267)

1.1: POLÍTICA DE SALUD MUNICIPAL: CAMBIOS EN ROSARIO:

A partir de la descentralización llevada adelante por el gobierno nacional, se produjeron importantes cambios a nivel municipal con el fin de poder generar una mayor equidad territorial y participación social; lo que generaría un gobierno más eficaz y eficiente, y cercano a los vecinos para poder escuchar y atender las diversas demandas.

La descentralización fue “la respuesta a un diagnóstico claro: una ciudad con graves desequilibrios económicos y sociales en su territorio; una ciudad que crecía en forma vertiginosa extendiéndose y alejados del área central; una ciudad que desbordaba la infraestructura edilicia y de servicios; y una ciudad que producía un acelerado deterioro de las condiciones ambientales del micro centro” (Programa de Descentralización y Modernización, 1996).

³ Información obtenida del volumen 12 de la Revista de Salud Pública

De esta manera surge el Plan Estratégico Rosario en el año 1998 que permitió enmarcar este cambio a partir de la identificación de puntos críticos centrales y de la construcción de orientaciones estratégicas de intervención que permitirían mejorar el desarrollo de la ciudad a nivel económico, social y cultural, a partir de la creación de diversos proyectos que estén a la altura de las circunstancias.

Estos cambios que vendrían de la mano del Plan Estratégico Rosario, tienden a lograr los siguientes objetivos:

- Construir una relación más directa y próxima con la ciudadanía, comprometiendo a individuos e instituciones en los proyectos.
- Agilizar y dar mayor transparencia a los trámites y gestiones.
- Aumentar la eficiencia en la distribución de recursos de acuerdo a las necesidades diversas del territorio. (PER;1998:70)

En cuanto a la política de salud específicamente, la Secretaría de Salud Pública acompañó el proceso de descentralización llevando adelante una reorganización de los servicios públicos de salud que permitiría lograr calidad a las prestaciones, así como garantizar mayor eficacia a través de la coordinación y la prevención.

De esta manera, a partir de 1990, la salud pública municipal se ha ido transformando a partir de diferentes ejes, como son la jerarquización de la atención primaria de la salud como estrategia para abordar las problemáticas de salud-enfermedad de la población en forma integral; la recuperación, refuncionalización y equipamiento moderno de todos los hospitales y centros de salud; la aplicación de numerosos programas de prevención y promoción de la salud.

Tal como lo explicita el Programa Estratégico Rosario; la Atención Primaria de la Salud, se va a transformar en la principal estrategia llevada adelante por el municipio para abordar los problemas de salud-enfermedad de la población.

1.2: SALUD INTEGRAL:

A partir del año 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) despojó a la teoría organicista o biomédico de su hegemonía, y definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”⁴. En palabras de Mario Testa(1993), “*lo que trata de hacer es abarcar el conjunto de las situaciones que tienen que ver con la salud. Insisto: con la salud, no con la enfermedad. La idea es ver cuáles son los distintos aspectos que tienen incidencia para que la gente viva sana (...)*”

Tal como lo expresa la Conferencia de Alma Ata, la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.⁵

A partir de estas concepciones es que el Municipio adopta a la salud como integral, como un derecho universal al que debe tener acceso toda la población.

En este marco, es que me introduzco a qué entienden las profesionales por salud integral, preguntando en primera instancia si saben cuál es la concepción de salud que tiene el municipio.

La primer entrevistada contestó lo siguiente:

El municipio “tiene la concepción de una salud integral y que requiere para su atención una integralidad también en las acciones y en la organización del sistema, ser equitativa en la distribución de esos recursos, ser universal y ser gratuita.” (El Juana– Médica generalista)

La segunda entrevistada responde que:

“se atiende a la salud como una cuestión más integral, como un proceso teniendo en cuenta la historia de la gente pudiendo ver estas limitaciones (...) las capacidades que tenemos para poder ver las limitaciones que nos da la vida (...) el municipio en realidad tiene un concepto de salud mucho más abarcativo que

⁴ Definición obtenida de la página oficial de la OMS : www.who.int

⁵ Definición obtenida de la página de Alma Ata: www.alma-ata.es

no pasa solamente por la ausencia de enfermedad este y eso está claro de que se trabaja con una gran fuerza y con gran ímpetu en la atención primaria mm la atención primaria como una atención este eh... integral este universal que garantiza digamos este la atención de las familias con un concepto también de trabajar desde la adscripción de pacientes este priorizado las familias más vulnerables". (E2 Rocío - Médica generalista)

Por su parte la tercer entrevistada, al preguntar respecto a la concepción de Salud que tiene el municipio, se remite a lo que es la Estrategia de Atención Primaria de la salud, que si bien no responde específicamente a lo que pregunto, es una respuesta relacionada, ya que la Estrategia de Atención Primaria de la Salud trata de abordar las problemáticas de salud-enfermedad de forma integral, es decir, no solo lo biológico, sino también lo bio-psico-social, que es lo que conforma a un individuo.

Respecto a su posición en cuanto a la salud integral responde que;

“entiendo a la salud concebido en sus múltiples aspectos. Es decir, una mirada de la salud que no sea leída e interpretada por una sola de las disciplinas que inciden en ella. La salud de los usuarios no es sólo su cuerpo, como organismo. Tampoco es sólo su estructura en tanto psique, no es sólo su condición social “en cuanto usuario ubicado en un determinado contexto social”. La salud de los usuarios es cada uno de estos aspectos pero integrados, es decir, no tomados de manera aislada y tampoco con relevado alguno solo desde una mirada hegemónica.” (E3 Marcela – Trabajadora Social)

De esta manera, estamos de acuerdo en que el municipio tiene una concepción de Salud Integral y que la misma tiene que ver con que la atención a lxs sujetxs está basada en un todo, en este sentido, lo biológico, lo social, lo psíquico, lo cultural.

Esto está claramente expuesto en el Programa Estratégico Rosario (1998), donde se define que la salud no es sólo ausencia de enfermedad: en un sentido positivo y dinámico puede ser entendida como aquéllas condiciones que permiten potenciar y desarrollar la capacidad de lucha individual y social contra las determinantes que limitan la vida. Implica también la posibilidad de que grupos sociales puedan realizar el diagnóstico de su propia realidad y encarar la solución de los problemas. Esta concepción integral requiere la

incorporación del trabajo multidisciplinario, no centrado en el/la médicx, sino en todxs lxs integrantes del equipo de salud y en la propia comunidad.

Es preciso además un abordaje intersectorial de las acciones públicas: éstas se deben coordinar con las distintas instituciones de la comunidad vinculadas a educación, vivienda, saneamiento ambiental y esparcimiento.” (PER; 1998:72)

De esta manera, para poder abordar la salud de forma integral, se necesitan varias miradas sobre el mismo objeto que es el/la sujetx, ya que al tener en cuenta todas las facetas del(a) mismo para poder encarar la problemática de la mejor manera posible, se necesita de un equipo multidisciplinario, no es posible reducirlo a una sola mirada profesional.

CAPÍTULO 2: ESTADO LOCAL Y DESCENTRALIZACION EN LOS BARRIOS.

En la década del noventa, con el gobierno nacional en manos de Carlos Menem, y en medio de una economía desbastada, se realizan una serie de modificaciones a nivel nacional- que repercuten por supuesto en los niveles provincial y municipal- guiadas por el consenso de Washington, que prometían una prosperidad sinigual para nuestro país, teniendo como principal medida el achicamiento estatal. De esta manera, la descentralización, la privatización y la focalización, fueron las principales medidas llevadas adelante por el gobierno nacional, con el fin de lograr una mejoría a nivel nacional.

De esta manera, los recursos que estaban en manos del estado, pasan a manos de empresas privadas, con el fin de que éstas garantizarían un mejor manejo con mayor efectividad y eficacia; y otros tantos pasaron a depender de las provincias, sin estar estas preparadas financieramente ni capacitadas para poder cargar con semejante responsabilidad. A esto se le sumaban los programas focalizados para poder hacer frente a la pobreza que estas medidas conllevaron.

A modo de simplificar y en palabras de Repetto y Andrenacci“(...) 3 grandes procesos afectaron al complejo institucional de la política social: la desestatización, la descentralización y la focalización. La desestatización implicó la transferencia parcial o total de responsabilidad del estado a actores privados (empresas y organizaciones no gubernamentales y comunitarias). La descentralización produjo una reorganización de los servicios públicos y sociales que favorece el crecimiento de la responsabilidad relativa de los estados subnacionales. La focalización por último implicó un cambio de objetivo de la política social, del ciudadano como receptor por derecho al grupo o zona de riesgo como receptor estratégico.”

De esta manera, “(...)el escenario y las modalidades de gestión de los municipios se modifican de manera sustancial a partir de la década del noventa y la ciudad de Rosario no constituye una excepción a este proceso.” (Campana; 2010: 58)

La modalidad de descentralización, fue llevada adelante por el municipio con el fin de lograr una mayor igualdad socio-económico en la ciudad, ya que Rosario es una ciudad muy grande y los servicios y gestión estaban centralizados en un solo lugar. De esta manera, se

trataba de mejorar aquellas zonas desfavorables y continuar consagrando aquellas que ya estaban consolidadas.

Tal como es planteado por Carballeda, “los límites del territorio tienen un importante componente subjetivo, ya que son inscripciones de la cultura y la historia, y se entrelazan estrechamente con la biografía de cada habitante de la ciudad. En los límites es donde empieza a construirse la relación entre territorio e identidad en la esfera de cada sujeto.” (Carballeda,2008:77)

De esta manera en el año 1996, se delimitaron 6 Centros Municipales de Distrito (CMD): Centro, Norte, Sur, Oeste, Noroeste y Suroeste. La descentralización en distritos permite tener una llegada más cercana a los barrios, con sus necesidades, y que éstos puedan resolverlas en la cercanía del gobierno. Además permite la participación ciudadana, que más adelante se hace totalmente visible con la incorporación de Programa de Presupuesto Participativo que forma parte del Programa de Descentralización y Modernización.

“Según los fundamentos del documento, la descentralización actúa como política de reorganización administrativa y de las funciones y servicios municipales, y se desarrolla a través de la delimitación de sus distritos con sus correspondientes centros, cubriendo todo el territorio del Municipio.” (Campana; 2010:62).

El plan de acciones para la efectiva puesta en marcha del proceso fue iniciado en enero de 1996, luego de la creación del Programa de Descentralización y Modernización de la Municipalidad de Rosario.

A partir de allí, se conformó la Unidad Ejecutora del Programa y se elaboró el Documento Base para la Descentralización de la ciudad.

En su primera etapa se contemplaba la delimitación territorial en seis distritos de Gestión administrativa municipal, a partir de los cuales se planificarán, coordinarán, ejecutarán y evaluarán las acciones administrativas del gobierno municipal. Los distritos fueron denominados según su localización geográfica y sus límites territoriales. Además se llevó adelante la creación de un Centro Municipal de Distrito para cada uno de los mismos.

Los Centros Municipal de Distrito son centros administrativos y de servicios, que permiten concentrar ciertas actividades en un solo lugar, para la resolución de trámites y prestación de servicios públicos.

La segunda etapa significó una reorganización funcional u operativa que se llevó adelante con la creación de un Área de Servicios Urbanos (ASU) en cada distrito, con el objetivo de atender reclamos acerca de servicios públicos y obras.

La tercer etapa se ocupó de la habilitación de los Centros Municipales de Distrito, que fueron puestos en marcha entre 1997 y 2009. El Primer Centro Municipal de Distrito comenzó a funcionar en 1997 en Villa Hortensia, en el Distrito Norte de la ciudad; en el año 1999 se inauguró el CMD Oeste "Felipe Moré"; en el año 2002 abrió sus puertas el CMD Sur "Rosa Ziperovich". El CMD Centro "Antonio Berni" fue inaugurado en el año 2005 y al siguiente año lo hizo el CMD Noroeste "Olga y Leticia Cossettini". Luego en el año 2009 se inauguró el CMD Sudoeste "Emilia Bertolé".

Por último, la cuarta etapa contemplaba la participación ciudadana como reconstrucción de la esfera pública. En esta etapa, el presupuesto participativo juega un papel central, ya que fue la manera en que lxciudadanxs participen activamente en la decisión del destino de los recursos públicos, a partir de la elección de proyectos para cada distrito.

2.1: DISTRITO NOROESTE: INSTITUCIONES TERRITORIALES.

“Las instituciones sociales son organizaciones específicas de políticas social, aun cuando se presenten como organismos autónomos y estructurados en torno a normas y objetivos manifiestos. Ellos ocupan un espacio político en torno a los nudos de las relaciones entre el estado y la sociedad civil” (Faleiros; 1992:9)

El territorio, puede ser entendido como una construcción social que se desarrolla a partir de las significaciones y usos que los sujetos construyen cotidianamente, a partir de historias comunes, usos y sentidos. (...) es, en definitiva, un espacio construido desde lo social, concentrando en él una larga serie de interacciones y prácticas sociales. (Carballeda, 2012: 28)

Las instituciones territoriales están, justamente situadas en la cercanía de la población, para poder dar respuestas a las demandas que se presentan en cada territorio.

En este punto, se podría pensar que convergen y tensionan dos modelos/lógicas (con sus matices), que atraviesan la estructura institucional en este caso del Centro de Salud- tanto a nivel de la estructura jerárquica, como de los profesionales que trabajan en el primer nivel de

atención. Un modelo cuyo sentido final está dado por la atención de la enfermedad, a partir de la asistencia en el consultorio y otro modelo, en el cual las prácticas de salud, de cuidado y de atención, encuentran su sentido en el complejo campo de lo social.

La intervención en lo social se entrecruza con la demanda que surge de esta circunstancia, pero también con la necesaria observación de sus significados, ya que sin esa posibilidad la intervención se queda sin conocer una parte sustantiva del problema sobre el cual se pretende actuar dentro del escenario institucional (Carballeda, 2008:90)

En el distrito Noroeste de la ciudad, dentro del que se encuentra el Centro de Salud “Juana Azurduy”, las instituciones que están ancladas en el territorio son: las escuelas provinciales de enseñanza primaria: N° 1319 y la N°456 y las escuelas secundaria N° 251 y técnica N° 66030; Bibliotecas Libertad y Mariano Moreno, Clubes barriales Reflejos, Social y Deportivo Gloria, , Centro de Salud Provincial N° 17 “Cáritas Guadalupe” y Centro popular, Centro Crecer, dos Iglesias católicas, más de 20 iglesias evangélicas, tres centros de jubilados, una vecinal con servicios básicos de atención de salud, dos comisarías, centros comunitarios y copas de leche distribuidos en las zonas de asentamientos irregulares.

En las entrevistas realizadas, una de las preguntas sobre la que hice énfasis es en la presencia estatal en el territorio, pensando de esta manera en las diferentes instituciones además del Centro de Salud, que dan respuesta a las demandas de la población.

Al interior del Centro de Salud, las diferentes voces de lxs profesionales, decían que el principal sino el único quizás actor presente en el territorio, era el Centro de Salud, es por ello que la demanda de la población se volvía más compleja aún, porque desde el Centro de Salud, debían dar respuesta a diferentes cuestiones que no eran de su “governabilidad”.

En palabras de una de las entrevistadas, cuando pregunto respecto a la presencia estatal en el barrio, esto es lo que contesta:

(...) en esa área tengo el recuerdo de que había dos escuelas grandes con listas de espera por ejemplo, eh... no había ningún CCB, una población tan grande y no tenía un CCB, este o alguna institución referente que tenga que se yo, contacto, este para hacer contacto con promoción social por ejemplo, eh... en el barrio lo único que estaba era el juana, el juana y la escuela hasta ahí. (...) (E2 Rocío – Médica generalista)

Más allá de eso, dos de las entrevistadas coinciden en que “el Juana” creció mucho, que la Secretaría de Salud brindó bastante apoyo a la institución y que cada vez que necesitaban algo, se hacían presente; por ello el día de hoy es una institución que era inimaginable en los comienzos, con una suma importante de profesionales trabajando, con una estructura edilicia equipada para poder atender en buenas condiciones.

Hacia el año 2016 –último año de mis prácticas profesionales- el Centro de Salud estaba conformado por un equipo constituido por aproximadamente 10 médicos generalistas, dos pediatras, dos psicólogos, dos trabajadorxs sociales, un psiquiatra, una farmacéutica, un odontólogo, una fonoaudióloga, cuatro administrativxs y cuatro enfermerxs, además del personal de limpieza y seguridad.

2.2: CENTRO DE SALUD “JUANA AZURDUY”:

El Centro de Salud “Juana Azurduy” se encuentra enmarcado dentro de lo que es la red de salud pública de la Municipalidad de Rosario, respondiendo al primer nivel de atención. Está ubicado en la zona noroeste de la ciudad, en el barrio Empalme Graneros.

Esta institución tiene sus orígenes en el año 1994 cuando comenzó a funcionar el “Centro de Mujeres Juana Azurduy”. El mismo reconoce como antecedente inmediato de su gestación, las actividades desarrolladas por un grupo de mujeres preocupadas por las condiciones de vida de las mujeres del barrio, quienes pretendían avanzar en el conocimiento y la solución de problemas ligados a la violencia de género, la atención de embarazos o la detección o el control de enfermedades prenatales.

En palabras de una de las entrevistadas que fue partícipe de la historia del Centro, ya que estuvo desde los inicios, la misma cuenta que una de las fundadoras del Centro de Salud fue Francisca Leiva, una vecina del barrio, y recuerda que:

(...)ella fue una mucama en el Centro de Salud, en ese momento en ese lugar funcionaba un centro de alfabetización y ella aprende a leer y a escribir, era una mujer del barrio que tenía un montonazo de hijos con todas sus problemáticas y no sabía leer y escribir y ahí aprende a leer y escribir y empieza a ser mucama, administrativa y solamente el centro de salud funcionaba con un médico y una enfermera (...) después ahí se traslada el centro de salud a Génova y Olavarría

(...) en su momento había una galería, una esquina toda cerrada, este y ahí funcionó ponele del 98 hasta el 2010, en el 2010 que nos mudamos ahí al actual edificio. (E2 Rocío – médica generalista)

Luego la población se fue preocupando por la necesidad del barrio de tener un dispensario de salud, creándose en un primer momento el Centro de Salud “Juana Azurduy”, ubicado en la calle Juan B. Justo 3049, siguiendo con una segunda ubicación debido a la creciente demanda y a los numerosos robos sucedidos, en la intersección de las calles Olavarría y Génova hasta lograr la inauguración del actual edificio en la calle Fraga Cnel. Rosendo María 1087 bis, el 8 de abril del año 2010, por el intendente de la ciudad Miguel Lifschitz y el gobernador Hermes Binner; que fue votado por los vecinos en el marco del presupuesto participativo.

A nivel municipal, la salud pública en Rosario es asumida como un derecho fundamental que hace al desarrollo de una vida plena y armónica para todxs lxs ciudadanxs. Es un sistema que trabaja en red y tiene como objetivo centrar sus acciones sobre las necesidades del/la paciente, y exige la actualización permanente de muchos conceptos perimidos de la práctica médica. Su tarea en los distritos se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad, desde una perspectiva integral de las problemáticas de la salud.

La estrategia llevada a cabo en la salud municipal está conformada por tres niveles de atención. El primer nivel se constituye en el espacio de mayor resolutiveidad y está conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente.

El segundo nivel de atención está constituido por tres hospitales: “Dr. Roque Saenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”, un servicio de internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR).

El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños “Victor J. Vilela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Alvarez” (HECA).

Esta red se complementa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.⁶

Población y territorio: el escenario de la acción.

“En general, el hablar de “territorios” hace surgir dos asociaciones. La primera tiene que ver con el territorio en términos espaciales, el territorio como una geografía, con sus características, sus reglas internas y sus límites. La segunda asociación –correlato de la primera- nos lleva al territorio como espacio habitado, como lugar donde se desarrollan relaciones sociales. En esta perspectiva “social”, el territorio es el escenario de lo cotidiano, de lo comunitario, del despliegue de la vida misma”.(Arias, 2013:2)

Hacia finales del Siglo XIX la formación del barrio Empalme Graneros tiene como huellas de origen la paulatina llegada de inmigrantes y trabajadores. El negocio inmobiliario generado por la explosión demográfica y las transformaciones productivas marcaron el modo en que se fue conformando el barrio. Lxs vecinos que habitaban el lugar, realizaban actividades como peones de quintas o chacras, herreros, costureros, cocineros, planchadores, lavadoras, y otros menos se dedicaban a la producción láctea.

Estas eran las principales actividades hasta la llegada del ferrocarril que intensificó el arribo de nuevos trabajadores. El ferrocarril permitió la vinculación con los graneros ubicados al sur de la desembocadura del arroyo Ludueña. Pero esto no es todo, con la llamada “fiebre ferroviaria”, que consistía en la construcción de más conexiones de ferrocarriles, que llegó a atravesar gran parte de la pampa húmeda, se termina de conectar el barrio con el ferrocarril, hacia la década del 80 del siglo XIX.

A partir de los años `60, se detecta el deterioro del modelo económico y social de las economías regionales, como las del nordeste, caracterizadas por la tradicional producción de algodón y por la explotación forestal, deterioro éste que para la década del `70 se vio profundizado, trayendo aparejado una fuerte expulsión de la población Toba o QOM que emigró hacia la ciudad de Rosario, ocupando la zona del Barrio Empalme Graneros.⁷

⁶Información obtenida de: <https://www.santafe.gov.ar>

⁷Info sacada de la web: www.empalmesuhistoria.info

De esta manera, una de los barrios pertenecientes a la zona de influencia del Centro de Salud, está conformada por la población QOM asentada en el Barrio “Los Pumitas” y además hay dos microáreas más que forman parte de la zona de influencia:

La primer microárea está conformada por un asentamiento irregular de casillas, cuya población está conformada en gran parte por migrantes de provincias del norte del país (Chaco, Santiago del Estero, Corrientes) y del Paraguay. Esta población se sustenta mediante reciclaje de basura y changas esporádicas de albañilería. Algunas familias son beneficiarios de los denominados planes Sumar/Asignación Universal por Hijo. Es característico en esta zona el asentamiento diario de nuevas familias, que se instalan en un área con condiciones de urbanización de extrema vulnerabilidad, con calles sin pavimentar, sin red cloacal ni agua potable. Las viviendas son ranchos o casillas de chapa y material con sistemas de conexiones eléctricas irregulares. La accesibilidad al agua en esta área representa uno de los principales problemas debido a que no existen conexiones de red potable ni canillas públicas, por lo que el abastecimiento se realiza con una cuba de agua que pasa por la zona tres veces por semana. Esta microárea tiene como límites geográficos al norte Av. Sorrento, al sur Juan B. Justo, al oeste Av. Provincia Unidas y al este la calle Garzón.

La segunda microárea, no urbanizada tiene como límites las calles Garzón al oeste, Ottone al este, Juan B. Justo al sur y el arroyo Ludueña al norte. Está conformada por una población migrante aborígen de la etnia toba de una zona de Chaco (principalmente Castelli y Saenz Peña) y del norte de Santa Fe. La componen familias en condiciones de extrema pobreza que habitan casillas de chapa o cartón, con piso de tierra, asentadas en calles sin pavimento ni mejorado, sin sistema cloacal y con canillas públicas con prolongaciones de mangueras para cada casilla. Esta población se sustenta fundamentalmente a través del mendiguelo de mujeres y niños, reciclaje de basuras (sobre todo la venta de cartones) y, en menos proporción, algunas familias están inscriptas en el plan Sumas/Asignación Universal por Hijo.

La tercer microárea engloba una población de clase media baja, de larga residencia en el barrio, que podría incluirse en la categoría de nuevos pobres o sectores medios empobrecidos. Se trata de un área urbanizada con calles pavimentadas, instalaciones cloacales y provisión de agua potable, diferenciándose una zona comercial con gran circulación de tránsito. Cuenta con un sector de población de ancianos con cobertura de seguridad social, principalmente de Pami y, a la vez, con familias cuyo sustento son los trabajos temporarios o

empleos “en negro” sin cobertura social. Sus límites son: al norte calle Juan B. Justo, al sur José Ingenieros, al oeste Ottone y al oeste Av. Provincia Unidas.⁸

(...) vos tenés tres microáreas en el juana (...) y en general las problemáticas son muy grosas yo siempre decía es raro atender a un paciente que solamente tiene una virosis siempre había algo en el fondo, o problemáticas de consumo, o problemáticas de violencia de genero (...) no me quiero imaginar como está ahora la situación. Después de la asignación universal había mejorado muchísimo este porque yo también viví el 2003 en esa zona donde teníamos lista de desnutridos, 100-120 pacientes desnutridos que después eso fue mejorando un montón (...) (E2 Rocío – médica generalista)

Recuperamos el territorio, no desde una concepción romántica, sino que reconocemos, como bien señala Milton Santos (2001), que puede ser hogar o cárcel para el sujeto, por eso mismo debe ser trabajado de manera integral y diacrónica, buscando dar cuenta de la demanda técnica en tanto saber situado, pero sin dejar de tener presente los componentes ideológico-culturales y económico-políticos que constituye cada problema. El territorio es una construcción humana, inacabada, en permanente movimiento y transformación.⁹

2.2.1: LA TRANSFORMACIÓN DE LA APS EN CLÍNICA AMPLIADA.

El trabajo en el campo salud supone algunos ejes organizadores para la salud pública municipal que claramente quedan expresados en diversos textos, como son la clínica ampliada que supone el trabajo en equipos de referencia, el apoyo matricial y la adscripción.

Particularmente en la ciudad de Rosario, se creó un proyecto sanitario integral en el año 2011 que entiende a la salud como un derecho humano y que necesita ciertas directrices para que sea entendido como tal, entre ellas se encuentra la universalidad con equidad, la accesibilidad, la gratuidad, la participación, que requieren de la construcción de una visión compartida entre todos los actores, individuales y colectivos, en la búsqueda de un significado

⁸Datos aportados por una Trabajadora Social del Centro de Salud.

⁹Spinelli, H. (2016) Volver a Pensar en salud: Programas y territorios. Disponible en <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976>. Consulta. 21 de mayo de 2017.

común a cada concepto o idea que permita una nueva construcción cultural transformadora e instituyente.

La universalidad con equidad implica que todas las personas tengan acceso a la cobertura de salud, entendiendo a la universalidad del servicio según las necesidades de cada unx; además incluye la capacidad de brindar respuestas epidemiológicas de acuerdo con las heterogeneidades de cada persona inmersa en esa realidad social que muchas veces le es desfavorable a la hora de llevar adelante un tratamiento.

Además, el documento expresa la transformación de la clínica, basada en relaciones terapéuticas a través de un vínculo continuo y técnicamente resolutivo, que permita contextualizar el proceso terapéutico en la vida cotidiana, asegurar la autonomía en la decisión de lo que necesitan las personas y no tener que renunciar a la dignidad para recibir atención. Diseñar las respuestas a los problemas de salud a partir de estos problemas y no a partir de lo que las instituciones tienen disponible.¹⁰

De esta manera, la clínica ampliada se entiende como aquella herramienta que entiende a la salud como un proceso que va más allá del proceso de cura, trata de entender a la salud no sólo como algo biológico, sino que además de eso, incluye a las dimensiones subjetivas y sociales, para poder entender al sujeto en su integralidad.

En palabras de Sousa Campos, la clínica ampliada sugiere una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la clínica. De la enfermedad como objeto de conocimiento y de intervención, se pretende también incluir al sujeto y su contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la clínica. (Sousa Campos, 2001:76).

Si la enfermedad es colocada entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces es el enfermo, es la persona el objetivo del trabajo, y no la enfermedad. De esta forma el énfasis no está más puesto en el “proceso de cura” sino en el proceso de “intervención” de la salud y de la reproducción social del paciente. (Sousa Campos, 2001:184)

Además, el autor (2001) sostiene que la clínica ampliada es una herramienta para que los procesos de trabajo en salud se dirijan hacia la producción del cuidado centrado en los usuarios, incluyendo, además de la enfermedad, el sujeto en su contexto. Son ampliados el

¹⁰ Información obtenida del proyecto integral sanitario (2011):
<http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=6995&tipo=objetoMultimedia>

objeto de atención, los medios y las finalidades. Tiene por objetivo la cura y el alivio del sufrimiento, así como el desarrollo de la autonomía de las personas para lidiar con sus problemas y condiciones concretas de vida.

“De esta manera el mayor énfasis no se pone en el proceso de cura sino en el proceso de intervención de la salud y de la reproducción social del paciente” (Paulo Amarante, 1996 apud Campos 2001:73).

Es aquí que toman una mayor relevancia-importancia el resto de profesionales que no pertenecen al campo médico específicamente, ya que se trabaja con lxs sujetxs como un todo, teniendo en cuenta su contexto, su cultura y su autonomía y/o capacidad para poder lograr su proceso de “cura”. De esta manera es como se va dando el trabajo interdisciplinario a través de los equipos de referencia que más adelante se desarrollará.

Tal como es expresado por una de las entrevistadas,

“(...) la salud no es solamente el tratamiento médico sino que también tenés que pensar que hay toda una historia de ese paciente con esa familia con el contexto en donde vive en donde hay que tenerlo en cuenta... nosotros también los médicos generalistas tenemos un poco esto de no solo o sea, tenemos digamos tres patas en el trabajo nuestro no? Que es este la pata clínica, la de gestión y la epidemiológica, teniendo en cuenta también no? Esto de la de por qué enferman y mueren las poblaciones y nosotros cuando trabajamos en un barrio también tenemos que tener esa mirada emm... más ampliada no solamente al individuo sino a al sujeto, sino a su familia y al contexto donde vive (...)” E 2 Rocío – médica generalista.

De esta manera, al estar los Centros de Salud anclados en el corazón de los barrios de la ciudad de Rosario, es que responden a las demandas más urgentes y necesarias que reclama la población. Si bien se cree que es un campo cuyo objeto de conocimiento es solo la enfermedad, donde los modelos de investigación se restringen a buscar causas biológicas y el modelo de atención está enfocado en la “cura” o “soluciones” a las enfermedades, interviniendo desde la perspectiva racional tecnológica procedimental sobre un cuerpo; las instituciones que trabajan en el área de salud se dedican a algo que va más allá de eso, trabajan en la integralidad de la problemática, ya que el objeto de conocimiento de la APS es el proceso salud-enfermedad-cuidado y 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(a) sujetx determinadx 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 esx sujetx.

En este sentido se puede entender claramente cómo se va fusionando la salud pública municipal con la interpretación integral de la salud y colocando como herramienta si no principal a la clínica ampliada, trabajando lxs profesionales interdisciplinariamente y contextualizando sus prácticas.

2.2.1.1: EQUIPO DE REFERENCIA Y PROCESO DE ADSCRIPCION:

Al decir de Sousa Campos (2001), el equipo de referencia es un “nuevo” dispositivo que se trata de instituir como norma organizativa y que consiste en estimular en lo cotidiano la producción de nuevos patrones de interrelación entre equipos de profesionales y usuarios, ampliando el compromiso profesional con la producción de salud.

De esta manera, el equipo de referencia intenta instalar sobre las instituciones del área salud, una especie de responsabilización de lxs profesionales sobre el cuidado de la salud de lxs pacientes. En este sentido, cada equipo de referencia tendría a cargo un conjunto de pacientes adscriptos según su capacidad de atención y la gravedad de los casos.

Retrayéndonos en el tiempo, hacia el año 2004, en la ciudad de Rosario se pone en vigencia en todos los centros de salud el mecanismo de adscripción de ciudadanxs al sistema de salud pública municipal. Esta innovación propone una modalidad de trabajo basada en el establecimiento de un "contrato" entre el Estado y lxs ciudadanxs, instituyendo un nuevo sistema de referencia entre la red de atención sanitaria y lxs vecinxs. Concretamente, la adscripción tiene lugar entre el/la ciudadanx y un equipo de referencia del Centro de Salud correspondiente. Este equipo, "...constituido por un médico y un enfermero, asume en relación con su población adscripta, la responsabilidad por el cuidado de la salud, y actúa como su agente en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones

necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales y efectivos."¹¹. De este modo, cada paciente tiene su equipo de referencia. En igual sentido, cada médico tiene un número de pacientes adscriptos que están bajo su responsabilidad. La adscripción implica efectivizar interconsultas, referencias y contrarreferencias, es decir cuando hay necesidad de consultas en otros nodos de la red, en hospitales, estudios complejos, internaciones, cuidados domiciliarios, con el acceso más adecuado y según las necesidades de cada ciudadanx. Incluso, al (a) médico de referencia le cabe abordar situaciones de interrupción de tratamiento y seguimiento domiciliario si es necesario.

En una de las entrevistas, el proceso de adscripción es nombrado por una entrevistada y apunta a lo que generó este proceso, que permitió un ordenamiento en lxs profesionales y en la población también.

“(...) más o menos en el 2003 eh... se baja una línea atendiendo a que la atención integral sea registrada y tenga una conexión con el segundo nivel de adscribir a los pacientes y ahí empezamos cada médico a tener su población a cargo, que ordenaba también a los pacientes porque entonces no era que el paciente caía y cualquier medico lo atendía sino que se propiciaba ese vínculo (...)” El Juana - médica generalista.

Este dispositivo -de equipo de referencia- también es planteado en el documento “Hacia un Proyecto Sanitario” (2011:3), en el cual se explica la propuesta de los equipos de referencia como modalidad de trabajo en el campo de salud. En este sentido, se intenta que lxs profesionales de especialidades básicas que atienden en los consultorios externos y enfermerxs con población a cargo interactúen con otras disciplinas como soporte a sus intervenciones, trabajando interdisciplinariamente y contextualizando sus prácticas.

En esencia, la principal función de los profesionales de referencia sería elaborar y aplicar el proyecto terapéutico individual. Y un proyecto terapéutico individual implica un determinado diagnostico que depende de una aproximación entre paciente, familia y profesionales de referencia e implica a la institución de prácticas individuales, de grupo y también colectivas. (Sousa Campos, 2001:151)

¹¹Proyecto de Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia”. Material Institucional de la Secretaría de Salud Pública MR, 2004

2.2.1.2: EQUIPOS DE APOYO MATRICIAL:

Bien como comentaba más arriba, el equipo de referencia consiste en un nuevo sistema de referencia entre profesionales y usuarixs, en donde cada equipo de referencia tendría bajo su responsabilidad un conjunto de pacientes adscriptos según su capacidad de atención y la gravedad de los casos, por supuesto.

A su vez, los equipos de referencia cuentan con el apoyo matricial de otrxs profesionales que forman parte del equipo de salud. “Es decir, estxs profesionales integrarían el trabajo de un determinado número de equipos de referencia siempre que su trabajo fuere considerado prioritario o necesario” (Sousa Campos, 2001:148)

Para ser más específicos al respecto:

“El Apoyo especializado matricial es una organización horizontal del proceso de trabajo, en donde se intenta combinar especialización con interdisciplinariedad, especialistas apoyando el trabajo del clínico de referencia conforme el proyecto terapéutico coordinado por la referencia adecuada, pero elaborado en permanente negociación con el Equipo involucrado en la atención matricial” (Sousa Campos; 2001:79)

De esta manera, el apoyo matricial amplía las posibilidades y la composición interdisciplinaria de los proyectos terapéuticos, sin diluir la responsabilidad sobre los casos y sin crear recorridos interminables. Ningún (a) profesional podría dar respuesta a todas las problemáticas que presenta una persona, ya que se desarrolla una práctica lo más integral posible, considerando lo biológico, lo subjetivo y lo social imbricado en cada caso. “Por esta razón, se utilizará el recurso de apoyo especializado matricial el cual posibilitaría teóricamente, un enriquecimiento de los Proyectos Terapéuticos.” (Sousa Campos, 2001:150)

Esta intervención matricial, lleva a una legitimación de las “otras” profesiones que trabajan en el campo de la Salud, como por ejemplo el Trabajo Social.

A su vez, el equipo de referencia, apunta a un trabajo en equipo, interdisciplinario, y según lo que pude visualizar a lo largo de mis prácticas y a través de las entrevistas realizadas, el “Juana Azurduy” es una institución que apunta a este estilo de trabajo, con reuniones de equipo de por medio, interconsultas y por momentos a través del “dispositivo de casos complejos”; digo por momentos, ya que este dispositivo no se pudo sostener a lo largo del

tiempo, por problemas de organización de los profesionales y de dar prioridad a la atención de sus pacientes.

En palabras de las propias entrevistadas, la modalidad de trabajo en el Centro de Salud, coincide y se mantuvo a lo largo de los años, ya que ambas entrevistadas trabajaron en diferentes momentos:

“(...)yo desde que arranque en el 2003 siempre estuvo la misma modalidad lo que pasa es que fue creciendo de una manera exponencial el centro de salud, siempre fue un centro de puertas abiertas, en donde trabajamos con población adscripta, siempre, cada médico tenía su población a cargo, este... y siempre nos manejamos de la misma manera, este... cada vez que llegaba un paciente buscaba su médico (...) siempre trabajamos este armando equipos cuando la situación lo ameritaba eh... y en general a lo largo de los 11 años que yo estuve siempre se, insisto, se trabajó de la misma manera y cada médico o cada profesional o cada persona que se incorporaba al equipo se incorporaba a ese ritmo de trabajo eh... siempre fue así (...)” E2 Rocío – Médica generalista.

“La modalidad que me he dado es de atención de la demanda espontánea que acude a Trabajo Social por un lado, y por otro lado, incorporándome a mini-equipos interdisciplinarios con compañeros del equipo que convocan a Trabajo Social al considerar que mi intervención es pertinente. Es decir, me di una modalidad que tenía que ver con la apertura del afuera hacia adentro y las demandas internas del equipo del adentro hacia afuera”. E3 Marcela – TS

Si bien cada equipo de referencia del Centro de salud dispone de profesionales en la línea de apoyo matricial, que apoyan el trabajo en equipo, es necesario remarcar que la responsabilidad en el proyecto terapéutico recae sobre todos los profesionales del equipo.

“Este sistema que combina el método de referencia (trabajo tendiente a la polivalencia y a la integralidad) con una oferta horizontal de servicios (trabajo más específico y especializado) permite valorizar todas las profesiones de salud, ya sea conservando la identidad de cada una de ellas como impulsándolas para superar una postura burocratizada, típica del modelo tradicional de organizar los servicios de salud.” (Sousa Campos, 2001:152)

2.3: FORMA DE TRABAJO AL INTERIOR DEL CENTRO DE SALUD “JUANA AZURDUY”:

El Centro de Salud, en el año 2016, contaba con 30 profesionales. Si bien el equipo se fue transformando con el tiempo -en el 2002 no había trabajadora social por ejemplo-, hoy tiene una diversidad de profesionales que permiten lograr una atención integral de la salud.

De esta manera, entre las profesiones que se pueden encontrar en el Centro de Salud, están: medicina general, psicología, psiquiatría, odontología, ginecología, trabajo social, farmacia, fonoaudiología, pediatría, entre otras profesiones particulares como lo es la medicina que practica una médica que es especialista en neonatología.

En el ideal de la atención integral de la salud, el trabajo al interior del Centro de Salud debe ser interdisciplinario-multidisciplinario, ya que al trabajar con la integralidad de la persona, con una sola mirada profesional no es suficiente para poder diagnosticar y promover la salud en la misma.

Tal como lo expresa una de las entrevistadas, siempre fue un tema controvertido la modalidad de trabajo, ya que si bien hay un lineamiento general que es el que baja la secretaría de salud, de la mano de los coordinadores, también están en juego los intereses de cada unx de lxs profesionales, los deseos de cada unx, que muchas veces entran a chocar con otros empleos paralelos, y choca a su vez, con quienes realizan su labor en esta única institución de salud que sería el Centro de Salud Municipal.

En palabras de Alcántara Moreno (2008), “la salud se considera así como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí”.

En palabras de las profesionales entrevistadas, la labor al interior del Centro de Salud, en aquel entonces se daba de la siguiente manera:

“(…) si algo yo valoro de haber estado en el Juana es que el grado de compromiso de todos los que estaban ahí era muy alto y muchas veces comentábamos que era lo que nos permitía seguir ahí, pero después la organización institucional bueno, tenía cosas, bajadas como el llenado de historias

clínicas y... semanalmente, que creo que debe seguir, teníamos la reunión de equipo.” (E1 Juana – médica generalista)

“(…) yo desde que arranque en el 2003 siempre estuvo la misma modalidad lo que pasa es que fue creciendo de una manera exponencial el centro de salud, siempre fue un centro de puertas abiertas, en donde trabajamos con población adscripta, siempre, cada médico tenía su población a cargo, este... y siempre nos manejamos de la misma manera, este... cada vez que llegaba un paciente buscaba su médico y si su médico no estaba pasaba por la enfermería, la enfermería evaluaba hacia como una especie de admisión de pronta atención y derivaba al médico que estaba si consideraba necesario sino no, podía esperar a lo mejor podía ver al médico de cabecera al otro día eh... siempre trabajamos este armando equipos cuando la situación lo ameritaba eh.. y en general a lo largo de los 11 años que yo estuve siempre se, insisto, se trabajó de la misma manera y cada médico o cada profesional o cada persona que se incorporaba al equipo se incorporaba a ese ritmo de trabajo eh... siempre fue así.” (E2 Rocío – médica generalista)

La tercer entrevistada, aludiendo a la modalidad en que la población acude al Centro de Salud -espontáneamente- responde lo siguiente:

“(…) La modalidad que me he dado es de atención de la demanda espontánea que acude a Trabajo Social por un lado, y por otro lado, incorporándome a mini-equipos interdisciplinarios con compañeros del equipo que convocan a Trabajo Social al considerar que mi intervención es pertinente. Es decir, me di una modalidad que tenía que ver con la apertura del afuera hacia adentro y las demandas internas del equipo del adentro hacia afuera.” (E3 Marcela – TS)

Como lo plantea la APS, la salud no es solo la ausencia de enfermedad. En un sentido positivo y dinámico puede ser entendida como aquellas condiciones que permiten potenciar y desarrollar la capacidad de lucha individual y social contra las determinantes que limitan la vida. Implica también la posibilidad de que grupos sociales puedan realizar el diagnóstico de su propia realidad y encarar la solución de los problemas. Tal como queda expuesto en el PER (1998), “esta concepción integral requiere la incorporación del trabajo multidisciplinario, no centrado en el médico, sino en todos los integrantes del equipo de salud y en la propia comunidad. Es preciso además un abordaje intersectorial de las acciones públicas: estas deben

coordinar con las distintas instituciones de la comunidad vinculadas a educación, vivienda, saneamiento ambiental y esparcimiento. (PER; 1998:72)

Tal como es expresado por una de las entrevistadas:

“(…)la salud también no es solamente el tratamiento médico sino que también tenés que pensar que no, hay toda una historia de ese paciente con esa familia con el contexto en donde vive en donde hay que tenerlo en cuenta.. (…) o sea, tenemos digamos tres patas en el trabajo nuestro no? Que es este la pata clínica, la de gestión y la epidemiológica, teniendo en cuenta también no Esto de la de por qué enferman y mueren las poblaciones y nosotros cuando trabajamos en un barrio también tenemos que tener esa mirada emm... más ampliada no solamente al individuo sino a al sujeto, sino a su familia y al contexto donde vive.”
(E2 Rocío – médica generalista)

De esta manera, a partir de la visión de una médica, podemos visualizar cómo ellas mismas enfatizan respecto a que la salud -en sentido de bienestar biológico -psicológico-social- engloba mucho más que la ausencia de enfermedades, de esta manera, al tener en cuenta otras variantes, surge la importancia de la intervención con otrxs profesionales sobre un mismo cuerpo “enfermo”, por decirlo de alguna manera.

En este sentido el trabajo en equipos interdisciplinarios es fundamental a la hora de pensar la atención de la salud, en este caso en un centro de salud; y mucho más aun teniendo en cuenta que los Centros de Salud se ubican en las cercanías de los barrios para justamente poder brindar respuestas a las necesidades de la población que allí vive, necesidades éstas que no sólo son de enfermedades infecto-contagiosas, sino que también las cuestiones materiales de vida influyen de forma directa sobre estas problemáticas.

CAPÍTULO 3: LABOR Y DESGASTE PROFESIONAL:

Para comenzar con el apartado que habla exclusivamente de la labor profesional, con todo lo que esto conlleva, me parece interesante citar estos párrafos que Bourdieu comenta en su libro “La miseria del Mundo” (1999):

“...esta digresión por el Estado y sus decisiones políticas es indispensable para comprender lo que se observa hoy ‘sobre el terreno’, es decir, la situación inestable, en vilo, en que se encuentran los ‘trabajadores sociales’ que tienen el mandato estatal de asegurar los servicios públicos más elementales, en materia de educación y salud, especialmente para las poblaciones más necesitadas, de urbanizaciones o suburbios cada vez más abandonados por el Estado.

Estos agentes estatales están atravesados por las contradicciones del Estado, que muchas veces viven, en lo más profundo de sí mismos como dramas personales: contradicciones entre las misiones, a menudo desmesuradas, que se les confían y los medios, casi siempre irrisorios, que se les entregan” (Bourdieu, 1999:164)

Ahora bien, con labor profesional refiero a la forma de trabajo que tienen lxs profesionales al interior de la institución; en este sentido los mandatos institucionales juegan un papel sumamente importante, ya que es a partir de ellos que el/la profesional se puede desenvolver en el territorio. Además de esto, el/la profesional trae consigo una moldura, por así decirlo, que tiene que ver con la formación académica específicamente, que además, junto con las prácticas profesionales, le van dando forma a su actividad profesional, a su desenvolvimiento frente a diversas adversidades que se le presentan y frente a las demandas diarias, al trabajo del día a día.

El desarrollo del trabajo del (a) profesional dentro de la institución tiene ciertas variantes que dependerán entre otras cosas del afianzamiento al colectivo profesional que está en la institución y en las otras instituciones, ya que muchas veces las situaciones necesitan de o son abordadas por varias instituciones a la vez, lo que sería un trabajo interinstitucional e interdisciplinario, ya que además de intervenir varias instituciones, también intervienen varixs profesionales.

Respecto a esto, es importante decir que en el Centro de Salud, las profesionales a las que entrevisté, mencionaron como una problemática el hecho de estar en “soledad” como institución, ya que las otras instituciones no apelan al trabajo interinstitucional, delegando

diversas problemáticas directamente a que sean atendidas por el personal del Centro de Salud, y dejando a esta institución sola y expuesta frente a la población, digo expuesta ya que muchas veces se interviene en situaciones que son demasiado complejas y sensibles como lo son la violencia familiar o el narcotráfico y consumo de drogas por ejemplo.

Además de esto, la institución debía hacerle frente y brindar respuestas a todo tipo de demandas que llegaban de forma espontánea, ya que la descentralización de algunas instituciones, como promoción social por ejemplo, aún no está dada en la realidad.

“...en esa área tengo el recuerdo de que había dos escuelas grandes con listas de espera por ejemplo, eh... no había ningún CCB, una población tan grande y no tenía un CCB, este... o alguna institución referente que tenga que se yo, contacto, este para hacer contacto con Promoción Social por ejemplo, eh... en el barrio lo único que estaba era el juana, el juana y la escuela hasta ahí.” (E2 Rocío - médica generalista.)

“Yo tengo el recuerdo de muchos pacientes críticos y con complejos en donde si (...), la única forma de trabajarlo es con otros y algunas veces con este otras instituciones (...)” E2 Rocío - Médica generalista.

Además de esto, otra de las variantes tiene que ver con las condiciones materiales que tiene que brindar el estado para que la atención sea la adecuada, en este sentido la estructura del edificio con sus correspondientes consultorios juega un papel importante ya que es el lugar de privacidad y de encuentro entre profesional-paciente y muchas veces este espacio no está brindado y queda la persona expuesta a la atención en lugares de uso común, donde entra y sale personal constantemente.

Por ejemplo, una de las entrevistadas comentó lo siguiente:

“(...) hacía falta una adecuación del ambiente, porque ese otro era un local de heladería, entonces todos los consultorios eran vidriados y daban afuera (...) y hacer un ámbito era indispensable, eso creo que fue un gran avance y con un confort inclusive que era básico para poder estar.” El Juana- médica generalista

La otra entrevistada hace referencia a cuando se armó un consultorio en un espacio de uso común:

“(...) no teníamos lugar donde atender, yo tengo el recuerdo de atender en un sucucho o en la enfermería pero nos peleábamos por los consultorios y era... entrar uno y salir otro. (...) me acuerdo que dividimos el SUM en dos entonces en una parte estaban la administración y en la otra parte teníamos que ocupar el espacio de trabajo de, espacio para juntarnos medio SUM, o sea agarramos, y lo que era la administración se dividió en dos partes y también uno era consultorio que era un sucucho horrible y el otro creo que lo usaba la TS también para trabajar”. (E2 Rocío – médica generalista.)

Por otra parte, la falta de claridad respecto de las funciones de todo el entramado institucional, es otra de las variantes, ya que al no poder visualizar las responsabilidades de cada unx, muchas veces un/a profesional puede cargar con todo generando una mayor carga sobre si mismx.

Tal como es expuesto por Valentino (2010), estos son “vacíos funcionales que se llenan con nuestro propio cuerpo, en una polivalencia funcional forzada por la vía de los hechos”. Y esto -sigue la autora- “es la contracara de la disolución de responsabilidad de los múltiples eslabones jerárquicos anteriores y/o superiores del sistema y forma parte de la carga mental de este trabajo”. (Pag.130)

Todas estas cuestiones o variantes -como las llamo-, son todas falencias que había en la institución, por lo menos lo relatado por las entrevistadas es eso, la soledad institucional, las condiciones edilicias que no permiten contar con un consultorio privado y tener que recurrir a ciertas estrategias como en el caso de una de ellas que dividió el Salón de Usos Múltiples (SUM) para poder usarlo como consultorio y poder tener un poco de privacidad.

Lo que si rescatan todas ellas es la forma de trabajo, el compañerismo entre lxs profesionales, que era lo que les permitió-en su momento- seguir en la institución cuando las condiciones materiales y subjetivas de cada una de ellas, les decía “basta”.

“(...) yo pase por dos roles diferentes, mientras fui medica eh... pase por muchas etapas, muchos periodos que se yo, siempre me sentí muy acompañada por los compañeros en general este no se, me ha pasado que con toda la gente que he trabajado ha trabajado a la par, eh... muy rara la gente que se ha ido enojada del centro de salud... emm... bah! Yo tengo muy buenos recuerdos del laburo eh...”.
(E2 Rocío – médica generalista).

“Pudo construirse un buen equipo de trabajo. Siempre hay un compañero para abordar las complejidades. Hay acompañamiento, no me siento sola y esto es lo que me ha podido sostener allí, a veces, en condiciones adversas (me refiere a la ausencia total de otras Áreas del Estado insertas en ese territorio y que tienen competencia en la resolución de las problemáticas que la población plantea en el Centro de Salud) Esta ausencia es sumamente desgastante para el equipo y limita nuestras posibilidades de abordaje.” (E3 Marcela – TS)

Cabe decir que muchas veces el/la profesional se siente acorralado entre el mandato institucional, su forma de trabajo y a su vez, con tener que lidiar con compañerxs que son de suma importancia a la hora de poder llevar adelante un cometido institucional que en este caso puede ser la atención de la salud, institucionalmente definida como integral.

CAPÍTULO 3.1: LA DEMANDA A PROFESIONALES EN EL SECTOR SALUD.

Hablar de demanda implica reflexionar respecto del accionar profesional en las diversas áreas en donde se desempeña, además de pensar en la población con la cual se trabaja y de las urgencias o problemáticas más significativas que tiene la población. Hablar de demanda nos permite pensar en los desafíos que tiene el profesional a la hora de poner en marcha algún proceso de atención. En este sentido, la demanda forma una parte esencial del cuerpo de este trabajo, ya que a partir de definir qué es lo que entiendo por demanda, posteriormente se puede pensar en la forma en que trabajan lxs profesionales y el por qué puede llegar a producir un malestar profesional que es el desafío propuesto en este trabajo.

DEMANDA PROFESIONAL:

Tal como es expresado por una de las autoras que trabaja la temática - Susana Cazzaniga (2009)- “la demanda, que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los sujetos que la solicitan en lo que refiere a sus problemas y necesidades, en un contexto histórico particular. Esta demanda expresará las manifestaciones de los conflictos o en todo caso de la cuestión social del momento.” (Cazzaniga, 2009:2) A partir de aquí, el/la profesional puede intervenir en el marco de una especificidad profesional y dentro de los límites que le tocan al interior de la institución en la que desarrolla su

actividad. “La intervención es la puesta en acto desde una matriz teórica, de un trabajo o acciones a partir de una demanda en el marco de una especificidad profesional.” (Cazzaniga; 1999:1)

De esta manera, además de la demanda y la intervención profesional como respuesta a ésta, surgen otras cuestiones como la autonomía relativa –digo relativa ya que se tienen que respetar ciertos lineamientos institucionales, lo cual condiciona de cierta manera la libertad del/la profesional- y la responsabilidad en el accionar, que puede desencadenar un malestar profesional.

“El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como burnout y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.)”. (Ortega Ruiz y LopezRios; 2004:137)¹²

En este sentido la autonomía relativa de la cual “goza” el/la profesional -tal como lo explica Dubet (Dubet; 2007)- puede generar una mala conciencia en el profesional, porque muchas veces su accionar se encuentra en el punto opuesto a las finalidades que ellos persiguen. Es decir, al ser la autonomía relativa, ellxs intervienen según los condicionamientos que rigen en la institución, si bien la autonomía genera libertad, esta libertad no es total.

Por esto es que la responsabilidad en el accionar que genera la autonomía, puede desencadenar en la mala conciencia y situarse en el punto opuesto a las propias finalidades, ya que la relación entre profesional-individuo se produce en un ámbito de confianza y de confidencia, y cuanto más unx está en la relación, más responsable se siente, pero muchas veces no puede dar una respuesta a todo lo que sucede al interior del consultorio, sino que solo puede “hacerse cargo” de lo que el lineamiento institucional solicita; lo cual lleva a que el/la profesional muchas veces se limite en las “denuncias” o en lo que transmite a sus compañerxs, colegas, respecto de sus pacientes, generando un malestar por tener cierta información que genera responsabilidad y no poder dar respuestas.

Toda intervención profesional –dice Cazzaniga- involucra sujetos, tanto a los de la acción profesional (...), el personal de la institución, los funcionarios políticos (...) y nosotros

¹²El síndrome de *burnout* es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza.

mismos como sujetos profesionales. Lo social en su complejidad no puede ser abordado solo por los trabajadores sociales, de mantener una posición unilateral es probable que la intervención se diluya en la tensión omnipotencia/impotencia, frustrando a los profesionales, impidiendo además, dar cuenta de respuestas coherentes frente a la demanda de los sujetos. (Cazzaniga, 2009:5)

En este sentido, además de pensar en la demanda y en la autonomía de la que goza el/la profesional y de la responsabilidad que genera intervenir, también podemos visualizar que la intervención no es algo que se realiza de forma individual, sino que muchas veces, ante problemáticas de determinada complejidad, se necesita del apoyo de otras profesiones para poder resolverlas en conjunto, incluyendo diferentes miradas para dar respuestas a determinada problemática. De esta manera, la interdisciplinariedad aparece en escena para poder brindar respuesta a determinadas problemáticas que se presentan en la institución.

De esta manera se pudo dar cuenta de cómo algo tan “simple” como la demanda, algo que se supone que es para lo que el/la profesional se encuentra preparadx, puede generar tensión a lxs profesionales, y, sumado a esto, la presión por parte de lxs pacientes y por parte de la institución, provocan que el/la profesional quede atrapadx en el “tira y empuje” entre la responsabilidad que crea sobre el/la paciente y los lineamientos institucionales.

3.1.1: DEMANDAS A PROFESIONALES DE SALUD PÚBLICA

“(…) las instituciones en general y las de salud en particular, viven una especie de estallido: junto a las dificultades apuntadas que se traducen en escasez de personal, partidos insuficientes, problemas de infraestructura, se observan cambios significativos en las demandas. No solo se incorpora el sector social que sufre la movilidad social descendente (desocupados, trabajadores precarizados, solicitud de prácticas que no cubren las obras sociales) sino que se diversifica el tipo de demanda, apareciendo situaciones recalificadas en tanto conflictividad y magnitud (malos tratos, violentaciones diversas, requerimiento de alimentos, aumento de padecimientos psíquicos, etc.)” (Cazzaniga, 2002:6)

Trabajar en un centro de atención primaria de salud, tiene sus complejidades. Ya que implica un contacto con el barrio en el cual se encuentra anclado, un mayor conocimiento de las familias que se acercan al centro de salud, y un acercamiento a las problemáticas que atraviesan a estas familias, ya sean de orden económico, social o de entramados familiares

que se vinculan con la violencia o hechos delictivos. Además al ser la puerta de entrada al sistema de salud, y en este caso particularmente es sino la principal institución estatal con la que se contacta la gente, las demandas que se presentan a diario son de índole muy variada, que van desde la atención de personas enfermas, hasta la gestión de documentos de identidad, pasando por otras cuestiones que tienen que ver con condiciones económicas o edilicias particulares de cada familia, entre otras cosas.

Debido a esto, en este apartado toma fuerza el concepto de lo social-asistencial, ese conjunto de prácticas que surgen en relación con la existencia de sectores sociales que manifiestan necesidades insatisfechas y la voluntad institucional de hacerse cargo de ellas. Este campo se manifiesta en el espacio público estatal y/o público societal, y en él participan todos los profesionales que trabajan en el mismo, por lo tanto todos los actores tienen como horizonte de intervención ese social asistencial, que se expresa en los llamados problemas sociales (...). (Cazzaniga; 2002:5)

De esta manera, se introduce al tema de la demanda en la salud pública, describiendo o caracterizando –a partir de escrituras que autores realizaron sobre el tema- con rasgos generales lo que implica trabajar en este campo: la salud pública.

Es partir de lo dicho que se da inicio al tema de demanda entendiéndolo o identificando a la demanda –en este campo- como necesidades sociales; ya que la red del sistema de APS de la ciudad fue delineada y configurada estratégicamente para garantizar el derecho a la salud de la población, es así que el establecimiento del primer nivel de atención al interior de la red ofrece la posibilidad, debido a la concepción de salud subyacente, de que se hagan presentes allí múltiples y diversas demandas. Junto a ello, también “se puede observar un aceleramiento del ritmo social, que produce que la intervención aparezca revestida de lo que llamamos comúnmente la urgencia. Lo que en otros momentos podrían considerarse como situaciones particulares y hasta cierto punto aisladas o de excepción, hoy se convierte en lo cotidiano.” (Cazzaniga, 2009:7)

En este sentido, Rozas Pagaza retoma el concepto de necesidades sociales ya que considera que ha sido un aspecto constante en la configuración del ejercicio profesional y “encuentra una vinculación casi natural con la determinación de que el punto inicial de la intervención profesional parte de las demandas como expresión de las necesidades” (Rozas Pagaza, 1994:21).

Margarita Rozas plantea que “en efecto, el hombre para vivir debe satisfacer sus necesidades, lo que le da cierta sensación de bienestar; pero es necesario preguntarse si el hombre es libre de satisfacer sus necesidades, así como de elegir las formas variadas de satisfacción de esas necesidades”.(Rozas Pagaza; 2014:21)

De aquí se desprende que no todos los sujetos cuentan con similar capacidad de satisfacer las necesidades, dado el carácter altamente desigual de la sociedad que es producto del funcionamiento del sistema económico, desigualdad que depende de la participación o no de los sujetos en él. De esta manera es que las instituciones y los profesionales como parte de ellas, deben dar respuestas a estas necesidades, que de hecho se presentan de forma muy variada y muchas veces el/la profesional tiene que lidiar con muchas otras complicaciones que van surgiendo con el pasar del tiempo, ya sean problemáticas de la misma persona a causa de sus necesidades o por parte de otras instituciones que no permiten que dichas problemáticas ayuden en la resolución de problemas, ya sea por tiempo o por presupuesto, otra problemática muy recurrente que interrumpe el curso de las soluciones.

3.2: AUTONOMÍA PROFESIONAL Y RESPONSABILIDAD EN EL ACCIONAR:

“Uno de los principales secretos para asegurar calidad en salud estaría en una adecuada combinación de autonomía profesional con cierto grado de definición de responsabilidad para los trabajadores. (...) autonomía presupone libertad, pero para que el trabajo autónomo sea eficaz, se presupone también, capacidad de responsabilizarse por los problemas de los otros. La autonomía responsable solo ocurriría cuando los agentes tuvieran interés por involucrarse en una determinada tarea.” (Sousa Campos, G., 2001:101)

Bien como lo explica Sousa Campos, el secreto en la calidad en salud está en la adecuada combinación de autonomía profesional y responsabilidad de los trabajadores.

“La autonomía relativa de la que dispone el Asistente Social deriva de la propia naturaleza de ese tipo de especialización del trabajo: actúa con individuos sociales –y no con cosas inertes- disponiendo de una interferencia, en la

reproducción material y social de la fuerza de trabajo a través de la prestación de los servicios sociales.” (Iamamoto, 2003:74)

Esta misma definición de autonomía relativa se condice para el resto de profesionales que trabajan en el sector de salud pública, ya que el trabajo profesional se sitúa en un campo político-ideológico, donde su trabajo es requerido muchas veces para funciones de control social y de reproducción de la ideología dominante con los sectores subalternos, siendo que su campo de trabajo se encuentra atravesado por tensiones e intereses de clases.

De esta manera, la autonomía debe ser comprendida en relación al entramado institucional en el que lxs trabajadorxs desarrollan su ejercicio.

La institución se configura no como un condicionante, sino como un organizador del proceso de trabajo en el que lxs profesionales que se inscriben participan con cierta autonomía ética, política y técnica. Si bien lxs profesionales son contratados para la prestación de un servicio que demanda determinada institución a cambio de un salario; no se debe pensar a ésta como un obstáculo que limita el accionar profesional, sino que a través de esta autonomía relativa de la cual goza el profesional, se puede redireccionar y organizar el trabajo de una forma propia.

Por supuesto que la relativa autonomía que indica Iamamoto (2003), esa que dispone el/la profesional, en relación a la forma de conducir sus acciones junto a quienes trabaja, requiere el compromiso con principios éticos que norlean la acción profesional.

En cuanto a la responsabilidad me parece importante retomar lo que comenté con anterioridad, respecto a los equipos de referencia y a los procesos de adscripción, ya que a partir de ese entonces, es que el/la profesional toma una mayor responsabilidad sobre “su” paciente, un mayor acercamiento y una mejoría comunicacional que amplía el compromiso y permite mayor visibilidad de la calidad del trabajo de cada equipo, al disminuir la distancia – como dice Sousa Campos (2001)- entre el poder de los técnicos y de los pacientes.

Cada equipo de referencia de los centros de salud, asume en su relación con la población adscripta, la responsabilidad por el cuidado de su salud y actúa como su agente en la red de servicios a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales en lo que refiere a los procesos de salud/enfermedad y, muchas veces también, el equipo se involucra en los nuevos problemas sociales que han ingresado a la agenda de la política social, como la violencia, narcotráfico, etc.

A su vez la responsabilidad ante las personas que acuden al Centro de Salud, requiere de un seguimiento de las situaciones. Esto resulta fundamental y es parte del ejercicio profesional. En este sentido, esto es lo que las entrevistadas comentaron al respecto:

“(...) nosotros teníamos, bah! Yo tengo el recuerdo de mucho pacientes críticos y con complejos en donde si, semanalmente teníamos reuniones de casos eh... que siempre bueno estaba involucrada la trabajadora social o el psicólogo el psiquiatra donde se iban presentando situaciones nuevas este, la única forma de trabajarlo es con otros y algunas veces con este otras instituciones este y en general si, obviamente el seguimiento, si este hay que hacerlo.” (E2 Rocío – medica generalista)

“La dinámica de la institución es muy particular, muy ágil, nos hemos sentido en estado de alerta durante muchos momentos. La población cuando llega lo hace “de manera urgenciada”, arrasada, llega del modo que puede... y esto impacta en el equipo de salud. Seguramente hay situaciones en las que no he podido realizar el seguimiento que requerían, muchas otras sí.” (E3 Marcela – TS)

De esta manera se puede ver la necesidad de hacer un seguimiento a las problemáticas, que tienen que ver con el proceso salud-enfermedad-cuidado de las personas, ya sea a través del trabajo en equipo con reuniones de por medio, o entre instituciones, y por otra parte se puede ver también, como la vorágine institucional muchas veces impacta sobre el equipo de salud, no permitiendo realizar estos seguimientos de las problemáticas, por ejemplo.

Por otra parte, respecto a la responsabilidad, es algo que la población misma advierte a los profesionales. La responsabilidad del profesional frente a situaciones complejas como denuncias por violencia familiar o por circuitos delictivos como el narcotráfico por ejemplo, ya que el profesional realiza su labor y luego se va, y lxs que quedan en el lugar, muchas veces expuestxs son lxs pacientes; y esto genera una presión extra para el/la profesional.

Esto mismo es lo que le decían pacientes a una de las entrevistadas:

“ustedes. Se van de acá y nosotros quedamos, asique ustedes tomen medida de lo que hacen, si hacen una denuncia o que, porque después ustedes cada uno a su casa”. (E1 Juana – medica generalista).

En este sentido es que debemos entender la importancia de la responsabilidad en el accionar, ya que la autonomía que tienen los profesionales genera poder, y este poder tiene que ser utilizado de una manera racional, pensando en que la “denuncia” al (a) único que puede perjudicar es al (a) paciente y su familia, repercutiendo luego, en el colectivo profesional de la institución, ya que es el lugar al cual acuden las personas del barrio y es una de las instituciones que pueden brindar acompañamiento antes diversas situaciones.

3.3: MALESTAR PROFESIONAL:

“La principal fuente de frustración y malestar a que se enfrenta permanentemente el profesional de la acción social o educador es la diferencia entre aquello a lo que aspira o que desea en el caso o situación que trata y aquello que realmente puede obtener.” (Puig, 2011: 6)

A lo largo de todo el trabajo, hemos desarrollado diversas categorías que nos permitieron vislumbrar una problemática más profunda como es el malestar profesional.

En este trabajo particularmente, como ya lo hemos mencionado varias veces, una de las causantes del malestar profesional en el personal del Centro de Salud Juana Azurduy, tiene que ver con la gran cantidad de demanda que llega a la institución.

El centro de salud ha crecido exponencialmente a lo largo de los años, teniendo una población aproximada de 36000 personas; que en la realidad es aún mayor ya que el número se debe a multiplicar la cantidad de historias clínicas familiares por 4 -que hace referencia a la cantidad de personas que hay en cada familia “tipo”-; más allá de que en la realidad del barrio Empalme Graneros el número supera al de la “familia tipo”.

Las entrevistadas hacen referencia a la cantidad de historias clínicas familiares y también al crecimiento de la población de la siguiente manera:

“yo trabajé en ese centro de salud desde el 2000 hasta el 2007, y parte de ese periodo fui jefa del centro en ese momento, con lo cual este relato es alejado de hoy (...)en ese momento teníamos 1000 historias clínicas familiares, eh... bueno en un número redondeado, pero porque era algo que nosotros mirábamos para poder saber si íbamos a dar abasto con esa demanda, 1000 historias clínicas familiares a

la que le calculábamos 4 personas por familia que vos que has estado en la zona sabes que 4 es poco.” (E1 Juana – Médica generalista).

“yo cuando empecé empezaba de la del mil creo (...) y tenía cuando yo me fui creo que 9000 historias clínicas familiares” (E2 Rocío – Médica generalista)

“El Centro de Salud Juana Azurduy tiene aproximadamente 10.000 historias clínicas familiares activas”. (E3 Marcela – TS)

Claramente en los relatos de las entrevistadas se puede visualizar como fue creciendo en tan poco tiempo el Centro de Salud Juana Azurduy, pero así también como creció la población, también se fue incrementando el personal que presta los servicios en la institución que hacia fines del año 2016 contaba con 30 profesionales.

Pensando en la cantidad de pacientes que cada una de las profesionales atendió durante su paso por la institución, surge la pregunta de si creían que era suficiente la cantidad de personal para atender a la población, a lo que responden lo siguiente:

“no, así a primer término no, de hecho tuvimos bastantes acciones tendiendo, pero... un punto crucial para mí y para nosotros como equipo en ese momento es que la demanda no se podía medir solo en términos de pacientes eh... sino de la complejidad que el barrio tiene, atravesado por la pobreza y ahora debe estar muy agravado el tema de la violencia eh...barrial, en ese momento era mucho menos que ahora, el principal problema era la pobreza y la migración, entonces eh... nosotros empezamos a tomar una dimensión de los pacientes cuando se implementa el proceso de adscripción (...)contamos pacientes y por ejemplo teníamos 800 pacientes pero 200 de esos pacientes eran de la comunidad toba y era un peso considerable(...)entonces eh... ese aspecto también tiene que estar en cuenta cuando uno piensa en el número de profesionales y no, no dábamos abasto.” (E1 Juana – Médica generalista).

“yo te diría que en ese momento más que insuficiencia y era insuficiente, pero más que nada yo creo que lo que hacía falta en ese momento que hace falta es otro centro de salud porque realmente se quedaba corto eh...” (E2 Rocío – Médica generalista).

“Históricamente se ha planteado desde el equipo la insuficiencia de los recursos humanos en relación al nivel de atención que diariamente tiene el equipo. Esto fue planteado desde todas las disciplinas. El equipo siempre ha tenido la sensación de brindar una respuesta que no satisface la necesidad de la población. Pese a las transformaciones que se han intentado realizar (más recursos humanos, cambios en la lógica de atención, etc.). La población se va incrementando paulatinamente y esto aumenta casi linealmente con el paso del tiempo.” (E3 Marcela – TS).

En este sentido se puede visualizar que además de la cantidad de población, la variante que juega un peso importante, es la complejidad de las situaciones, lo que requiere de un mayor trabajo y esfuerzo del equipo, lo que implica a su vez mayor dedicación de tiempo y retraso quizás con el resto de situaciones.

Respecto del tiempo, esta dimensión aparece revestida de lo que denominamos “urgencia”. La urgencia provoca una alteración en el ritmo de trabajo que impide pensar en la forma de intervención y que rompe con la planificación y con la “estructura” que de alguna manera se mantiene en la institución. Cuando pensamos en la urgencia, pensamos en la rapidez con la que se debe actuar frente a este tipo de situaciones, pensamos en que todo se debe solucionar ya, ahora, en ese instante, sin pensar que no estamos pensando –valga la redundancia- con claridad y que muchas veces las soluciones que se pueden dar no van a ser las adecuadas, pero sí lo mejor que se pudo hacer en ese contexto.

“(…) allá además era muy difícil poder armar un orden a lo que era urgente, importante, entre lo que se podía planificar a largo plazo, entonces había momentos en que eran bollos muy importantes que era mucho desgaste de los trabajadores, porque vos a la gente la tenés ahí(…)” (E1 Juana- Médica generalista).

Este tipo de cuestiones generan muchas veces un malestar y un desgaste en lxs profesionales, por no poder lograr lo que quisieran, por no poder llegar a atender a todas las demandas que se presentan o simplemente porque no le es valorado su trabajo.

“(…) la ambigüedad de rol, entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada, parece favorecer el desarrollo de burnout. El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal sanitario

podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan.” (Ortega Ruiz y LopezRios;2004:143)

La otra dimensión que genera malestar también es la soledad en la propia tarea profesional en la institución. El malestar en la soledad, que refiere a no encontrar otros sectores de la política pública -además de la salud- presentes en los territorios para abordar situaciones que contengan las complejidades sociales existentes.

“(…) Hay acompañamiento, no me siento sola y esto es lo que me ha podido sostener allí, a veces, en condiciones adversas (me refiere a la ausencia total de otras Áreas del Estado insertas en ese territorio y que tienen competencia en la resolución de las problemáticas que la población plantea en el Centro de Salud). Esta ausencia es sumamente desgastante para el equipo y limita nuestras posibilidades de abordaje.” (E3 Marcela – TS)

A modo de resumen, Carmina Puig expone cuatro ejes fundamentales que manifiestan problemas o conflictos que se presentan habitualmente sobre los profesionales. A continuación expondremos los ejes que propone la autora con comentarios de las entrevistadas para poder lograr entender cómo el “deber ser” muchas veces se encuentra del lado opuesto a lo que es la realidad concreta.

- a) El que se establece con los grupos de personas; es decir, tiene que ver con las relaciones que se establecen entre profesionales, agentes sociales, trabajadores y miembros de las instituciones. Las relaciones entre ellos son las que pueden dificultar o, por el contrario, facilitar el desarrollo del proyecto.

“(…) siempre fue un tema controvertido, la modalidad de trabajo tiene un lineamiento general que es el que baja la secretaria y los coordinadores y... en bueno lo que es la gestión local, entre los intereses de cada uno, las ganas de cada uno, los deseos de cada uno, más la cuestión material concreta digamos, si hay pluri-empleo entonces uno va ahí pero va también a otro lado o si va solo a ese lugar” (E1 Juana – Médica generalista)

En este sentido, se puede pensar que el trabajo en equipo concretamente y las ganas de poder llevar adelante soluciones, depende de cuán metidos en el trabajo institucional estén lxs

profesionales, ya que como explica una de las entrevistadas, “todo eso depende de los intereses, las ganas y también del pluri-empleo”. En este sentido, estas condiciones pueden generar malestar a aquellxs que estén totalmente de la mano con la institución en la cual trabaja, ya que no reciben la ayuda necesaria -por parte de sus compañerxs- para poder llevar adelante alguna causa institucional, ya sea referida a alguna problemática de pacientes o a alguna que tenga que ver con la institución misma.

- b) Los que surgen entre los profesionales y la institución. La formalización del encargo, la confusión de la demanda y el marco legal son algunos de ellos. De este tipo de conflictos se derivan dificultades de comunicación y problemas para resolver los encargos de la institución, así como su permanencia.

“(…)discutíamos, conversábamos qué podíamos hacer qué no podíamos, llamábamos a que vengan acá, una vez fue la intendenta porque queríamos hablar, para explicarle lo que no podíamos de eso... no eh... pero bueno hay un núcleo que... sigue siendo muy duro y que es esa realidad del centro de salud que pasa con la conexión con los 2º y 3º niveles porque también eso complejiza el 1º nivel, no es solo las características del barrio sino en qué sistema está incluido, si esta solo como centro de salud aunque no teóricamente, pero en los hechos eh... o si tenes una fluidez con el 2º nivel o 3º nivel.” (El Juana – Médica generalista.)

En este aspecto, la confusión de la demanda es algo muy recurrente, y más aún cuando el/la profesional está desgastadx, que empieza a buscar la “governabilidad” sobre determinada problemática, a quien le corresponde atender determinadas situaciones, intentado de alguna manera despachar ciertas cuestiones que quizás en otro contexto y en otras condiciones, se podrían haber solucionado en la inmediatez de la misma institución, sin pensar en si le correspondía o no hacerlo.

- c) Los conflictos entre el profesional y sus herramientas o técnicas de trabajo; es decir, con el cómo trabajar con las necesidades o el malestar de las personas a quienes debe atender.

“(…) nosotros en empalme para que un paciente se hiciera la placa teníamos que gestionar nosotros el transporte, porque en esa época aparte no había conexión, tenía que pagar dos colectivos, entonces era toda esa gestión yo veía que eran muy

pocos los que podían volver y terminaban internados (...) (E1 Juana – Médica generalista).

“(...) y en general las problemáticas son muy grosas yo siempre decía es raro atender a un paciente que solamente tiene una virosis siempre había algo en el fondo, o problemáticas de consumo, o problemáticas de violencia de género, este, eh... y sumado a eso también mucha gente analfabeta bueno con poco trabajo(...)” (E2 Rocío – Médica generalista).

“El centro de salud se constituye en referencia territorial fuerte para la población y esta acude permanentemente por cualquier problema que la atraviesa, no sólo por una cuestión orgánica. O mejor dicho, lo orgánico es una puerta de entrada a un universo mucho más amplio.” (E3 Marcela – TS)

En esta situación, bien como lo comenté más arriba, las situaciones en el “Juana Azurduy” iban mucho más allá de una atención médica por problemas de salud físicos. En este sentido es que el trabajo de lxs profesionales necesitaba de un abordaje integral -bien como lo entiende la institución- y lidiar con variantes como la entrega de bonos/tarjetas para solventar el traslado; y a su vez, con lxs mismxs pacientes, pensando en si pudieron llegar o no a destino ya que muchxs eran analfabetos e incluso no se sabían manejar con los transportes urbanos.

“(...)cuando yo salí del Juana pase a un centro de salud en la vecinal San Martin, a 6 cuadras está el Roque, en ese centro vos le indicabas algo a los niños y mejoraban, los pacientes iban y volvían con la placa, nosotros en empalme para que un paciente se hiciera la placa teníamos que gestionar nosotros el transporte, porque en esa época aparte no había conexión, tenía que pagar dos colectivos, entonces era toda esa gestión y yo veía que eran muy pocos los que podían volver(...)” (E1 Juana – Médica generalista)

- d) El de los recursos de que dispone para desarrollarse en el marco institucional, y que está representado por tres ámbitos que considero interrelacionados: los marcos teóricos (aquello que sabe o que no sabe el profesional), sus instrumentos y las habilidades.¹³

¹³ Extraído del texto La supervisión en los Servicios Sociales: una ocasión para el cuidado profesional y el pensamiento. De Carmina Puig.

“(…) las más complejas, las ligadas a la enfermedad por la migración de los tobas (llora). lo que pasa es que empeoraban porque no era el punto la atención médica, no era el punto, asique... me parece que, lo que me conmueve es que en un momento creí que había, que iban a mejorar y después no, advierte la terminación que es la pobreza entonces, bueno, internar a un niño de 11 años porque estaba deshidratado, pero porque no tenía agua potable para tomar(...)después los casos de TBC, nos contaban claramente que... la tristeza generaba TBC, estudiando ahora medicina china y medicinas alternativas, todas las medicinas orientales consideran que las enfermedades del pulmón tienen que ver con la tristeza y yo no podía creer porque a mí me lo habían dicho, “si, llego de allá y la tristeza...” (...)pero bueno creo que lo peor es, eso, esa condición de pobreza es, que no hay atención medica que la pueda mejorar, es una u otra cosa, es atención médica.” (El Juana –Médica generalista).

Este malestar está relacionado a situaciones cotidianas a las que se enfrentan en sus ámbitos laborales, y ocasionan sufrimiento, que se les vuelve síntoma en el propio cuerpo. Refieren a reclamos que hacen a sus superiores y no reciben respuestas, a la urgencia de las situaciones que se avasallan sobre lxs profesionales, a no poder lograr que la población haga contacto con otras instituciones o niveles para poder lograr un buen curso de su enfermedad.

El malestar profesional, como dice Santos Yara Frizzera (2000), tiene sus razones en las enormes distancias entre lo que él puede efectivamente y concretamente hacer, de lo que se espera que él haga. Y especialmente, de lo que el mismo espera hacer; con indefiniciones y contradicciones inscriptas en las demandas, con divergencias y contradicciones entre los sentidos que a él le son atribuidos; con la expectativa de una misión profesional que muchas veces se muestra imposible frente a la escasez de recursos financieros y prioridades políticas y administrativas cada vez más distanciadas de la cuestión social.

REFLEXIONES FINALES:

“Es importantísimo rescatar la humanidad de nosotros mismos, que se va desgastando en ese proceso junto a la humanidad de los que pueden ser rescatados. Pero lo que más me preocupa es que ustedes puedan recuperar la resubjetivación, que no se conviertan en máquinas de aplicar o trasgredir la ley, sino en seres humanos que puedan disfrutar de su trabajo y volver a confiar en que va a servir para algo” (Bleichmar, 2008:178)

El desarrollo del trabajo ha pretendido poder comprender una problemática que fue recurrente en mi paso por el Centro de Salud “Juana Azurduy”. A partir de mi inserción en el proceso de trabajo al interior de la institución a lo largo de tres años y además gracias a las entrevistas que me pudieron brindar tres profesionales que trabajaron en la institución en diferentes momentos, es que pude lograr acercarme un poco más a la problemática.

Bien como lo estuve explicando a lo largo de este escrito, la problemática a la que hago referencia es a la “sobredemanda”, que tiene que ver con algo que se escuchaba constantemente por los pasillos de la institución y era un tema habitual a la hora de la reunión del equipo.

En los tres años de mi proceso de prácticas profesionales, algo que me llamo la atención fue la migración de profesionales de la institución hacia otras áreas y la incorporación de personal profesional –nuevo- en la institución. Éstos comenzaban con diferentes tipos de licencias debido a diferentes situaciones personales que vivenciaban, ya sea embarazo, enfermedad o el estrés mismo, que muchas veces llevaba a que soliciten licencias sin goce de sueldo; y culminaban con el traspaso hacia otras áreas laborales.

Es a partir de esto y de lo hablado con distintxs profesionales de la institución que asocio el traspaso de lxs profesionales a la sobredemanda y comienzo mi trabajo de escritura de cómo influye –negativamente- la sobredemanda en lxs profesionales. Digo negativamente porque está a la vista que genera un desgaste físico y mental en lxs profesionales que repercute en su propia salud, por supuesto.

De aquí el título de “Impacto de gran demanda sobre profesionales de salud”.

A partir de la definición del tema de trabajo, comienzan a surgir otras variantes como el malestar profesional, que vendría a ser lo que causa el impacto de esta demanda. Y, a su vez, aparecen otras cuestiones que tienen que ver con la autonomía relativa en el trabajo, la responsabilidad profesional sobre lxs pacientes, la forma de organización al interior de la institución, pasando por la interdisciplina hasta llegar a la clínica ampliada y a los equipos de referencia y de apoyo matricial. Además de esto, el telón de fondo de todas estas cuestiones es la Atención Primaria de la Salud, que es una política municipal que generó cambios en la ciudad de Rosario.

Con todos estos elementos se comienza a delinear la tesina de grado dándole lugar a este escrito aquí presentado.

La categoría demanda es la carta de presentación de este trabajo, ya que es a partir de entenderla que se pueden poner en juego las otras categorías. La demanda, bien como lo he explicado, tiene que ver con la demanda a partir de necesidades sociales. “Si bien las profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos, van adquiriendo un rasgo común: responden a necesidades y urgencias sociales que estructuran un objeto específico de intervención.” (Cazzaniga; 2002:1). Y las necesidades muchas veces aparecen revestidas del carácter de urgencia, lo que lleva a que los profesionales se sientan presionados a brindar una respuesta inmediata.

Como respuesta a esta demanda, llega la intervención profesional lo cual implica un despliegue de los saberes del/la profesional, que se encuentran limitados por la institución que lxs contrata. Aquí es que aparece la categoría de autonomía relativa. Y comienza la explicación de lo relativo de esa autonomía, es relativo porque el/la profesional no puede desplegarse con total libertad, sino que debe acatar órdenes de quien le contrata. “(...) dentro de esas condiciones se materializa la autonomía del profesional para conducir sus acciones. El asistente social preserva una relativa independencia en la definición de prioridades y de las formas de ejecutar su trabajo (...)” (Iamamoto; 2003:119)

En esta relación profesional/paciente es que aparece la responsabilización por parte del/la profesional sobre la salud de su paciente. Ese lazo de cercanía, que tiene que ver con los equipos de referencia y el proceso de adscripción, que produce esa responsabilidad del/la

profesional sobre sus pacientes, es lo que lleva a pensar más de una vez antes de tomar ciertas decisiones.

La actuación de los profesionales se ve a menudo influida por factores sociales emergentes, como la existencia de una mayor incertidumbre en el contexto social y en la toma de decisiones o la restricción de recursos; pese a ello, continúan desarrollando su misión más importante: atender a la población. (Puig, 2011:2).

Estas cuestiones provocan, muchas veces, un desgaste profesional, un malestar, ya que el/la profesional se encuentra entre la institución, la responsabilidad como mandato institucional o el tomar cargo el/la paciente y lo que debe hacer.

Tal como es explicado por Ortega Ruiz y López Ríos (2004:154) *“el síndrome de estar quemado no aparece después de uno o dos episodios de sobrecarga o de especial dificultad, sino que se genera a lo largo de un proceso que puede resultarle desconocido al mismo sujeto en el que intervienen características personales, condiciones generales del trabajo, condiciones específicas de la realización de su labor asistencial (tratar con mucha gente, expectativas de fracaso y exceso de estimulación aversiva, escaso control de la situación, ambigüedad de rol, contacto continuo con la muerte y sufrimiento, frustración por no curar, alto grado de implicación, escasa o nula formación de sanitarios en habilidades de comunicación y control de las propias emociones) y la ausencia de mecanismos psicológicos que contrarresten lo anterior”*.

Claramente estas condiciones aparecen en varios de los profesionales del Centro de Salud Juana Azurduy, lo cual llevó en las situaciones más extremas a licencias sin goce de sueldo con posterior renuncia o traslado hacia otras áreas.

Tal como es expuesto por Carmina Puig (2011):

“A medida que esta inquietud supera el límite de tolerancia de los profesionales y si, además, no se facilitan mecanismos de contención, surgen la confusión, la perturbación y los ataques contra la institución, que se muestran de diversas maneras: mediante ataques contra el trabajo de base y contra la atención a las personas, o bien por medio de la desmotivación, el desinterés, el cansancio y la relajación del compromiso profesional.”

En este sentido se puede agregar otra hipótesis respecto al malestar que tiene que ver con la falta de contención por parte de la institución hacia sus profesionales. Es decir, el malestar profesional es desencadenado por la cantidad de demanda que se presenta en la institución, pero también tiene que ver con las respuestas que da la institución para que el/la profesional pueda sobrellevar la situación sin tener que llegar a situaciones extremas.

BIBLIOGRAFIA

- ALCÁNTARA MORENO, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Caracas: Sapiens.
- ARIAS, A. (2013). “Lo territorial en el territorio de la Argentina. Connotaciones históricas, políticas y culturales de lo social de los territorios.”, en: Revista Margen, n°71, pp. 1-7, Buenos Aires.
- BÁSCOLO, E. y YAVICH, N. (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. Revista de Salud Publica Vol.12, Sup. (1). pp. 89-104.
- BLEICHMAR, S. (2008). Violencia Social, Violencia Escolar. Buenos Aires, Centro de publicaciones Educativas y Material Didáctico, NOVEDUC.
- BOURDIEU, P. (1999). La miseria del mundo. Ed. Fondo de Cultura económica, Buenos Aires.
- CAMPANA, M. (2010). Tesis doctoral “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, Argentina.
- CANALLI, C. (2017). La intervención en el campo de la salud comunitaria. El territorio como espacio de interrogantes. Revista Debate Público, reflexión de trabajo social – Miradas sobre la intervención, N° 13 y 14. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2017/09/04_Canali.pdf
- CARBALLEDA, A. (2012) Cartografías e intervención en lo social. En Diez Tetamanti, Juan Manuel y Escudero, Beatriz (comps.) Cartografía social. Investigación e intervención desde las Ciencias Sociales, métodos y experiencias de aplicación. Comodoro Rivadavia: Editorial Universitaria de la Patagonia
- CARBALLEDA, A. (2008). Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- CAZZANIGA, S. (1999). El abordaje desde la singularidad. Desde el Fondo, Cuadernillo Temático N° 22.
- CAZZANIGA, S. (2009). Intervención en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social, UNER.

- CAZZANIGA, S. (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. Revista Margen, Edición N° 27.
- DE JOURS, C. (2006). La banalización de la injusticia social. Ed. Topía, Buenos Aires.
- DE JOURS, C. (1992). Trabajo y desgaste mental. Ed. Humanitas, Buenos Aires.
- DUBET, F. (2007). El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad. Ed. Gedisa S.A, Barcelona.
- ECHEVARRIA, A. (2017). Intervención, políticas públicas y espacios de articulación en el territorio. Una historia de encuentros y desencuentros. Revista Debate PúblicoN°13. Reflexión de Trabajo Social – Artículos Centrales. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wpcontent/uploads/sites/13/2017/09/06_Echevarria.pdf
- FALEIROS, V. (1992). Trabajo Social e instituciones. Humanitas, Buenos Aires.
- GRANDINETTI, R., CARNOVALE, N., NANNI, V. Las dimensiones de los Centros de Salud de Rosario. Cátedra de Tecnologías de la Administración Pública. Facultad de Ciencia Política y RRII. UNR.
- IAMAMOTTO, M. (1998). El Servicio Social en la Contemporaneidad. Cortez editora, Sao Paulo.
- KARSZ, S. (2007) Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica. Gedisa, Barcelona.
- LAMANUZZI, R., GARMA, M., CAMPANA, M. (2010). Una aproximación a la gestión del municipio de rosario. Aportes para re-pensar la política de asistencia social a nivel local. Revista Libertas 10, vol. 2.
- ORTEGA RUIZ, C.; LOPEZ RIOS, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios. Revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and HealthPsychology, vol. 4, núm. 1, pp. 137-160 Asociación Española de

Psicología Conductual Granada, España. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740108>

- PUIG, C. (2011). La supervisión en los equipos de Servicios Sociales: una oportunidad para la reflexión, el pensamiento y el cuidado de los profesionales. *Revistas científicas Complutenses*, vol.24, Madrid.
- Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia. En: *Revista Investigación en Salud*, Vol. 6- nº 1 y 2, pp. 73-81, Rosario, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, 2002.
- REPETTO, F. y ANDRENACCI, L. (2006), Ciudadanía y capacidad estatal: dilemas presentes en la reconstrucción de la política social argentina. En *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*; Editorial Prometeo, Buenos Aires, UNGS.
- ROVERE, M. (2006) “La salud en el municipio de Rosario: Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática”, en: *Experiencia Rosario: Políticas para la Gobernabilidad*, Rosario. Pp.121-186
- ROZAS PAGAZA, M. (1994). *La intervención en Trabajo Social. Una propuesta metodológica*. Buenos Aires. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias.
- ROZAS PAGAZA, M. (2014). *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires, Editorial Espacio.
- SANTOS, M. (2001). *Território e sociedade*. Editora Fundação Perseo Abramo, Sao Pablo.
- SANTOS YARA FRIZZERA, M. (2000). *Servicio Social: ¿al final de que se trata?*. UFRJ, Rio de Janeiro.
- SOUSA CAMPOS, G. (2001) *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- SPINELLI, H. (2016) *Volver a Pensar en salud: Programas y territorios*. Disponible en <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976>.
- TESTA, M. (1996) *Atención ¿primaria o primitiva? De salud*. En: *Pensar en Salud*, Lugar Editorial. Buenos Aires.

- TESTA, M. (1993). Pensar en Salud. Lugar editorial, Buenos Aires.
- VALENTINO, N. (2010) ¿Quién cuida al trabajador del campo de lo social?: algunas reflexiones previas. Revista Cátedra Paralela, N° 7, pp.123-133, UNR editora, Rosario.
- GRANDINETTI, R., Y OTROS. (2014). Caso de Estudio 2014. El sistema de admisión de los centros de salud de la Municipalidad de Rosario. Hito 1. Facultad de Ciencia Política y RRII. Cátedra de tecnologías de la administración pública. UNR. Disponible en: <https://tecnoadministracionpub.files.wordpress.com/2013/08/2014-centros-de-salud-hito-1.pdf>
- La descentralización en la ciudad de Rosario. Disponible en: <http://postulantes2.rosario.gov.ar/condiciones/descentralizacion.pdf>
- Empalme Graneros, un Barrio con Identidad Propia. Disponible en: www.empalmesuhistoria.info/sitio/index.html
- SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE ROSARIO (2002) “Propuesta de estrategia para la instalación de transformaciones en el proceso de trabajo de la Secretaria de Salud Pública”. Rosario, Santa Fe.
- SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE ROSARIO (2004). Proyecto de Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia”. Rosario, Santa Fe.

DOCUMENTOS OFICIALES

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978 [en línea]
- http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deA_L_MA_ATA.pdf ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría General, 1998: Plan Estratégico Rosario.

- ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría de Salud Pública, Dirección de Atención Primaria de la Salud, 2003: Equipos Responsables.
- ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría General, 2008: Planificación Estratégica, Descentralización y Presupuesto Participativo. Módulo de capacitación local, Proyecto Urbal B-Red 9.
- ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría General, 2009: Plan Estratégico Rosario Metropolitana.
- ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría de Salud Pública, 2011. Hacia un proyecto Sanitario Integral.

SITIOS OFICIALES

- Gobierno de la provincia de Santa Fe: www.santafe.gov.ar
- Municipalidad de Rosario: www.rosario.gov.ar
- Instituto Provincial de Estadísticas y Censos: www.santafe.gov.ar/ipecc
- Declaración de Alma Ata: www.alma-ata.es
- Página oficial de la OMS : www.who.int

LEYES Y DECRETOS

- ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Decreto 0769/1990: Creación Dirección de Atención Primaria de la Salud.
- ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Decreto 0028/1996: Creación Programa de Descentralización y Modernización