

Padecimientos sociales, discursos y procesos de trabajo en las prácticas de salud

**Alberto L. Bialakowsky, Ernestina Rosendo, Roxana Crudi, Cristina Reynals, Monica Zagami, María I. Costa, Delia E. Franco, Nora M. Haimovici, Sabina Dimarco, Alejandra Benvenuto, Ana Ma. Rico, Rodrigo Salgado, Victoria Sánchez y Marina Veleda*

Resumen

Una nota clave para comprender lo local en lo global es la *exclusión social* que genera una población desasalarizada (*underclass*), desterritorializada y *superfluizada* con dudosas proyecciones para su sobrevivencia, fenómeno que encuentra sus extremos en lo que se puede conceptualizar de extinción social. En este contexto, en las políticas sociales destacan privatización, descentralización y prácticas asistenciales y focalizadas; estas tecnologías gubernamentales convergen con la implementación de desregulación y precarización laboral que moldean el trabajo en salud. La reconfiguración del sistema de salud y las nuevas condiciones de trabajo conforman una tensión con la emergencia de nuevas y crecientes formas de padecimientos producto de la exclusión-extinción social, nuestro interés se dirige al análisis de nuevos padecimientos producto de estas transformaciones macrosociales agudizadas a partir de los noventa y de las condiciones de trabajo actuales que inciden en la intervención y resolución de las demandas en salud pública. El trabajo se desarrolla en ejes: a) evolución de la salud pública argentina con el análisis de experiencias en Buenos Aires; b) configuración y discusión de nuevos padecimientos sociales; c) condiciones del proceso de trabajo en que se desarrollan las prácticas y d) perspectivas institucionales y laborales de los actores del sistema de salud, incluyendo el trazado de líneas para la innovación en la práctica institucional. El análisis se basa en una metodología cualitativa, en el marco del paradigma de la complejidad. Se utilizaron como fuentes de información datos secundarios, entrevistas en profundidad, relevamientos epidemiológicos y observaciones participantes en instituciones hospitalarias metropolitanas y salas de atención en Núcleos Urbanos Segregados.

Palabras claves: exclusión social, descentralización, prácticas asistenciales, sistemas de salud, población desasalarizada.

Abstract

In the beginnings of century XXI the key note for the understanding of the local in the global is the social exclusion, generator of a underclass and uprooted population with and with doubtful projections on its supervivence, phenomenon that at the present time finds end points in deadly processes that can be conceptualized of social extinction. In this context the profile of the social policies has been designed on a pattern in which they stand out the privatization, the decentralization and the welfare and focused practices. In the health area these governmental technologies in convergence with the implementation of the deregulation process and labour impoverishment have molded the processes of work in health. Thus, the reconfiguration of the health system and the new conditions of work actually conform a permanent tension when colliding with the emergency of new and increasing forms of suffering product of the processes of social exclusion-extinction. From this perspective our interest goes, specially in the field of the mental health, to the analysis of the new sufferings product of these worsened macrosocial transformations from the ninety and of the present conditions of work that affect the possibilities and the limits for the intervention and resolution of the demands in the public health. The work is developed in four axes: a) the evolution of the public health in Argentina with the analysis of experiences located in Buenos Aires; b) the configuration and the discussion about the new social sufferings; c) the conditions of the process of work in which the perspective of the institutional analysis are developed the practices and d) and the perspectives of the institutional and labour analysis of the actors of the system of health with the inclusion of the layout of lines that contribute to the innovation in the institutional practices. The analysis of the proposed subject is based on a qualitative methodology, within the framework of the paradigm of the complexity. Secondary data were used like sources of intelligence, interviews in depth and participant observation carried out in hospitals and urban zones.

Key words: social extinction decentralization, welfare and focus practices, health system, underclass and uprooted population.

* Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, integrantes del Proyecto UBACyT.
albiala@mail.fsoc.uba.ar

Fecha de recepción: 13 de septiembre de 2005
Fecha de aprobación: 17 de marzo de 2006

I. La salud pública en Argentina:

Comprender el estado actual de la salud pública en Argentina requiere, en primer lugar, tomar en consideración al menos tres cuestiones referidas a las transformaciones acontecidas en las últimas tres décadas: a) el pasaje de una racionalidad política keynesiana a una racionalidad neoliberal donde adquiere centralidad el nuevo rol del Estado y su relación con el mercado; b) las mutaciones sociales y económicas que implicó dicho pasaje y c) el nuevo perfil de las políticas sociales que impulsa las reformas del sistema de salud.

En primer lugar, la crisis financiera, ideológica y discursiva del Estado regulador que se inicia en los años setenta y se profundiza en los ochenta (Rosanvallon, 1995) nos lleva a reflexionar acerca del rol del Estado a partir de los noventa. "Profusamente se han difundido teorías y opiniones populares acerca de la reducción del Estado, del vacío del Estado en cuestiones referidas a la atención de lo social especialmente en los noventa. Nuestra perspectiva intenta despejar este malentendido tratando de investigar que el Estado, lejos de abandonar la conformación de lo social, se autotransforma para intervenir sobre la cuestión social sólo que ahora de otra manera tanto en el ejercicio y monopolio de la violencia como para establecer patrones de distribución del ingreso. El mercado se ha vuelto un eufemismo para hacer referencia a los poderes asimétricos dentro del sistema capitalista entre los tenedores del capital, especialmente el financiero, y aquellos que sobreviven solamente de su trabajo" (Bialakowsky, 2001:3-4).

En segundo lugar, las transformaciones socioeconómicas giraron en torno a políticas de ajuste estructural, apertura comercial y financiera, liberalización de precios y de mercados, des-industrialización, privatizaciones, reducción del empleo y de la inversión pública, reestructuración del mundo del trabajo, entre otras medidas, cuya repercusión social se materializa en: desempleo, subocupación, precarización, informalidad, ilegalidad, desigualdad en la distribución de los ingresos, pobreza, fragmentación, exclusión y extinción social.

En tercer lugar, la impronta neoliberal ha desarrollado nuevas tecnologías de gobierno que comprenden, por un lado, un cambio en el campo discursivo en el cual el ejercicio del poder es conceptualizado, se proveen las justificaciones morales y se distribuyen las tareas de los distintos sectores e instituciones sociales (racionalidades políticas) y por otro se producen cambios en los programas, técnicas, aparatos y documentos a través de los cuales las autoridades dan cuerpo y otorgan efectividad a las decisiones políticas

(tecnologías de gobierno) (Rose y Miller, 1992). Desde esta perspectiva, la descentralización, la privatización, las prácticas asistencialistas y focalizadas, se han constituido en el patrón común y transversal a las políticas sociales.

En el área de la salud pública, específicamente, las estrategias de descentralización y privatización fueron las más extendidas. El proceso de descentralización que comenzó a principios de los ochenta, culmina en el inicio de la década de los noventa con la transferencia de todos los hospitales nacionales a las provincias y, de éstas, a las administraciones municipales. Las acciones preventivas, planes y programas asistenciales, como por ejemplo los programas materno-infantiles, se colocan bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación (Pautassi, 2001). Asimismo, este proceso se enfrenta con problemas de financiamiento debido a que si bien cada provincia decide cuánto destina a salud, educación, etcétera, la fuente de financiamiento de ese gasto no es local sino que depende de un sistema controlado por la Nación, lo cual produce grandes déficits en las provincias¹ (Muchnik, 2003). A esta situación se suman los planes de ajuste, que incluyen la tercerización de algunas prestaciones hospitalarias tales como comedores, limpieza, como una estrategia de reducción del gasto.

En 1993 se dicta el Decreto 578 de Hospitales públicos de Autogestión (HPA) por el cual se obliga a todos los agentes inscriptos en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, (prestadores públicos o privados) a pagar las prestaciones que sus beneficiarios/as demanden en los hospitales públicos (Pautassi, 2001: 29).

Esta disposición señala un indicador de la tendencia política a la mercantilización del sistema de salud público en cuya aplicación ha encontrado obstáculos, resistencias y conflictos tanto en la población asistida como en los propios trabajadores del sistema.

En un estudio de los informes y propuestas de los organismos internacionales en el área, Pautassi (2001), analiza que si bien esta reforma contempla la modernización del modelo tradicional de hospital público y un cambio en la cultura organizacional, la situación de los trabajadores del sector es contemplada sólo en forma marginal, no tomándolo como una línea de política a implementar.

¹ Las provincias recaudan impuestos sobre la riqueza no móvil o sobre una porción del patrimonio personal mientras que la Nación recauda el impuesto al consumo y los que hacen a la redistribución del ingreso (ganancias).

Estas medidas resultaron perjudiciales para el sistema sanitario público (Ugalde, 2002). Una de las consecuencias que destacamos es la creciente desigualdad de la población en el acceso a los servicios de salud, e incluso la inaccesibilidad de los sectores sociales más excluidos, que se configura como una de las problemáticas que veremos, más preocupa a los profesionales del sector sanitario público (Tafani, 1996).

Por su parte los trabajadores y profesionales de la salud del sector público han encarado luchas defensivas como huelgas, ocupación de hospitales, pero finalmente han decaído, tanto por el desborde producido por el propio trabajo, como por la gravedad y complejidad de los casos, como por sus propias formas de concepción de la salud en la que prima el modelo médico hegemónico individualista (Menéndez, 1990). Las experiencias de salud colectiva, la interacción con los centros barriales y área de programas regionales de atención primaria de la salud, resultan escasas e insuficientes para atender la emergencia social. (Bialakowsky, 2001: 19).

Así, la reconfiguración del sistema de salud y las nuevas condiciones de trabajo conforman en la práctica una permanente tensión al colisionar con la emergencia de nuevas y crecientes formas de padecimiento producto de los procesos de exclusión-extinción social.

En cuanto a la población beneficiaria, el discurso implícito que subyace esta lógica de privatización habla de sujetos responsables por la gestión de sus propios riesgos, suponiendo entonces un perjuicio mayor para aquellos sectores sociales que se encuentran incapacitados de pagar servicios privados, desplazados del empleo y por lo tanto de las obras sociales, quedándoles disponible sólo un servicio público de salud vulnerable y deteriorado.

Si bien en la década de los noventa, según algunos autores, los modelos de reforma emergente resultan más blandos en relación al fuerte discurso neoliberal imperante en la década anterior, y por otra parte, tienden a enfrentar los problemas exacerbados en esa década, no alcanzan para compensar la crítica situación del sector de la salud pública (Almeida, 2001). Se suma a ello el profundo deterioro de las condiciones de vida de importantes sectores sociales, una creciente pauperización y un empeoramiento de la situación de salud de la población más desfavorecida, consecuencias de las mutaciones en el mundo del trabajo, del progresivo pasaje de políticas sociales con tendencias universalistas y centralizadas a políticas sociales focalizadas y de disminución de la inversión pública.

En otras palabras, las acciones en el campo de la salud pública deberían implicar también medidas que alcancen al contexto social que ha sufrido en el período que venimos analizando, un marcado deterioro en las condiciones de vida y en las diferentes formas de relación social: en las conductas alimentarias apropiadas, en la disponibilidad de viviendas adecuadas, y en el incremento de los índices de criminalidad, violencia microsocial y de los accidentes, entre otros indicadores. Es decir, estas problemáticas también deberían conformar parte de los desafíos de las políticas actuales en el campo de la salud, las cuales por ende no se pueden reducir al sistema de atención exclusivamente (Tafani, 1996).

La crítica coyuntura analizada supone en el sistema de salud público argentino dos grandes consecuencias para las instituciones públicas de salud que retomaremos más adelante, y que son claramente identificadas por los profesionales de la salud pública por la incidencia que tienen en los límites y posibilidades de intervención. Por un lado, se ha producido un significativo incremento de la población demandante en los servicios de salud públicos, por la dificultad de la clase media trabajadora empobrecida de continuar en la cobertura médica prepaga o de obra social por la pérdida de empleo, cuestión que significa un engrosamiento significativo del número de demandas a las instituciones públicas, a la vez que se ha operado una precarización en las formas de contratación y en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. (Galín, 2002). Por otro lado existe un grupo social con profundas dificultades socioeconómicas que no estaría accediendo al sistema de salud público, incluyendo los centros de salud de atención primaria, que se suponen anclados en lugares estratégicos para el acceso de las poblaciones más desfavorecidas (Rosendo, 2001). El análisis realizado por Galende (1997), también apunta a conclusiones similares cuando afirma que a fines de la década de los noventa el sector público cubría el 50% de la población, es decir, un 20% más que en la década anterior.

Ahora bien, en el área específica de la salud mental, el sistema público de salud tiene una participación mayoritaria en relación al sector privado sobre todo en lo que concierne a las internaciones de salud mental que alcanzan 60% de las camas de atención especializada (alcoholismo, drogadependencia, trastornos de la alimentación, entre otras problemáticas). El aspecto que más nos interesa destacar respecto a ello, es que la voluminosa participación en el sector internación en salud mental, conlleva no sólo la atención de la patología en cuestión, sino que también se encuentra atravesado por problemáticas sociales que hace

que pacientes agudos vean extenderse sus plazos de internación e incluso tornarse “crónicos” por la carencia de medios de sobrevivencia una vez determinada el alta desde la perspectiva médica, o bien, la imposibilidad de continuar un tratamiento ambulatorio generando también esta limitación un alto índice de reinternaciones o recaídas. Hay muchos modos de interrogarse sobre la evolución-involución de los sistemas de salud y su “globalización”, en nuestro caso nos interrogamos acerca del cruce de las transformaciones globales, los sistemas y sus prácticas cotidianas para modular el padecimiento, o proceso social de salud-enfermedad, donde el biopoder (Hardt y Negri, 2002) –las políticas sobre y en los cuerpos– se expresa como forma material sobre los sujetos. La comprensión de lo local en lo global en los inicios del nuevo siglo es la exclusión social, generadora de una población desalarizada (*underclass*), desterritorializada y superfluizada con dudosas proyecciones sobre su sobrevivencia, fenómeno que en la actualidad encuentra puntos extremos en procesos mortíferos que pueden conceptualizarse de extinción social.

Nuestra hipótesis entonces es que el sistema se encuentra constreñido entre la determinación de las políticas globalizantes, desuniversalizantes (Escudero, 2003) y la realidad social que le da contexto. En el centro, clave de nuestro análisis, se encuentra justamente la práctica institucional encarnada en el proceso social de trabajo sobre los sujetos (en su doble acepción foucaultiana: sujetos de singularidad-sujetos sujetados), práctica ésta enfrentada descarnadamente a la producción social del padecimiento o al nuevo padecimiento social que desborda la “sala”. Sobre este tipo de registro y análisis transcurre nuestra práctica investigativa y nuestro discurso. De ahí que la secuencia resulte lógica, pero inversa a la simplemente deductiva, en la observación de este derrame poroso de la atención primaria hacia el hospital, de “la trinchera” a “la retaguardia”, sin pretender exagerar este frente de conmoción cotidiana ante el sufrimiento de los excluidos-incluidos en la sociedad del “desalojo”.

II. En el Centro de Salud Nuevos padecimientos

En los últimos años y como consecuencia de las transformaciones mencionadas, los Centros de Salud ubicados en Núcleos Urbanos Segregados² se han encontrado no sólo con un notable incremento de la

demanda de atención sino con nuevas y más complejas formas de padecimiento. Estas nuevas formas de padecimiento³ vinculadas estrechamente con problemáticas socioculturales presentan nuevos desafíos a las modalidades de intervención.

Gente llorando por hambre, gente que viene con mucha agresividad y termina quebrándose en la entrevista, llorando. Mucha gente no se ve a sí misma demandando en un servicio público. Estoy viendo como nunca antes hombres y mujeres que lloran por hambre, dolor... como que les duele el alma, como si afectara la dignidad... gente con un dolor psíquico que es nuevo. Yo antes no lo vi. (Profesional de un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires)

Los obstáculos que actualmente se presentan en la intervención sugieren la interrogación sobre los procesos sociales de trabajo actuantes y sus efectos en términos de subjetividad, tanto en los trabajadores de la salud como en los sujetos (objetos) de su trabajo.

Dificultades y límites en la intervención de los padecimientos actuales

Dado que un primer eje central para el análisis y entendimiento de los obstáculos de intervención es el proceso social de trabajo, debido a que éste comprende tanto dimensiones materiales como subjetivas que operan en el trabajador y en el sujeto (objeto) de trabajo, proponemos rastrear y desanudar las dimensiones que lo conforman, explicitando interpretaciones, intencionalidades, prácticas y discursos diversos y hasta contradictorios, según el actor de enunciación y acción.

Como dijimos, las problemáticas con un fuerte componente social están cada vez más presentes en la demanda en los centros de atención. Crecientemente cobran más espacio problemas de índole vincular, en relación a drogas, violencia, HIV, hambre, etcétera, en los cuales la dimensión

las macrounidades urbanas, padeciendo aislamiento social, deterioro urbanístico extremo, estigma y condiciones de vida, que los definen en la marginalidad ecosocial. (Bialakowsky, Zagami, Ghigliazza, Schwartz, Zaldivar, Lusnich, Rosendo, Costa, Crudi, Rodríguez, (2001), “Fuerte Apache, de la salud de la violencia o de la violencia de la salud” en Salud, Problema y Debate, año XI, N° 23, Buenos Aires).

³ Puede comprenderse por *nuevos padecimientos* a una categoría conceptual que abarca, por un lado, la emergencia, a partir de los noventa, de nuevas formas de sufrimiento, estrechamente relacionados a los procesos sociales de exclusión, y por el otro, a aquellos síntomas y patologías que en los relevamientos empíricos etnoepidemiológicos, son connotados por los trabajadores de la salud como emergentes de la situación contextual.

² Son unidades o complejos habitacionales que por determinadas características históricas y sociales quedan asociadas y segregadas de

social se presenta con una fuerza ineludible. No obstante, las prácticas institucionales encuentran dificultades para intervenir sobre estos aspectos en su real dimensionalidad. De este modo, el aspecto social de las problemáticas se convierte en un obstáculo a la hora de intervenir sobre los padecimientos que están llegando actualmente a la consulta de salud.

A mí lo que me pasa con el tema de la droga que no sé desde dónde trabajarlo. Me preocupa y no sé para dónde mirar, qué hacer, por dónde empezar. No sé si se puede laburar⁴, desde dónde... (Profesional de un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires).

Al mismo tiempo, las políticas públicas suelen crearse sin tener en cuenta las especificidades locales de la comunidad en la que luego serán aplicadas, presentándose como consecuencia de ello con desfases entre la demanda propia de cada zona o sector en la que se encuentra el centro de salud y las posibilidades de respuesta con las que éste cuenta para abordarla. A su vez, los programas que surgen localmente presentan serias dificultades para llegar a implementarse y prosperar por la falta de apoyo institucional.

Generalmente hay una forma de trabajo que son políticas de salud, como que bajan de Secretarías, que bajan de los gobiernos, que te bajan como una idea medio ajena, tal vez no tanto, pero que a la larga, trabajando acá, vos la ves distante." (...) "Me siento incómoda con los programas que bajan (se refiere al Hospital). Tener un programa de desnutrición cuando el problema acá es la obesidad. Pero hay que encontrar desnutridos antes que los periodistas! Los programas armados desde acá se terminan cayendo. Los programas se caen por no tener apoyo institucional, el Hospital aplaude pero no hace nada, arreglate vos. La Secretaría de Salud lo mismo, no hace nada. (Profesional de un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires).

De este modo, las dificultades para generar respuestas a través de intervenciones que incorporen el padecimiento del consultante en su contexto, implican límites u obstáculos a la atención.

Por otra parte, como ya mencionamos, se observa que las poblaciones socialmente más marginales no acceden tampoco a los centros de atención primaria de la salud, estratégicamente ubicados para alcanzar a los distintos sectores sociales sin restricción. En este sentido, cuando el núcleo más profundo de la exclusión queda aislado de

estas redes de contención social, la práctica institucional deja de funcionar como espacio de inclusión.

Los resultados de las situaciones descriptas se traducen en procesos de mortificación que se imprimen en términos de padecimiento tanto en el trabajador de las instituciones en cuestión como sobre su sujeto de trabajo o intervención.

Así, la condición particular en la que se inserta la institución pública de salud en el contexto específico de los Núcleos Urbanos Segregados, conlleva el riesgo de que su intervención reproduzca, en vez de contrapesar, los procesos de exclusión social, ya que el proceso de trabajo en estas instituciones no interviene de manera eficaz sobre los nuevos padecimientos en tanto su funcionamiento inercial no permite un rediseño en función de las nuevas problemáticas, convergiendo hacia nuevas formas de intervención más acordes con el contexto y las necesidades reales de la población.

La enajenación del trabajador y la cuestión del derecho

El extrañamiento entre el trabajador público y el sujeto de su práctica, y la naturalización de su propia actividad fragmentaria, repercuten en importantes dificultades a la hora de buscar introducir cambios que aborden la complejidad de la demanda existente. El trabajador público y las instituciones que éste encarna, se encuentran así, en un proceso alienado de producción de lo social y, lo que es más importante, en un proceso alienado de producción de lo público. El carácter público de su práctica (a diferencia de otros asalariados) introduce, entonces, como dimensión de análisis la problemática del derecho.

Partiendo del trabajador pensado como trabajador/sujeto padeciente, que por su práctica reproduce y realimenta el proceso de exclusión del que forma parte la institución pública, debemos pensar la reproducción de la exclusión como un proceso de doble dirección: la dominación en los procesos sociales de trabajo no sólo se debe entender en su manifestación más evidente, externa y descendente (desde las jerarquías superiores del sistema de salud hacia las inferiores, el trabajador) sino que se traduce a su vez en una introyección, sutil a veces y descarnada por momentos, de la relación social asimétrica que contribuye a reproducir la dominación en sentido opuesto (de abajo hacia arriba), aunque convergente en términos funcionales con la anterior.

El eje central de dominación es el trabajo enajenado. En la enajenación el sujeto padece, convirtiendo al padecimiento

⁴ N. de ed. trabajar.

en parte de la estructura de dominación. El sufrimiento es producido y productor de procesos sociales de trabajo. Desde el punto de vista del trabajador público, la enajenación es doble: con respecto al propio proceso de trabajo (debido a su imposibilidad de rediseño) y a la posibilidad de producir el derecho social a la salud.

Definido de esta forma desde la práctica institucional inserta en un Núcleo Urbano Segregado, el trabajador público padece el desgaste y la 'exposición' al ambiente de exclusión donde desarrolla su práctica, pudiendo ingresar en una lógica bidireccional donde el victimario es al mismo tiempo víctima, dando forma a una cadena de sometimientos mutuos (espacio de inserción de la práctica institucional, cadena de causalidad reproductora de exclusión, personificación de las prácticas) en la cual se dramatiza y se reproduce la violencia macro en el espacio institucional. Otro posible efecto de esta situación de exposición ante la demanda en relación a problemáticas fuertemente signadas por lo social, es la sensación de impotencia o de que no se está interviniendo de la manera en que la problemática en cuestión amerita.

Lo otro lo trabajamos en la medida de las posibilidades nuestras, no sé como trabajar con gente que está viviendo en la calle. Hay una señora Marta que viene con sus tres chiquitos y sabemos que sigue viviendo en la calle. Durante un tiempo articulamos, buscamos, nos obligó a buscar información que estaba el CAINA, que ahí se podía ir a bañar, un centro de día donde ella puede estar. Ella se escapó del centro de día y ahora está en la calle, la volvimos a encontrar y ahora está con los chiquitos que no van a la escuela, con una situación de salud que debe ser desastrosa, yo les vi el problema de la boca, la sarna, que tienen un montón de problemas de salud, y la verdad es que algunas cosas las podés trabajar y otras no. Y te quedás con una sensación un poco de impotencia, pero digo, lo peor es si me corro y ni siquiera cuentan con ese espacio para que los chicos puedan venir. (Residente de Educación para la Salud de un Centro Atención Primaria de la Ciudad de Buenos Aires).

Los nuevos padecimientos, finalmente, "aparecen invisibilizados, no reconocidos como tales por ninguna institución en particular ya que, dada la complejidad de los mismos, su respuesta no puede ser reducida a una intervención puntual, sino que requiere de dispositivos de intervención intersectoriales e interdisciplinarios"⁵.

⁵ Fragmento del diagnóstico elaborado en el CESAC N° 10, para las Jornadas sobre Violencia, Salud y Hábitat, en el área programática del Hospital Penna, agosto del 2003, por Omar Battistesa, Claudia Vacis, Mariana Di Marco, Victoria Sánchez Antelo y Alejandra Benvenuto.

Ahora bien, el proceso de trabajo institucional produce bienes y/o servicios, y a través de ello produce lo social en tanto instaura derechos sean estos satisfechos o no, adquiriendo entidad en tanto se los hace visibles como objeto de reivindicaciones. El reconocimiento de un derecho consagra, cuanto menos e independientemente de su realización, el "derecho a tener derechos".

Un profesional del ámbito público en los Núcleos Urbanos Segregados representa un sujeto portador y también, si no dador, al menos transmisor de derechos. Los individuos padecen al ser formalmente poseedores de derechos que no se realizan, es decir, ante la falta de objetivación de los mismos en las instituciones públicas —y cuyo garante último es el Estado.

Los intentos por contrarrestar estas limitaciones del trabajo, se reducen muchas veces a intentos individuales por abordar los nuevos problemas que no se encuentran acompañados por una transformación institucional que permita que aquellos se conviertan en una estrategia de intervención eficaz.

...hay un problema de horarios... a veces es necesario salir de tarde o de noche, a la mañana si vas a los hoteles están todos durmiendo, los adolescentes recién salen de tarde, a la noche... habría que modificar nuestro horario de trabajo... habría que ver quién está dispuesto. En un horario que... pero ahí también hay que ver qué ganas tiene uno, porque el horario es fuera de nuestro horario de trabajo. Vamos a las 6 de la tarde, o sea, sumamos horas porque, qué sé yo, no nos parece a nosotros... no es tanto sumar una hora de trabajo si vale la pena estar, pero vamos de a dos compañeras... (Profesional de un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires).

El método de trabajo impone formas de intervención que no coinciden con las necesidades reales de la población, y la incapacidad de redefinir el proceso de trabajo produce impotencia, frustración, padecimiento por parte del trabajador de las instituciones de los Núcleos Urbanos Segregados.

A nosotros nos pasa lo que le pasa a la gente... estamos desbordados... O sea, alguno puede decir de afuera que el centro de salud está rodeado de problemas y no hace nada por los problemas, como la gente está con piojos y no hace nada por los piojos, ...capaz que estamos desbordados. Ahora la gente debe tener su estrategia para definir prioridades, me parece que no la tenemos nosotros... (Profesional de un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires).

III. En el Hospital: Emergencia de nuevas formas de padecimiento

La emergencia de nuevos padecimientos, especialmente en el campo de la salud mental impulsados por las transformaciones macrosociales referidas anteriormente, parecieran no haber encontrado aún un correlato de intervención. Son padecimientos que desbordan las categorías nosográficas tradicionales e interrogan a las formas de intervención implementadas en el campo de la salud mental, constituyéndose este desborde e interrogación en una significativa fuente de padecimiento del trabajador de la salud mental.

Es mayoritaria la coincidencia de los entrevistados en afirmar que en los últimos años (mediados de la década de los noventa) han notado cambios en relación a los diagnósticos actuales. Todos los profesionales que registran tales cambios, aluden a cuestiones sociales relacionadas con la crisis económica, la desocupación, la precarización de las condiciones de vida. Las cuestiones socioeconómicas no sólo incidirían en la producción de determinados diagnósticos o patologías sino también dejarían su impronta en el perfil de la población que en la actualidad acude a las instituciones de salud.

Esa es la realidad que te toca vivir. Vos te encontrás con un paciente con trastorno generalizado del desarrollo y en realidad es un paciente que la categoría del DSM4 está ahí pero las causas no es solamente la cuestión genética, es hoy por hoy la desnutrición, la falta de trabajo, la cuestión cultural se ha ido deteriorando y vinculando a todo lo demás. Por eso te digo es el límite con el que te encontrás día a día. Hasta acá llega uno, y después, qué hago yo con un chico desnutrido? (Psiquiatra, Hospital Elizalde).

Así, en todas las instituciones relevadas⁶, el perfil socioeconómico de la población se compone de una clase baja y una clase media empobrecida que ante la pérdida del trabajo y por ende de su obra social o prepaga, acude ahora a la institución pública; asimismo existiría una clase social que algunos profesionales denominan "marginal" y que refiere a aquéllos que por carencia de medios económicos no logran siquiera llegar a la consulta terapéutica:

(...) la clase baja que era la población habitual sigue llegando y hay otra clase baja que ya no llega directamente porque no tienen plata para viajar en colectivo. No tienen ni para

comer, imaginate que menos para viajar en colectivo, la gente ya no llega. Y antes llegaba y les decías quiere venir ¿no?, tiene que venir dos veces por semana entonces te decían si no podía ser menos porque no tenían plata (...) bueno, ahora no es ni una vez por semana porque si tienen una moneda compran leche (...). (Profesional, Hospital Elizalde).

Causación y explicación de los padecimientos actuales

Se puede identificar en los entrevistados tres posturas, a veces coexistentes en un mismo profesional, en relación a la causación y explicación de los padecimientos actuales.

En primer lugar, están los profesionales que observan un entrecruzamiento de problemáticas familiares y económicas, con categorías diagnósticas (como angustia, depresión, entre otras); destacando el peso de las referidas a la crisis económica (pobreza, desocupación, precariedad laboral, etcétera). Dentro de este grupo de profesionales, algunos explican que los factores macrosociales, especialmente la desocupación, "inciden" en el desencadenamiento de trastornos (depresión, adicciones, trastornos psicósomáticos), mejorando notablemente el cuadro clínico cuando el paciente encuentra trabajo. Asimismo se ubican los terapeutas de niños que destacan que la violencia social y la fragilidad vincular (tanto familiar como social), genera trastornos en el desarrollo y crisis en los lazos identificatorios tempranos⁷.

En segundo lugar encontramos profesionales que piensan que las problemáticas actuales resultan no sólo de la determinación de la situación crítica actual sino también de la existencia o predisposición genética de patología. Se argumenta que ante la misma situación crítica no todos enferman. Entonces, si bien en este grupo como en el anterior no se desconoce la realidad como contexto de producción, el énfasis se encuentra en la predisposición genética al desarrollo de patología, mientras que en el grupo

Capital Federal en el transcurso de los meses de noviembre y diciembre del 2002. Los referentes temáticos de las entrevistas referían a: i. Perfil de la población consultante; ii. Prevalencias; iii. Relación con el contexto social, y iv. Proceso de trabajo.

⁷ En relación a las consultas realizadas por niños, se trate de derivaciones escolares o demanda de la familia, los profesionales coinciden en afirmar, que más allá del diagnóstico que se realice sobre el niño, existe un trasfondo común en todos ellos, que refiere a la violencia familiar y a la habilidad de los vínculos, especialmente de lo primarios. En este sentido, las patologías que presentan los niños en la actualidad, resultan ser la manifestación visible de situaciones familiares altamente conflictivas, vinculadas al crecimiento de la pobreza extrema.

⁶ Se utilizan como fuentes de información entrevistas en profundidad, realizadas a profesionales de la salud mental (especialmente psicólogos y psiquiatras) de cinco instituciones hospitalarias de la

anterior el énfasis estaba puesto en los factores sociales como desencadenantes.

Un tercer grupo más reducido refiere a que el cambio de las problemáticas actuales se debe a cambios en las formas de diagnosticar de los profesionales, donde parecería registrarse un mayor cuidado en la emisión de diagnósticos psiquiátricos como esquizofrenia, tendiendo hacia otros diagnósticos como trastorno bipolar.

Dificultades y límites en la intervención de los padecimientos actuales vinculados a la crisis socioeconómica

No obstante estas tres posturas en relación a la causación de los padecimientos actuales, no se registran diferencias al momento de identificar cuáles son las dificultades en la intervención de estos padecimientos. En otras palabras, la comprensión y explicación diferencial de los padecimientos no se corresponde con la identificación de diferentes problemáticas en relación a la práctica utilizada para su abordaje.

En este sentido, las transformaciones socioeconómicas inciden en el perfil de la población consultante y su incremento tiene fuertes implicancias en las posibilidades y límites de intervención, según la perspectiva de los profesionales. Asimismo, las dificultades laborales de los consultantes constituyen un obstáculo en el trabajo terapéutico. Por un lado, por los efectos devastadores de factores como la desocupación y por otro, por la imposibilidad de los pacientes de sostener su tratamiento o de realizar la compra de medicamentos por falta de recursos económicos:

Pero cuando te encontrás con que no te alcanza, si que hay situaciones muy importantes que son a nivel social, que es la falta de vivienda, la falta de continencia familiar, esteee...te volvés impotente" (Médico psiquiatra, Hospital Alvear)

Como que a veces uno nota que los pacientes se preocupan más por no tener recursos económicos o laborales que de su propia patología orgánica" (Lic. en psicología, Hospital de Oncología María Curie)

Las dificultades son que la gente viene con más apremio, con más, digamos, tendencia a la querella a la demanda inmediata no sólo en cuanto a la atención médica sino en cuanto a la medicación y a poder solucionarles problemas económicos del tipo que no pueden viajar en colectivo o tener para comer (Médico psiquiatra, Hospital Rivadavia)

Este tipo de problemáticas son denominadas por los profesionales como "problemas sociales" o "demanda social" y desafían tanto al marco teórico de los profesionales como a las posibilidades de intervención y resolución. No sólo no se sabe cómo intervenir en estas problemáticas atravesadas por factores sociales, sino que tampoco son consideradas como propias del campo profesional de psiquiatras y psicólogos sino del campo profesional de trabajadores sociales.

(...) no corresponde, no podemos, a uno se le crea cierta impotencia, qué hago con esto, qué podés hacer, siempre algo se puede hacer, a veces hacemos trabajo social (...) Acá hay dos asistentes sociales en el hospital, acá abajo, que si uno va y pide algo por supuesto que lo hacen pero tienen tanta demanda que a veces es difícil para ellas cubrir toda la demanda, entonces por ahí uno termina haciendo las redes y derivando a un lugar más cercano, cosa que debería hacer un asistente social, que para eso estudiaron, ellas saben cómo hacer una red de contención, yo la hago como puedo o gestionando pases para que puedan viajar (...) Te diría que hasta en un caso aislado dándoles plata para que puedan viajar (...) Digo, uno se encuentra haciendo cosas que por ahí no debería, no podemos darle plata a todos los pacientes porque sino sería repartir el sueldo entre los pacientes, pero no se trata de eso, tampoco le solucionamos nada (...) (Lic. en psicología, Hospital Elizalde)

Algunos profesionales de la salud hacen alusión a la necesidad de intervenir en el contexto social (familia, escuela) de los consultantes, no obstante esto, encuentran límites político-institucionales a la innovación en el proceso de trabajo. En palabras de una enfermera:

Un problema de integración y un problema de que también, esta chica necesitaba también, según mi criterio, (...) un tipo de atención extra muros, es decir: no era suficiente lo que se le podía dar acá. Sino que había que trabajar en la casa, en la escuela; de hecho hubo problemas y se intentó, vinieron algunos docentes para trabajar en conjunto acá, pero cuando se tuvo que tomar la decisión de trabajar en forma. fuera del Hospital te encontrás con el límite de que no se puede. Entonces es como que ahí se quebró. Es decir, no era suficiente lo que se le podía dar acá. (Lic. en enfermería, Hospital Borda).

Este servicio trabaja de otra manera. Tiene una apertura diferente, se trabaja diferente, pero yo calculo que se encuentra con el límite de..porque para poder trabajar extramuros tenés que tener un aval institucional. Y no está dentro del espíritu de..de..de la política sanitaria. Es decir,

y esto yo supongo que tiene que ver porque así como tampoco se trabaja en prevención en la Argentina, no?" Que obedece a cuestiones políticas, sociales. (Lic. en enfermería, Hospital Borda)

Otros profesionales plantean un "excesivo" involucramiento con los pacientes que presentan tales demandas al punto que se consideran más cerca de la "asistencia social" que del propio ejercicio de la profesión (psicología, psiquiatría). Esta situación no sólo significa, desde las palabras de los profesionales, que se desvirtúa la propia práctica profesional sino también la aparición de padecimiento en el trabajador que se hace cargo del dolor que generan tales demandas sociales en sus pacientes, y la sensación de impotencia en las posibilidades de resolución de las mismas:

[se le pregunta cómo se maneja ante las demandas sociales] ...con organismos, con iglesias, comedores, asistentes sociales, peor a veces porque no dan abasto y si no ayudo yo por mi parte...yo por lo pronto tengo dos sin techo viviendo en mi departamento, no es definitivo, es transitorio, pero bueno (...) yo creo que hay que poner más el cuerpo y no sólo una receta...poner el cuerpo en el devenir del paciente ahora (...) Yo pongo el cuerpo y le voy a buscar la medicación. Demandas en el sentido de conseguirles un hotel, o tres días de hotel porque está durmiendo en la plaza, no sé. Hay que manejar también todo eso, porque la parte social es todo un tramiterío. Los pacientes son tantos con problemas que generalmente no acceden. (Médico psiquiatra, Hospital Rivadavia)

Voluntarismo, responsabilidad profesional, sobre-exigencia profesional ¿Cómo podríamos poner cuando uno se siente solo desamparado, desamparado en todo caso? El descuido de cambio en lo personal (en relación a las capacitaciones) más que nada conduce a situaciones limitantes. Es.. todo anti-ergonómico... por lo inhumano del sistema. (Médico Psiquiatra, Hospital Elizalde).

Tal como expresamos líneas arriba, los trabajadores de la salud entrevistados enfatizan que, más allá de la definición del diagnóstico que realizan de las problemáticas que acuden a los servicios, existe un trasfondo causal común compuesto por factores relacionados con la crisis económica actual y con la precariedad vincular (tanto social como familiar), que incide en la conformación y desencadenamiento de problemáticas como depresión, trastornos de ansiedad, adicciones, violencia familiar y vincular, entre otras, y que presentan dificultades para la

intervención profesional e impone límites a la resolución de las problemáticas en cuestión.

El recorte que se opera en la construcción del objeto de intervención termina definiendo, restringidamente, al padecimiento en su singularidad psicobiológica, bloqueando toda posibilidad de intervención sobre los eslabones causales exógenos (sociales). A su vez en los casos donde los profesionales intervienen en la resolución de un factor social del padecimiento (como lo ilustran las citas anteriores), se argumenta, de todas maneras, que no es competencia del propio campo profesional.

IV. Reflexiones a modo de conclusión

En América Latina y en particular en nuestros estudios referidos a la Argentina el sistema de salud ha sufrido una metamorfosis considerable, tanto en el plano discursivo como en el rediseño de las prácticas institucionales. Desde nuestra perspectiva teórica ambos componentes traducen la realidad del sistema y encarnan en su coherencia y contradicciones la producción de ese objeto llamado salud del proceso social de salud-enfermedad largamente debatido por otros autores. A lo largo de este artículo, suponemos ha quedado fijada nuestra posición, siempre provisoria científicamente claro está, para comprender al padecimiento como núcleo de compresión del destino del sistema, y esta definición de sufrimiento abarca por un lado tanto al proceso social de salud-enfermedad que comprende en sí mismo al sistema de atención (E. Menéndez, 1990) como al propio contexto social en el que se aloja. Así el padecer y el enfermar no se encuentran escindidos ni de las prácticas del sistema ni del contexto local en el que se encarna. Así en esta conceptualización, el objeto de intervención o el vacío de intervención, las representaciones sociales hegemónicas y la realidad contextual conforman un haz complejo y apretado.

Para comprender este proceso hemos detenido nuestro análisis en las prácticas institucionales por considerar que resultan claves en la producción del sistema. Dichas prácticas tienen varios planos de análisis: las determinaciones del poder político en el rediseño institucional en el pasaje hacia la descentralización, la focalización y formas asistencialistas con una marcada pérdida del patrón de universalidad en las prestaciones en salud, y una tendencia a la privatización tanto en sus formas de financiamiento como en la tercerización de servicios.

Estas formas gubernamentales colisionan con otros dos planos o dimensiones: por un lado las prácticas de los

trabajadores de la salud y sus representaciones para la intervención en el proceso, como así la precarización de sus condiciones de trabajo, y, por otro, las demandas sociales que se expresan tanto por presencia de nuevos padecimientos como de inaccesibilidad para recibir atención del sistema.

Resulta oportuno, a partir de estos múltiples conflictos arriba descriptos entre paradigmas de atención y limitaciones del sistema para atender el padecimiento actual en los sectores más vulnerables, plantear el rol que cumple el proceso de trabajo y el trabajador del sistema de salud con referencia a la cosa pública (Bauman, 2002) en tanto productores del derecho social a la salud. El sistema entonces no resulta un ente abstracto encarnado por acciones fragmentarias destinadas a individuos aislados de

su contexto, sino una presencia activa en la producción de la salud colectiva (De Sousa Campos, 2001). Desde esta perspectiva producir derechos significa tender a traspasar las fronteras disciplinarias, institucionales y sectoriales sin perder, como se indica en el paradigma de la complejidad (García, 1994), la especificidad que cada caso requiere pero tendiendo a enlazarla con las demandas que surgen del análisis acerca de las cadenas causales del padecimiento. Ello requerirá nuevos dispositivos colectivos de atención complejos, coproductivos y transdisciplinarios.

Maestría en Medicina Social

Presentación

El programa de Maestría en Medicina Social es pionero en América Latina. Desde 1975 forma recursos humanos de alto nivel para la docencia, la investigación, y la planeación en el campo social. Por la calidad de sus egresados, su amplia producción científica y las actividades de difusión que realiza, goza de prestigio nacional e internacional. El Programa tiene un diseño curricular interdisciplinario ceñido a los principios del Sistema Modular.

Objetivo

Formar recursos humanos capaces de generar conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos, así como ejercer la docencia, planificar y operar las actividades de servicio en el área de la medicina social.

Estructura del plan de estudios

El plan de estudios se divide en dos niveles, con duración de un año cada uno:

A lo largo de los niveles se desarrolla un tema de investigación, que lleva a la elaboración de una tesis para obtener el grado de Maestría.

Nivel I

Este nivel se orienta a brindar formación básica en Medicina Social. Está integrado por tres módulos:

- **Salud y Sociedad:** se brindan las bases teóricas y metodológicas de las Ciencias Sociales necesarias para el análisis e interpretación de problemas médico-sociales.
- **Distribución y Determinantes del Proceso Salud-Enfermedad:** se desarrollan las bases teóricas y técnicas para el análisis de la distribución y los determinantes del proceso salud-enfermedad en la población.
- **Práctica Médica y Política Sanitaria:** Se proponen elementos conceptuales indispensables para analizar las formas de respuesta social frente al proceso salud-enfermedad.

Nivel II

Este se orienta al desarrollo del proyecto diseñado en el primer nivel. Comprende seis unidades de enseñanza-aprendizaje entre talleres de tesis y seminarios.

- **Talleres de Tesis I, II y III:** se articula el trabajo de investigación que realiza el estudiante con la orientación de un director y un comité de asesores.
- **Seminario de Formación Docente:** aporta elementos conceptuales y técnicos del proceso enseñanza-aprendizaje necesarios para dirigir un programa docente en el área de la salud
- **Seminarios de profundización:** asignados en función del área de investigación, pueden cursarse en el programa o en alguna institución académica.
- **Seminarios Optativos:** complementan la formación en temas relacionados con la investigación.

Perfil del egresado

El egresado será capaz de formular y resolver problemas, así como de generar conocimientos y efectuar actividades de servicios en el área médico social.

Para mayores informes, contáctanos en: <http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/mms/>