

El Trabajo Social y la Gestión en Atención Primaria de la Salud. Gestionar: ¿Por qué y para qué?

Betiana Eguilior
María Victoria Pérez Ávila
Juan Carlos Soldavini¹

Resumen:

El trabajo realiza un análisis del proceso atravesado por los y las trabajadores y trabajadoras sociales en los concursos para cubrir las jefaturas de los C.A.P.S. de Florencio Varela y el posicionamiento adoptado por estos al ejercer funciones de gestión, teniendo como ejes fundamentales, el enfoque de derechos y la necesidad de humanizar el trabajo profesional en la atención en salud.

Palabras clave:

INTERDISCIPLINA - INTERVENCIONES SOCIO COMUNITARIAS -EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA - TRANSFORMACIÓN SOCIAL - TRABAJO SOCIAL.

Abstract:

This paper analyzes the process of the social worker in the competition for the headquarters of the health centers in Florencio Varela and the position adopted by these functions at management level, with the cornerstones, the right approach and the need to humanize the professional work in health care.

Keywords:

SOCIAL WORK - MANAGEMENT – CONFLICT - RIGHT APPROACH - PRIMARY HEALTH CARE

“...no hay ninguna situación histórica que ponga límites a las acciones profesionales y que no ofrezca, además, posibilidades y alternativas.”

J. P. Netto (2002)

Nuestro Objetivo:

El trabajo pretende dar cuenta de posibles hipótesis por las cuales las y los Trabajadoras y Trabajadores Sociales estamos ocupando espacios de Gestión en los Centros de Atención Primaria de la Salud dependientes de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Florencio Varela.

Nuestro Trabajo:

Durante los años 2011 a 2013 en el sistema de salud municipal del distrito de Florencio Varela, se comienza a desarrollar un proceso en torno a la coordinación y organización de los equipos profesionales de los centros de atención primaria de la salud. Este proceso implicó el desarrollo de discusiones entre los profesionales, las organizaciones gremiales y las autoridades locales de salud pública. Todos los actores sociales mencionados han jugado en diferentes momentos roles que facilitaron o no la

¹ Secretaria de Salud, Municipalidad de Florencio Varela. Bs As

E mail: betianae@hotmail.com; mvperezavila@yahoo.com.ar; juansoldavini@yahoo.com.ar

consolidación de dicho proceso, con intereses particulares muy marcados, que dejaron su impronta en este. No debe escapar a los ojos de quien analice la situación delimitada, que el accionar de CICOP como gremio mayoritario, fue determinante en el resultado final que ha sido el llamado a Concurso por parte del Municipio para cubrir las Jefaturas de los Centros de Salud.

En este proceso se dio un fenómeno de particular importancia para nuestra disciplina que es la preponderancia de colegas concursados y aprobados sobre el total de profesionales del sistema de Atención Primaria de Salud Varelense, esto es que sobre 27 cargos cubiertos 9 correspondieron a Trabajadores Sociales seguidos por los médicos con 8 cargos y los Psicólogos con 5, en tanto que los 5 restantes se dividieron en distintas profesiones. Cabe destacar que históricamente l@s trabajadores sociales han conformado un colectivo de gran participación y desarrollo en el espacio gremial local.

Esta experiencia nos invita a repensar nuestro ejercicio profesional, lo que implica considerar todas nuestras prácticas y los diversos roles desempeñados en el espacio laboral, ya que desde ese momento se vio atravesada la cotidianeidad laboral, con el ejercicio de Jefatura del Centro de Atención Primaria de Salud.

Se presentan entonces interrogantes que motorizan y conducen estas reflexiones: ¿Esta tendencia disciplinar se encuentra atravesada/vinculada con el perfil profesional? ¿Han influido en esto los procesos históricos territoriales? ¿Cuál es el imaginario acerca del rol profesional, y cómo influyó esto en el proceso de consolidación de las jefaturas de centros de salud? ¿Qué particulares procesos han llevado a que mayoritariamente sean profesionales del trabajo social los jefes de centros de atención primaria de salud y no médicos (profesión hegemónica e históricamente privilegiada por el sistema de salud)? ¿Actúan la formación y el mismo ejercicio profesional como determinantes de este proceso?

Para poder repensar esto es importante considerar aspectos que nos han acompañado en nuestra formación profesional, como por ejemplo la posibilidad de poner en debate o discusión el claro planteo que realiza C. Robles

Nuestro compromiso con las instituciones estatales debe ser cada vez mayor en un contexto en el que se busca la eliminación del gasto público y el achicamiento cada vez mayor del Estado. Este compromiso es aún más significativo cuando lo que se pretende es convertir a las instituciones públicas en espacios sólo destinados a las clases subalternas, que ya nada tienen, como paso previo a la cada vez más achicada intervención estatal. (2003)

Estos discursos han sido performativos² de trabajadores sociales con recorridos de grado en educación pública, y con inserciones laborales en espacios públicos. La constante presencia de estas ideas en la formación disciplinar puede marcar la tendencia al compromiso con el espacio de trabajo, así como pueden generar una influencia en la mirada de los otros sobre este rol con compromiso en la práctica; y puede ser núcleo ético político profesional que marque la diferencia con otras

² El concepto “performatividad” hace referencia a la capacidad de algunas expresiones de convertirse en acciones y transformar la realidad o el entorno.

profesiones/disciplinas en relación a repensar las prácticas profesionales de modo contextual.

Debe considerarse aquí la idea que presenta Iamamoto (1992), donde los profesionales se deslizan entre posturas fatalistas y mesiánicas, y esto puede haber influido en el particular proceso del mencionado concurso; y la oscilación entre ambos fenómenos puede verse reflejada muchas veces en la oscilación entre los roles de Trabajador social y jefe; quizás el fatalismo en la práctica particular disciplinar, puede haber conducido a el mesianismo en el proceso de gestión, para luego continuar (como todo proceso dialéctico) alternando entre uno y otro. Este particular fenómeno analizado profunda y críticamente por diversos autores puede servir para pensar el recorte en cuestión.

Pensando en la formación coincidimos con el planteo de G. Parra (2014) al hacer referencia al “significado social de la profesión, y la posibilidad de aprehender las particularidades que adquiere la sociedad en un momento histórico determinado” como una de las posibles variables que pueden actuar como determinante del ejercicio profesional, dentro de un equipo de salud pública. Este aspecto juega un lugar fundamental en lo disciplinar y en lo profesional, en un sentido comparativo con las otras profesiones, posibilitando construir una perspectiva en el subsector de la salud pública y puntualmente de atención primaria de la salud desde la perspectiva integral de la misma, atravesando la totalidad del sistema de salud en sus distintos niveles y garantizando el derecho a la salud de forma universal y equitativa, con una comprensión de la lógica territorial en la cual se encuadra la práctica.

El compromiso desde la formación universitaria con los sectores subalternos, con la consolidación de un Estado presente legitimador de estos derechos, viabiliza la construcción de una práctica científica en el marco de los procesos de salud-enfermedad -atención de la población, adecuada a las necesidades; y ligada a la aceptación y participación de la comunidad en la que se inserta. Es necesario pensar entonces que las prácticas profesionales en salud no pueden alejarse de esta lógica y requerimiento de legitimación social, si pretenden llegar al óptimo o mejor horizonte posible, considerando la definición y distribución de acciones y responsabilidades de los diferentes actores, estimulando de esta forma, a las políticas públicas saludables que se desarrollan en la actualidad en muchos de los municipios del conurbano, a privilegiar entre sus ejes rectores las prácticas participativas, antes que aquellas exclusivamente prescriptivas. Estas últimas, han estado vinculadas históricamente al modelo de atención del proceso salud enfermedad hospitalocéntrico y bio hegemónico tan instalado en los servicios de atención, lógica cuestionada por un perfil de formación académica y ejercicio profesional diferente al biomédico, como el del Lic. en Trabajo Social.

Ahora bien a esta altura cabe cuestionarse cuanto del peso del imaginario social acerca de nuestro rol profesional determina la legitimidad y construcción del rol del trabajador social -jefe. Para esto nos remitimos a las teorías disciplinares que abordan la génesis del trabajo social, socialmente vinculada a la filantropía y la beneficencia; es aquí donde la profesionalidad se correría a un segundo plano, para pensar la construcción histórica de ese imaginario y la influencia de este en la construcción de los vínculos cotidianos, no solo con la población con la cual trabajamos a diario, sino con los mismos integrantes del equipo de salud en el cual nos insertamos, siendo este

el profesional “dispuesto, amable, solícito, presto a la resolución de conflictos y problemáticas” el “trabajador social bueno”

Planteados entonces los distintos interrogantes, será responsabilidad de nuestro colectivo profesional fijar posición en relación a que nuestra formación y nuestras capacidades son las que nos habilitan a ocupar nuevos espacios en el quehacer profesional.

En forma paralela a esta labor de dejar claras cuáles son las capacidades que nos habilitan a ocupar los espacios de gestión, debemos sentar las bases que comiencen a dar alguna respuesta a la segunda parte de la pregunta del título de este trabajo y que es un objetivo en sí mismo que es ¿Para qué Gestionamos?

Para ello debemos tener en claro que en las últimas décadas, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) fue considerada, tal vez, una de las políticas con mayor consenso a nivel internacional al momento de querer garantizar el derecho a la salud, pero al mismo tiempo su aplicación ha estado llena de dificultades, entre las cuales se destacan los diferentes significados que fue adquiriendo la estrategia con el transcurso del tiempo, al punto de perder su sentido original.

En este sentido, es un desafío pensar la categoría de Atención Primaria de Salud como un

(...) modelo estratégico de salud basado en la promoción, la prevención y el tratamiento de la salud, que no solo se identifique con la oferta de servicios, sino que también incorpore a la población usuaria como parte de un proceso de retroalimentación mediante prácticas participativas. (Maceira, 2007)

En la actualidad, el enfoque de derechos en el campo de las políticas públicas, basado en la normativa internacional sobre derechos sociales, pretende devolverle a la estrategia de APS su inicial sentido de garantizar el derecho a la salud.

Como Actores Sociales, representantes del estado en nuestro rol de trabajadores del ámbito de la Salud Pública, debemos embarcarnos en la tarea de abordar la problemática que significa la efectiva vigencia del paradigma de protección integral de derechos, sobre todo si se tiene en cuenta que las leyes y las normativas no garantizan por sí solas los cambios sociales, culturales e institucionales necesarios para el ejercicio de la ciudadanía plena.

La tarea que nos convoca entonces es contribuir, a partir de un comprometido trabajo intra e interinstitucional, a la generación de espacios que posibiliten el análisis crítico y el abordaje transformador de la problemática planteada, en los cuales se conjuguen la visión y opinión de todos los actores sociales e institucionales.

La ciudadanía plena o integrada requiere el reconocimiento de lo diverso. Es por esto que no es correcto hablar sólo de igualdad, es imprescindible hablar de equidad

Igualdad y equidad no son sinónimos, son conceptos connotativamente distintos. Igualdad refiere a la base común de los derechos y responsabilidades de todos los miembros de la sociedad.

Equidad en tanto refiere desde la igualdad a la consideración de la diferencia, de la especificidad; es decir, la equidad incluye la igualdad y la diferencia.

Tratar a todos por igual requiere reconocer las diferencias y no imponer los mismos criterios y estándares para todos. Sólo con un reparto de recursos, poderes, libertades y posibilidades, es factible conjugar una mejor distribución de oportunidades.

En este sentido es interesante analizar lo que plantean Iván Ase, y Jacinta Burijovich (2009) en relación al enfoque de derechos, tomando incluso a otros autores expresan que en los últimos años, los principios, reglas y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos ha fijado no solo las obligaciones negativas sino también, y de manera muy precisa, cuáles son las obligaciones positivas del Estado.

Esto significa que ha definido no solo aquello que el Estado no debe hacer, a fin de evitar violaciones, sino también aquello que debe hacer en orden a lograr la plena realización de todos los derechos, en especial, los económicos, sociales y culturales. En el campo de la salud, se ha definido este derecho como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrada, accesible para todos que incluye:

- La atención de la salud dando respuesta a las prioridades nacionales y locales.
- La transformación de los determinantes subyacentes de la salud tales como el saneamiento adecuado, el agua potable y la educación en materia de salud.
- La garantía de accesibilidad para todos: ricos y pobres, grupos étnicos minoritarios y mayoritarios, los que viven en zonas urbanas y zonas rurales y las comunidades desfavorecidas.
- La participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad como un elemento esencial del derecho a la salud.
- La elaboración de un plan integral y no un montón de intervenciones verticales poco coordinadas para las diversas enfermedades.

La perspectiva de derechos en salud se refiere a que éste es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud.

Los tratados internacionales brindan un marco normativo para que los diferentes actores locales y nacionales se articulen en torno al diseño de las estrategias de salud. De esta manera, los derechos humanos actúan como un programa que puede guiar u orientar las políticas públicas de los Estados.

La idea esencial tras la adopción de un enfoque de derechos humanos es que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias de salud se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos.

Esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, que tienen que incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud.

Ahora bien, si hablamos del enfoque de derechos, no podemos dejar de hablar también de los determinantes sociales de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005, como una forma de actualizar y ajustar a la realidad mundial los enunciados de la Declaración de ALMA-ATA del año 1978, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas.

Acercarse entonces al tema de la Atención Primaria de la Salud y al de la Gestión de ésta, supone entonces que el objetivo último de la planificación en salud es la salud, situación a partir del cual deben discutirse distintos aspectos fundamentales que hacen a esta planificación, identificando los problemas, determinando cual es el nivel de gobernabilidad del que se dispone y cuáles son los factores que condicionan y determinan los distintos cursos de acción, incluyendo el monitoreo y evaluación de todo el proceso.

En tal sentido, Huergo sostiene que

(...) el desafío de gestionar, en cuanto actuar creativamente gestando procesos colectivos, nos lleva a adoptar una actitud histórica y analítica: nunca el pasado puede repetirse (sino sólo como farsa, decía Marx) y nunca el futuro como imagen debe llevarnos a negar las condiciones del presente.

Es por esto que es necesario afrontar también determinadas situaciones de vulnerabilidad, personales o colectivas de los distintos actores sociales que interactúan y que cuestionan directa o indirectamente un sistema que desde el plano de lo ideal pretende funcionar con normalidad pero que en el plano de lo real suele mostrar diversas falencias. La aparición y ocurrencia de tales vulnerabilidades, cada vez más frecuentes, supone primero, el reconocimiento de su existencia y admitir la urgencia de dar una respuesta institucional y organizacional al respecto. Si bien es cierto que cada persona responde de forma diferente a los problemas y que cada acontecimiento se afronta de forma distinta, es necesario buscar o crear procesos comunes que puedan servir de guía u orientación en situaciones de conflicto y desafíos de cualquier naturaleza.

Existe una idea muy extendida, que es la de ver las carencias en los procesos de Salud – Enfermedad – Atención – Cuidado – Asistencia – Promoción, como un conflicto, y en consecuencia, como algo negativo y, por lo tanto, como aquello que hay que eludir, ignorando que en esa carencia puede estar la potencialidad misma para revertirla. Esta primer idea probablemente esté basada en diversos motivos: cuando pensamos en conflictos los relacionamos con la forma en que éstos se suelen resolver: violencia, enfrentamientos, destrucción y/o negación de una de las partes..., entre otros. No solemos imaginar una solución justa, inclusiva y recíprocamente satisfactoria. Por otra parte, la mayoría de nosotros sentimos que no hemos sido educados para enfrentar los conflictos de una manera positiva y que en consecuencia, nos faltan herramientas y recursos.

En el seno de las instituciones de salud se presenta una amplia gama de situaciones de vulnerabilidad en el mismo fuero interno del sujeto, en la relación de éste con otras personas o entre grupos más o menos homogéneos dentro de una institución. Si la

aparición de las mismas resulta inevitable y, en cierto modo, incluso deseable, la principal preocupación no se dirigirá a ocultarlas sino a ver cómo hacerles frente. El beneficio que se puede llegar a obtener, depende del estilo de respuesta que se adopte.

El reto que se plantea será cómo aprender a enfrentar y resolver este tipo de situaciones conflictivas de una manera constructiva. Esto implica a su vez comprender el conflicto y sus componentes, así como desarrollar actitudes y estrategias para resolverlos que podrán conducirnos hasta sus causas profundas.

Es bueno creer que el fortalecimiento cuali-cuantitativo de los Equipos de los Centros de Salud, además de poder ser un soporte fundamental de los procesos comunitarios formales e informales y de la constitución de sujetos autónomos y reflexivos, es también un potente medio de prevención de los problemas que puedan surgir, siempre que esto se realice de manera constructiva y positiva, atendiendo, respetando e incluso “registrando” los sentimientos y posiciones de los demás.

Ahora bien, teniendo en cuenta el contexto planteado y las herramientas de las que disponemos hemos enfocado inicialmente nuestra Gestión hacia el seno de nuestros equipos, tomando como principal desafío la revisión y transformación de las prácticas institucionales con base en la propuesta de Gastão Wagner de Sousa Campos (2001) que plantea la necesidad de tener servicios de salud más comprometidos con el bienestar de la población a partir de la necesidad de humanizar dichos servicios en la búsqueda de una alternativa válida a la indiferencia e insensibilidad de los médicos ante el sufrimiento humano.

Para poder generar una verdadera transformación hay que entender que nuestros servicios vienen reproduciendo las relaciones de poder, validando así un modelo de atención que no tiene un efecto integral sobre la vida de las personas.

En tal sentido es prioritaria la búsqueda de un nuevo profesional de la salud, que contribuya al logro del objetivo primario que no es otro que producir salud, permitiendo además a cada trabajador ampliar la capacidad de reflexión, de cogestión y en definitiva de realización personal y profesional y ayudando a las personas a optimizar el uso de los propios recursos, reconociendo y legitimando la autonomía de la voluntad y el deseo de cura de cada uno.

El eje ha sido puesto en el factor humano y en la posibilidad de lograr una progresiva desalienación tanto de los trabajadores de la salud como de las personas que utilizan nuestros servicios, poniendo también el énfasis en la idea de salud colectiva.

El proceso está iniciado y en pleno desarrollo para mostrar que cada uno puede ser un sujeto autónomo y socialmente responsable y que es posible recuperar valores tales como la ética, la emotividad y la subjetividad, contribuyendo de esta forma a generar un cambio significativo que permita proponer nuevas estrategias de trabajo y prácticas socialmente aceptadas y legitimadas.

Como Trabajadoras y Trabajadores Sociales estamos convencidos que es posible pensar en un cambio de paradigma. Debemos recorrer un largo camino, sin prisa pero sin pausa.

Bibliografía:

ASE, Iván; BURIJOVICH, Jacinta. (2009). Salud colectiva v.5 n.1 Lanús ene./abr.

BASTA, MORETTO, PARRA (2014). Notas sobre el ejercicio profesional del trabajo social en la contemporaneidad. Revista del Departamento de Cs Sociales. UNLU. Bs.As.

HUERGO Jorge. Documento: los procesos de gestión. Sin datos.

IAMAMOTO, Marilda (1992) "Servicio Social y división del Trabajo", Capítulo 3. Cortez Editora. San Pablo.

MACEIRA, Daniel (comp). (2007). Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios. Introducción. Ed Paidós. Buenos aires.

NETTO, Jose Paulo. (2002) "Reflexiones en torno a la cuestión social." en "Nuevos escenarios y práctica profesionales". Ed. Espacio. Bs.As

ROBLES, Claudio. (2003) "Reflexiones en torno a la identidad profesional en Trabajo Social. Maestría en Trabajo Social. UNLP.

WAGNER DE SOUSA CAMPOS, Gastão: (2001). Gestión en Salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial. Buenos Aires

Páginas web consultadas:

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. <http://www.who.int/es/>