

Trabajo Social y Atención Primaria de la Salud: Estrategias entre lo urgente y lo importante

Natacha Levisman¹

Nalá Ayalén Sánchez Caravaca²

Resumen:

El siguiente trabajo se propone caracterizar y analizar cómo las estrategias elaboradas por Trabajadores/as Sociales, insertos en Centros de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires, resuelven la tensión existente entre la urgencia de la intervención en los dispositivos de Demanda Espontánea y el abordaje comunitario de la salud.

Palabras clave:

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN – ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) – DEMANDA ESPONTÁNEA – ABORDAJE COMUNITARIO.

Abstract:

The following work aims to characterise and discuss how the strategies devised by social workers, inserts in health centers and community action in the City of Buenos Aires, resolved the tension between the urgency of the intervention in the devices of spontaneous demand and the community approach to health.

Keywords:

INTERVENTION STRATEGIES - PRIMARY HEALTH CARE (PHC) - SPONTANEOUS DEMAND - COMMUNITY APPROACH

Introducción

Este trabajo es resultado del Trabajo de Investigación Final de Taller, de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. El mismo fue realizado entre Octubre de 2012 y Agosto de 2013. Tiene como objetivo el Caracterizar y analizar cómo las estrategias elaboradas por los/as Trabajadores/as Sociales, en el ejercicio cotidiano en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la Ciudad de Buenos Aires resuelven³ la tensión existente entre la urgencia de la intervención en

¹ Trabajadora Social recibida en la Universidad de Buenos Aires y Profesora de Nivel Primario, especializada en Educación de Jóvenes y Adultos. Actualmente trabaja como Trabajadora Social en un Gabinete Escolar de una Escuela Pública de Educación Especial de Baja de Visión en CABA y es Profesora de Nivel Primaria en una escuela pública de la misma ciudad. E-mail: natiamauta@gmail.com

² Trabajadora Social recibida en la Universidad de Buenos Aires. Actualmente se encuentra cursando el segundo año de Maestría en el Programa de Posgrado en Servicio Social: Servicio Social, Derechos Humanos y Cuestión Social de la Universidad Federal de Santa Catarina – Florianópolis – SC – Brasil, posee beca CAPES de dedicación exclusiva. Es integrante del Núcleo de Investigación Interdisciplinar Sociedad, Familia y Política Social (NISFAPS) vinculado al programa mencionado. E-mail: nalaayalen@gmail.com.

Instituciones: Universidad de Buenos Aires – Facultad de Ciencias Sociales – Carrera de Trabajo Social; Universidade Federal de Santa Catarina – Centro Socio Econômico – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

³ Cuando hablamos de “resolver” en estos términos, no nos referimos a solucionar esta cuestión de por sí en tensión permanente, e irresoluble de forma total en el marco de este sistema, sino a llevar

los dispositivos de Demanda Espontanea expresado por parte de los/as usuarios/as/as de los centros de salud y evidenciado en las ponderación de un tipo de prácticas por sobre otras, y el trabajo comunitario postulado en los principios de la APS (atención primaria de la salud). Pensando el ejercicio de elaborar estrategias para transitar la tensión, nos hemos preguntamos cómo las diversas variables que atraviesan los diferentes abordajes posibles de una intervención se ponen en juego a la hora de ponderar un tipo de intervención por sobre otra.

Una presentación necesaria

El objetivo general que orientó la investigación mencionada fue: Caracterizar y analizar cómo las estrategias elaboradas por los/as Trabajadores/as Sociales de los CeSAC de la Ciudad de Buenos Aires resuelven la tensión existente entre la urgencia de la intervención en la demanda espontanea por parte de los/as usuarios/as/as de los centros de salud, y el trabajo comunitario postulado en los principios de la APS (atención primaria de la salud) orientadores de los objetivos de los mismos.

Siendo objetivos específicos:

§ Identificar qué tipo de intervenciones se ponderan en los CeSAC, respecto de las concernientes a la urgencia presente en la demanda espontánea, y el trabajo comunitario dentro del enfoque de la APS mediante a entrevistas en profundidad a Trabajadores/as Sociales, a profesionales ubicados en cargos jerárquicos responsables de los lineamientos institucionales generales (dirección CeSAC, Jefatura del Servicio Social de hospitales correspondientes).

§ Conocer cuál es el proceso y cuáles son las razones para ponderar un tipo de intervención por sobre otra a través de entrevistas en profundidad a Trabajadores/as Sociales que desarrollan su práctica en los CeSAC y registros correspondientes al desarrollo de las prácticas pre profesionales de los talleres III y IV.

§ Indagar acerca de qué características asume esa intervención profesional en tanto trabajo, en el marco del encuadre institucional y las políticas públicas que delimitan dicha intervención- y que forman parte de la ponderación de un tipo de intervención por sobre otra-, por medio de entrevistas semiestructuradas a profesionales que se desempeñen en este ámbito y el relevamiento del marco normativo y regulatorio.

En lo que respecta a los aspectos metodológicos, dicha investigación se encuadró en una metodología cualitativa, puesto que nuestra finalidad ha sido la de caracterizar y analizar las lógicas que respaldan la ponderación de estrategias de intervención en lo que consideramos como una tensión existente entre la urgencia de la intervención en la demanda espontánea por parte de los/as usuarios/as/as de los Centros de Salud, y el trabajo comunitario postulado en los principios de la APS de los objetivos de los mismos. Buscamos llegar a las construcciones teóricas, ideas, elaboraciones producto de la experiencia en el ejercicio profesional de los diferentes trabajadores/as sociales y profesionales entrevistados/as.

En cuanto a las técnicas de recolección de datos, siendo ésta una investigación de tipo exploratoria, intentamos arribar a las unidades de análisis por medio de dos instrumentos: entrevistas semiestructuradas y registros que hemos elaborado a lo

adelante estrategias con las cuales trabajar en las contradicciones propias de la práctica profesional enmarcada en estas dos formas de abordaje.

largo de las prácticas pre profesionales correspondientes al Nivel IV de los Talleres de dicha carrera. Por medio de estos dos instrumentos, intentamos llegar a construir una comprensión y caracterización de la problemática desde la mirada de los tres actores que concebimos como protagonistas de la misma: usuarios/as, Trabajadores/as Sociales y personal jerárquico de los CeSACs como representantes de la visión institucional. Buscamos abordar la mirada de los usuarios por medio de los registros mencionados, y la construcción que hacen los/as Trabajadores/as Sociales y el personal jerárquico de las instituciones, tanto de las perspectivas que orientan las formas de decisión, como de las formas de resolución que adquiere la tensión, a partir de entrevistas semiestructuradas.

Durante la realización de las entrevistas utilizamos guías de entrevistas previamente elaboradas. Las mismas han sido organizadas en tres ejes centrales que abarcaron las tres categorías centrales de análisis:

1. Estrategias de intervención en carácter de urgencia en el dispositivo de Demanda Espontánea entendidas como aquellas estrategias que elaboran los/as Trabajadores/as Sociales de los CeSACs para responder a la demanda de una respuesta inmediata esas urgencias. Se busca aquí dar cuenta de la urgencia que reviste la intervención en los dispositivos de Demanda Espontánea. Entendemos que tanto en la elaboración de estas estrategias como en la definición de las problemáticas en las que éstas intervienen, se ponen en juego las miradas de los tres actores protagonistas: la de los usuarios en tanto llegan a la institución con una definición de la problemática que los afecta, y con ella de una solución para la misma expresada en la demanda que traen; la mirada de la institución, la que presenta una delimitación de problemáticas susceptibles a ser resueltas desde la misma, y por lo tanto, de un bagaje de respuestas posibles y esperables para los usuarios de la institución; y la de los/as Trabajadores/as Sociales, quienes desde perspectivas metodológicas, teóricas e ideológicas, realizan una mediación entre la demanda explícita presentada por los/as usuarios/as y los recursos institucionales disponibles, mediación que se encuentra atravesada por su condición de trabajador/a asalariado/a y de su propia forma de delimitar los problemas y abordarlos.

2. Estrategias de intervención desde el trabajo comunitario, orientado al mediano y largo plazo: hacemos referencia a que, estando enmarcados los CeSACs por la lógica de APS, el abordaje de las diferentes problemáticas de salud que presenta la comunidad debe ser realizado desde las premisas orientadoras de este modelo como ser: coordinación, accesibilidad, integralidad, longitudinalidad, participación comunitaria, prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. Sosteniendo que para que esto suceda, son condiciones necesarias: la articulación con instituciones y organizaciones barriales, una intervención orientada a la participación comunitaria en la definición y resolución de las problemáticas a mediano y largo plazo tanto desde la institución como desde el/la Trabajador/a social, y un trabajo intrainstitucional que apunte a la construcción del abordaje comunitario como una modalidad posible y deseada. Esta categoría de análisis buscó dar cuenta del complejo entramado que presentan la construcción de problemáticas como comunes a la comunidad de la que la institución forma parte y la elaboración de estrategias de intervención que busquen dar respuestas a estas problemáticas desde un enfoque comunitario.

3. Tensión existente entre la urgencia de la intervención en la demanda espontánea y el trabajo comunitario a mediano y largo plazo: refiere a la tensión que se presupone

surge a raíz de la necesidad de articular una intervención que dé cuenta, tanto de la urgencia de respuestas que caracteriza a la intervención en los dispositivos de demanda espontánea y al abordaje comunitario de las situaciones problemáticas, como su construcción como comunes y no individuales responsabilizando al sujeto como portador de las mismas. Para esto, debe analizarse cuáles son las características que asume esta tensión, la que sostenemos no puede pensarse como escindida de la condición de trabajador/a del Trabajador/a Social, ni de sus condiciones de trabajo, ya que entendemos que ambas cuestiones determinarán en gran parte las estrategias que éste/a formule para resolver la tensión existente entre la urgencia que con mayor frecuencia solicitan los usuarios y el trabajo comunitario a mediano y largo plazo.

Con respecto a la muestra, fueron entrevistados/as cinco Trabajadores/as Sociales y dos jefes/as de CeSACs, siendo un total de siete entrevistas. Para ello tomamos como muestra cinco CeSACs correspondientes a dos de las cuatro regiones sanitarias que comprende la C.A.B.A.

El informe final fue construido en dos etapas: una preliminar que fue socializada con los actores involucrados en los procesos descriptos, con la finalidad de contrastar la fidelidad del análisis realizado, como también de trabajar con ellos las conclusiones de este trabajo, pensándolos como parte imprescindible en la construcción de conocimiento y no meros informantes; y una final en la que se consideran aquellos aportes y correcciones que fueron solicitadas por dichos actores en el informe preliminar.

Dicho informe, materializado en el Trabajo de Investigación Final de Talleres fue dividido en cuatro capítulos y un apartado de consideraciones finales.

En el primer capítulo nos hemos propuesto abordar dos conceptos claves para este trabajo: Trabajo Social desde un enfoque que caracteriza al/la trabajador/a social fundamentalmente como un trabajador/a profesional, o un profesional trabajador/a, que realiza su práctica en el marco constante de la toma de posición, buscando mediar entre su condición de asalariado y de profesional – intelectual, valiéndonos para esto de las producciones de Iamamoto (2001, 2002), Guerra (2004, 2008), Danani (2004, 2007, 2009), Grassi (1989), Faleiros (1992) entre otros referentes de la línea Crítica del Trabajo Social; Salud desde sus diversas concepciones, las cuales se encuentran en discusión en su mismo campo (en mayor medida en el campo académico, pero para nada ausente en el de la práctica profesional) adentrándonos en las definiciones biomédicas, posiciones más intermedias con la Organización Mundial de la Salud como representante hegemónico, que si bien ha presentado un avance en las discusiones, sostendremos que hoy legitiman prácticas más cercanas a la medicalización de los pobres que a un quiebre de paradigma en lo que refiere al abordaje de la salud. Sin embargo hemos decidido rescatar su colocación como protagonista de la discusión a la multicausalidad, ya que ha ayudado a ir complejizando la noción de salud.

En éste sentido, nos hemos referido a autores tales como Ferrara (1985), Carrillo (Citado en Belmartino, 2007) y Menéndez (1988, 1994) encontrando en sus argumentos, cuestiones que orientan nuestra posición, guiando nuestros planteos durante todo el trabajo, entendiendo al sujeto y a las comunidades que asisten a los Centros de Salud y con los cuales trabajan los mismos, desde la integralidad. Posicionarse desde este concepto, implica pensar a las personas y a los colectivos, no sólo a partir de sus características fisiológicas o padecimientos corporales sino tener en cuenta todos los elementos que incluyen su relación con otros y con su entorno. El

acceso a la educación, las posibilidades de acceder a un trabajo que le permita sostenerse económicamente, a condiciones de vida que garanticen higiene, posibilidades de reproducirse en un marco de toma de decisiones sobre cómo hacerlo y no de imposiciones estructurales y materiales que los obliguen a aceptar la manera que se les presenta, son factores trascendentales en el concepto de salud.

Por centrarse nuestro trabajo en los Centros de Salud y Acción Comunitarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entendimos necesario caracterizar su sistema de salud en este primer capítulo entendiendo que hace a comprender el lugar de los CeSACs en la salud porteña.

En el segundo capítulo, nos hemos abocado a describir cómo funcionan los CeSAC, cuáles son sus características principales, cuál fue la razón de su aparición en la naciente década del '80, qué nuevas perspectivas trajeron al campo de la salud. Para ello, fue necesario explicar el modelo de Atención Primaria de la Salud, modelo que se supone debería expresar el modo de trabajar en estas instituciones, y que, como ya lo hemos explicitado, no es lo que sucede en la mayoría de ellas, fenómeno hemos atribuido a múltiples causas, algunas de índole institucional y políticas propias de la lógica de cada Centro de Salud y otros más macrosociales que se relacionan con las posibilidades presupuestarias o que ofrecen las condiciones de trabajo de los profesionales para poder o no materializarse.

El tercer capítulo, hace de marco conceptual para entender a la cuestión central de análisis de ésta investigación: el campo concreto de las dos formas de abordaje en tensión que tomamos como problema de investigación: el dispositivo de Demanda Espontánea y la característica urgencia de las intervenciones que se solicitan en esos espacios y el trabajo comunitario como uno de los ejes orientadores de la lógica de la APS. Dado que hemos sostenido desde un principio que para dar respuesta a los interrogantes, primero debemos dar forma a lo que los enmarca, hemos dedicado este capítulo a la caracterizar estas dos formas de abordar las problemáticas sociales, entendiéndolas siempre como expresiones de la cuestión social, tomando los testimonios de los/as trabajadores/as sociales entrevistados y de las jefaturas con las que dialogamos, como la voz de aquellos/as que llevan adelante estos espacios.

Ya el cuarto y último capítulo intentó describir lo que hemos definido como una tensión entre la urgencia de las respuestas que se exigen en los dispositivos de Demanda Espontánea y el abordaje comunitario atravesada por el carácter de trabajador/a del trabajador/a social. Para ello hemos usado como recurso, material bibliográfico recopilado, pero haciendo foco en las fuentes primarias materializada en las entrevistas realizadas y registros de las prácticas pre profesionales, señalando algunas estrategias elaboradas por los/as trabajadores/as sociales – con mayor o menor apoyo de las jefaturas – para aliviar o resolverla y darle otro sentido a sus prácticas y a sus intervenciones.

Trabajadores Sociales: tejedores en tensión

Partimos en la investigación de pensar como una tensión que se les presenta a los/as trabajadores/as sociales, el tener que pensar si es posible avanzar en estrategias que intenten articular la Demanda Espontánea con el Trabajo Comunitario entendiendo que, si bien, el sólo abordaje comunitario no podría romper o solucionar problemáticas asociadas a una cuestión tan estructural del sistema capitalista como ser la desigualdad, el abordaje de estas desde una perspectiva que busque la definición

de problemáticas individuales como cuestiones colectivas, comunitarias, aporta al trabajo en la ruptura con lógicas fragmentadoras. Es decir, el hecho de no ser resolutivo, lejos de hacerlo desechable, tal vez implique su necesidad.

En el transcurso de dicho trabajo hemos podido visualizar que, si bien la mayoría de los/as profesionales identificaba cómo una tensión el tener estos dos ejes como principios de su práctica, el factor que genera esta tensión no es el dispositivo o el formato de la intervención sino el carácter de urgencia que tiende a caracterizar la solicitud de respuesta de la demanda.

La población reconoce de forma consciente sus necesidades cuando puede traducirlas en demandas. Este ejercicio significa que los sujetos pueden reconocer como problemas diversas situaciones que viven y que piensan que pueden ser modificadas mediante intervenciones del ámbito estatal que es quien debe garantizarle determinados derechos. En este punto, hemos podido observar que existe una tensión que subyace a los grupos sociales más vulnerados que se encuentra entre: la concepción de que es el Estado quién debe responsabilizarse de aquellas cuestiones o necesidades que el sujeto no puede resolver por sí mismo, y la idea de que son las familias quienes deben resolver sus problemas y que de no poder hacerlo deben buscar “ayuda”, como si las demandas fueran “pedidos de favores”.

La importancia de poder haber elaborado la necesidad en términos de demanda, implica que existe una posibilidad de trascender esa urgencia en pos de desentrañar cuestiones estructurales que si bien se manifiesta en ella, la exceden. El desafío justamente es atender esos fragmentos en que dicha necesidad se presenta, pero sin perder de vista un abordaje tanto comunitario como integral, de totalidad, distinguiendo que este último nunca será completamente posible en el marco de un sistema capitalista ya que implicaría superar la contradicción capital- trabajo.

En un ejemplo por trascender esta demanda que llega con un carácter de urgencia y resignificarla, tras atender, en la problematización de la misma, la TS 1 cuenta,

Muchas veces lo que se explicita en el espacio de la demanda espontánea, es insumo para planificar otro tipo de tareas. Pensaba, por ejemplo, me acuerdo en algún momento que estaba muy marcado el tema de la migración, todo lo que acarreaba, más allá de que muchas veces ni siquiera era planteado como un problema, por ahí venían por otra cuestión, pero estaba siempre el tema de la migración y a una estudiante se le ocurrió ver una película, y tomando esa observación que tuvieron durante el año en el espacio de demanda espontánea. Y se dio una actividad hermosa. (Extracto de entrevista)

Este relato puede ser un puntapié para pensar la posibilidad de resolver la tensión que creemos existente entre la urgencia, que presenta la Demanda Espontánea y el trabajo comunitario, aparece como la atención de esa urgencia (habilitando recursos, intervenciones, herramientas o lo que solicite – trabajo por medio – el sujeto) para dar lugar a que esa inmediatez que lo preocupa se haga un lado por un momento, y se pueda comenzar a problematizar de modo más profundo, longitudinal, articulado, esa demanda como una situación problemática, es decir, como una pieza de un engranaje mayor que implica no solo más elementos sino a otros en su misma situación.

Este planteo lo hemos elaborado en base a diversas entrevistas y registros de prácticas pre profesionales de la carrera. Algunos de estos testimonios son los que

transcribimos a continuación que muestran como, concretamente en la realidad cotidiana de los Centros de Salud, resuelven mediante diversas estrategias, lo que parecía ser una dicotomía o una tensión imposible de superar (aunque entendemos que no serán posibles de ser superadas en su totalidad en este sistema)

El TS 2 relata,

Sí, para mí hay una tensión, sí y yo lo intento hacer consciente, no sé si siempre es consciente, y eso es parte de la realidad. No siempre es consciente, a veces se torna consciente. Algo que ustedes estaban diciendo del largo plazo como lo comunitario y no, a veces en la urgencia también se da lo comunitario (Extracto de entrevista)

Asimismo lo reconoce la Dir. 2,

Y sí, porque todo no se puede y no se puede estar en la misa y en la procesión al mismo tiempo, entonces hay muchas cosas que se podrían planificar y hacer más pero que no se pueden hacer más porque no dan abasto en atender la demanda de todos los días. (Extracto de entrevista)

En ambos casos, los/as profesionales asumen cómo consciente y como real está tensión y las dificultades para planificar a largo plazo con la urgencia que las demandas cotidianas e individuales presentan. También reconocen que la urgencia está enmarcada a veces en demandas comunitarias lo que deja ver que no solo los trabajadores sociales en reiteradas oportunidades intentan trascender la inmediatez y la individualidad para abordar estas problemáticas de forma colectiva, sino que este tipo de trabajo se impone por su propio carácter. Nos referimos a que en determinadas oportunidades el abordaje individual y en el marco de la Demanda Espontánea no puede ser el único, por las diversas formas en que la urgencia llega a los profesionales. Si bien la urgencia de la demanda expresada en forma colectiva no es lo más usual, lo marcamos aquí porque su existencia refleja que tanto la intervención individual como las resoluciones fragmentadas de las problemáticas sociales, encuentran sus límites en el propio reconocimiento de los/as sujetos que las atraviesan, como parte de algo que les es común.

Otra de las trabajadoras sociales reflexiona acerca del abordaje individual e inmediato poniendo en cuestión si todo lo que llega al dispositivo de Demanda Espontánea es tan urgente como aparenta

Yo creo que sí es problematizado, hay personas que siempre vienen sin turno, que es urgente, ya y cuando se habla no es tan urgente. Esto se problematiza y lo problematizan otras disciplinas que ven que terminan dando una atención que no sirve, que no te sirve a vos, que no le sirve a la persona (...) la realidad es que urgencias, de trabajo social, son muy pocas. Si uno se pone a pensar muchas veces es la persona que se siente angustiada y necesita que alguien lo escuche, que no deja de ser importante, pero si uno lo piensa desde la intervención, las intervenciones son a mediano plazo por lo menos. (Extracto de entrevista)

Con estas afirmaciones la profesional nos permite inferir que las intervenciones que responden a este carácter de urgencia como son las del dispositivo de Demanda Espontánea no pueden hacer más que paliar una situación emergente. Y que las intervenciones fragmentadas así como las problemáticas que llegan en forma de demandas escindidas no logran modificar la realidad del sujeto a menos que se trasciendan, articulen y piensen con otros plazos y otra modalidad como puede ser la colectiva o comunitaria.

Con esto no queremos decir que la sola opción por estrategias de abordajes comunitarias y colectivas puedan desarmar problemáticas que responden a una cuestión estructural del sistema capitalista, sino que acordamos con Yolanda Guerra en que

Tampoco podemos ceder a las concepciones romanticistas que entienden la posibilidad de la humanización de las relaciones sociales capitalistas. Hay que tener en claro que no hay solución a la desigualdad dentro del capitalismo, ya sea en el Estado de Bienestar Social o en el Estado Neoliberal. (Guerra, 2008: 3)

Pero lejos estaríamos de cualquier posibilidad de transformación si nos resignáramos a pensar que nada puede hacerse, si adoptáramos la postura fatalista (Iamamoto, 2001). Justamente, como afirma la autora,

La superación de fatalismo y el mesianismo en el análisis de la práctica social – con sus derivaciones en el ejercicio profesional – implica desvendar la propia sociedad que gesta esas concepciones y su crítica radical históricamente construida (...) Por un lado, mostrar la actualidad del método y del arsenal de categorías que permitieron expresar, a nivel del pensamiento, las condiciones de existencia real de la sociedad. Por otro lado, recuperar la dimensión práctica como ‘práctica – crítica’ con explícito carácter de clase (Iamamoto, 2001: 184).

Por lo que, sin resolver ni transformar cuestiones de orden estructural, vemos en el abordaje comunitario la posibilidad de comenzar a debatir y problematizar las lógicas que naturalizan y acentúan estas problemáticas.

Al respecto de cómo se elaboran las demandas para pensarlas en problemas objetos de intervención e intentar acercarse a un carácter ya no de urgencia sino desde una perspectiva integral, la TS 4 cuenta,

No podés hacer nada, más que decir, veamos el subsidio habitacional. Es un espacio donde la respuesta es súper limitada, caracterizada por la ausencia del Estado, pero por ahí hizo que se trabajaran cuestiones y se generaran procesos como el de la lucha por la urbanización. La falta de vacantes también, cosas que en el momento no hay mucha respuesta pero se van creando espacios, como la red, donde se trabajan desde otro lugar (...) Pensaba también en eso de la relación entre la urgencia como aislado de lo comunitario o como insumo y tampoco es tan así, no son espacios separados. A veces, se da a la inversa, estar involucradas en cuestiones colectivas, hace que se

genere un vínculo con los vecinos que hace que se planteen algunas urgencias que, por ahí podrían salir en la demanda espontánea, pero a partir de otro vínculo que se establece con la gente, hace que se puedan trabajar desde otra perspectiva ese tipo de situaciones. Como que es al revés, hay cuestiones del espacio individual que se pueden pensar en términos colectivos, y cuestiones que nacen en espacios colectivos y se abordan desde lo individual (Extracto de entrevista)

A partir de esta entrevista puntual, la cual citamos con extensión por el desarrollo que realiza de una idea que queremos retomar, comenzó a aparecer la idea de que estos dos espacios, tanto el dispositivo de Demanda Espontánea como el trabajo comunitario podían pensarse como dos momentos articulados de la intervención, que se habilitan y enriquecen mutuamente y que se relacionan dialécticamente. Siendo esta idea, una de las estrategias primordiales en la posible resolución de la tensión, donde el trabajo en un espacio no anula o reemplaza al otro sino que son complementarios abordando tanto la individualidad del sujeto como su desarrollo colectivo de forma simultánea.

La TS 4 expresa esto de la siguiente manera:

Es un ida y vuelta en esto de lo personal, lo individual a lo comunitario, a lo grupal y es ir y venir permanentemente (...) “lo individual” lo individual no existe, es ésa persona, en ésta comunidad, con ésta familia o sin ésta familia y todo esto tenés que contemplarlo porque todo esto también hace a la salud, no está separado de la salud. (Extracto de entrevista)

Es interesante el aporte de esta profesional en tanto señala una coherencia entre entender la salud como algo integral de igual manera que un abordaje integral del sujeto.

En consonancia con lo que planteábamos de ver a la demanda espontánea como lo que viene a habilitar el posterior abordaje comunitario, aparece el concepto de oportunidad que desarrolla la TS 4 de la siguiente manera:

La gente cuando viene a la demanda, tiene demandas muy puntuales y en general cuando uno quiere hacer todo un coso... hay que construirlo con el otro (...) Pero yo en general con la demanda espontánea tengo esa relación de que es una oportunidad. Digamos que gran parte del trabajo es resolver la demanda puntual que trae la persona más que reconducirlo a otras cosas. En la medida que la persona trae una demanda, se trabaja y la intenta resolver, sí después puede trabajar con esa persona y con la problemática que trae desde otro lugar pero es otro el lugar, no es el dispositivo de demanda espontánea porque tiene todos esos límites. (Extracto de entrevista)

La mirada sobre el carácter de urgencia de la demanda en el dispositivo de Demanda Espontánea como una “oportunidad” abre la puerta a una vinculación posible con un trabajo a mediano o largo plazo que excede ese solo encuentro y que conecta a ese sujeto con otros/as en su misma situación. Es decir, ver este momento

como “oportunidad” implicaría caracterizarlo como “posibilidad de”: de articularlo, de continuarlo, de colectivizarlo.

Recuperación de experiencias de estrategias de resolución de la tensión de la urgencia de la demanda espontánea y el abordaje comunitario

Una experiencia interesante para ver cómo del dispositivo de Demanda Espontánea surge una propuesta y una posibilidad de abrir un espacio comunitario con un rol activo del CeSAC dentro de los encuentros y las discusiones, y de los vecinos/as asumiendo sus demandas como necesidades colectivas y estructurales, es “el espacio de los jueves” que tiene lugar en uno de los Centros de Salud. No es casual que la posibilidad de sostener este tipo de trabajo sea fomentada, avalada y en cierta forma impulsada por la dirección del CeSAC.

Lo que relatan los/as profesionales de este CeSAC es que a raíz de una suma de factores que incluían una orden de un juez para hacer exámenes de plomo en sangre de los niños/as, entre otras cosas, que se hubieran podido pensar según la trabajadora sociales como “una responsabilidad de D. – el jefe – si querés pensarlo así. A él le correspondía dar respuestas y podría haberse contentado con escribir un informe, hacer formalmente las derivaciones a Casa Cuna (que era la recomendación) y ya” (Extracto de entrevista). Pero se pensó, en el marco en que ambos, trabajadora social y dirección del mismo eran nuevas y con un enfoque interventivo parecido, que debían compartirlo institucionalmente y articula con organizaciones de la comunidad que contaban con un trabajo realizado en este sentido. Recuperar las experiencias cotidianas que anteceden a las prácticas de los/as profesionales y de las instituciones, habla de un posicionamiento ético- político respecto de cómo se conceptualiza al otro, al sujeto con el que se trabaja y a la comunidad, así como el trabajo con las organizaciones cercanas armando redes y compartiendo espacios.

De esta manera, se acercaron a referentes barriales que habían logrado junto con los vecinos/as y mediante las movilizaciones y toma de tierras un conjunto de leyes como la de Urbanización, la de Emergencia Sanitaria y Ambiental. Esto fue un determinante para que decidieran como equipo apoyar las iniciativas que ya se venían llevando adelante, además de realizar las derivaciones correspondientes. Con todo lo trabajado se adjuntó un informe al del Juez que incluía todas las demandas colectivas que los/as vecinos/as venían trabajando.

La TS 4 relata,

Otro factor fue que, en diciembre del mismo año, asume la actual gestión del Gobierno de la Ciudad, y empezaron a cambiar muchas cosas, sobre la metodología de cómo dar respuestas a determinados reclamo, que terminaba siendo todo una gran cosa burocrática. Entonces nos preguntamos qué hacer con eso, porque desde el centro de salud no podíamos responder a esos problemas como la basura directamente, entonces nos empezamos a juntar para hacer diagnósticos de la situación del barrio, juntarnos con los vecinos para hacer notas, y empezamos a pensar entre todos de hacer un relevamiento y así fue, pusimos algunos ítems como basura, cloacas. (Extracto de entrevista)

Este relato, nos viene a mostrar cómo es posible, a raíz de una demanda, acercarse a un hacer colectivo, el trascender la urgencia, generar espacios donde problematizar los motivos más estructurales de las problemáticas que tienden a naturalizarse en una comunidad, y trabajar para que esos espacios se sostengan en el tiempo. Esta experiencia no solo materializa el trabajo en equipo interdisciplinario, y un abordaje comunitario que trasciende las múltiples demandas espontáneas, individuales y urgentes que se presentaban, sino la posibilidad de ensayar experiencias desde los Centros de Salud que se aproximen a concretizar la perspectiva integral de salud en el marco de un trabajo colectivo. Sin idealizarla, pero teniéndola como referencia de algo posible y concreto.

También reconocemos que, como bien expresaba el Dir. 1. “hay conflictos serios sobre esto porque nada de esto que haces es gratis.” (Extracto de entrevista). En un contexto en el que el verdadero hacer, y hablamos de actos tan obedientes como el cumplir una ley como la Ley Básica de Salud, son vistos como peligrosos, en tanto hacen y no solo dicen, tienen sus consecuencias tanto para los profesionales como para las jefaturas que deciden trabajar coherentemente con lo que sus discursos sostienen. El abordaje comunitario, en algunos Centros de Salud, y según las entrevistas realizadas tiene un costo simbólico, político, profesional y gremial alto, en cuanto desafía ciertas posiciones de autoridades jerárquicas que no acuerdan con esto o de actores/as comunitarios que tampoco adhieren a este modelo de acción.

Uno de los casos a los que tuvimos acceso fue el de uno de los CeSACs que por presentar diferencia de criterios en cómo llevar adelante su práctica le comenzaron a obstaculizar las reuniones prolongadas. El director de dicha institución comenta que frente a esa situación encontraron la siguiente estrategia:

Ahora por ejemplo se generó una situación con el Área Programática, que bueno, no permitió que se pudieran realizar algunas cuestiones, entonces para poder tener la reunión prolongada, pedimos una desratización, que siempre hay ratas, es una realidad, pero las hacemos aparecer una vez por año, cerramos el centro y tenemos las reuniones prolongadas. (Extracto de entrevista)

El trabajo de equipo, en este caso encabezado por el Jefe del CeSAC quien en este ejemplo lidera la decisión de sostener una forma de trabajo determinada, es un elemento clave en el planteamiento de una estrategia para poder continuar con las prácticas que se han acordado llevar adelante. Buscar las rupturas o las grietas que el propio sistema presenta en pos de alcanzar los objetivos propuestos- aun siendo en este caso contrahegemónicos a pesar de ser acorde a la legalidad vigente- es parte de un posicionamiento político profesional tanto como equipo, así como autoridad del Centro de Salud.

Ante una situación similar, en el sentido de quien actuaba como superior era quien obstaculizaba la posibilidad de realizar tareas de corte comunitario, la TS 1 nos cuenta que muchas veces hay que realizar algunos “trucos administrativos” para poder ejercer la autonomía relativa propia de la profesión y para poder llevar adelante prácticas que vayan en el sentido de trascender la urgencia de la demanda espontánea y construir el trabajo comunitario en articulación con otros.

La trabajadora social relata que la primer fiesta del Centro de Salud donde intervenían diversas organizaciones del barrio y la red barrial de la que formaban parte

tuvieron que hacerla en la puerta del CeSAC porque la jefa del mismo no la autorizó a realizarla adentro, con lo cual ella tomó fotos y las incluyó en las memorias de su práctica con su sello y firma. De esta manera lo elevó a la Jefa quien por obligación debía a su vez elevarlo a su propia jefatura. Continúa,

Vino ella a la reunión de RIOBA, la jefa de la jefa y dijo “de ahora en más, el centro se abre, si van a tapar los baños, que se tapen, se abre y se usan todas las instituciones”. Al año siguiente, hicimos la fiesta en la puerta del CeSAC, con la persiana levantada, y vinieron todos los profesionales, pero no porque le dijeran “tenés que venir”, vieron toda la movida que generó, que en hospital esto no pasó desapercibido, que vino la jefa y vinieron por motus propio... “¿en qué querés que te ayudemos?” (Extracto de entrevista).

Estas situaciones, que pueden pensarse pequeñas, son cotidianas. En cada entrevista nos fue revelado como los/as profesionales son constantemente penados/as ante la posibilidad de alguna práctica que, aún ni siquiera amenazando la hegemonía que se pretende haya en la forma de accionar en los Centros de Salud, ponga en riesgo la naturalización de la exclusión y el maltrato. Es decir, aún con la Ley Básica de Salud vigente que ampara esta forma de trabajo, aun siendo de público conocimiento que los CeSACs deben guiarse por los principios de la Atención Primaria de la Salud donde se expresa el trabajo comunitario, y aun siendo profesionales recibidos con título habilitante los que pretenden llevar adelante estas acciones, se debe invertir horas y horas de trabajo en pensar y configurar estrategias para sortear los múltiples obstáculos y condicionamientos, cuando no penalidades o persecuciones, que pueden impedir que se trabaje de esta manera. Esto no se convierte en algo menor, cuando muchos/as de los/as profesionales que trabajan en los equipos de salud, no solo los/as trabajadores/as sociales desisten de intervenir de esta manera, es decir mediante un abordaje comunitario, por temor a estas represalias o por desgaste frente a los constantes impedimentos.

Estas estrategias implementadas por los/as trabajadores/as sociales, que intentan realizar un salto cualitativo desde el dispositivo de la demanda espontánea hacia el abordaje comunitario, atendiendo la urgencia con que esas demandas llegan para luego problematizarlas en profundidad y resignificarlas junto a los sujetos como problemáticas de corte más estructural cuya resolución resulta colectiva- no individual- y planificada en un mediano o largo plazo.

Claro está que no en todos los casos esto es posible de realizar por la cantidad de usuarios/as que transitan los CeSACs diariamente, por la falta de trabajadores/as sociales para atender pormenorizadamente cada caso y por el carácter de cada demanda en particular.

Asimismo, la diferencia que aparece cuando la jefatura o dirección del Centro de Salud apoya, trabaja y dirige procesos de este tipo, de aquellos/as que no lo hacen, y cómo esto repercute en las posibilidades de al menos pensar en desarrollar este tipo de estrategias de resolución de la tensión entre el carácter de urgencia que presenta la demanda espontánea y la posibilidad de su posterior abordaje comunitario.

Creemos firmemente que el camino para poder continuar articulando el discurso con la acción, para transitar de la individualidad a la colectividad, para realizar ese salto cualitativo del tratamiento del síntoma, de la causa, hacia la problematización de

los mismos desde un abordaje integral es el de aunar a la crítica la acción consciente. Es la reflexión constante sobre nuestro propio quehacer profesional sin perder de vista que somos trabajadores/as y por ellos, comprometiéndonos desde nuestros posicionamientos ético- político como profesionales con la realidad, las comunidades y los territorios en los que desarrollamos nuestra práctica profesional.

Conclusión

Este recorrido ha querido presentar uno de los aspectos trabajados en una investigación que, entre otras cosas, se propuso trascender lo obvio y buscar en el cotidiano mismo del devenir profesional, acciones concretas que no sólo reconozcan la tensión existente entre la urgencia característica de la atención en los dispositivos de demanda espontánea de los CeSACs de la C.A.B.A y el abordaje comunitario, tanto como premisa orientadora de la atención primaria de la salud, como necesidad intrínseca de la búsqueda de un abordaje integral de la salud.

En este sentido, hemos buscado dar énfasis a la manera en que la problematización de las demandas con las que llegan los usuarios/as a los Centros de Salud, la construcción de la misma como una necesidad que debe ser atendida por parte del Estado como garante de los derechos de los ciudadanos/as, la posibilidad de entender esa necesidad no en términos individuales sino como una necesidad colectiva de una población en un territorio determinado entrecruzada por múltiples causas e intentar prefigurar resoluciones colectivas a dichas necesidades, es una tarea que implica un posicionamiento político, contra hegemónico y transformador.

Posicionamiento político, entendido como el lugar que ocupamos como trabajadores/as sociales dentro de la órbita pública en tanto profesionales y trabajadores/as, dentro de un campo de conocimiento como el de la salud donde nuestra profesión no es la dominante sino la médica, pero que disputa y trae una intención de incorporar otra visión respecto de la salud como algo amplio, integral y multidimensional.

Posicionamiento contra hegemónico en el sentido recién mencionado y en tanto peleamos por derrotar el inmediateismo que el sistema de salud actual nos propone, con coyunturas que dejan a la salud pública en un lugar subsidiario para aquellos/as que no pueden acceder al sistema de salud privado, sorteando obstáculos de toda índole e intentando proponer una forma de trabajo más horizontal, quebrando en cierta manera el hermetismo de las instituciones para relacionarlas con las comunidades donde se insertan como partes constitutivas entre sí.

Posicionamiento transformador, en el sentido de inconformidad con la realidad que se presenta como dada, de la fragmentación de la totalidad social como problemáticas devueltas en forma de manifestaciones aisladas e inconexas.

Hemos encontrado en los relatos de profesionales que viven esta tensión en su ejercer cotidiano, respuestas posibles para poder trascender esta tensión, sin negarla, en pos de una intervención que quite el foco de la crítica por la crítica misma para ponerlo en el hacer. Hacer cuando es posible para transformar, hacer cuando es necesario para empezar.

Bibliografía

- BELMARTINO, Susana (2007) "Los servicios de atención médica. Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad". En: TORRADO, Susana (organiz). Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Edhasa. Buenos Aires.
- DANANI, Claudia (2004) "Política Social y Economía Social", Editorial Altamira, Universidad de General Sarmiento, Buenos Aires.
- DANANI, Claudia (2007) "Política Social y Economía Social", Editorial Altamira, Universidad de General Sarmiento, Buenos Aires.
- DANANI, Claudia (2009) "La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización", Instituto del Conurbano-UNGS/Facultad de Ciencias Sociales/U.B.A. Buenos Aires.
- DE PAULA FALEIROS, Vicente (1992) "Trabajo Social e Instituciones". Hvmánitas. Buenos Aires.
- DECLARACIÓN DE ALMA ATA (1978). URSS
- FERRARA, F. (1985): "Teoría Social y Salud". Editorial Catálogos, Buenos Aires.
- GRASSI, Estela (1989). "La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana". Editorial Hvmánitas, Buenos Aires.
- GUERRA, Yolanda (2004). "Instrumentalidad del proceso de trabajo y servicio social". Ensayo presentado en el XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. La cuestión Social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana. San José, Costa Rica.
- GUERRA, Yolanda (2008). "Trabajo Social y Debates En Ciencias Sociales". Plaza Pública. Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA. Tandil, Año 1 N° 1, p. 1 – 9.
- IAMAMOTO, M. (2001) "Servicio Social y División del Trabajo". Cortez Editora. Brasil.
- IAMAMOTTO, Marilda (2002) "Intervención profesional frente a la actual cuestión social" en: Severini, Sonia (coord.) "Trabajo Social y Mundialización. Etiquetar desechables o promover la inclusión. VIII Jornadas de Servicio Social". Ed. Espacio, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ, E. (1994): "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?" en Alteridades, número 7. UAM, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades. México.
- MENÉNDEZ, E. L. (1988). "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria", Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires.