

Ponencia presentada a la Mesa 9: El trabajo en conflicto y los conflictos del trabajo

Trabajo y Trabajadores del primer nivel de atención de la salud pública en Mendoza

Flavia Alejandra Mercado

Resumen

En este trabajo expondremos una parte de la investigación realizada para la elaboración de la tesis de grado titulada 'La organización del trabajo en el sector de la salud. Los centros de salud y su funcionamiento' de la Licenciatura en Sociología de la Universidad Nacional de Cuyo. Si bien la investigación tuvo un eje bifronte, en el presente artículo nos proponemos caracterizar a los efectores que conforman el primer nivel de atención de la salud pública como espacios de trabajo y en este sentido a los sujetos que prestan servicios de salud como trabajadores, a partir de una lectura sociológica- crítica.

I. Consideraciones Metodológicas

Nos referiremos al primer nivel de atención de la salud pública mendocina, a partir de un estudio de caso único: el Centro de Salud N° 174 'Ramón Carrillo' dependiente del Hospital monovalente 'El Sauce' ubicado en Guaymallén, provincia de Mendoza; intentando otorgar núcleos de sentido para la comprensión de fenómenos que trascienden al caso. En una primera etapa las técnicas utilizadas fueron: observación participante (ya que formamos parte del equipo durante 18 meses), análisis de fuentes primarias (documentos no publicados y normativas), y finalmente realización de 13 entrevistas en profundidad semi-estructuradas. El proceso de trabajo se llevó a cabo de manera dialéctica.

II. Introducción

El estudio y análisis del campo de la salud a lo largo de la historia estuvo a cargo de las ciencias biológicas-médicas, y fueron éstas quienes detentaron la hegemonía en este ámbito (Souza Minayo, 2009). Por su parte, las ciencias sociales tardaron en aproximarse al mismo y lo hicieron desde una posición marginal. La sociología abocada

a la salud en Argentina nació a fines de 1970 y principios de 1980 (Schufer, Prece y Necchi; 1997), sin embargo aún hoy continúa siendo una disciplina externa al campo, subsumida a los intereses médicos y utilizada como herramienta que facilita la cuantificación de variables sociales; por lo cual sus contribuciones en su mayoría se gestaron(an) en el funcionalismo positivista. A contra pelo de este panorama, nos proponemos aproximarnos a la salud desde una visión sociológica pero principalmente crítica.

La historia de la cura y sanación como prácticas ejercidas en comunidad remite a tiempos pre-modernos (desde nuestra América: pre-hispánicos). Sin embargo la medicina se alzó como disciplina científica coetáneamente al ascenso del capitalismo (Larsons, 1977 en Belmartino, 1999), rechazando y negando toda forma anterior a su surgimiento¹; desde ese momento la forma de ejercer la práctica estuvo ligada al modo que asumía y planteaba el capital. Así la configuración del campo de la salud acompañó el desarrollo del capital como ‘forma social dominante’ (Gandarilla Salgado, 2003).

En la incipiente sociedad industrial el médico se desempeñaba de manera relativamente autónoma, en su lugar de trabajo y con sus medios (medicina liberal), luego se configuró el hospital como espacio médico terapéutico² (Foucault, 1978) y con la generalización de la forma salarial la medicina no escapó al proceso de proletarización, mediante el cual los prestadores de salud devinieron en asalariados.

Al calor del auge del taylorismo-fordismo, los hospitales se conformaron en grandes centros de producción integrada de la salud, en los que se verificó la división del proceso de trabajo manual e intelectual (médico/a-enfermero/a) y la fragmentación del saber en múltiples especialidades centradas en cada parte diferenciada del cuerpo y en los problemas de salud asociados a las mismas. La ciencia médica en sintonía con lo que acontecía en las fábricas, sometió a fragmentación su objeto (sujeto) y su proceso de trabajo.

Nuestro interés no se focaliza en el hospital sino en los centros de salud como espacios descentralizados de producción de salud. Estos centros tomaron protagonismo mediante las recetas que los organismos internacionales abocados a la salud plantearon a partir de

¹ La ciencia negó la magia y todos los saberes ancestrales ejercidos en comunidad, para generalizar y estandarizar la disciplina basada en la autonomía del nivel biológico; asimismo desde su alzamiento se extrajo del mundo de las mujeres (Federici, 2010; Laurell, 1975; Menéndez, 1984).

² Anteriormente existía la figura del hospital pero no constituía un espacio médico, ni tampoco un lugar de cura, sino por el contrario era un lugar de encierro y aislamiento en el que perecían los sujetos (Foucault, 1978).

1977 y 1978 (OPS, 1977; OMS, 1978), con el lanzamiento de la estrategia de ‘atención primaria de la salud’ (APS).

Identificamos a la década de 1970 como la coyuntura en la que el modo de producción capitalista afrontó el agotamiento de los métodos taylorianos-fordianos como soportes de valorización; crisis estructural que incitó al capital a reinventar sus formas de racionalización para dar comienzo a un nuevo proceso de metamorfosis. No solo se trató de la transformación de la relación capital-trabajo sino también de ambos con el Estado. Las estrategias políticas para salir de la crisis penetraron los dispositivos de gobierno de las poblaciones para dar inicio a la ‘gubernamentalidad neoliberal’ (Foucault, 2007). En este marco el campo de la salud fue privilegiado por los gobiernos para implementar las tecnologías neoliberales. Podemos decir entonces que la salud, pero principalmente la salud pública padeció las reformas de los gobiernos frugales (Foucault, 2006) y las mutaciones del capital, en tanto el trabajo inmaterial de producir servicios de salud no escapó a las nuevas formas de organización del trabajo (Mercado, 2014).

III. Centros de Salud en la gubernamentalidad neoliberal

En Argentina, los centros de salud fueron referenciados inicialmente por el Dr. Ramón Carrillo³ como aquellos que constituían la base del sistema de salud, sin embargo en ese contexto no se avanzó en su materialización. Fue de la mano de las tecnologías neoliberales gestadas por los organismos internacionales, pero implementadas por los gobiernos, que se profundizó la construcción de los llamados CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud.

Las reformas neoliberales iniciaron su curso en Argentina a través de los gobiernos militares⁴ y lograron su apogeo en la década de 1990 con el gobierno menemista. En lo que respecta a la salud se marcó el paso de un modelo de salud centrado en la oferta con gran injerencia estatal, a otro centrado en la demanda, marcado por la desestatalización de las relaciones sociales y el avance de la mercantilización (Bonnet, 2008). Si bien el campo de la salud argentino se caracterizaba por ser fragmentado, durante la etapa neoliberal se consumó la segmentación del mismo: una salud para sectores de altos ingresos a cargo de las empresas de salud privada, otra para los insertos

³ Primer Ministro de Salud de la Nación (1949), durante el gobierno de Juan Domingo Perón.

⁴ El primer objetivo establecido en el Plan de Salud publicado por la Dictadura militar en 1979 fue la organización de un nivel de atención primaria (Campana, 2012)

en el mercado de trabajo -diferenciados según su nivel de ingresos- atendidos por la seguridad social o medicina pre paga y otra para los desocupados a cargo del Estado, principalmente de los efectores públicos descentralizados. Se trató de un acervo de medidas, entre las cuales se encontraban la descentralización y regionalización del subsistema público y la focalización mediante la cual el Estado restringía sus aportes y delimitaba a qué sujetos atender (achicamiento del gasto público en salud y atención ‘mínima y esencial’ para las poblaciones ‘en riesgo’ que debían demostrar y legitimar su situación de pobreza para recibir atención gratuita). Asimismo se fomentó la participación⁵ y autoresponsabilización de los sujetos en su salud. Esta configuración del sector público de la salud, estableció un nuevo espacio como la ‘puerta de entrada’ al sistema de salud, lugar privilegiado para ejercer la estrategia de APS (Mercado, 2014).

IV. El arquetipo de la fábrica mínima en salud

A partir de la crisis del capitalismo se dio un cambio en la organización de la producción, el paso de un modelo productivo centrado en la oferta, caracterizado por la producción en serie, estandarizada (taylorismo-fordismo); a otro centrado en la demanda la producción de calidad, variada y diversificada (toyotismo-ohonismo). El paradigma productivo japonés planteó la descentralización y autogestión de empresas para abaratar costos e intensificar la productividad; terminó con las jerarquías verticalistas del modelo estadounidense para avanzar en una lógica horizontal en la que el control lo ejercieran los empleados sobre sí mismos o sobre sus compañeros. Asimismo en oposición a la producción en grandes cantidades estimuló una fábrica reducida en sus funciones, en equipos y en el personal; e incitó como eje del trabajo a la flexibilidad. (Coriat, 1992; Antunes, 2003)

Desde la óptica de la sociología del trabajo encontramos éstas características en los efectores de salud pública descentralizados, que en sintonía con las normativas neoliberales, devinieron en centros de atención primaria de la salud.

En el alzamiento de los CAPS fue fundamental la figura del médico general/familiar. Tal como el modelo ohonista requirió de un trabajador polivalente que (a diferencia del

⁵ Desde la fenomenología la ‘participación’ se interpretó como un avance (Souza Minayo, 2009), sin embargo desde una lectura sociológica crítica no podemos obviar que los sujetos forman parte de un entramado socio político histórico mundial y en ese camino entender a la participación como parte de las tecnologías del neoliberalismo dirigidas unívocamente al abaratamiento de costos.

‘especialista’ de la etapa taylorista) desempeñe la actividad de varios operarios; en el ámbito de la salud se erigió y relanzó la figura del médico general y/o familiar como el ‘apto’ para implementar la estrategia de atención primaria de la salud en los centros de salud. El des-especialista o especialista flexible (Antunes, 2003) resultó fundamental en la contención de costos (Bresca, 2013) ya que diversas especialidades médicas corporizaron en un sujeto, formado en un perfil flexible para ‘adaptarse’ a las múltiples ‘demandas’- necesidades de la población y que por el mismo precio se hacía responsable de la resolución de las mismas auto gestionando su trabajo. *‘La Medicina familiar-general se puede definir como el cuidado médico primario de la salud y como parte del proceso por el cual la medicina misma se ajusta a las necesidades cambiantes de la sociedad’* (Morosini, Roa, Side, 1997). El anhelo toyotista de un retorno al trabajo artesanal se vio materializado en el médico de familia (añorado médico de cabecera). Si bien el médico familiar constituye él mismo su propio equipo médico, la polivalencia se extendió también a la enfermería como prestadora de servicios de salud (subordinada al médico ya que en esa disciplina se concretó la división del trabajo en este ámbito), pero asimismo a todo el personal que se desempeña en este nivel de atención.

El equipo típico de APS se conforma por Médico/a de Familia y/o General, Enfermera/o y Trabajadora/or Social. En semejanza al planteo de Ohno constituye el ‘equipo mínimo’ mediante el cual se amplifica el rendimiento de los trabajadores. Este grupo de empleados polivalentes auto-gestiona, auto-organiza y auto-controla su actividad de manera horizontal por lo cual es el soporte estratégico sobre el que se asienta el modelo.

La auto-gestión es inseparable de la descentralización, ya que los centros de salud funcionaban en la medida que gestionaban la implementación de programas, la salida a la comunidad, la atención frente al aumento sostenido de las demandas de la población (engrosamiento de las filas de desocupados y crecimiento incesante de la pobreza) y la organización de los efectores. En ese sentido resultó fundamental el perfil flexible impulsado por la APS (destacado como necesario por los trabajadores) porque los centros de salud estratégicamente ubicados en medio de los barrios y comunidades, se constituían en espacios de atención y contención de problemáticas sociales manifestadas en cuerpos biológicos.

Sumado a esto, la gestión participativa o auto gestión implica un involucramiento del operario con la fábrica y con sus objetivos, por lo cual intensifica la productividad porque se responsabiliza de la tarea. En este sentido el capital logra que el trabajador

involucre su subjetividad mediante una lógica envolvente y manipuladora. Así el equipo mínimo de la salud se pone la camiseta de la atención primaria y asume como propios sus objetivos. Devenidos en asalariados ‘empresarios de sí mismos’ (Zangaro, 2011), se comprometen con la prestación de salud de ‘calidad’ en función de las necesidades diversas de la población y afrontan un trabajo intenso y desgastante, ya que los ‘flexibles’ son ellos en contraposición a un sistema de salud sumamente rígido. En el caso estudiado los prestadores de salud se quedaban fuera de horario y como no era suficiente traspasaban las fronteras llevando trabajo a la vida privada.

Por otra parte es importante mencionar que las reformas de la legislación laboral en Argentina (Ley Nacional de Empleo) normatizaron la precarización del trabajo. En el sector de la salud se generalizaron los contratos por tiempo determinado y en el ámbito específico del primer nivel de atención surgieron becas de formación en atención primaria que insertaban a los profesionales en efectores, pero que una vez finalizadas no daban continuidad en el trabajo, excepto se lograra la obtención de un contrato por tiempo determinado⁶.

V. Reflexiones Finales

Afirmar que los centros de salud representan el arquetipo del paradigma productivo toyotista en el ámbito de la salud pública no significa que en su interior (en sus lógicas de funcionamiento interno y externo -relaciones con el resto de los efectores, con el Estado y con el mercado-) no detectemos otras formas de gestión y producción del servicio de salud que evidencian la continuidad de rasgos tayloristas-fordistas. Podemos destacar el sostenimiento de lógicas de control vertical como el uso de la estadística para medir la productividad de los prestadores de salud, exigiendo una ‘cantidad’ de pacientes atendidos por hora en contradicción con la premisa toyotista de la calidad. Se trata de una combinación de procesos productivos que recaen sobre los sujetos trabajadores (Harvey, 1992 en Antunes, 2003).

Si bien las reformas involucraron a todo el subsector público, los trabajadores del primer nivel de atención afrontaron de manera diferente las mismas. En principio como asalariados proveedores de un servicio, padecieron la colonización de sus emociones para el aumento de la productividad, afrontaron la sobre carga de trabajo y mediante la

⁶ En el contexto neoliberal el achicamiento del gasto público en salud se combinaba con las reformas de abaratamiento de la fuerza de trabajo, como lo es el contrato por tiempo determinado. Esto se ve agravado porque el otorgamiento de éstos contratos era limitado.

implicación con su tarea vieron deteriorada su subjetividad. A esto se sumó la particularidad de la prestación de un servicio de salud, que involucra cosmovisiones sociales y culturales en lo que respecta al valor de la vida y la muerte, a lo normal y lo patológico. Y fundamentalmente porque constituyeron el lugar privilegiado para la implementación de las nuevas formas de organización del trabajo, convirtiéndose en una verdadera fábrica mínima de la salud. Esto les significó a los trabajadores actuar de manera contraria al sistema de salud rígido, vertical, y productor de ‘salud’ en serie.

Actualmente asistimos a un proceso de re-estatalización de las relaciones sociales que muestra una vuelta al modelo de la oferta (proliferación de programas), y que en algún aspecto se traduce en un aumento del trabajo estandarizado, sobre todo para los efectores del primer nivel de atención de la salud pública. Sin embargo hay una continuidad de las medidas implementadas en el neoliberalismo, esto significa que se sostiene el protagonismo de los efectores de salud pública descentralizados y las tecnologías neoliberales; por lo cual los trabajadores de APS cargan sobre sus espaldas las viejas y nuevas formas de intensificación del trabajo frente a una ampliación de demandas y exigencias de la sociedad, pero asimismo del Estado. Es importante destacar que los especialistas en atención primaria padecen además la desvalorización de la disciplina por parte de sus colegas y de los sujetos que requieren del servicio (Daverio, Kremer y Pisani, 2013) en un contexto de avance de mercantilización de la salud y de la vida.

Consideramos que se debe continuar con el estudio de las condiciones de trabajo de los trabajadores de centros de salud ya que actualmente padecen también formas de control y normalización⁷ que los colocan sistemáticamente en el lugar de ‘responsables individuales’ de la salud de la comunidad.

VI. Bibliografía

ANTUNES, R (2003) *¿Adiós al trabajo? Ensayo sobre la metamorfosis y el rol central del mundo del trabajo*. Buenos Aires: Ediciones Herramienta.

BELMARTINO, S. (1999). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?* Buenos Aires: Lugar Editorial.

⁷ Las políticas de recursos humanos a nivel local, regional y mundial se plantean metas que estimulan el desarrollo de especialidades de atención primaria, sin embargo continúan siendo éstas las más vapuleadas en lo que respecta a condiciones de trabajo.

- BONNET, A. (2008). *La hegemonía menemista: el neoconservadurismo en Argentina, 1989-2001*. Buenos Aires: Prometeo libros.
- BRESCA, S (2013) “*Sistema de salud e historia de la medicina familiar en Argentina*”. Medwave 13(4). Disponible en:
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5661>
- CAMPANA, M. (2012). *Medicalizar la asistencia, asistencializar la salud*. Rosario: Editorial Prohistoria.
- CORIAT, B. (1992) “*Pensar al revés. Trabajo y organización en la empresa japonesa*”. México: Siglo XXI editores. (Versión original 1991)
- DAVERIO, D; KREMER, P y PISANI, O. (2013) “*Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. Estudio multicéntrico en las provincias de Jujuy, Tucumán, Santa Fe y Neuquén para las cohortes 2001 a 2004, y 2012*”. Informe final consolidado presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/Kremer2013.pdf
- FEDERICI, S. (2010) “*Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*”. Madrid: Traficantes de sueños.
- FOUCAULT, M. (1978) “*Incorporación del hospital en la tecnología moderna*”. Educación médica y salud. Vol. 12, nº 1
- FOUCAULT, M (2006 a) “*Defender la sociedad. Curso en el College de France (1975-1976)*”. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M (2006 b) “*Seguridad, Territorio y Población. Curso en el College de France (1977-1978)*”. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. (2007). “*Nacimiento de la biopolítica: Curso en el College de France: (1978-1979)*”. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GANDARILLA SALGADO, J. (2003) “*Globalización Totalidad e Historia. Ensayos de interpretación crítica*. Buenos Aires: Editorial Herramienta.
- LAURELL, A.C. (1975) *Medicina y capitalismo en México*. México: Cuadernos Políticos, N°5.
- MENÉNDEZ, E. (1984) *Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología médica crítica*. México: Nueva Antropología, Año VI, N° 23.

- MERCADO, F. (2014) “*La organización del trabajo en el sector de la salud. Los Centros de Salud y su funcionamiento*”. Universidad Nacional de Cuyo, Tesis de grado defendida, Mimeo.
- MOROSINI, M; ROA, R. y SIEDE, J. (1997) “*Medicina Familiar: Hacia un nuevo modelo de Atención de la Salud*”. Tomo I Principios y Herramientas. Buenos Aires: AKADIA.
- SCHUFER, PRECE Y NECCHI (1997) “*20 años de Sociología de la Salud en la Argentina*”. Medicina y Sociedad 20 (1)
- SOUZA MINAYO, M (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978): Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URRSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. Disponible en http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1977): “Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de Atención Primaria y participación de la comunidad”, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 83, nro. 6, noviembre de 1977. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Whashington, 26 y 27 de septiembre de 1977. Disponible en <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v83n6p477.pdf>.
- ZANGARO, M. (2011) “*Subjetividad y trabajo. Una lectura foucaultiana del management*”. Buenos Aires: Ediciones Herramienta