

Modelos Municipales de Salud: consideraciones teóricas para la construcción de un hacer desde la reflexión de los saberes.

Pensar lo que se hace y saber lo que se piensa.

C. Catoriadis

Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(1): 5 – 9

Por qué un nuevo Modelo Municipal de Salud

La propuesta de un nuevo modelo de atención municipal surge del análisis de sucesivos e identificables fracasos de los modelos tradicionales y se plantea proponiendo acciones desde la salud colectiva que constituyan fuerzas sociales que con sus luchas, delineen las opciones políticas más acordes a nuestro ideal de salud (5, 10).

En Bahía Blanca existen 59 unidades sanitarias, lo que la posiciona como una de las ciudades del país con mayor desarrollo en éste sentido. El proyecto de gestión que impulsa la secretaría de salud desde 2011 a ésta parte prioriza el desarrollo de nuevas estrategias orientadas a la defensa de la vida y el derecho a la salud a partir de una re organización del sistema.

En la situación inicial, y aún en la mayoría de los centros de salud municipales locales, la lógica de trabajo implica una dificultad para el trabajo en salud siguiendo un modelo que genera insatisfacción tanto en el usuario como en el trabajador y que forma parte de una cultura organizativa ineficaz a la hora de alcanzar los resultados esperados en salud: profesionales trabajando sin un anclaje territorial y de referenciamiento con la comunidad a cargo, agrupados en áreas programáticas donde coexisten comunidades muy disímiles entre ellas; sin una relación de trabajo estable entre los propios trabajadores que deambulan de una unidad sanitaria a otra; una escala jerárquica, donde un coordinador funciona como jefe de área, línea intermedia de mando (que en la gran mayoría de los casos es un profesional médico) y una primera línea, centralizada, de secretario de salud, subsecretarios y directores desde donde se producen/diseñan/"bajan" los programas y las decisiones políticas y se centralizan los datos relevados durante la asistencia que llegan, vía coordinador, a la dirección de estadística de la secretaria donde se pierden de la vista del trabajador.

Dentro de esta configuración la atención a la población se genera casi exclusivamente a partir de la oferta de turnos, acotada, direccionada por el médico en número y calidad y desde una medicina biologicista, curativa y prescriptiva (modelo queja-conducta), lo que, en términos de atención/asistencia, impide el desarrollo de un paradigma de cuidado y determina que la participación del usuario se manifieste únicamente cuando no adhiere a las propuestas terapéuticas ofrecidas. La asistencia se confunde con una extraordinaria producción de consultas y exámenes asociados, acciones costosas por naturaleza que fueron reemplazando la dimensión relacional centrada en la acción acogedora, en el vínculo con el usuario y el compromiso de ambos con la búsqueda del cuidado de la salud y de la cura (6).

Diversas investigaciones (1, 2, 3, 4, 5) evidencian como consecuencia de esta modalidad organizativa el desgaste del trabajador y subsecuente desmotivación, la tensión en las relaciones con los demás integrantes del equipo y con el usuario y la baja capacidad del sistema para el abordaje y resolución de problemáticas más complejas. Entendemos que dicha organización del proceso de trabajo no responde exclusivamente a una deficiente planificación o a la escases de recursos, sino que esta predeterminada por cuestiones estructurales como el modelo de profesional liberal que se forma con una mirada de la medicina a-histórica, biologicista e individual, que

no tiene en cuenta el trabajo con otros y considerando el trabajo estatal como un subempleo y una oferta básica para pobres.

Bajo este panorama, es difícil esperar que solamente las modificaciones funcionales (ingreso de más profesionales, apertura de residencias en especialidades útiles al primer nivel, incorporación de promotores de salud, programas con perfiles comunitarios, etc.) puedan lograr una mejora en la respuesta del sistema a los problemas de salud de las personas y comunidades. Por ello posicionamos nuestro análisis sobre el trabajo en salud teniendo en cuenta su componente fundamental e insustituible: *el trabajo humano*, que ocurre en relaciones que son establecidas entre los individuos trabajadores y entre estos y los usuarios produciendo servicios que son consumidos en el mismo momento en que se producen.

Otro de los aspectos fundamentales de la propuesta es el convencimiento que el trabajador de salud, goza de importantes niveles de autonomía para decidir de qué manera realizar su trabajo asistencial, lo que en gran medida determina el perfil del modelo de atención, pudiendo actuar también en algunos casos como dispositivo de cambio, capaz de detonar procesos instituyentes frente a la organización de servicios de salud (5).

Por este motivo, un cambio de los modelos asistenciales requiere, en gran medida, la construcción de una nueva conciencia sanitaria y la participación de los trabajadores en la construcción del nuevo proyecto.

La construcción de un hacer desde la reflexión de la práctica

Es necesario rediseñar entonces el proceso de trabajo, un nuevo modelo, en base al cuidado, que presupone la formación de una nueva subjetividad entre los trabajadores, usuarios y la comunidad lo que excede el arsenal técnico que se utiliza en la producción de salud: reconfigurarse como trabajador y como trabajador en éste sistema, reflexionar sobre la práctica y proponer nuevas estrategias para transformarla. Esto puede entenderse siguiendo tres directrices principales: *Acogimiento, Vinculo/responsabilización y Autonomía*¹.

Analizando otras experiencias latinoamericanas (10, 11, 12) abordamos el trabajo con los Equipos de Salud locales proponiendo nuevas configuraciones tecnológicas del trabajo en salud, con otra formulación a nivel micropolítico, incidiendo inclusive en el terreno de una nueva ética y nuevos valores que la conduzcan: una cultura y comportamiento pautados por la solidaridad, ciudadanía y la defensa de los derechos individuales y colectivos. Estas nuevas “tecnologías de trabajo”, deben entenderse como un conjunto de conocimientos y haceres aplicados a la producción de algo, en éste caso, la producción de salud, haciendo hincapié que este conocimiento puede estar disperso tanto en las experiencias y modos singulares de cada profesional como en la producción de relaciones lo que define al trabajo en salud como un trabajo intercesor (5).

Las reformas implican centrar la praxis en sujetos concretos, quitando el énfasis a la enfermedad como entidad objetiva para considerarla una parte más de la existencia, reconociendo como objeto la producción de cuidado por medio de la cual se espera lograr la cura y la salud. Una “clínica del sujeto” en palabras de Basaglia, que involucra la ampliación del objeto del saber y de las intervenciones.

La estrategia de educación permanente para los equipos de salud municipal

El tiempo dedicado a los espacios de reflexión, de formación y a las reuniones de equipo es uno de los ejes centrales de la propuesta y debe considerarse parte de la actividad diaria del trabajador. A partir de la reflexión sobre los supuestos y reglas de juego que atraviesan la institución y del debate en torno a porqué hacemos lo que hacemos y para quienes trabajamos, es posible elucidar el sentido de aquello que se perpetúa en las organizaciones y proponer conjuntamente acciones transformadoras que modifiquen aquellas rutinas que impiden garantizar el derecho a la salud para todos y la construcción de los lugares de trabajo como espacios de producción subjetiva y satisfacción.

Cada actividad educativa que desee ser llevada a la práctica, requiere entonces iniciarse en la revisión crítica de las prácticas actuales y de las reglas de la organización para generar nuevos acuerdos entre los grupos y actores. El objetivo final es pensar la micropolítica del proceso de trabajo en salud y su implicancia en el diseño de los modelos de atención-cuidado, permitiendo pensar los modos como circula el trabajo en las instituciones exponiendo la manera individual de actuar a un debate público al interior del colectivo de trabajadores a partir de una óptica “usuario-centrada”. Es necesario también abordar el problema, ya conocido y sufrido, de la excesiva fragmentación de conocimientos, que redundando en una igual segmentación al trabajar con problemas de salud. Tomando la propuesta conceptual de núcleo y campo de saberes (9), se plantea su articulación con las nociones de *trabajo en equipo, clínica ampliada y apoyo matricial* (donde se combina apoyo especializado con trabajo interdis-

ciplinario) en un intento por superar los escollos para construir una praxis que pueda dialogar con la realidad y las circunstancias.

Educación permanente en salud (EPS) como estrategia de gestión

Plantear un cambio en los modelos de atención desde la dimensión cuidadora, coloca el eje en el análisis de la gestión abandonando la concepción de la misma desde los modelos de la racionalidad hegemónica a otro donde se incluya a todos los actores que intervienen en el proceso cuidador. Esto en definitiva es pensar la EPS como estrategia de gestión y pasar a considerar a los equipos como núcleo de la misma, lo que lleva a la denominación de Equipos Nucleares de Salud (ENS), instancia ésta, donde se produce el encuentro entre el usuario y el sistema. Asilos nuevos, mapas cartográficos, pierden su vieja figura vertical y aleatoria (donde el usuario utilizaba distintas puertas de entrada en cualquier nivel ascendente) y comienzan a ubicar el trabajo en salud y los encuentros con el usuario en configuraciones horizontales acompañadas y cogestionadas (el usuario y el trabajador recorren el camino juntos focalizando sobre el problema, en proyectos terapéuticos singulares).

Ampliar la visión y la escucha, posibilitando el ingreso de la complejidad de la vida de las poblaciones para comprender el proceso de salud-enfermedad implica dar al usuario otro lugar, otra posición: la de agente activo en la producción de salud en el encuentro con los trabajadores. Y como la construcción de las relaciones se da en acto y en circunstancias específicas de cada encuentro, no hay a priori, una jerarquía en la capacidad de establecer un buen contrato, identificar un problema o imaginar posibilidades para su abordaje.

Como trabajar con los ENS

Trabajar con ENS es comprender la complejidad del trabajo haciéndolo desde las instancias de co-producción del trabajador y del acto de salud distinguiendo tres grandes campos de tensión que operan dentro de las organizaciones (Merhy, 2002) y requieren estrategias en función de ellas:

1. Un territorio de prácticas de salud definido como espacio de múltiples disputas y de constitución de políticas diseñado a partir de acciones de distintos actores que, dependiendo de sus intereses y capacidades de hacer, se alían o confrontan intentando consolidar cierto sentido de sus prácticas. La única manera de enfrentar ese juego y hacer valer los intereses de los usuarios es por medio del *control social*¹¹ y *pactos políticos*.
2. Altos grados de incertezas con las que operan los actos de salud y alta autonomía del usuario y del trabajador en la definición última de cómo es entendida la tarea asistencial. Como dijimos anteriormente, actualmente el usuario ejerce su derecho a participar en las decisiones terapéuticas no adhiriendo a las propuestas que le provocan más disconfort o que no le producen el efecto imaginado/deseado. Los usuarios participan así, produciendo solos, unilateralmente las adaptaciones que consideren necesarias a las propuestas fragmentadas que diferentes profesionales le ofrecen y que no se articulan entre sí, sin poder contar con la utilización de los conocimientos técnicos disponibles.
3. El terreno de las organizaciones de salud definido como un espacio de intervención de diferentes actores a partir de sus capacidades de autogobierno, que disputan la orientación del día a día con las normas y reglas instituidas, siempre en tensión por la polaridad entre autonomía y control.

En definitiva: es fundamental tener en cuenta que el trabajo en salud no es completamente controlable pues siempre está sujeto a los designios del trabajador en su espacio autónomo, privado, de concretización de la práctica, y de los usuarios que lejos de ser cajas vacías, tienen ideas, valores y concepciones acerca de salud, del trabajo en salud y de cómo debería ser realizado de acuerdo a sus valores e intereses (Feuerwerker, 2005).

Por lo tanto, es necesario entender que la verdadera organización es la definida por el conjunto de acciones gubernamentales que todos realizan día a día (Matus, 1996) y que esos actores precisan saber gobernar y requieren una caja de herramientas que fortalezca esta capacidad.

En este sentido, intentaremos colocar instrumentalmente algunos conceptos definidos con anterioridad proponiendo estrategias de acción concretas: los proyectos terapéuticos singulares y los dispositivos de apoyo matricial.

Proyectos Terapéuticos Singulares (PTS) y la estrategia de Apoyo Matricial

Los PTS son un conjunto de conductas terapéuticas articuladas para un sujeto individual o colectivo, producto de discusiones al interior de un equipo interdisciplinar, con participación activa del usuario en el diseño de las estrategias terapéuticas. Implica la elección de un problema complejo de la práctica diaria, la sistematización de

los encuentros de reflexión sobre el mismo, el establecimiento de metas a corto y mediano plazo, la responsabilización del actor del equipo más cercano al problema o a la persona para el seguimiento y coordinación de las acciones y un espacio donde el usuario pueda participar en su terapéutica.

La utilidad de los PTS radica en la posibilidad de incluir en ellos a todo el equipo, al darle la responsabilidad de la gestión a quien esté más relacionado al problema o a la persona, independientemente de la disciplina o el lugar dentro de la organización. Otra de las ventajas de este abordaje es la integralidad, ya que durante los encuentros de discusión de los mismos, se generan distintas visiones y perspectivas del problema y también se trabaja integralmente con los distintos niveles de atención. Por otra parte, en el diseño de un PTS, se establece un vínculo con la familia o el sujeto mucho más intenso y franco dándole un lugar a éste para incorporar su visión.

Otra herramienta que ayuda a la gestión de los proyectos y trabajo de los equipos es el Apoyo Matricial (AM), que puede ser definido sintéticamente como un dispositivo que facilita el vínculo específico entre el grupo de profesionales y un grupo de usuarios. El AM tiene dos dimensiones: soporte asistencial y técnico-pedagógico. Recordando que la EPS se apoya en el contexto diario como instancia de aprendizaje, el AM es una oportunidad para discutir, reflexionar y reconocer nuevas concepciones, estrategias y saberes, que a su vez se retroalimentan de la dinámica del día a día. Se ejerce en acto en el encuentro entre trabajadores y facilitadores que funcionan como soporte de este intercambio y ayudan a orientar las acciones del equipo analizando los nudos críticos que se generan durante el hacer cotidiano intentando una articulación permanente entre teoría y acción en busca de prácticas eficaces.

Conclusiones

La organización o establecimiento produce activa y estructuralmente dominación, alienación y control. Y por eso, es necesario desarrollar dispositivos y arreglos que estimulen la producción en nuevos sentidos de autonomía, creatividad y desalienación de manera permanente. La máquina de producir control opera como flujo continuo y debemos trabajar intentando desarrollar arreglos que tengan la potencialidad de producir ese flujo en la dirección contraria, arreglos que sin embargo nunca están a salvo de ser cooptados por la lógica dominante (8).

Nuestra propuesta condice con las ideas de Testa (1995) para quien lo importante es desencadenar procesos y no definir puntos de llegada y siguiendo esta línea colocamos el énfasis en los proyectos en desmedro de los planes, entendiendo sin embargo, que para poder elaborar planes es necesario contar primero con un proyecto que siempre tendrá relación con los sujetos envueltos en su desarrollo y sus relaciones intersubjetivas, lo que le da su carácter de fenómeno intermediario (transicional).

Defendemos que la interdisciplinariedad, como el jugar, también es posible haciendo y no solamente pensando; otra actividad en la que el hacer es constitutivo y que requiere de un lugar y de un tiempo. Por ello, es necesario subvertir el orden existente en la organización tradicional en la cual en general no hay espacio ni tiempo para la escucha y la construcción colectiva, porque el lugar de la toma de decisiones está en la punta de la pirámide (organigrama). Debemos centralizar sin perder el norte, involucrando a todos para dar identidad al colectivo, debatiendo desde la definición de objetivos hasta los métodos de trabajo, solo así podremos construir acuerdos potentes que coloquen a favor de los intereses públicos (usuarios) la autonomía responsable de la que los trabajadores de salud disponen.

En definitiva, la nueva concepción que se plantea con los ENS en tanto cambio en salud, es la oportunidad de colocar en el centro de la escena al usuario en su territorio, interactuando con un equipo y en un dibujo concéntrico los apoyos matriciales, articuladas en un dispositivo: el proyecto terapéutico singular. **Estos cambios son graduales y requieren de un trabajo conceptual muy preciso y un convencimiento real de la posibilidad del cambio, dado que los mismos son lentos y graduales, pero como dice Castoriadis: “Si acaso debemos, yo y los otros, encontrar el fracaso en ese camino prefiero el fracaso en una tentativa que tiene un sentido, a un estado que permanece más acá del fracaso y del no fracaso, que permanece irrisorio”.**

Med. (Mg) Pedro Silberman
Editor responsable AMFG

Lic. Cecilia Arnaudo
Editora asociada AMFG

NOTAS FINALES

^I Acogimiento: se entiende por acogimiento a la posibilidad de universalizar el acceso, no solo desde lo declarativo sino con propuestas concretas que se basen en un nuevo vínculo, en una nueva relación entre equipo y comunidad/usuario. Incluye la escucha cualificada al usuario, el compromiso con la resolución de su problema de salud, dándole siempre una respuesta positiva y direccionamientos seguros cuando son necesarios.

Vínculo/responsabilización: se basa en la responsabilización de estos por aquellos, lo que plantea el respeto en la producción de cuidado. Va más allá de las lógicas de territorialización y adscripción que como estrategia instrumental aparecían como solución a los problemas de responsabilización. Es una instancia de preocupación del equipo por la salud de su clientela. La Territorialización, es el vínculo de una población

dada a los equipos, son ideas nucleares de la propuesta del nuevo modelo. Ningún cambio o revolución sanitaria apartó el foco del médico en su relación vincular entre el sistema y la comunidad.

Autonomía: significa tener como resultado esperado de la producción del cuidado, grados de autonomía del usuario para vivir la vida. En principio entender que existe dicha autonomía y respetarla en función de una construcción de la relación Usuario Equipo más estrecha y horizontal. Es el usuario durante el desarrollo de su vida cotidiana quien finalmente decide que es prioritario y que es importante para el desarrollo normal de su vida.

^{II} Control social desde la perspectiva de la expresión de ciudadanía en busca de interpelar y transparentar la toma de decisiones del poder público.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 M.H. Machado, S. Pereira. Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. *GacSanit* 2002;16(1):89-93.
- 2 Cooper CL, Rout U, Faragher B. "Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners". *BMJ* 1989; 289: 366-70.
- 3 Cogollo-Milanés Z. Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. Universidad de La Sabana, año 10 - vol. 10 n° 1 - chía, Colombia - abril 2010 | 43-5.
- 4 Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Capítulo 16. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- 5 Merhy E. Saúde. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 6 Onocko R. Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. *Salud Colectiva*, Spinelli (org). Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2004; pp.103-120.
- 7 Silberman P. Evaluación del trabajo del equipo en la práctica de Salud Familiar. Tesis de maestría, UNLP. En: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/18.pdf>.
- 8 Feuerwaker L. Modelos tecnoasistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.
- 9 Wagner de Sousa Campos G. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* vol.5 no.2 Rio de Janeiro 2000.
- 10 Tulio Batista, Franco Wanderlei, Silva Bueno, Emerson Elias Merhy. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999;15(2):345-353.
- 11 Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2001 Fev; 23(2):399-407.
- 12 Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Moraes APP. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Jul/Set; 16(3):417-25.