

Diplomatura en Medicina Social Salud Colectiva: Trabajo Final Integrador

Autora: Cecilia Astorga

Título: Aportes de la Medicina Social Salud Colectiva a la Intervención Profesional del Trabajo Social en el Campo de la Salud.

“Sólo si se constituye un modelo que explore positivamente la capacidad cuidadora del conjunto de los trabajadores de la salud podremos reformar el sistema de salud en defensa de la vida individual y colectiva” (Merhy, 2016)

1

Introducción

El presente artículo de reflexión plantea, mediante una revisión bibliográfica, un breve recorrido desde la trama conceptual-operativa que nos ofrece la Medicina Social Salud Colectiva (MSSC) para la comprensión y abordaje del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) desde la mirada de intervención profesional del Trabajador/a Social. Entendiéndose como *Trabajo Social (TS) a la profesión basada en la práctica y disciplina académica que promueve al cambio y el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el TS. Respaldada por las teorías de TS, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas el TS involucra a las personas y estructuras para hacer frente a los desafíos de la vida y aumentar el bienestar.* (Ley N.º 27.072, 2014)

La intervención profesional en el campo de la salud

En este marco se puede decir que *“la intervención profesional de TS en el campo de la salud se encuentra mediatizada por la complejidad del contexto en el que se inscribe, [...] la profesión se constituye en la interrelación constante entre la configuración de las políticas sociales, la intervención del Trabajador Social en dicho campo y las condiciones laborales donde se producen los procesos de trabajo de los profesionales”.* (López-Campagna, 2015)

El contexto complejo del que se habla se inscribe en determinado modelo económico productivo hoy basado en el capital financiero globalizado, en el que se definen políticas de salud, entendidas éstas como las respuestas del Estado a determinados problemas de la población. En este marco, Cristina Laurell (2011) advierte que *“para el capital, la salud debe incorporarse plenamente como ámbito de lucro en las dimensiones de producción de medicamentos, vacunas, insumos y tecnología médica, construcción de hospitales, administración de fondos de salud (seguro) y prestación de servicios. Para los gobiernos progresistas, el derecho a la salud es un ámbito básico de realización de derechos y, por lo tanto, una responsabilidad indeclinable del Estado”.* Se plantea acá

la primera distinción entre la salud entendida como un “bien social” o como un “bien comercializable”. Esta distinción fundamental es necesaria para el planteo de una postura ética-política profesional si se acuerda que -como se plantea en su definición- al TS lo guían los principios de justicia social.

La segunda distinción necesaria vinculada a las concepciones de la salud, tal como lo plantea Cecilia Molina¹, es que si la salud es la ausencia de enfermedad, la respuesta estará focalizada en los servicios de atención médica; pero si se asume que la salud está condicionada por una serie de factores como los ámbitos de trabajo, el acceso a los servicios como agua potable, la educación, los niveles desiguales de distribución de la riqueza, se pensará como Estado, en políticas que no se reducen a la atención médica. En la misma línea, Cristina Laurell (1982) entiende que la salud-enfermedad es un proceso social históricamente determinado; plantea que la salud-enfermedad no son fenómenos opuestos o antagónicos sino articulados, un proceso que se manifiesta en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos.

El objeto de la MSSC desde su campo de conocimiento y prácticas

En tanto campo de conocimiento, Almeida (2017) plantea que la SC contribuye con el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en su carácter de proceso social; investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos. Por lo tanto, la SC privilegia en sus modelos o pautas de acción cuatro objetos de intervención: **políticas** (formas de distribución de poder), **prácticas** (cambios de comportamientos, cultura, instituciones, producción de conocimiento; prácticas institucionales, profesionales y relacionales); **técnicas** (organización y regulación de los recursos y procesos productivos); e **instrumentos** (medios de producción de la intervención).

Entonces, la MSSC como campo de conocimiento y práctica no restringe su interés en la enfermedad, su tratamiento y el acto médico ni lo fija como eje central del PSEAC; esta corriente nos hace pensar:

- Las relaciones entre las condiciones de vida y de trabajo con la enfermedad, los accidentes de trabajo y la muerte;
- Las relaciones entre clase social y problemas de salud;
- Las inequidades en el acceso a los servicios de salud;

¹ Clase teórica en el marco de la Diplomatura en Medicina Social Salud Colectiva. Modulo 7 Sistemas Políticas y Prácticas en Salud: respuestas, propuestas y tenciones. Fundación Salud Inclusiva-Universidad Nacional de José C. Paz. Julio 2022

- Que el gasto en salud puede crecer, pero no tener efectos necesariamente en las condiciones de salud.

El enfoque propuesto por la MSSC nos permite analizar los efectos de las políticas macroeconómicas y el poder político de las corporaciones multinacionales y las agencias multilaterales de crédito con los consecuentes recortes presupuestarios, la privatización del sector público y la apertura de los mercados de la atención de la salud a las corporaciones multinacionales: *“estos estudios han destacado tanto los efectos perjudiciales en el acceso a los servicios de salud como el deterioro de la red de servicios de atención de la salud y han desmitificado las tesis de que las prácticas orientadas por el mercado mejoran las condiciones de los pobres.”* (Iriart, 2002).² La epidemiología crítica, como disciplina que estudia los determinantes del PSEAC, ha profundizado este análisis con la figura de la triple inequidad: de género, de etnia y de clase social; esta visión incorpora las concepciones históricas, económicas y socioculturales de los sujetos y el reconocimiento de las desigualdades estructurales. (Casallas-Murillo, 2017)

De esta forma, el objeto de la MSSC son las necesidades sociales de salud de los grupos poblacionales y no simplemente los problemas de salud que se limitan a riesgos, agravios, enfermedades y muertes. Entendiendo por **necesidades de salud** aquellas que se pueden clasificar en cuatro conjuntos:

- *Tener “buenas condiciones de vida”, entendiéndose que el modo de vida produce diferentes necesidades de salud.*
- *Tener acceso y poder consumir toda la tecnología de salud capaz de mejorar y prolongar la vida.*
- *Desarrollar vínculos afectivos entre cada usuario y un equipo y/o profesional, vínculo comprendido como referencia y relación de confianza, algo así como “la cara” del sistema de salud para el usuario.*
- *Garantizar que “cada persona pueda desarrollar mayores grados de autonomía en su modo de llevar la vida”* (Cecilio, 2001)

También corresponde a su objeto, la organización de los servicios de salud, la planificación y la gestión de la salud, pensando en sus aportes sobre la micropolítica de los procesos de trabajo en las instituciones de salud que tienden a modificar la relación entre las instituciones sanitarias y los usuarios.

² Dentro de la Salud Pública Tradicional (SPT) predomina una valorización del mercado como mecanismo privilegiado para la asignación de recursos, cuestionando la responsabilidad estatal en la provisión de bienes y servicios para la atención de las necesidades sociales y de salud.

MSSC sus aportes y diferencias con la Salud Pública Tradicional

La Salud Pública Tradicional (SPT) ha estado históricamente caracterizada por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud, bajo el denominado “pensamiento hegemónico en salud”, que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo (Cassallas-Murillo, 2017). Granda (2004) plantea que al mirar hacia inicios del siglo XX se pudo definir algunas características de la SPT a la que también denomina Enfermología Pública, éstas son:

- El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud;
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural funcionalismo para comprender la realidad social (Modelo empírico-funcionalista);
- El reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad.

Así, el salubrista se constituye en un agente del Estado y de la técnica: un interventor técnico-normativo que requiere:

- Integrar y acumular conocimientos y habilidades para llevar a cabo el cálculo de riesgo
- Apoyar la elaboración y hacer cumplir las normas dictaminadas por el Estado referidas a la enfermedad pública y a las respuestas sociales organizadas sobre ésta
- Educar a la población para que adquiera los conocimientos y técnicas que permitan calcular sus riesgos, prevenir enfermedades y al mismo tiempo, sustituir sus saberes y prácticas tradicionales (irracionales y riesgosas).

La salud pública alternativa, en cambio, propone un salubrista posicionado como un sujeto intérprete mediador, es decir “*intérprete de las maneras cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su enfermedad; y mediador estratégico con los poderes científicos, políticos y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida.*” (Granda, 2004)

La SPT se basa en la dicotomía presencia-ausencia de enfermedad, partiendo de la presencia de un agente específico como causa necesaria y suficiente asumiendo monocausalidad o multicausalidad definiendo a la enfermedad de una manera relativamente estática como variable dependiente. Se puede decir que constituye su mirada, métodos y técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte. Esta perspectiva, sin embargo, no necesariamente explicita los supuestos teóricos de los que parte. Plantea un intervención tecno-normativa. Desde la perspectiva de la SPT, la unidad de análisis es la población,

a la que define como la sumatoria de individuos que pueden ser clasificados en grupos según ciertas características (sexo, edad, educación).

Por otro lado, la MSSC conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica. Estos análisis han sugerido un enfoque más complejo de la causalidad en el cual las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales es decir que existen antes del problema analizado y su comprensión permite especificar las dimensiones del mismo. Para la MSSC desde el modelo histórico-analítico se considera a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden la de los individuos que la componen. Las categorías analíticas son la reproducción social, clase social, producción económica, la cultura la etnia, el género como determinantes explicativos de especificidades individuales como sexo, edad, ingresos. Como campo de investigación, reflexión teórica y práctica plantea una interrelación entre pensamiento y acción: praxis. Se intenta comprender cómo se fueron construyendo las categorías y las prácticas en este campo. Así, se estudia la micropolítica de los procesos de trabajo en las instituciones de salud para mejorar las relaciones entre las instituciones y los usuarios. Desde esta perspectiva se valoriza la dimensión subjetiva de las prácticas de salud.

En este punto, el tema de la accesibilidad toma relevancia y desde la perspectiva de la MSSC, Stolkiner (2006) la entiende *“como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como los otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse”*. La autora entiende que pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre sujetos y los servicios implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto éstos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. Esta perspectiva, habilita pensar intervenciones profesionales e interdisciplinarias que permitan restituir la dimensión subjetiva del encuentro con la población; invita a trascender la visión tradicional de entender la accesibilidad como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población, es decir sólo desde la oferta de servicios y el análisis de sus potenciales barreras: geográficas, económicas, administrativas y/o culturales. Restituir la dimensión subjetiva de las prácticas en salud -cuestionando las prácticas objetivantes de las intervenciones técnico-normativas y su tendencia a la protocolización de procesos-es uno de los mayores aportes para la intervención profesional del TS en el campo de la salud.

El trabajador/a de la salud como potencia y clave en la organización del cuidado para proveer acogimiento, establecer vínculos y responsabilizarse.

Para abordar la temática del trabajo, la producción del cuidado y subjetividad en salud, es necesario advertir que la cuestión sanitaria involucra tres dominios de problemas según el autor

Federico Tobar (2015): la salud de la población, las políticas de salud y el sistema de servicios de salud.³ Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir una política en salud es decir qué rol desempeña el Estado en salud. Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes: político (modelo de gestión), económico (modelo de financiación) y técnico (modelo de atención). En el modelo de atención se establece: qué cubrir, a quién cubrir, cómo prestar, con cuáles criterios y dónde prestar. Este último componente será clave en la concreción de las decisiones políticas.

Desde la MSSC se analiza y cuestiona la organización tradicional del modelo asistencial⁴, en este sentido plantea Emerson Merhy (2016) *“entendemos que la profunda crisis del paradigma que estructuró el modo actual de trabajar del médico está marcado, entre otras cosas, por el distanciamiento de los intereses de los usuarios; el aislamiento con respecto a los otros trabajadores de la salud; el desconocimiento de la importancia de las prácticas de salud de los otros profesionales; y el predominio de las modalidades de intervención centradas en las tecnologías duras⁵, a partir de un saber estructurado, reducido a la producción de procedimientos que consumen intensamente tecnología dura, generando así, más necesidad de producción de procedimientos”*.

Desde la MSSC se ha buscado comprender los modelos asistenciales como formas de organización de la producción de servicios; esta producción se encuentra asociada a los procesos y tecnologías de trabajo, un cierto modo de actuar en el sentido de ofertar ciertos productos y obtener resultados capaces de mejorar la situación de salud del usuario, individual y colectivo.

Centrados entonces en la importancia del modelo de atención que organiza las prácticas sociales y profesionales en el campo de la salud, Tulio Batista Franco (2016) advierte que *“en el modelo médico hegemónico como modelo tecnológico de intervención en salud, los factores socio ambientales y el mundo de la subjetividad que interfieren en el proceso salud enfermedad fueron excluidos y eliminados de los análisis diagnósticos y terapéuticos”*. Este modelo de intervención tensiona con la intervención profesional del Trabajador/a Social como profesión que trabaja sobre los

³Tobar plantea que la primera categoría de análisis sanitario es la situación de salud de la población que puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos, las políticas de salud son el esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud y el sistema de servicios de salud engloba la totalidad de las acciones que la sociedad y el estado desarrollan en salud.

⁴ Asistencial no se vincula aquí solo con la atención médica, sino que se refiere a todos los trabajos que con sus acciones (saberes y prácticas) hacen intervenciones tecnológicas en salud, tanto en forma individual como colectiva, como por ejemplo, acciones sanitarias, educativas, del campo “psi”, odontológicas, entre muchas otras. (Merhy, 2016:22)

⁵ Merhy plantea que al observar la constitución de los modelos asistenciales, y focalizar la micropolítica de organización de los procesos de trabajo, tenemos como primera referencia las contribuciones de Ricardo Bruno Méndez Goncalves (1994), quien aportó los conceptos de “tecnologías materiales” para los instrumentos y de “tecnologías no materiales” para el conocimiento técnico usado en la producción de salud. En esta línea, propone una tipología para designar las tecnologías de los procesos de trabajo: las “tecnologías duras”, son aquellas centradas en las máquinas e instrumentos; las “tecnologías leves-duras”, se materializan en conocimiento técnico estructurado; y las “tecnologías leves”, relacionales, producidas y existentes en acto. (Merhy, 2016:111)

efectos de las desigualdades sociales en los procesos de acceso a prestaciones para ejercer derechos; para quienes un problema no se define aislado, sino inscripto en una red de problemas que mantiene continuidad en el tipo de argumentación y explicaciones. Dejar por fuera los factores socio-ambientales y el mundo de la subjetividad en la comprensión del PSEAC hace pensar en que *“la disputa por su definición, es también la determinación de las causas, por la atribución de responsabilidades por su formación, por la determinación de ámbitos de competencia en las soluciones y por los alcances de la voluntad política de intervención”*. (Nucci, 2018). En este sentido, se considera que uno de los temas centrales en la agenda para priorizar desde la disciplina del TS es el tema del cuidado en vistas a la promoción de procesos protectores y el fortalecimiento de soportes colectivos en el marco del diseño e implementación de políticas de salud. Se plantea entonces al trabajador/a de la salud como potencia y clave en la organización del cuidado para proveer acogimiento, establecer vínculos y responsabilizarse. Así, en el universo de la acción profesional habría dos dimensiones presentes, la dimensión centrada en los saberes disciplinares, que es la dimensión profesional específica y la dimensión cuidadora. La dimensión propia y/o cuidadora estaría presente en cualquier práctica de salud sobre un recorte profesional y ésta apunta a: procesos de habla y escucha; relación intercesora⁶ con el mundo subjetivo del usuario y el modo en que construye sus necesidades de salud; relaciones de acogimiento y vínculo; un posicionamiento ético y la articulación de saberes para conformar proyectos terapéuticos.

Desde esta perspectiva la micropolítica es central en el modelado de los servicios y su modo de producción. Merhy (2016) entiende que el trabajo en salud está centrado en el trabajo vivo como trabajo en acto, lo que revela la fuerza extraordinaria que tienen los propios trabajadores como promotores del cambio en salud. Al considerar que el principal atributo del trabajo vivo es la libertad, el autogobierno del trabajador sobre su proceso de trabajo, coloca al trabajador en la posición de ser el principal agente de cambio. El trabajador -plantea- puede usar esta libertad para mantener el modelo biomédico o para generar cambios radicales en el modo de producir el cuidado: la potencia está en el trabajo vivo, la posibilidad instituyente, el trabajo creativo.

Este breve recorrido en torno a los aportes de la MSSC a la mirada e intervención del TS en el campo de la salud, evidencia la riqueza conceptual y operativa para el diseño de propuestas transformadoras desde una perspectiva integral y de derechos que involucre a las personas y estructuras para hacer frente a los desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

⁶ Merhy (2016) plantea el término “intercesores” para designar lo que se produce en las relaciones entre “sujetos”, en el espacio de sus intercesiones, que es un producto que existe para los “dos” en acto y no tiene existencia por fuera de la relación en proceso, y en la cual los inter resultan instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos.

Bibliografía:

- Laurell, A.C. (1982) La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales Nº19.
- Laurell, A.C. (2011) Los proyectos de salud en América Latina: dos visiones, dos prácticas. Voces en el Fenix. Nº7- <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/los-proyectos-de-salud-en-america-latina-dos-visiones-dos-practicas/>
- Iriart, C. Waitzkin, H. Breilh, J. Estrada, A. Merhy, E. (2002) Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Revista Panamericana Salud Publica. p132
- Almeida, N, Silva, J. (2017) La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica” - Cuadernos Médico - Sociales 75. 5 -30. Brasilia. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias de la Salud. 2017;15(3):397-408. p.22 y p.25 <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Granda, E. (2004) ¿A que llamamos salud colectiva hoy? Revista cubana de salud pública, abril-junio, año/vol. 30 Nº 002 Sociedad Cubana de administración de salud. La Habana, Cuba.
- López, S. - Campagna, V. (2015) Aportes para pensar la intervención profesional de trabajadores/as sociales en el campo de la salud: entre transformaciones y condiciones laborales. Capitulo V. p.71. En: Rozas Pagaza, M-Gabrinetti, M. El Trabajo Social en diferentes campos de intervención profesional. Libros de cátedra Universidad Nacional de La Plata. Ed. Edulp. 2015
- Stolkiner, A. Comes, Y. Solitario, R. Garbus, P. Mauro, M. Czemiecki, S. Vazquez, A. Sotelo, R. (2006) El Concepto de accesibilidad: perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen XIV /
- Cecilio, L.C. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidades e equidade na atencao em saúde, En: Batista, F. Merhy, E. (2016) Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Ed. p.122
- Chiara, M. [et.al.] (2015): compilado por Magdalena Chiara. Iraed. Cuaderno de trabajo Gestión territorial integrada para el sector salud. Los Polvorines. Universidad Nacional de General sarmiento. Modulo 1: Salud y cuestión Social Federico Tobar//Modulo 2: Modelos de organización de los sistemas de salud
- Casallas, AL. (2017) La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):397-408 y 406 y 399 <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Batista, F. Merhy, E. (20016) Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados. 1ª ed. Ciudad Autónoma de buenos aires: Lugar Ed. P 68,101,13,72,35.
- Nucci, N. Crocetto, R. Bilavcik, C. Miani, A. (2018) La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol 1 Nro 2 ISSN 2591-5339 p20 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>