



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Adriana Inés Álvarez

Prácticas y saberes de enfermería en el modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de la salud. Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario 2010

Tesis presentada para la obtención del título de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de la tesis

Sandra Gerlero

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Álvarez, Adriana Inés. (2011). Prácticas y saberes de enfermería en el modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de la salud. Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario 2010 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/029824_Alvarez.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud
6ª cohorte (2003-2005)

Tesis para la obtención del título de Magíster

Prácticas y saberes de enfermería en el modelo de atención
basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario, año 2010

Lic. Adriana Inés Álvarez

Directora: Magr. Sandra Gerlero

29 de diciembre de 2010

Índice

Palabras preliminares.....	3
Resumen / Abstract.....	5
Parte I. El problema de investigación y su abordaje metodológico.....	7
Capítulo 1. El problema de investigación.....	8
• La problemática de investigación.....	8
• La construcción conceptual del problema y los objetivos de investigación.....	13
Capítulo 2. El abordaje metodológico.....	23
• Ámbito de realización del estudio.....	23
• El Sistema de Salud Municipal.....	23
• Estrategia metodológica.....	25
• Unidades de análisis, modalidades de captación y elaboración de la información.....	25
• Características de los profesionales de enfermería entrevistados.....	29
Parte II. Los resultados de la investigación.....	38
Capítulo 3. Procesos de reforma sanitaria. Breve reseña histórica regional y local. Los/las enfermeros/as como recurso humano en salud en ese marco.....	39
• Repercusión en los/as enfermeros/as en el marco de los procesos de reforma.....	47
Capítulo 4. El caso de la reforma de salud en el Municipio de Rosario. Los ejes estratégicos: descentralización, modelos de organización para la atención y recursos humanos.....	54
• Reforma en la ciudad de Rosario: descentralización y municipalización.....	54
• El modelo de la APS municipal: sus lineamientos principales.....	58
Capítulo 5. Las intervenciones de salud en modelos diversos de organización sanitaria: Las voces de los/las enfermeros/as.....	65
• Las prácticas de enfermería en el ámbito hospitalario: experiencias previas Recuperadas por los/as enfermeros/as.....	65
• Las intervenciones de enfermería en el marco del modelo de Atención Primaria de la Salud: reordenamiento de una visión tradicional.....	76
• Delimitando el núcleo de la práctica profesional en enfermería.....	87

Capítulo 6. Conclusiones.....	108
Bibliografía.....	116
Anexo I. Distribución geográfica de los Centros de Salud en el Municipio de Rosario.....	121
Anexo II. Formulario de consentimiento informado para ser entrevistado/a.....	123
Anexo III. Distribución de Centros de Atención Primaria de la Salud municipales según distritos de la ciudad de Rosario.....	124

Palabras preliminares

Mario Testa, reconocido médico sanitarista argentino, nos relata su experiencia como paciente, con la intención de dar a conocer una visión del hospital desde un mirador no convencional al que los trabajadores de salud no estamos acostumbrados.

...Más tarde, en la mañana, aparecen una mujer y dos hombres al pie de mi cama. Deduzco por su actitud que son médicos. Uno de ellos –robusto, de bigote– dialoga con la mujer –petisa, rubia–; el otro –alto, flaco– se mantiene independiente. Los tres miran los electrocardiogramas: el que me tomaron al ingresar, otro de control después de la colocación del marcapaso y el matutino de rutina. Ninguno de los tres me mira ni me dice nada. Robusto de bigote mirando fijamente al centro de la galaxia: ¿El señor estaba tomando algún medicamento antes del episodio? Rubia petisa mirándome por primera vez: Señor, ¿estaba tomando algún medicamento antes de este episodio? Yo, mirando a la rubia petisa: No. Ella, mirando a robusto de bigote: No. Intervalo silencioso. Luego robusto de bigote, siempre con la mirada fija en el mismo punto del espacio exterior: ¿Qué edad tiene el señor? Rubia petisa, mirándome: Señor, ¿qué edad tiene? Yo: Sesenta y siete. Ella, mirando a robusto de bigote: Sesenta y siete. La pareja dialogante se retira sin otro comentario. El flaco alto permanece un momento más, siempre mirando los electrocardiogramas, y luego se retira sin haber abierto la boca ni dirigirme una sola vez la mirada. Yo me quedo. No sé por qué, pienso que puedo estar convirtiéndome en un pez...

Vemos claramente cómo la enfermera se interpone entre el médico y el *paciente* y, al mismo tiempo, que no existe diálogo. La escena se convierte en una especie de interrogatorio para recoger datos que serán utilizados para un logro técnico/científico del médico. En este caso ni la enfermera ni el médico logran reconocer a un sujeto; frente a ellos hay un objeto que responde, en el mejor de los casos un sujeto, pero sujeto a su cama.

El diálogo quedó excluido en ese encuentro, inclusive entre ambos profesionales, de este modo, el médico ocupa una posición de superioridad y autonomía con respecto a enfermería. El citado autor agrega sobre el médico que tiene:

...un contacto mucho menor con los enfermos, de manera que puede elaborar sus contradicciones con mayor libertad, al mismo tiempo que puede alejarse físicamente de la

fuerza de los problemas, que es el trato directo con el enfermo. Al ser transformado ese trato en una cuestión técnica se facilita el apartamiento. (Testa M, 1993: 31, 37)

Resumen

La enfermería, de manera semejante a otras disciplinas del campo de la salud pública, se encuentra en una etapa de construcción y recreación permanente de sus teorías y prácticas, coexistiendo, en la actualidad, acuerdos entre las distintas teorías acerca de que *el cuidado de la salud* fundamenta su núcleo disciplinar.

La presente investigación busca indagar la especificidad que los/las profesionales de enfermería construyen acerca de sus prácticas y saberes, vinculados a nuevos modos de producir salud bajo el abordaje del modelo de Atención Primaria de la Salud, implementado por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario (Argentina).

La problemática es abordada desde la perspectiva de los propios actores involucrados, recuperando las voces de los/as enfermeros/as implicados en las prácticas de salud. Se utilizó una metodología cualitativa que consistió en entrevistas semiestructuradas a un grupo de profesionales de diversos centros de Atención Primaria de la Salud así como la observación directa de sus escenarios cotidianos de trabajo.

Los hallazgos más relevantes se expresan en las características particulares que adopta la organización de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, producto de procesos de reforma político-administrativa implementados en el municipio y los cambios y reordenamientos de las prácticas profesionales de los/las enfermeros/as en el marco de los equipos de referencia de los centros de Atención Primaria. Por último, la mayor autonomía en las intervenciones sanitarias así como los desafíos en la incorporación de nuevos saberes son dos tópicos sustantivos relevados en el estudio.

Abstract

The infirmary, of a way similar to other disciplines of the field of the public health, is in a stage of construction and permanent recreation of his theories and practices, coexisting, at present, agreements between the different theories brings over of that the care of the health bases his core to discipline.

The present investigation seeks to investigate the specificity that the professionals of infirmary construct brings over of his practices and knowledges linked to new manners of producing health under the boarding of the model of Primary care of the Health implemented by the Secretariat of Public Municipal Health of Rosario (Argentina).

The problematics is approached from the perspective of the own involved actors, recovering the voices of nurses/aces involved in the practices of health. There was in use a qualitative methodology that consisted of interviews semistructured to a group of professionals of diverse centers of Primary care of the Health as well as the direct observation of his daily scenes of work.

The most relevant findings express in the particular characteristics that there adopts the organization of the strategy of Primary care of the Health, process product of reform politician - administrative officer implemented in the municipality. The changes and reclassifications of the professional practices of the nurses/aces in the frame of the equipments of reference of the centers of Primary care. Finally the major autonomy in the sanitary interventions as well as the challenges in the incorporation of new knowledges they are two substantive topics relieved in the study.

Parte I. El problema de investigación y su abordaje metodológico

Capítulo 1. El problema de investigación

La problemática de investigación

A lo largo de la historia, el desarrollo de la enfermería estuvo estrechamente relacionado con la evolución de su propia definición y muy unido al concepto *cuidado*.

Florence Nightingale (1820-1910) es considerada en la actualidad la fundadora de la enfermería moderna, gracias a sus investigaciones; en su principal publicación, *Notas de enfermería* (1959), crea el primer modelo conceptual de la profesión y, a partir de allí, nacen nuevos modelos hasta nuestros días, y cada uno aporta una mirada diferente para entender la enfermería, dependiendo del contexto histórico, social y político, centrando sus esfuerzos en un núcleo focal desde sus funciones y desde lo disciplinar: el cuidado.

Algunos autores (Barros MA, Barreto MA, Braga MF, Veloso ML, Veloso M, 1997) sostienen que el crecimiento de la disciplina y el distanciamiento del profesional médico, como referente del reduccionismo de sus prácticas, determinan que en la actualidad el ejercicio de la enfermería encuentre su razón de ser en la persona que cuida. Para estos autores, la centralidad disciplinar

...en las prácticas de los cuidados trata de valorizar el aspecto afectivo de la relación y reintegrar al cliente¹ el derecho de participar en el proceso de salud y de enfermedad, así como de ayudar y enseñar a aprovechar sus potencialidades.

Se presenta así el cuidado como eje de un conjunto de conocimientos de orden científico, de competencias técnico-relacionales y de actitudes y valores humanitarios, que requieren de un cambio en las prácticas de enfermería.

La enfermería, de manera semejante a otras disciplinas en desarrollo, se encuentra en una etapa de construcción y recreación permanente de sus teorías, dado que las mismas no están desarrolladas de modo acabado, no han sido comprobadas ni esencialmente son compartidas por el colectivo de la profesión. A pesar de ello, coexisten acuerdos entre las

¹ Las expresiones: paciente/usuario/cliente mencionadas por los autores citados y entrevistados en este estudio serán respetadas.

La expresión elegida por quien presenta esta investigación es la de *usuario*, entendiendo a la salud como derecho, y a su atención "como bien de uso", contraponiéndose al término *cliente*, que responde a la salud "como bien de mercado", implantado por el modelo neoliberal. El término *paciente*, el más antiguo pero el más usado en la actualidad, deviene, por su propia definición de espera, más próximo a una concepción biologicista de la salud.

distintas teorías acerca de que “el cuidado de la salud” es el núcleo de la disciplina de la enfermería. (Rossi C, 2006-2007)

Diversos autores (Souza Campos GW, 2001; Luz Madel T, 1997; Durán de Villalobos M, 1999) afirman que una disciplina se distingue por su dominio de indagación, que representa una creencia compartida por todos, y se relaciona con su razón de ser. Puede identificarse por un concepto focal o nuclear que especifica el área de estudio. De manera que una disciplina profesional, adicionalmente, se define por su relevancia social y por la orientación de sus valores.

Es el sanitarista brasileño De Souza Campos GW (2001: 122-123) quien plantea que en el campo de la salud pública:

...tanto los conocimientos como las prácticas que delimitan las diversas profesiones pueden referirse a la noción de núcleo en tanto conjunto de saberes y de responsabilidades específicas de cada profesión o especialidad en las distintas disciplinas.

De este modo, según el autor, el núcleo marca la diferencia entre los miembros de un equipo, al delimitar los elementos de singularidad que definen a la identidad de cada profesional o especialista, sus conocimientos y sus acciones de exclusiva competencia disciplinar. Mientras que se entiende por campo al conjunto de saberes y responsabilidades comunes y compartidos que confluyen en varias profesiones o especialidades.

En tal dirección, el núcleo de enfermería se ha perfilado y crecido, a partir del comienzo de la década del 80, de acuerdo a un número de conceptos centrales para el estudio: persona, ambiente, salud y cuidados. (Fawcett J, 1995) Y, para algunos autores, el énfasis se ha centrado en los dos últimos mencionados. (Newman M, Sime M, Corcoran-Perry S, 1991)

Si bien la salud ha sido proclamada como pieza central del conocimiento de enfermería, desde los días de Florence Nightingale, la discusión continúa a través de las teorizadoras de enfermería y sus investigaciones. El concepto referido al cuidado también ha ocupado un lugar prominente en la literatura de la disciplina y ha sido pregonado como la esencia de enfermería.

Según, Newman M, Sime M, Corcoran-Perry S (1991)

...aunque salud y cuidado son, sin discusión, centrales para enfermería, ninguno por separado reúne los criterios para ser el núcleo de la disciplina.

La indefinición de estos conceptos permite comenzar a delimitar y diferenciar el 'núcleo de enfermería', para ello se requiere de mayores y más explícitas conexiones y relevancia social para poder describir el área de indagación que constituye enfermería.

En un esfuerzo por construir su núcleo disciplinar, las citadas autoras (1991: 14) concluyen

...que las teorías de cuidado en enfermería deben vincular el cuidado con las experiencias de la salud de las personas, afirmando de este modo que, 'pensar en el trabajo de enfermería sin la noción de cuidado, es pensar en otra cosa menos en enfermería. Por ejemplo el conocimiento de la salud sin considerar al cuidado, sería conocimiento de cualquier disciplina de la salud, mas no de enfermería'.

Jarillo Soto EC (2007), al referirse a la conformación de la profesión médica, resalta entre otros aspectos que ha existido en la historia un forcejeo con otras profesiones, que ha marcado su fortaleza e inmovilidad, representadas en la apropiación no sólo del control y dominio de un cierto espacio de práctica, sino también de quienes la recibían. De este modo, nos dice el autor, la cirugía como práctica incorpora a la profesión en el pasado, hoy no se ha dado ninguna otra apropiación profesional. Pero expresa que es posible que las competencias más importantes se presenten con la enfermería, por la acción de un mismo objeto propio, a la vez que reconoce que no hay un proceso de cooptación.

Jarillo Soto, al citar a Domínguez-Alcón C (1981), enuncia que

La enfermería es la que más ha luchado por establecer su independencia respecto a la medicina, en lo técnico ha logrado marcar distancia a partir de formular un objeto propio: el cuidar, sin embargo esto no se ha concretado en una existencia autónoma.

Concluye diciendo que de allí que sea habitualmente valorada más como una profesión complementaria de la medicina que como una profesión independiente, esto se ve plasmado mucho más cuando se refiere al espacio de práctica en el ámbito hospitalario.

Formular el cuidado como un objeto propio desde la visión de enfermería representa una controversia para aquellos sanitaristas que conciben al cuidado de la salud como un concepto extensible a todos los profesionales de la salud.

En esta concepción, el sanitarista Merhy E establece que

...en el campo de la salud el objeto no es la cura, la prevención o la promoción de la salud, sino 'la producción del cuidado' por medio del cual, se cree que se podrá alcanzar la cura y la salud, que son de hecho, los objetivos a donde se quiere llegar. (2006: 81)

Se afirma así que

el acto de cuidar es el alma de los servicios sanitarios, la dimensión cuidadora está presente en cualquier práctica de salud y no pertenece a un recorte profesional específico.

El conjunto de los trabajadores de la salud presentan potenciales de intervenciones en los procesos de producción de la salud, marcados por la relación entre sus núcleos de competencia específicos asociados a la dimensión de cuidados que cualquier profesional de salud posee, sea médico, enfermero o un encargado de la puerta de entrada en un establecimiento de salud. (2006: 85)

La dilucidación de estos conceptos centrales se presenta como un área de problematización, en pos de avanzar en clarificar tanto la indefinición como la descontextualización actual, que caracterizan el conjunto de saberes y responsabilidades de la práctica de enfermería en el campo de la salud pública.

Es por ello que la presente investigación busca indagar la especificidad que los/las profesionales de enfermería construyen acerca de sus saberes y prácticas en relación con los nuevos modos de producir salud bajo el abordaje del modelo de Atención Primaria de la Salud (APS), implementado por la Secretaría de Salud Pública (SSP) Municipal de Rosario, con la finalidad de aportar un conocimiento relevante para el desarrollo profesional en dicho sistema sanitario.

El actual modelo de producción de salud, que propone la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario, está dirigido al desafío de modificar los espacios políticos y organizacionales, como los modelos médicos y sanitarios de intervención en salud, que históricamente han demostrado la dificultad para dar respuesta a las distintas problemáticas de salud individual y colectiva.

Las instituciones, al presentarse como organizaciones de estructuras muy rígidas y como espacios de constante puja de poder, no sólo pierden el objetivo por el cual están trabajando, sino que instituyen lugares de constante incertidumbre y alienación en los trabajadores de la salud. Es por ello que la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario,

en la construcción de su *misión*, señala tres ejes prioritarios y confiere una atención especial a cada uno de ellos –la población, los trabajadores y la organización–, y los ubica en estrecha relación no sólo con un modelo de atención sino también con un modelo de gestión que se ordena por la radical defensa de la vida, a través de la que propone dar respuesta a los problemas de salud colectivos.

Es en este marco en el que se supone que la organización del nuevo modelo de atención contribuya con enfermería a redefinir su núcleo disciplinar, a partir de los cambios que se generen en las prácticas y saberes de los profesionales insertos en la estrategia de APS. De este modo es posible afirmar que enfermería, desde sus prácticas y saberes profesionales, evoluciona y se retroalimenta en busca de nuevas respuestas frente a las diferentes problemáticas socio-sanitarias.

Por ello, el presente trabajo de investigación se centra en indagar los potenciales cambios relativos a los saberes y prácticas de los/las enfermeros/as que, al incluirse en un proceso de trabajo bajo el actual modelo de producir salud, se nuclean en los equipos de referencia de los efectores pertenecientes a la estrategia de Atención Primaria de la Salud bajo la órbita de la Municipalidad de Rosario.

Al considerar que las prácticas deben ser repensadas y recreadas bajo nuevas modalidades de producir salud, se hace preciso destacar que requieren aproximarse a una definición que trascienda la multiplicidad de expresiones que se limitan a identificar solo las actividades tradicionales de su disciplina. Dichas prácticas precisan ser reconstruidas constantemente, como prácticas relacionales, de encuentros, de subjetividades, de vínculos con el usuario y entre profesionales que trabajan en equipo.

El desafío de innovar en la práctica implica, a su vez, que lo teórico-conceptual adquirido desde el sistema formador (saberes) sea enriquecido en torno a una actitud crítica y reflexiva que les permita apropiarse de nuevos abordajes teóricos conceptuales, que se aproximen al contexto del nuevo modelo de atención donde se realizan dichas prácticas.

De este modo, prácticas y saberes precisan ser reconstruidos de forma constante, orientados a una producción que esté abarcada por la noción más amplia de un logro técnico, una orientación que lleva a crear las condiciones para la construcción de la relación terapéutica con el usuario (Ayres JR, 2004) y una relación de trabajo en equipo entre profesionales.

Los fundamentos teóricos que se revelan a continuación en la construcción conceptual del problema y en el transcurso de la presente investigación, conducen a iluminar muchos de los desafíos conceptuales (saberes) y prácticas para la humanización e integralidad del

cuidado de la salud y dar respuesta a las diferentes problemáticas de la salud, en un modelo de atención más democrático.²

La construcción conceptual del problema y los objetivos de investigación

Las prácticas de salud vienen encontrando serias limitaciones para responder con eficacia a las diferentes problemáticas de salud individual y colectiva. Por esta razón, en el proceso de reconstrucción de estas prácticas prevalecen nuevas propuestas vinculadas a la humanización e integralidad en el cuidado de la salud, que se han convertido en poderosas y difundidas estrategias para enfrentar creativamente la dificultad de construir alternativas para la organización de las intervenciones de cuidado de la salud. (Ayres JR, 2004)

El desarrollo y la incorporación de nuevo equipamiento tecnológico originaron cambios significativos en las prácticas profesionales y en las técnicas, y han centrado su atención en la necesidad de ampliar conocimientos y destrezas en nuevos procedimientos frente a las nuevas tecnologías, desplazando la múltiple y variada realidad humana de las personas en condiciones de salud o enfermedad. (Merhy E, 2006; Souza Campos GW de, 2001)

De este modo, las prácticas de salud se han orientado hacia el objetivo de un éxito técnico que, para el caso de acción en salud, podría ser el control de las enfermedades y, por otro lado, el alejamiento de un logro práctico que implica tomar en cuenta, además de la norma técnica, la idea que los otros tienen acerca de lo que es el buen vivir o la felicidad. (Ayres JR, 2002)

Pero Merhy E, trascendiendo esta visión, nos dice que

...las prácticas en salud ejercidas por los diferentes actores involucrados –profesionales y técnicos– no está sólo expresada en los equipamientos y en los saberes tecnológicos estructurados, ya que su objeto no está plenamente estructurado y sus tecnologías de acción más primordiales se conforman en procesos de intervención en acto, operando como tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, más allá de los saberes tecnológicos estructurados, estableciendo un grado significativo de libertad de elección, en la manera de hacer esa producción. (2006)

² Prácticas y saberes se ponen en juego en forma integrada y se modifican permanentemente en las diferentes situaciones problemáticas como producto del interjuego con los usuarios y otros profesionales en su contexto laboral.

El autor sostiene que, las tecnologías comprometidas en el trabajo en salud pueden ser clasificadas como

...blandas —como en el caso de las relaciones de producción de vínculo, de autonomización, el acogimiento y la gestión como una forma de gobernar procesos de trabajo—; blandas-duras — como los saberes bien estructurados que operan en los procesos de trabajo en salud: la clínica médica, la clínica psicoanalítica, la epidemiología, la aplicación de las teorías de administración, ‘taylorismo’, ‘fayolismo’—; y duras —como los equipamientos tecnológicos del tipo máquinas, normas, y estructuras organizacionales. (2006: 36)

Las tecnologías blandas pueden ser comprendidas también como parte de las prácticas de salud, que se dan en un espacio determinado, y permiten establecer un encuentro de diálogo entre dos sujetos, uno de ellos a quien se le supone un saber (profesionales) y otro que, en razón de ese supuesto, se dirige al primero como una demanda (enfermo).

Merhy E (2006: 37) utiliza el término *intercesor* para designar la interfase

...que se produce en las relaciones entre sujetos en el espacio de sus encuentros, es un producto que existe para los dos en acto y no tiene existencia sin el momento de la relación, en el cual los inter se colocan como instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos, tanto en la relación con los otros profesionales y técnicos como en el encuentro con el usuario y sus necesidades de salud e intencionalidades.

Este espacio de intersecciones se apoya en el lenguaje, que nos hace experimentar lo que somos, producto del encuentro con el otro, que genera un diálogo que podrá resultar positivo en cuanto los profesionales no impongan su discurso desde sus saberes, que operan en el diagnóstico y tratamiento, desde lo biológico, por sobre la validez de la palabra de los sujetos.

Al respecto, desde las ciencias sociales se vienen realizando diferentes aportes, intentando promover la comprensión de los aspectos o componentes simbólicos de los problemas de salud-enfermedad en donde se construye y se produce la relación médico-paciente. En los diferentes abordajes, la problemática está centrada en el encuentro médico-paciente, referido principalmente a la sensibilidad, escucha, adhesión a los tratamientos, que se dan en el encuentro comunicacional como parte de los cuidados médicos relacionados siempre con la calidad de atención que se brinda.

Esta tradición de destacar y situar al médico como único interlocutor con el sujeto, lleva a veces a confusión y el secreto profesional se convierte en un límite o en sinónimo de *no comunicación* con el resto de los profesionales sobre las diferentes problemáticas, individual y colectiva.

Para Souza Campos (2001), sólo la recuperación del arte de hablar y escuchar, entre profesionales y pacientes, entre equipos y familia, entre instituciones sanitarias y sociedad conseguirá rescatar la eficacia y la calidad de la atención.

Las prácticas de salud y sus cuestionamientos se deben a que aquellas responden a un modelo de atención que en nuestro país, al igual que en el resto de Latinoamérica, ha estado sometido a políticas neoliberales, acompañadas por las características que asume del modelo médico como biologicista, individualista, pragmático y ahistórico que, al vincularse con los sectores dominantes, con sus saberes y sus prácticas, cobran protagonismo convirtiéndose en hegemónicas. (Menéndez E, 1990)

El campo disciplinar que, históricamente, ha ligado al médico es el que establece directrices de los enfoques, promueve los cambios y crea las estructuras organizativas socio-sanitarias y académicas. (Mazzáfero V, 1994) Es así como el modelo médico hegemónico se impone como determinante de la estructura tradicional de los servicios y la organización del trabajo en salud.

Bajo este modelo se identifican los servicios de salud; es el caso de las instituciones hospitalarias de mediana y alta complejidad, con una modalidad burocrática para producir salud, que se caracteriza por poseer una estructura jerárquica de autoridad, especialmente en forma piramidal, así como la impersonalidad de las relaciones entre los trabajadores en la situación laboral. (OPS/OMS, 1989)

Las instituciones de salud pública requieren un sistema de normas y procedimientos para organizar el proceso de trabajo y el orden dentro de la organización, donde se especifican los derechos y obligaciones de los trabajadores.

En ese espacio organizacional se ubican los profesionales y técnicos que sienten amenazada su autonomía, debido a las normas que imperan en la organización institucional.

En sentido horizontal, se destaca la división técnica del trabajo, que acontece con mayor intensidad en la profesión médica dando lugar a la especialización. El trabajo médico tiene máxima autonomía con relación al de los demás, y ejerce gran poder institucional desde cada especialidad.

Por otra parte, existe la división técnica del trabajo en sentido vertical, a partir de la redistribución de tareas entre personas de diferentes niveles de calificación, teniendo mayor presencia el personal de enfermería.

Foucault M (1983) advierte la existencia, ya desde la antigüedad, de maneras de disciplinar individuos y sociedades, pero sus principios fundamentales cobran forma cuando esta se perfecciona como técnica de gestión de las actividades humanas, particularmente en organizaciones que concentran gran cantidad de personas, como son las instituciones sanitarias, en especial los establecimientos hospitalarios.

Es importante destacar que, a diferencia de otras profesiones, desde el nivel formador, enfermería desarrolla en su currícula la administración de servicios básicamente desde una visión tayloriana, que es aplicada y fortalecida en el campo laboral. Por este motivo, este posicionamiento dentro de la estructura hospitalaria, con sus diferentes unidades operativas, perdura en la actualidad, pero en la cuestión de los saberes y prácticas de enfermería cobra mayor relevancia la forma disciplinar que se cristaliza en su propia organización departamental. Así aparecen las jerarquías y los sistemas de inspección panóptica que permiten observar de manera permanente a cada trabajador, ya que son los que más deben respetar y hacer viables las normas y rutinas de los servicios.

La estructura de enfermería aparece como un modelo burocrático y mecanicista, pero también es producto de la diversidad en el nivel operativo de agentes no profesionales (auxiliares en enfermería y en algunos lugares empíricos); al no modificarse este nivel operativo, se fortalece aún más la estructura y se agudizan los mecanismos de la organización, educación al personal y control, a fin de mejorar la calidad de atención que se brinda a los usuarios.

Hoy enfermería aspira al cuidado integral caracterizado por una comprensión compleja del ser humano, que requiere respetar la individualidad de cada persona. De este modo podría ampliar las posibilidades de su accionar, obtener información permanente del usuario, que es uno de los aportes más sustanciales que podría compartir con otros profesionales, y así, ese reconocimiento del otro llevaría a definir mejor sus prácticas y saberes, y lograría una mayor autonomía. Pero al existir esta diversidad en el nivel operativo se hace poco factible, ya que parte del recurso humano disponible no está capacitado, como también aparece una notable carencia de interacción que se da con otros profesionales en este tipo de organizaciones, sin olvidarnos de lo expresado anteriormente y de algunas características que sería interesante ampliar de este modelo organizacional.

En la actualidad, los/las profesionales de enfermería en el marco de los servicios de salud son quienes realizan la mayor variedad y multiplicidad de procedimientos técnicos con respecto a otros profesionales, a la vez que los alejan de las actividades propias de su preparación profesional, por el hecho de que históricamente han asumido actividades *huérfanas* que no les corresponden, sin que los gestores y directivos de las organizaciones sanitarias cuestionen la necesidad de que estas sean realizadas por otro trabajador de la salud. Esta situación ha restringido a los/as enfermeros/as la posibilidad de establecer relaciones interpersonales satisfactorias con los usuarios.

Otra característica es el incremento progresivo de actividades, donde no se aumenta ni el tiempo ni el personal, al contrario, estos tienden a limitarse. Esta reducción de personal sin disminuir la carga de trabajo constituye un factor de estrés, debido a que no se puede brindar los cuidados de enfermería adecuados a los estándares esperados —como el cuidado a pacientes con diversas patologías, culturas, problemática social—, y además ser mediadores entre paciente, familia, equipo de salud, sin recibir formación ni dispositivos de apoyo, lo que les ocasiona un desgaste físico y emocional. (Uribe Jaramillo TM, 2002)

Un aspecto sumativo a las prácticas profesionales de enfermería atañe a la modalidad de las relaciones entre pares. Enfermería no sólo responde a órdenes de sus pares sino también de otros profesionales, así resulta a veces una desorganización frente a órdenes simultáneas o contradictorias de jerárquicos. Esto constituye una fuente de conflictos entre pares y con otros profesionales.

El trabajo en equipo está más relacionado entre los profesionales de enfermería, situación que no es compartida con el resto de los profesionales.

Las relaciones basadas en la jerarquización, la departamentalización de las instituciones sanitarias, la fragmentación del proceso de trabajo, conforman un modelo organizacional de carácter burocrático, altamente normativo, que no sólo fragmenta la atención al usuario sino que también contribuye a la disgregación entre los propios trabajadores de la salud y ha sido objeto, desde distintos enfoques, de constantes evaluaciones, cuestionamientos y proyectos de transformaciones en procura de dar una respuesta no sólo al usuario sino también a los trabajadores de la salud.

Esta reflexión crítica es producto, por un lado, de la concepción de la salud y la enfermedad y, por otro, se vincula con el terreno de los cambios que requiere la organización y administración de las acciones en los servicios de salud. Estos deben estar orientados a la humanización e integralidad del cuidado, pero reconociendo que se necesita de un renovado abordaje conceptual, porque cuando se pretende comprender a la población desde los

aspectos biológicos, psicológicos y de su contexto social, en el intento de *integrar* se repite la *fragmentación* en la atención (Czeresnia D, 2006); al querer dar una respuesta a las diferentes problemáticas, sin estos replanteos conceptuales, lo psicológico y social aparecen como algo abstracto, sin resolver.

Para ello, nuevas prácticas en salud para todos los profesionales requieren ser repensadas y recreadas bajo nuevas modalidades de producir salud.

Por esto, el modelo médico hegemónico se ha sometido a un análisis crítico con el propósito de ser superado, buscando construir modelos de atención de la salud, con procesos de trabajo más compartidos, buscando un ordenamiento organizacional más coherente, con una lógica centrada en el usuario, que permita construir en el trabajo cotidiano vínculos y compromisos estrechos entre los trabajadores y el usuario. (Merhy E, 2006)

En la actualidad, los aportes de las ciencias sociales han enriquecido el concepto de salud y enfermedad, a partir de construir un cuerpo de conocimientos sólidamente fundamentados que demuestran que la enfermedad tiene un indudable carácter histórico y social. (Laurell AC, 1981; Belinger G, 1994; Menéndez E, 1996) La mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no es el estudio de su apariencia en los individuos sino el estudio del proceso que se da en la colectividad humana. Es decir, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. (Laurell AC, 1981)

Resulta apropiado entonces recurrir a los aportes con que la antropología médica ha contribuido al campo de la salud, desde el concepto de salud-enfermedad-atención, al hacer prevalecer el *punto de vista del actor*, que establece una de las características que la diferencian del enfoque biomédico. (Menéndez E, 1996)

Desde este posicionamiento se abre una marcada diferencia en el abordaje metodológico entre la enfermedad (*disease*) como conjunto de eventos físicos, biológicos y psíquicos con existencia objetiva; y mal, dolencia o padecimientos (*illness*), estado subjetivo experimentado por el individuo encuadrado en el papel de enfermo. (Susser M, 1973)

El punto de vista del actor desde los padecimientos supone revalidarlo como sujeto activo y agente transformador, muy lejos de otras corrientes teóricas que llevaron a definirlos como *cosificadores de la realidad*. (Menéndez E, 1996) De manera tal que la recuperación del punto de vista del actor aparece asociada a la reapropiación y/o producción de conceptos como sujeto, subjetividad, agente o movimientos sociales.

Se proyecta de este modo cambiar los procesos de producción de prácticas de salud, de estar *centradas en los procedimientos* a estar *centradas en los usuarios*, para dar respuesta a

la insatisfacción del usuario al sentirse desinformado, no respetado o simplemente no escuchado por la atención que recibe. Estos reclamos reflejan un nuevo modo de producción de salud colectiva.

En la búsqueda de nuevos modelos de atención centrados en el usuario, la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario viene impulsando, hace más de 20 años, un proceso de reforma en las respuestas de salud con cambios significativos en la Atención Primaria de la Salud, entendida esencialmente como una estrategia para la construcción de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida. Para ello han desarrollado tres ejes de trabajo: prácticas ampliadas y contextualizadas, prácticas de construcción de la salud colectiva y prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios, realizando tareas que implican el desarrollo de posibilidades de escucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad de la institución en relación con las diversas necesidades de la comunidad.

Bajo estos ejes es que las prácticas de salud asumidas por profesionales de enfermería cobran relevancia en el vínculo que se establece con el usuario, construyendo de este modo otro escenario para la producción de salud.

Aun cuando en la documentación existente de la Secretaría de Salud Municipal de Rosario no se encuentra desarrollado de forma explícita el concepto de cuidado o acto de cuidar, sí están ampliamente trabajadas las tres dimensiones que lo comprenden o componen.

Puede decirse entonces que hay acuerdos con Merhy E, cuando nos dice que

...sí se toma como parámetro la producción de un cuidado centrado en el usuario y comprometido con la defensa radical a la vida, individual y colectiva en salud, es en esta situación, donde se puede describir como partes de la dimensión cuidadora, las siguientes características: relación intercesora con el mundo subjetivo del usuario y el modo en que construye sus necesidades de salud, acoger y vincular, responsabilidad, posicionamiento ético centrado en el usuario, articulación de saberes para construir un proyecto terapéutico, inclusión ciudadana y ganancia de autonomía para el usuario (...) dentro de criterios de eficiencia, eficacia efectividad de los actos de salud, etc. (2006: 81)

Por consiguiente, son dimensiones que comprometen para su logro a todos los trabajadores de la salud en un proyecto de trabajo compartido, que responde a la misión institucional.

De este modo, la reorganización del modelo de atención o de trabajo pretende realizar un movimiento en sentido contrario al tradicional –que se ha caracterizado más en el ámbito hospitalario–, para facilitar un cambio de opiniones que obligue a los profesionales a que se articulen para elaborar proyectos terapéuticos de manera que se instituyan procesos, que faciliten la formación de otra subjetividad profesional centrada en la apertura para el diálogo y en la capacidad de asumir compromisos con la salud.

Como parte de esta reorganización se viene implementando la conformación de Equipos de Referencia, instalando procesos de transformación en la cultura dominante de las organizaciones, que conllevará modificaciones en las modalidades de atención. Los Equipos de Referencia están constituidos básicamente por un médico y un enfermero, y se vincula con la definición de áreas de responsabilidades de cada centro de salud, utilizando la adscripción poblacional como una herramienta, donde la dimensión cuidadora cobra sentido en el usuario a nivel individual y colectivo. Se distancia de la concepción de elaboración de un padrón de usuarios, listado de manera burocrática, y centralizado.

En contraposición puede decirse que la adscripción es una fuente constante de compromisos que asumen no sólo el equipo de referencia sino también todos los trabajadores de salud, y se concreta a través del trabajo en equipo en cada Centro de Salud.

Esta modalidad de trabajo se presenta como un reto, en particular para quienes conforman el equipo de referencia (médico-enfermero), ya que históricamente, desde el modelo médico hegemónico, se ha venido trabajando de manera desarticulada, jerarquizada y en paralelo en el cuidado de un mismo usuario.

Es por ello que este desafío también implica, ante todo, definir recortes verticales en el saber (área de competencia) y en la práctica (área de responsabilidad) en relación con la disciplina de cada profesional médico y enfermero/a, para que su labor sea operativa y evite malestares o conflictos originados por sustitución de funciones u omisión de las mismas, por no lograr acuerdos que, de no estar establecidos, actuarán como el principal obstaculizador para el trabajo en equipo y, por supuesto, en perjuicio del usuario.

Entre este grupo de profesionales que se incorporan a un modelo organizacional y a un proceso de trabajo diferente de continua negociación, se encuentran con un rol relevante los profesionales de enfermería. Se presenta como el grupo más comprometido a producir un reajuste desde su proceso de trabajo, que implica modificaciones y replanteos también desde sus saberes y prácticas.

Esto se vincula con la concepción de que enfermería, en tanto disciplina en desarrollo, se encuentra en un proceso de continua reconstrucción de sus teorías y prácticas.

En este replanteo profesional hay una fuerte convicción teórica de que el núcleo de la disciplina de enfermería es el cuidado de la salud, a pesar de reconocer que aún deben seguir profundizando sus discernimientos para lograr un sustento teórico y conceptual acorde a tal afirmación. Bajo esta problemática se presenta el interés de identificar los saberes y prácticas de los profesionales de enfermería incluidos en este nuevo modelo de producir salud, ya que este cambio de escenario les otorga la posibilidad de redefinir y modificar sus conocimientos e intervenciones en el marco de la Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Rosario, con la finalidad de aportar un conocimiento de relevancia para el desarrollo del sistema sanitario.

El supuesto básico inicial, que orienta el proceso de indagación y construcción de conocimiento en el presente trabajo, se sustenta en que la organización del modelo de atención centrado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud genera cambios en las prácticas profesionales de enfermería y produce reordenamientos en su rol tradicional de subordinación a otras disciplinas y saberes profesionales.

El objetivo general propuesto para el desarrollo de la investigación es:

Analizar y describir las prácticas y saberes de los profesionales de enfermería incluidos en los equipos de referencia de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, implementada por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario.

Los objetivos específicos previstos son:

1) Caracterizar la organización del modelo de atención desarrollado en la estrategia de APS de la Secretaría de Salud Pública Municipal.

2) Identificar y conocer las opiniones que construyen los/as enfermeros/as sobre el núcleo disciplinar de la profesión en el contexto de las intervenciones sanitarias desarrolladas en la estrategia de APS.

3) Indagar los modos de articular las prácticas específicas de los profesionales de enfermería que conforman los equipos de referencia de APS.

Capítulo 2. El abordaje metodológico

Ámbito de realización del estudio

El municipio de Rosario está ubicado a orillas del río Paraná y en el talón de la bota que conforma los límites políticos de la provincia de Santa Fe. Es cabecera del departamento homónimo. La ciudad es el centro del área metropolitana del gran Rosario, constituida por: Rosario, Villa Gobernador Gálvez, San Lorenzo, Pérez, Capitán Bermúdez, Granadero Baigorria, Fray Luis Beltrán, Funes y Puerto General San Martín.

El municipio cuenta con una superficie total de 178,69 km², de los cuales la superficie urbanizada es de 117 km². Según información del Censo Nacional 2001, su población es de 909.399 habitantes, según la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario, la estimación con tasa intercensal al 2009 es de 909.814 habitantes y estimación con crecimiento vegetativo al 2009 es de 1.023.158.³ Estos datos permiten dimensionar los movimientos poblacionales de la ciudad en términos de su crecimiento y desarrollo.

El Sistema de Salud Municipal

En la ciudad de Rosario, en el subsector estatal, coexisten dos jurisdicciones político-administrativas: provincial y municipal. Ambas comparten en un mismo espacio territorial las problemáticas de salud, con sus respectivas complejidades tecnológicas, la diversidad en las modalidades de resolución de las mismas, así como la administración de recursos y fuentes de financiamiento.

En particular, el sistema de Salud Pública Municipal se organiza en distintos niveles de complejidad de atención y acompaña el proceso de descentralización política y administrativa del municipio en la distribución, programación y gestión de los efectores y servicios de salud en los diferentes distritos de la ciudad. Desde esta perspectiva, los servicios de Salud Pública Municipal pueden disponer una constante apreciación global de las características culturales y socioeconómicas de grupos de población en áreas regionales específicas, con el fin de

³ Dato estimado. Al valor que arrojó el censo realizado el 15 de mayo de 1991 se le incrementó el crecimiento vegetativo hasta el 31 de diciembre del mismo año. Fuente: relevamiento año 2006, Dir. Gral. de Estadística, Municipalidad de Rosario.

emprender acciones de integración social, promoción y atención de la salud, de acuerdo a las diferentes problemáticas que se manifiestan en cada distrito.

Dispone de una capacidad instalada amplia, compuesta por hospitales de organización y complejidad diversa, y un total de 52 centros de atención primaria distribuidos en todo el territorio municipal. Para el cuidado de la salud se cuenta con instituciones de diferentes características y niveles de organización, entre los que se hallan dos hospitales de alta complejidad, uno destinado a la población infantil (Hospital de Niños “Víctor J. Vilela”), y otro para población adulta (Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez”), que funciona como hospital general de agudos y centro de emergencias y trauma de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros traumáticos y de patologías agudas clínico-quirúrgicas y es reconocido como hospital escuela.

El segundo nivel de atención o de mediana complejidad está constituido por los siguientes efectores municipales: 3 Hospitales –“Dr. Intendente Carrasco”, “Juan B. Alberdi” y “Dr. Roque Sáenz Peña”– y un Instituto de rehabilitación (ILAR). Por su parte, la estructura hospitalaria dependiente de la administración municipal cuenta con dos maternidades, la “Maternidad Martín” y la del Hospital “Dr. Roque Sáenz Peña”.

Complementa este nivel de atención el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR) que tiene por objetivo responder ante las necesidades de la población usuaria de los centros de APS. De modo tal que esta institución trabaja coordinadamente con los efectores del primer nivel de atención como centro de referencia para diagnóstico y asistencia en las distintas especialidades médicas, para pacientes provenientes de los centros de salud dependientes de la Municipalidad, que requieren consultas especializadas o estudios de mediana complejidad.

Los Centros de Salud integrados a la APS conforman el primer nivel de atención y constituyen el espacio de mayor respuesta a las diferentes problemáticas de los usuarios en dicho nivel organizacional. Estos efectores representan el punto de encuentro más cercano a la población, y es considerado el primer nivel de acceso a la red de salud pública. *(Ver Anexo 1)* Se encuentran distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados geográfica y administrativamente según los seis distritos de referencia de la ciudad. Los Distritos Sur y Norte cuentan con siete centros de salud cada uno; los que se localizan en las zonas Oeste y Noroeste poseen once centros de salud cada uno, mientras que suman catorce centros los que se ubican en el distrito Sudoeste y uno en el distrito Centro.

Estrategia metodológica

En la presente investigación, la formulación de los objetivos planteados condujo a adoptar un abordaje metodológico cualitativo, como un medio para lograr una mejor descripción de la problemática delimitada en este estudio. La pesquisa cualitativa adopta como referencia teórico-metodológica la profundización en el mundo de los significados, relaciones humanas, actitudes, creencias y valores. (Minayo MCS, 1977)

De este modo permite encuadrar en el campo descriptivo la organización del modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, como así también recuperar las voces de los/as enfermeros/as implicados en las prácticas de salud, a fin de conocer las opiniones que construyen acerca del núcleo disciplinar de enfermería, a partir de su inclusión en los equipos de referencia. Asimismo se busca indagar los modos de articulación e interacción en las prácticas de cuidado de la salud que implementan los profesionales de enfermería en los equipos de referencia de los centros de Atención Primaria de la Salud seleccionados.

La descripción de la situación, tomada como un conjunto de actores y dentro de un contexto acotado, persigue la intención de indagar en la problemática de investigación, en su interés singular y particular. La metodología cualitativa y sus técnicas privilegian el trabajo en intensidad y profundidad temática, lo que ofrece la oportunidad de caracterizar y describir con mayor precisión las opiniones de los profesionales involucrados. El trabajo se realiza con un número reducido de enfermeros y enfermeras, seleccionados a través de criterios específicos que denota el problema de investigación, cuya importancia no radica en la representatividad estadística ni en la capacidad para generalizar los resultados, sino en la significación que los mismos le otorgan a la temática estudiada.

Unidades de análisis, modalidades de captación y elaboración de la información

Unidades de análisis seleccionadas

En función de las características del objeto del estudio se seleccionaron, como unidades de análisis, profesionales enfermeros y enfermeras dependientes de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Salud Pública.

Los enfermeros y enfermeras fueron seleccionados teniendo en cuenta criterios de inclusión para posibilitar el análisis de semejanzas, divergencias relevantes y su comparación sobre la temática que se deseaba indagar desde su propia opinión.

Los criterios de inclusión fueron relativos a:

- Nivel de formación: enfermeros y enfermeras –Profesionales y/o Licenciados– con dependencia laboral de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (SSP)
- Prácticas de salud actuales: incluidas en los equipos de referencia desde hace 2 o más años
- Experiencias previas profesionales: con experiencias anteriores de práctica profesional en el ámbito hospitalario municipal, que presenta otro modelo de atención.

Las prácticas cotidianas realizadas por los/as enfermero/as seleccionados guardan relación de homogeneidad entre ellos y con el resto de los centros de salud, siendo las más frecuentes: inyectables, curaciones simples y complejas, nebulizaciones y aspiraciones, signos vitales, controles antropométricos, laboratorio, control de glucemia, extracción de puntos en zona de incisión, colocación de venoclisis, limpieza de material, acondicionamiento y esterilización, entre otras.

El grupo seleccionado además realiza actividades grupales con otros profesionales del centro de salud o de efectores de la red municipal y diferentes instituciones. Efectúan visitas domiciliarias y barriales. Dichas actividades adquieren distintas modalidades de intervención según la problemática. Participan de diferentes talleres de actualización y capacitación.

Muchas de las prácticas se encuentran normatizadas y/o protocolizadas desde nivel central, o desde los diferentes programas vigentes de nivel municipal, provincial y/o nacional.

En un solo caso, además de las prácticas descritas, uno de los enfermeros seleccionados para este estudio ejerce el cargo de jefe del centro de salud (con modalidad de coordinador) y es el único que participa de las reuniones semanales del Distrito (con jefes de los centros de salud y coordinador de distrito) y también de las reuniones de gestión a nivel central.⁴

Luego de establecidos los criterios de inclusión para los profesionales, se procedió a la identificación y elección de los Centros de Salud que contaran con profesionales que reunieran las particularidades antes enunciadas. Esta tarea estuvo orientada a partir de entrevistar al Director de Atención Primaria de la Salud, considerado un informante clave para los tópicos más relevantes del presente proyecto de investigación: la selección del grupo de

⁴ En el capítulo 4 se amplía la información sobre las prácticas en todos los centros de salud.

profesionales. La decisión de llevar a cabo esta entrevista se fundamenta en que la propuesta impulsada por la Dirección de Atención Primaria de la Salud, para el logro de la descentralización de los centros de salud, implica una mayor autonomía local así como cambios progresivos, según la capacidad de consenso de los trabajadores de salud en la resolución de problemas de la atención. Por ello, cada Centro de Salud toma diferentes modalidades para lograr acuerdos en la conformación de equipos de referencia, siendo que en la actualidad no todos los centros de salud presentan esta modalidad de trabajo.

En función de la organización distrital y las heterogeneidades en la modalidad de conformación de los equipos de trabajo en los Centros de APS, se toma la decisión de seleccionar un profesional de enfermería por cada uno de los distritos, reuniendo un total de seis (6) enfermeros/as.

Técnicas de elaboración de la información y Procedimientos de análisis

En consonancia con los objetivos planteados se buscó articular información proveniente de fuentes secundarias y primarias. Para las primeras se procedió a la revisión de documentación referente a lineamientos político-sanitarios producidos por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario, en especial documentos propositivos y programáticos pertenecientes a la Dirección de Atención Primaria de la Salud.

Como fuentes primarias se construyó información a partir de la realización de observaciones en forma directa en el campo, en la totalidad de los centros de salud de APS municipal seleccionados por distrito. La observación, considerada como herramienta de obtención de información, consiste en la captación de hechos y sucesos en relación al contexto singular del estudio, entendido como aspectos estructurales, organizacionales, proceso de trabajo y de interacción de los profesionales que, en este caso, conforman los equipos de referencia.

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas al conjunto de los profesionales de enfermería seleccionados (uno/a por cada centro de salud seleccionado). Las entrevistas persiguieron la finalidad de recuperar las opiniones de los sujetos indagados sobre los saberes y prácticas de su campo disciplinar, donde los diferentes discursos orientaron la construcción de la información.

Las entrevistas se realizaron siguiendo una guía que respetó los referentes temáticos vinculados a los objetivos de la investigación, sin una secuencia rígida con respecto a las preguntas formuladas pero teniendo en cuenta la conservación de un hilo conductor de los componentes delimitados previamente.

Referentes temáticos que orientan el trabajo de campo: guión de entrevistas

1. Caracterización de la experiencia de los profesionales de enfermería en el equipo:

- Experiencias previas en otros efectores con modalidad organizacional diferente
- Descripción de la modalidad de trabajo en el centro de salud
- Desarrollo de las prácticas profesionales más significativas (desde la norma y desde su perspectiva subjetiva)

2. Modelo organizacional de los Centros de Salud según la estrategia de APS:

- Opinión que poseen los profesionales del modelo de APS

3. Prácticas profesionales en APS:

- Características del núcleo disciplinar de enfermería en APS

4. Modalidad de las relaciones que asumen los profesionales que conforman el equipo de referencia, teniendo en cuenta:

- a) el trato personal (de respeto, conflictivas, de subordinación, de poder)
- b) interacción y comunicación entre los profesionales
- c) respeto de saberes particulares
- d) grados de autonomía/hegemonía/subordinación de prácticas y saberes
- e) articulación para coordinar en conjunto las acciones destinadas a los usuarios
- f) modalidades de consenso y acuerdos interdisciplinarios

En la dinámica de las entrevistas se asumió una modalidad de preguntas abiertas, para permitir dar respuestas más amplias a los entrevistados; dicha modalidad fue respetada en todos los/las entrevistados/as seleccionados de cada centro de salud de APS, con el fin de obtener la misma información. Además y de manera flexible, se tuvo en cuenta la posibilidad de incluir algunas preguntas adicionales para ubicar al entrevistado en el tema propuesto.

La dinámica que tuvieron las entrevistas fue variable y dependió en gran medida de la facilidad y características discursivas de cada uno de los entrevistados. La totalidad de los encuentros se llevó a cabo en los lugares de trabajo, previo acuerdo del momento de realización y explicitación de los objetivos y propósitos del trabajo de investigación. Además, se elaboró un consentimiento informado para la aceptación voluntaria de su inclusión en el estudio, asegurando a los participantes la confidencialidad de todos los datos e impidiendo la identificación del informante. (Ver Anexo 2)

Con el propósito de retener la riqueza verbal surgida en estos encuentros, se solicitó autorización para grabar las entrevistas, luego de haber explicitado la necesidad de contar con la totalidad de la conversación mantenida entre entrevistados e investigadora. A posteriori, el material fue transcrito y, para su procesamiento, se construyeron planillas de registro para cada uno de los entrevistados. La transcripción incluyó los datos provistos por las observaciones así como los datos de contexto, los gestos y las expresiones más significativas que acompañaron los relatos.

La información obtenida se comprendió desde una perspectiva analítica para los abordajes cualitativos, adoptando un enfoque de contenido orientado por los núcleos temáticos y reconstruyendo de manera conjunta el análisis de las construcciones de sentido en los discursos de los profesionales comprometidos en el equipo de referencia.

Para la identificación de cada testimonio transcrito se elaboró una codificación, que aparece en cada uno de los relatos en el margen superior derecho —el nombre de fantasía elegido por el entrevistado—, mientras que en el margen superior izquierdo constan las iniciales del nombre y apellido y finalmente el centro de salud al que pertenece.

Se realizó una lectura minuciosa del material según el orden de los ejes temáticos, la hipótesis y los objetivos iniciales.

Una segunda lectura del material se abordó con la intención de establecer una dinámica entre la hipótesis inicial, posibles hipótesis emergentes y las teorías relacionadas a las diferentes unidades temáticas. De este modo se identificaron los núcleos de comprensión del texto, seleccionando las categorías de análisis.

Características de los profesionales de enfermería entrevistados

De acuerdo a como fue planteado anteriormente, se entrevistó a un/a enfermero/a por Centro de Salud de cada uno de los seis distritos municipales.

Los centros de salud de pertenencia de los profesionales entrevistados poseen características diversas en cuanto a los años de permanencia en el espacio geográfico que ocupan, la población de referencia de sus intervenciones sanitarias, la magnitud y constitución del equipo de trabajo y la modalidad de organización y atención.

En su conjunto, estos centros de salud desarrollan sus acciones en el área de referencia desde hace una importante cantidad de años; su antigüedad oscila entre los 5 años, los más

recientes en el área territorial, y aquellos que cuentan con una permanencia mayor, dado que tienen entre 10 y 23 años de localización en el lugar.

DISTRITO NORTE Centro de Salud "A": El Centro de Salud atiende principalmente a una población que se puede centrar en tres grandes barrios bien definidos; uno de ellos de muy bajos recursos, otro de clase media-alta, otro de clase media baja y, además, hace 5 años se incorporó un asentamiento de unas 40 familias provenientes del norte de nuestro país, con problemas de tuberculosis y Chagas sobre todo, que representa la población de mayor riesgo.

DISTRITO NOROESTE Centro de Salud "B": Atiende a una población que está constituida principalmente por cuatro barrios; uno está compuesto por monobloques de una antigüedad aproximada de 37 años, de clase media, poseen calles pavimentadas y todos los servicios; otro barrio de clase media con casas de material, que posee todos los servicios, también presenta un asentamiento de larga data, que dispone de agua de red y luz, pero no tiene red cloacal. Sin embargo, por medio del Programa Rosario Habitat⁵, se están realizando obras que permiten mejorar el barrio abriendo calles, pavimentando, reemplazando las casas precarias por otras de material, con red de agua, luz eléctrica y red cloacal. También presenta un asentamiento irregular de poca data, que no está organizado, no posee servicios y cuya población proviene principalmente de otras provincias del norte del país. Constituye para el Centro de Salud una de las poblaciones con mayores riesgos.

DISTRITO OESTE Centro de Salud "C": Atiende a una población que habita el barrio más antiguo (de 26 años); dicha población está dividida, más o menos a la mitad, en clase social baja, en su mayoría changarines, y otra parte de muy bajos recursos que se dedica al cirujeo. En 2004 se reorganizó el barrio por medio del Programa Rosario Habitat, abriendo calles, colocando cloacas, red de agua potable, alumbrado y pavimento. Se reemplazaron las viviendas precarias por las de material. En los terrenos que encontraron desocupados se construyeron tres barrios donde fueron relocalizadas tres villas de emergencia que se hallaban en el sur de la ciudad.

⁵ Rosario Hábitat es un programa integral para el mejoramiento de los asentamientos informales, llevado a cabo por el Servicio Público de la Vivienda (SPV), un departamento del gobierno municipal de Rosario que trabaja con un sistema de gestión descentralizada de recursos. El 60% del total está financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a través del Ministerio Federal de Planificación del Gobierno Nacional, mientras que el 40% restante es aportado por la Municipalidad de Rosario. www.rosariohabitat.gov.ar/. Acceso: 16/11/10

DISTRITO SUDOESTE Centro de Salud "D": Atiende a un extenso barrio de clase baja, las casas son de material, poseen alumbrado eléctrico, agua potable, algunas calles tienen asfalto y otras no, lo mismo sucede con las cloacas; las calles de tierra tienen zanjas. Otro barrio que se ha conformado en los últimos años es un asentamiento precario, constituido por 50 familias; poseen alumbrado, agua potable pero no extendido de red cloacal.

DISTRITO SUR Centro de Salud "E": El Centro de Salud atiende a una población que está compuesta por dos grandes barrios, uno de casas de material que disponen de asfalto, luz eléctrica y alumbrado, red cloacal y agua potable, de clase media baja. El otro barrio está compuesto por monobloques (FONAVI) de clase media. También cuentan con asfalto, luz eléctrica y de alumbrado, red cloacal y agua potable y transporte público.

DISTRITO CENTRO Centro de Salud "F": El Centro de Salud se encuentra en el microcentro de la ciudad y a metros del CEMAR y la Maternidad Martín; se atiende a población de diferentes clases sociales, incluidos los indigentes que viven en la calle y en la zona, y personas de bajos recursos que viven en pensiones. Realizan seguimientos en escuelas, hogares y centros comunitarios de madres solteras.

Cuadro N° 1
Constitución de los Equipos de Salud según Centros de Salud seleccionados

Equipo de salud	Centro de Salud					
	Distrito Norte	Distrito Noroeste	Distrito Oeste	Distrito Sudoeste	Distrito Sur	Distrito Centro
Enfermeros	4	4	4	2	3	3
Médicos (especialidades)	6	12	9	3	6	7
Psicólogos		1	2	1	1	3
Odontólogos	1	2			1	
Trabajadores Sociales	1	1	1			
Farmacéuticos y/o pasantes	2 pasantes	2 pasantes	1 farm. y 1 pasante	1 pasante	1 pasante	1 farm.
Kinesiólogos		1		1		
Fonoaudióloga		1				
Personal administrativo	2		2	1	2	2
Personal de limpieza	1	1	1	1	1	1

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la investigación

DISTRITO NORTE Centro de Salud "A": El equipo de trabajo está compuesto por 4 enfermeros: un (1) enfermero profesional que trabaja en el equipo de referencia y tiene experiencia hospitalaria, un (1) enfermero profesional con licencia prolongada por enfermedad, un (1) licenciado en enfermería y un (1) auxiliar de enfermería que no están incluidos en el equipo de referencia y sin experiencia hospitalaria.

Cuenta con un (1) médico clínico, dos (2) generalistas, dos (2) pediatras (una de las profesionales es la jefa del centro de Salud), un (1) tocoginecólogo.

En farmacia hay dos (2) estudiantes de la carrera que están en carácter de pasantes, además de una (1) odontóloga, una (1) asistente social, dos (2) administrativas y una (1) mucama (servicio privado).

DISTRITO NOROESTE Centro de Salud "B": El equipo de trabajo cuenta con cuatro (4) enfermeros: un (1) licenciado en enfermería incluido en el equipo de referencia y tiene experiencia hospitalaria, una (1) enfermera profesional sin experiencia hospitalaria, una (1) enfermera que no tiene experiencia hospitalaria y un (1) auxiliar de enfermería que no tiene experiencia hospitalaria.

El equipo cuenta también con cinco (5) clínicos, dos (2) generalistas, tres (3) pediatras, un (1) tocoginecólogo, dos (2) odontólogas, una (1) asistente social (que es la Jefa del centro de Salud), dos (2) administrativos, en farmacia hay dos estudiantes de la carrera que están en carácter de pasantes, un (1) kinesiólogo, una (1) fonoaudióloga, un (1) psicólogo, un (1) psiquiatra, una (1) mucama (servicio privado), que además hace horas extras como administrativa.

DISTRITO OESTE Centro de Salud "C": El equipo de trabajo cuenta con cuatro (4) enfermeros, de los cuales uno (1) es licenciado en enfermería, trabaja en el equipo de referencia y posee experiencia hospitalaria, siendo además el jefe del Centro de Salud, una (1) enfermera profesional sin experiencia hospitalaria, un (1) enfermero profesional que no tiene experiencia hospitalaria, un (1) auxiliar de enfermería que tiene experiencia hospitalaria.

El equipo cuenta también con cinco (5) clínicos, un (1) generalista, dos (2) pediatras, un (1) tocoginecólogo, una (1) asistente social, una (1) farmacéutica y un (1) estudiante en carácter de pasante, dos (2) administrativas, dos (2) psicólogos y una (1) mucama (servicio privado).

DISTRITO SUDOESTE Centro de Salud "D": El equipo de trabajo cuenta con (2) enfermeras, una (1) licenciada en enfermería que tiene experiencia hospitalaria y trabaja en equipo de referencia y una (1) enfermera profesional que no tiene experiencia hospitalaria y es la jefa del Centro de Salud.

El equipo cuenta también con una (1) clínica, un (1) pediatra y un (1) tocoginecólogo; en farmacia hay un (1) pasante de la carrera, una (1) administrativa, un (1) psicólogo, una (1) kinesióloga y una (1) mucama (servicio privado).

DISTRITO SUR Centro de Salud "E": El equipo de trabajo cuenta con tres (3) enfermeros, un (1) licenciado en enfermería que no tiene experiencia hospitalaria, una (1) enfermera profesional con experiencia hospitalaria que trabaja en el equipo de referencia y una (1) licenciada en enfermería con licencia por maternidad.

El equipo también cuenta con dos (2) clínicas, un (1) generalista, dos (2) pediatras y una (1) tocoginecóloga; en farmacia hay un (1) pasante de la carrera, dos (2) administrativas, una (1) psicóloga, una (1) odontóloga que a su vez es la jefa del Centro de Salud, y una mucama (servicio privado).

DISTRITO CENTRO Centro de Salud "F": El equipo de trabajo cuenta con tres (3) enfermeros, un (1) enfermero profesional que trabaja en equipo y tiene experiencia hospitalaria, una (1) enfermera profesional que no tiene experiencia hospitalaria y una (1) enfermera profesional que sí la tiene (quien no pudo ser entrevistada por estar realizando actividades fuera del Centro de Salud).

El equipo también cuenta con dos (2) clínicos, uno de ellos es el jefe del Centro de Salud. Se dispone de un consultorio *trans* (travestis, transgéneros y transexuales) atendido por un especialista; se creó este espacio para esta población por ser víctima de marginación y discriminación y, por ende, no acceder con facilidad a los servicios médicos y presentar problemáticas de salud específicas.

También cuenta con dos (2) tocoginecólogos y algunos pasantes residentes de la especialidad, un (1) pediatra, un (1) farmacéutico, dos (2) administrativos, un (1) dermatólogo, tres (3) psicólogos y una (1) mucama (servicio privado).

Con el propósito de acceder a un conjunto de situaciones diferenciales se consideró la variabilidad de los profesionales en cada uno de los Centros de Atención Primaria, seleccionados según el nivel de formación disciplinar, así como por algunas características relativas a las diversas inserciones laborales en el ámbito de la salud pública.

En cuanto al nivel de formación en la disciplina, del conjunto de enfermeros/as participantes en el estudio (6), la mitad (3) posee título de enfermero profesional y los tres restantes, cumplimentando la totalidad de los estudios universitarios, se graduaron como licenciados en enfermería.

Los enfermeros profesionales se recibieron hace 13, 19 y 20 años. Los demás se recibieron de enfermeros profesionales hace 15, 18 y 13 años, mientras que obtuvieron la licenciatura hace 9, 11 y 3 años, respectivamente.

El grupo posee heterogeneidad con respecto a las experiencias de trabajo en la profesión. Si bien para este estudio se seleccionaron enfermeros/as que tuviesen experiencia en hospitales del ámbito municipal, manifestaron haber trabajado también en otros efectores

pertenecientes a la provincia, pero sus relatos sólo reflejan sus experiencias en efectores municipales.

Cuadro nº 2

Características de enfermeros/as según nivel de formación y experiencias laborales

Centros de Salud	Nivel de formación	Experiencia laboral			
		Nivel hospitalario			APS
		Antigüedad	Efeotor	Especialidad	Experiencia previa
Centro de Salud "A"	Enfermero profesional	18	Hosp. de Niños VJ Vilela	Sala Internación Oncohematología	No
Centro de Salud "B"	Licenciada en enfermería	13	HECA	U. Terapia Intensiva Sala internación	No
Centro de Salud "C"	Licenciado en enfermería	3	Maternidad Martin	Sala de parto y quirófano Sala internación y quirófano	Si
Centro de Salud "D"	Enfermera profesional	7	Hosp. RS Peña HECA	Sala internación Guardia	Si
Centro de Salud "E"	Licenciada en enfermería	10	Hosp. de Niños VJ Vilela	Neonatología	Si
Centro de Salud "F"	Enfermero profesional	12	HECA	U. Terapia Intensiva U. Coronaria Sala internación	Si

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la investigación

La totalidad de enfermeros/as posee una prolongada trayectoria de trabajo en el ámbito hospitalario dado que, al momento del estudio, la permanencia de trabajo en el nivel hospitalario osciló entre los 5 años (antigüedad mínima) y un máximo de 18 años. En dicho proceso de trabajo hospitalario, cinco de ellos tienen experiencia en salas de internación y en áreas críticas como guardia, unidad de terapia intensiva, unidad coronaria, neonatología y oncohematología, sala de parto y quirófano. Mientras que sólo una enfermera profesional tiene experiencia de trabajo en áreas críticas hospitalarias, como neonatología, aunque no ha trabajado nunca en una sala de internación en dichos efectores.

Al reconstruir sus experiencias laborales previas en el marco de la estrategia de Atención Primaria, dos licenciados/as en enfermería y dos enfermeros/as profesionales, iniciaron sus prácticas profesionales en los actuales centros de salud, habiendo realizado reemplazos u horas extras, o provenían de otros centros de salud; mientras que para un enfermero profesional y una licenciada en enfermería, la experiencia actual es la primera. (Cuadro n° 2)

La totalidad de los profesionales entrevistados conforman el staff permanente que brinda respuestas a la atención básica de salud de las poblaciones de las áreas de referencia.

Cuadro n° 3
Antigüedad de trabajo en Centros de Salud

Enfermero/as según Centros de Salud y Distritos	Años de trabajo
Norte. Centro de Salud "A"	3
Noroeste. Centro de Salud "B"	2
Oeste. Centro de Salud "C"	6
Sudoeste. Centro de Salud "D"	5
Sur. Centro de Salud "E"	2
Centro. Centro de Salud "F"	3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la investigación

En el Cuadro n° 3, del grupo de enfermeros/as seleccionados según centros de salud por distrito, se observa que la mayor antigüedad (6) corresponde a un licenciado en enfermería del Centro de Salud “C” del Distrito Oeste, cuyo inicio en la actividad coincide con la inauguración de dicho centro. Le sigue el Centro de Salud “D” del Sudoeste con 5 años de antigüedad. Los del Centro de Salud “A” del Distrito Norte y del Centro de Salud “F” de Centro tienen ambos 3 años, mientras que el Centro de Salud “B” del Distrito Noroeste y el Centro de Salud “E” del Distrito Sur comparten una antigüedad de 2 años.

Parte II. Los resultados de la investigación

Capítulo 3. Procesos de reforma sanitaria. Breve reseña histórica regional y local. Los/las enfermeros/as como recurso humano en salud en ese marco

Comprender los cambios en la orientación sanitaria en el municipio de Rosario remite a contextualizar los procesos de reforma del Estado y del sector salud en América Latina y en Argentina.

Durante la década de los 80, una gran crisis económica mundial afectó al continente americano, y en particular a Argentina, como consecuencia del proceso de globalización (económico, tecnológico, político y cultural) y del concomitante crecimiento de la economía global, que produjo gran concentración de capital, con predominio del poder del capital financiero sobre la fuerza de trabajo. Un acuerdo entre Estados Unidos y Gran Bretaña impulsó la ideología del libre mercado para estructurar todos los programas sociales y económicos, incluyendo el sector salud. El auge del neoliberalismo, con continuidad en la década del 90, tuvo consecuencias en los procesos de reforma del Estado, y en particular en el sector de salud.

Los rasgos más salientes de esta política neoliberal son

...la reducción drástica y el control estricto del gasto público, los incrementos en las tarifas de los bienes y servicios públicos; la privatización de las empresas públicas así como la desregulación y flexibilización de la relación laboral. (Laurell AC, 1992)

Según Almeida C (2001), la premisa central sobre la perspectiva hegemónica en ese momento era que los diferentes países se comprometieran en un profundo proceso de reformas pautadas por el recurso a la tecnología institucional. Así, la necesidad de reducir el desequilibrio fiscal y crear condiciones macroeconómicas más sustentables se centraba en los esfuerzos para disminuir el tamaño del sector público, aislar al Estado de las presiones de los intereses particulares, adecuar su actividad a reglas y no a decisiones discrecionales y delegar decisiones a agencias independientes que no tuvieran incentivos para someterse a presiones políticas.

En este contexto, es oportuno recordar lo que se denominó “Consenso de Washington”, donde confluyen el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, diseñando las orientaciones principales para la región y, en particular, su trascendente impacto en los

lineamientos y pautas en la implementación de las reformas sanitarias. Dicho diseño ha estado encaminado a la reducción del gasto fiscal y al recorte de los programas sociales y sanitarios.

Con respecto al libre mercado, no resulta lo óptimo para el sistema de salud en su conjunto, ya que no puede cumplir por sí solo todas las funciones económicas y sociales requeridas por la población. El gobierno necesita guiar, corregir y suplementar el mercado en muchos dominios. Se encuentra que tiene que subsidiar a aquellos que son pobres, ya que el sistema de libre mercado se vincula solo con la eficiencia y supone que el ingreso está distribuido de manera razonablemente igualitario entre los ciudadanos.

Desde otra perspectiva, pero en consonancia con el panorama descrito, Feinmann JP (2003), en su ensayo sobre la violencia política, nos dice que todas las valoraciones liberales surgen de esta convicción:

...el mercado es libre, en el mercado se expresan las distintas voluntades de los individuos; al ser libre, el mercado elimina la intervención totalizadora del Estado; al garantizar la libertad se opone a la unicidad estatista; al oponerse a la unicidad estatista se convierte en garante de la vida democrática. Así termina postulando la indivisible unión de sus conceptos fundamentales: capitalismo, libertad individual, mercado autorregulado, democracia política. ¿Dónde está el fracaso? Al hacer surgir la libertad política de la libertad del mercado deja a aquella esclava de esta. El mercado se autorregula no en expansión, sino en concentración.

El mercado no es para todos, se regula en el sentido de la injusticia social.

De esta forma, el Estado no puede ser un observador pasivo ante la exclusión social que provoca esta concentración, que hace fracasar el postulado de igualdad de posibilidades del liberalismo, ya que los recursos quedan en manos de una minoría cada vez más poderosa.

Se promueve la reducción sistemática del tamaño del Estado y la transferencia de funciones, que tradicionalmente ejercía el sector estatal, al sector privado y a la sociedad civil, con el consecuente deterioro progresivo de la autonomía y el debilitamiento de su capacidad de ejercer la rectoría. En el marco conceptual de su artículo sobre “Los retos a que está expuesta América Latina”, de la que nuestro país es parte, Figueras J (2002) destaca el valor crucial del Estado de ejercer la rectoría, lo que supone el nivel de definición de las políticas y las reglas de juego para el sistema en su conjunto, como su función irrenunciable.

Argentina, sumada a estos cambios y en este contexto, debió soportar la hiperinflación que afectó al país en 1989/90 y que trajo, como estrategia de salida, las primeras medidas de

Reforma del Estado, junto con la ley de Emergencia Económica, sancionadas por el Congreso en 1989.

Organismos estatales dependientes del Ministerio de Economía tuvieron un protagonismo importante, ejerciendo el control de la seguridad social (pensiones de retiro y atención médica), con el fin de transparentar los recursos disponibles, intentando ordenar el sistema a partir de una dinámica de competencia, tomando como puntos clave el mantenimiento de la obligatoriedad del aporte, la efectivización del principio solidario para hacer variable la cobertura de la población de menores recursos, la definición de un paquete básico de servicios que se garantizaría a la totalidad de los beneficiarios, el control del cumplimiento de las normas relativas a la solvencia económica y la calidad del servicio ofrecido por las entidades financiadoras.

Empieza a plantearse que la salud es una cuestión que pertenece al ámbito de lo privado. Es decir, los logros y alcances en materia de “salud como derecho social”, “salud como preocupación de Estado”, pasan a revertirse y se plantea la salud vinculada a cada persona y cómo ella la resuelve, de manera desvinculada de su genuino carácter social.

Los numerosos y extensos decretos, que se fueron dando en los años de la reforma en nuestro país, muestran una heterogeneidad de disposiciones gubernamentales, destinadas a proporcionar un marco jurídico que enmarcara intereses políticos y fuertes discrepancias entre sindicatos y el gobierno, que no llegaron a efectivizarse. (Belmartino S, 1999)

Al no ejercer el Estado el control de las prestaciones, la salud privada potencia el ofrecimiento en sus campañas publicitarias de *tecnología de punta*, conocido como demanda inducida por la oferta, con las que despierta necesidades por parte de la población que dispone de poder adquisitivo para acceder, por medio de la tecnología, a veces, a tratamientos mágicos en los niveles de atención de más alta complejidad.

Como dice Belmartino S (1999), es posible en este punto que la población argentina no haya desarrollado la concepción del acceso a la atención médica sino que, más bien, la cuestión se aborde por los servicios privados.

La desregulación de las obras sociales trajo también el compromiso de pagar los servicios que sus usuarios demandaran en los hospitales de autogestión por medio del Decreto N° 9/1993. Los hospitales de autogestión surgieron del Decreto 578/93 dispuesto por el Poder Ejecutivo sin pasar por el Parlamento, como ocurrió con otros decretos anteriores, en esta oportunidad establece la obligatoriedad del pago de los servicios recibidos por todas las personas que tengan cobertura de obras sociales, mutuales o prepagas. (Belmartino S, 1999)

Esto fue parte de las reformas que, en la década del 90, retomaron la política de descentralización que tuvo sus comienzos en la mitad de los 50, y que siguió en los 70, con las políticas de transferencia de servicios públicos de salud desde la jurisdicción nacional a las provincias y municipios. Esta transferencia no estuvo resguardada por un adecuado financiamiento ni contempló la diversidad de problemas que debían presentar los heterogéneos contextos en el extenso territorio argentino, dejando que las provincias y los municipios los resolvieran. El mensaje que se recibió operativa y concretamente fue que era necesario generar recursos propios porque se acabarían los recursos presupuestarios.

Las consecuencias de estas reformas se vieron reflejadas en los efectos negativos sobre la salud, sobre su atención, sobre los sistemas y modelos de salud pública que presentaban profundas fallas estructurales, organizativas y financieras y las dificultades que se planteaban al momento de implementar respuestas democráticas, eficaces y equitativas que permitiesen dar respuesta a las demandas sanitarias de la población.

Los países de la región no han terminado de resolver la cobertura insuficiente, y tienen aún problemas acumulados y emergentes, como el envejecimiento demográfico por la disminución de la fecundidad, el acelerado proceso de urbanización, la degradación del ambiente y la adopción de estilos de vida poco saludables, el SIDA o enfermedades que están resurgiendo como la malaria, el cólera, el dengue y la tuberculosis. En nuestro país podríamos añadir, como problemas centrales, la desnutrición, el avance de las adicciones y la violencia desde sus diferentes concepciones. (Londoño JL, Frenk L, 1977)

Para Bonazzola P (2000: 11):

...se pueden buscar muchos sinónimos para la reforma del sector salud, pero podría simplificarse en un sinónimo muy propio que ha tenido y es la extinción del derecho a la salud, porque lo que se ha venido realizando con dicha reforma ha sido una reducción de la equidad y la accesibilidad de la población.

El costo social de los 80 y 90 llevó, a los diferentes actores en el campo de la salud, a cuestionar el origen de los procesos que llevaron a la quiebra de los modelos de atención.

Al considerar las tendencias que han prevalecido en el sector, se puede sostener que los debates en torno a los acontecimientos económico-sociales en los procesos de salud-enfermedad, que marcaron la década de los 60, posibilitaron el reconocimiento del derecho a la salud y el deber de garantizarlo por parte del Estado.

Según Frances Stewart (1998: 67), desde los años cincuenta y hasta finales de la década del setenta, la mayoría de los gobiernos adoptaron políticas proteccionistas y centradas en el Estado, lograron así un creciente desarrollo económico, con políticas que eran combinadas a menudo con déficit fiscal y bajas tasas de interés, entre otras medidas.

Con base en toda una compleja red de fuerzas económicas, políticas y culturales, cada país, con actores que vehiculizan intereses divergentes al interior del campo de la salud, ha ido creando diversas características relativas a cada uno de los modelos de sistema de salud, aunque las ideas básicas y compartidas sostienen valores expresados en la equidad, la eficiencia técnica y social, la participación comunitaria e integralidad, entre otros. Todos y cada uno de estos conceptos se abordaron de forma diferente en distintos países, inclusive en la propuesta de “Salud para Todos”.

En función del perfil que adquieren los procesos de reforma en la particularidad de cada contexto latinoamericano, Almeida Filho N y Silva Paim J (1999) sostienen que

...se hace necesario discernir los contenidos sustantivos de cada uno de los proyectos, para poder comprender la especificidad por ejemplo del sistema de salud canadiense en comparación con el proyecto Clinton para la actualización del complejo de salud estadounidense, del mismo modo se hace necesario considerar las diferencias entre la organización de los servicios de salud de Cuba con énfasis en la Atención Primaria, y las propuestas de la reforma sectorial de Bolivia y de Colombia.

De Souza Campos GW (1998) hace notar que en Brasil, en la década del 70, se inició un proceso de transformación, que culminó con la VIII Conferencia Nacional de Salud (1986). En este contexto, se desarrolló un conjunto de experiencias alternativas de construcción y operacionalización de políticas de salud. Estas propuestas debieron confrontar con la práctica médica tradicional, con enfoques de predominio biologicista de los contenidos curriculares de las distintas facultades del área de salud, con la tendencia corporativa de la práctica profesional y con las formas tradicionales de gestión y administración de los sistemas locales de salud. Estos proyectos fueron enriquecidos con aportes tales como doctrinas elaboradas por la salud colectiva, medicina social, epidemiología, ciencias sociales, planificación y administración de lo público, etc. Los municipios, que en número importante orientaron y sostuvieron los procesos de reforma, impulsaron de diversos modos la implementación en la práctica concreta de las directivas centrales del Sistema Único de Salud (SUS). Este sistema permitió la construcción de una red de servicios, regionalizada y jerarquizada, con un grado

de complejidad creciente, como así también de mecanismos de articulación con las universidades y direcciones científicas para dar a la Secretaría de Estado de Salud competencia técnica en campos determinados.

La capacidad de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación ha sido siempre limitada porque el Estado tuvo escaso papel regulador en el sistema y esto se agudizó a partir de la reforma de los 90. Su regulación del sector privado ha sido escasa y conflictiva.

El sistema de salud de la Argentina se compone de tres subsectores: el *estatal*, cuya financiación fundamental proviene de recursos del presupuesto de la Nación, las provincias y/o los municipios; el de *las obras sociales* que se financian con el aporte de los trabajadores y empleadores; y el *privado*, cuya financiación corre a cargo de los usuarios. En este último se encuentran las empresas de medicina prepaga –seguros privados que, como acabamos de señalar, financian los usuarios– y toda la red de prestadores, que reciben recursos a través de la contratación de las obras sociales, las empresas de medicina prepaga y, en menor medida, el Estado. A lo largo del tiempo se han establecido articulaciones y formas diversas de transferencias de recursos entre ellos.

A partir de 2004, para salir de la fragmentación en que se hallaba el sistema de salud y garantizar su accesibilidad, el gobierno nacional promovió el Plan Federal de Salud⁶ que enfatiza la APS como

...una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

De este modo, se propone descentralizar progresivamente las acciones de APS que queden bajo la responsabilidad de los municipios.

En cuanto a los servicios públicos estatales, que dependen sobre todo de los gobiernos provinciales y municipales, el Ministerio de Salud de la Nación ha intentado recuperar capacidad de rectoría mediante dos recursos: uno es la negociación en el COFESA (Consejo Federal de Salud), integrado por los funcionarios que ejercen la autoridad de salud pública nacional en cada provincia, y los CORESA (Consejos Regionales de Salud).

⁶ Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud. Buenos Aires, 2004. Surge como un nuevo modelo sanitario que priorice la estrategia de APS e implica un esfuerzo compartido, a largo plazo, entre las provincias y la Nación.

En relación al desarrollo del primer nivel de atención se destaca el PROAPS (Programa de Atención Primaria de la Salud), cuyas acciones de mayor impacto son el Programa Remediar –que provee medicamentos esenciales para distribución gratuita en los centros de primer nivel de atención– y el Programa Médicos Comunitarios.

Si bien Ugalde A y Homedes N (2007) reconocen la importancia de la distribución gratuita de medicamentos, que tiene un impacto favorable muy elevado en la Argentina, con respecto al Programa Remediar, que se restringe a 36 medicamentos básicos, piensan que

...el tener acceso a todos los medicamentos que son necesarios para salvar la vida, para reducir el dolor, y para recuperar la salud es un derecho humano universal.

Refiriéndose al Plan Federal de Salud, Belmartino S (1999) manifiesta su inquietud al comprobar que

...los ítems Metodología e Instrumentos están dedicados exclusivamente al subsistema público.

En el mismo artículo añade

...encuentro una página dedicada a identificar las fortalezas propias del sistema de obras sociales nacionales, a saber: una canasta de servicios unificada que homogeneiza su nivel de cobertura; un órgano de regulación y control con poder de policía; un sistema de débito automático para los efectores públicos que elimina los subsidios cruzados entre subsectores; un sistema de opciones que elimina la cautividad, estimula la competencia entre agentes y genera una competencia regulada en el régimen de traspasos; un seguro para la cobertura de enfermedades de alto costo y baja incidencia; un fondo de redistribución que mejora la equidad intrasistema.

Concluye diciendo que esto amerita un diagnóstico adecuado, como el realizado ante la reforma de la década del 90, pues el sistema de servicios de salud sigue reproduciendo lo que ha heredado. (2005: 170)

Esta visión del Plan Federal de Salud en Argentina devino de un replanteo realizado junto a varios países, con la intención de contar con una nueva salud pública que tomara como punto central revitalizar la “Salud para Todos”, en función de la viabilidad de cada uno de los

contextos locales particulares. Impulsado por el 25 aniversario de la Declaración de Alma Ata, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en el año 2003, propuso incentivar una renovación de la Atención Primaria de la Salud (APS) en la región de las Américas. Todos los Estados miembro de la OPS, en julio de 2005, firmaron la declaración de Montevideo, en la que se comprometían a preservar la integración de los principios de la APS en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, la gestión sanitaria, la organización, el financiamiento y la atención.

Para la OPS, un sistema de salud basado en la estrategia supone

...un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la posibilidad del sistema... (OPS/OMS 2007)

Aun cuando organismos internacionales y regionales estimulan la implementación de estos lineamientos propositivos, algunos autores manifiestan un punto de vista crítico sobre los alcances logrados en los diferentes países. Tejada de Rivera, DA (2003)⁷, dentro de las reflexiones que realiza, destaca algunos conceptos y principios que, a su juicio, fueron mal entendidos, en especial en temáticas referidas a las deformaciones profesionales, la responsabilidad y el deber de todos, personas, grupos sociales y la ciudadanía en general, de cuidar de modo activo su salud individual y colectiva. Agregando que, lamentablemente y en la práctica, las personas siguieron siendo consideradas como recipientes pasivos de actividades puntuales prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica reparativa, orientada a enfermedades específicas. El autor sostiene que el término

...‘atención’, en la versión original del inglés refiere al concepto de ‘cuidado’ (care), y no ‘atención’. El ‘cuidado’ tiene una connotación mucho más amplia e integral que la ‘atención’; en tanto denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es de carácter intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.

En lo lingüístico, el término ‘primario’ tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo ‘primitivo, poco

⁷ David A Tejada de Rivera cumplió funciones como Subdirector General de la OPS (1974-1985) y fue Ministro de Salud en Perú.

civilizado'; y la otra a 'lo principal o primero en orden o grado'. Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término 'primario' en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. (Tejada de Rivera, 2003)

Frente a este planteo puede pensarse en el Cuidado de la Salud por Todos y para Todos, de carácter multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado.

Repercusión en los/as enfermeros/as en el marco de los procesos de reforma

Los procesos de reforma acaecidos desde la década de los 90 profundizaron los múltiples problemas que la disciplina de enfermería presenta en tanto profesión de la salud.

El fenómeno de la política del neoliberalismo económico y la globalización han marcado profundamente el área de los recursos humanos en salud y han producido un fuerte impacto en la vida de los trabajadores enfermeros/as, que se refleja principalmente en desequilibrios entre la disponibilidad y la distribución del recurso humano; el deterioro de las condiciones de trabajo; con consecuencias en la gobernabilidad del sector salud y desigualdad en la oferta educativa. (Brito P, 2005)

El recurso humano de enfermería se presenta con significativos desequilibrios que marcan escasa dotación profesional, diferencias y heterogeneidades en la calidad de formación, escasa disponibilidad de profesionales formados o especializados y problemas de concentración-distribución, que se ponen de manifiesto al momento de cubrir y dar respuestas a las necesidades de salud, en particular en el sector público. Esta problemática, que se puede resumir en distribución desigual y escasez numérica de enfermeros/as, es producto de situaciones diversas, entre las que prevalecen el déficit de estructuras educativas y, en particular, las condiciones laborales poco atractivas para el sector, que se ven agravadas de acuerdo a las condiciones geográficas, económicas y políticas de la región y del país.

Los recortes en el gasto público en la década del noventa impactaron en notable medida en las instituciones del estado, las que históricamente han concentrado el mayor recurso humano de enfermería, promoviendo de este modo el subempleo y el multiempleo. (Castrillón C, Orrego S, Nájera RM, 2000) Además, ese ajuste se profundizó en el marco de la estrategia de APS pues, según la opinión de Chompré R, Lange I, Monterrossa E (1991),

...mientras se da un predominio de la atención pública hospitalaria urbana, en las últimas décadas se observa una escasa participación en el primer nivel de atención.

Asimismo, las políticas de ajuste aplicadas en el ámbito laboral de enfermería llevaron a la transformación del empleo hacia la precarización, la expansión de diferentes sistemas de contratación e incentivos y el deterioro en las condiciones laborales del recurso humano en salud, que provocaron un impacto negativo en la calidad del trabajo mismo, con aumento de horas diarias, mayor rotación de turnos y sobreutilización del personal al que se le asignan otras tareas que no le competen. Se suma a esto el desconocimiento del trabajo insalubre que desarrolla, dado por los ambientes laborales que, en general, son poco saludables.

Brito P (2005) expresa que los largos e inconclusos procesos de modernización institucional, producto de las reformas y el impacto de las crisis fiscales, llevaron a una resistencia del personal de salud del sector público, expresada en conflictos que afectan la gobernabilidad del sector.

La situación es elocuente al analizar información que brinda la OMS, cuando plantea que en el mundo hay 59,2 millones de trabajadores sanitarios, con un déficit de 4,3 millones fundamentalmente en enfermería y en especial en los países más pobres. De los recursos formados, la mayoría trabaja en los Estados Unidos y Canadá, uno de cada 3 en Latinoamérica y solo el 4% en el África subsahariana, que tiene las peores condiciones de salud, ya que cuenta con el 25% de la carga mundial de morbilidad y solo con el 1% de los recursos financieros para afrontarla, mientras que existe un alto número de médicos por enfermero.

El panorama en el sector latino del continente es complejo; tomando solo algunas problemáticas prioritarias, se identifica que el cuidado de enfermería se encuentra predominantemente a cargo de personal no profesional; la educación de enfermería, a menudo, se desvincula de las necesidades de salud de los países. Se agrega a ello la falta de planificación de recursos humanos, en formación y empleo; y se evidencia una desvinculación entre grupos, actividades y desarrollo en enfermería de docencia, servicio y gremio. (Micozzi T, 2009)

Con respecto a la oferta educativa, presenta una discordancia que está en relación directa con la desigual formación en cuanto a los niveles que se presentan en la región, problema histórico que fuera agravado por la aparición y crecimiento de instituciones privadas, con diversidad de requisitos para su ingreso, desarrollos curriculares y títulos otorgados.

Según la OPS (1999), la enfermería como sistema de enseñanza varía entre los países de Latinoamérica siendo, probablemente, el nivel universitario el más homogéneo de toda la Región, con dos o tres programas distintos:

Licenciatura, en el que se otorga un título de educación superior (en programas de 4 a 5 años); diploma (programas de 2 y medio a 3 años) y enfermería de nivel técnico (programas de 2 a 3 años, principalmente en Estados Unidos). Además, algunos países tienen un programa de técnicos expertos en enfermería. Estos programas forman parte de la educación secundaria técnica y ofrecen 2 o 3 años de adiestramiento específico. Brasil, Cuba, Nicaragua y Venezuela han establecido esta clase de programas.

De manera frecuente, los contenidos curriculares no se ajustan a las disímiles realidades sanitarias de los países, habiendo una disociación entre la teoría y la práctica, donde aún perdura, en el imaginario colectivo de la población, una enfermería relacionada a lo técnico, biologicista, asociada al modelo curativo y a la enfermedad. Sin embargo, los planes de estudio, desde los años 70, tomaron como eje curricular la temática que va “de la salud a la enfermedad”, y en correspondencia desarrollaron perspectivas teóricas y modelos de cuidado como objeto de estudio de la disciplina. Una mirada humanística, integral e integrada de los contenidos, que incorpore asignaturas complementarias de las ciencias sociales, la salud pública y la epidemiología con enfoque crítico social, es uno de los rasgos de este nuevo enfoque disciplinar.

Asimismo cabe destacar que, aún los contenidos curriculares se apoyan en comprender el campo de lo humano en tanto *unidad bio-psico-social*, que resultan compartimentos estancos y ahistóricos al momento de requerirse respuestas a las *necesidades básicas* de la población y del usuario, por medio de una serie de *actividades* básicas y programadas, que no permiten una mirada más inclusiva y holística de la situación de padecimiento de las personas.

Sobre ello, es de interés recordar las palabras de advertencia de la autora brasileña Czeresnia D (2006), quien sostiene que, al intentar pensar la unidad del sujeto, lo máximo que se consigue es formularlo como una

...integración bio-psico-social, que no deja de manifestarse de forma fragmentada, con conceptos que no se comunican con facilidad entre sí.

Históricamente se viene trabajando sobre un diagnóstico de enfermería. De las diferentes propuestas presentadas a la OMS, esta recomienda implementar los esfuerzos para organizarse y profundizar en la taxonomía diagnóstica a nivel internacional. (Ugalde Apalategui M, 1994) En este sentido, Carpenito, L⁸ (1988: 3-21) sostiene que

...los sistemas de clasificación para otros profesionales, tales como médicos, biólogos y farmacéuticos, se desarrollaron durante cientos de años, las enfermeras no han hecho más que empezar. Es un proceso lento y difícil. Como la enfermería no puede pararse y esperar hasta que se complete la clasificación, la práctica debe continuar mientras la clasificación evoluciona.

Estos son los desafíos que enfrenta la profesión en el plano internacional.

Una problemática crítica que atraviesan la formación y las prácticas de los/las enfermeros/as se ubica en los nuevos contextos organizacionales que se proyectan y revitalizan en las estrategias de Atención Primaria de la Salud, como espacios más democráticos y horizontales, que generan un escenario diferente para la especificidad de la profesión. Es por ello que enfermería no sólo está comprometida a ampliar y recrear sus prácticas cotidianas y saberes, construidos en función de los cuidados que debe brindar a los diversos grupos poblacionales, sino que quizás su máximo desafío se centre en identificar y delinear su campo de competencia como producto del trabajo interdisciplinario.

Al decir de Massei AM (1998: 26)

...una profesión puede considerarse realmente tal si se confronta con otras profesiones, tomando de aquellas los contenidos que pueden serle de utilidad.

Esto lleva a pensar en la complejidad de la realidad, que requiere el aporte de diferentes profesiones, interactuando y nutriéndose activamente entre sí, mientras que a la vez se espera que logren acuerdos desde sus prácticas y saberes.

En estos nuevos modos de producir salud, los profesionales de enfermería tienen una función social que efectuar y una función nuclear que, según Castrillón MC (1997), no es tan clara ni para el público ni para los mismos profesionales enfermeros/as, y presenta a menudo controversias respecto de su especificidad laboral.

⁸ Investigadora de los Diagnósticos de Enfermería. Especialista clínica en Proceso de Enfermería. Wilmington Medical Center. Miembro del Comité Especial de la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*).

Los nuevos escenarios que se dirigen hacia la idea de humanización e integralidad del cuidado del individuo y la comunidad, en un contexto de trabajo interdisciplinario, pueden facilitar la definición, el desarrollo y la evaluación de competencias en la atención integral de la salud, produciéndose una renovación e integración de las propias capacidades, prácticas y saberes de la disciplina y hacia el interior de los equipos. Claro que esto dependerá, entre otras cosas, de considerar las experiencias nuevas que surjan en el campo laboral para ser aprovechadas en la formación académica, donde esos conocimientos se ajusten a estos cambios de mirada y, por ende, se reconcilien con la compleja realidad sanitaria.

Esta preocupación se expresa en la Conferencia Internacional que diferentes áreas de gobierno de nuestro país, con el auspicio de la OPS/OMS, convocaron durante el año 2007 para debatir sobre la construcción de equidad en los procesos de cuidado de la salud, en el marco de la estrategia de APS. Entre los temas abordados refirieron que la mayoría de los actuales planes curriculares de las carreras del área salud continúan centrándose en la enfermedad, entendiendo a la salud como un estado previo concerniente a otro quehacer, y delegan la responsabilidad de su cuidado fuera de la práctica profesional. Por ende, el concepto de cuidado de la salud, o de prevención de la enfermedad, no se traduce en prácticas concretas para las cuales se deban adquirir habilidades, y menos aún con una visión integral o interdisciplinaria.

En el caso de enfermería, se visualiza un panorama muy heterogéneo en la formación en el área de la salud, que Castrillón y Lopera (2004) plantean en las diferencias con respecto a la

...denominación de las unidades académicas (facultad, escuela, programa, carrera, departamento), a los tipos de programas de pregrado, a las modalidades de formación (profesionalización de auxiliares y técnicos medios, reconversión de prácticos, complementación de licenciatura), a la duración de los programas (2, 3, 4, 5 años), y a los requisitos de ingreso y egreso como núcleos clave en los procesos de enseñanza de la disciplina.

En Argentina, la formación en enfermería depende de distintos niveles y ministerios. La educación auxiliar y técnica o terciaria no universitaria se vincula a los ministerios provinciales de salud, mientras que la universitaria depende del Ministerio de Educación de la Nación, aunque las universidades son autónomas. Por ello, para trabajar sobre el tema, se formó una Comisión Interministerial (Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología y

Ministerio de Salud) que en el año 2007 publicó un Documento Base para la Organización Curricular de la Tecnicatura Superior en Enfermería, que fue aprobado en la Resolución CFE N° 7/7 del Consejo Federal de Educación y posteriormente por el COFESA Consejo Federal de Salud.

Dicho documento se construyó con la participación de representantes de la profesión a través de la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AUERA), la Asociación de Escuelas Terciarias de Enfermería de la República Argentina (ACETERA), la Federación Argentina de Enfermería (FAE), la Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Comisión de Trabajo Interministerial, 2007) El documento base propuesto funciona como norma para las áreas socio-ocupacionales, el perfil profesional, las bases curriculares, las condiciones mínimas que se requieren para el funcionamiento de la carrera y las correspondientes actividades reservadas (alcances del título), con el propósito de que el sistema educativo sea articulado, abierto, prospectivo y orientado a satisfacer las necesidades de los ámbitos nacional, jurisdiccional, regional y local.

Ese documento federal enfatiza la importancia de la estrategia de APS como eje vertebrador, que constituye a enfermería como profesión clave en el proceso de implementación de la misma y las competencias que están inscriptas en la Ley Nacional 24.004 del Ejercicio Profesional, tanto como las contempladas en la Ley Provincial N° 12.245 del Ejercicio de la Enfermería, aprobadas por el Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, cuya Reglamentación fue avalada por el Decreto N° 2.225. Se destaca que dichas actividades tienen como áreas de competencia la Ética Profesional, las Relaciones y Comunicaciones Humanas, la Educación para la Salud, la Gestión de Cuidados, la Administración y la Investigación y el Trabajo en Equipo.

Desde otro espacio institucional aunque respetando los mismos lineamientos, la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA) y la Federación de Enfermería de la República Argentina (FAE), que participan del MERCOSUR Educativo, luego de un arduo proceso, culminaron con la publicación del documento "Dimensiones, componentes, criterios e indicadores para la acreditación MERCOSUR Enfermería" (2008). Allí definen las actividades profesionales reservadas al título de Licenciado/a en Enfermería, que no excluyen las del Enfermero/a.

En correspondencia con una concepción dinámica y transformadora de los procesos educativos, es necesario considerar, tanto en la delimitación de competencias disciplinares como en la acreditación formativa, al conjunto de diversidades, a fin de contar con un

compromiso estratégico para las necesidades y realidades de cada país. (Sistema ARCU-SUR⁹, 2008)

Es esperable que la producción resultante, tanto de los encuentros entre distintos países de la región como dentro de un mismo país, no sólo se incorpore en una línea de pensamiento común a la enfermería sino que se plasme también en las acciones en el campo de las prácticas profesionales. El compromiso deviene tanto de la participación de diferentes actores del ámbito académico, ministeriales, asociaciones y federaciones profesionales, como así también de la colaboración de sus representantes en los organismos internacionales y regionales de salud (OPS/OMS) para la concreción de proyectos comunes a los países que conforman el MERCOSUR educativo.

La Argentina, como parte activa de estos encuentros, no está exenta de estas problemáticas referentes a la formación y prácticas de enfermería que se expresan en el amplio territorio geográfico del país en contextos sociales, culturales, políticos y geográficos heterogéneos.

⁹ Sistema ARCU-SUR, implementado por el MERCOSUR. Se trata de un proceso de acreditación regional de determinadas carreras.

Capítulo 4. El caso de la reforma de salud en el Municipio de Rosario. Los ejes estratégicos: descentralización, modelos de organización para la atención y recursos humanos

A partir del relevamiento y revisión de los documentos elaborados por la Secretaría de Salud Pública Municipal, en particular los informes y manuscritos de carácter propositivos y programáticos pertenecientes a la Dirección de Atención Primaria de la Salud, se presentan los principales lineamientos y directrices político-sanitarios que permiten describir y analizar las prácticas profesionales de los/las enfermeros/as en el marco de los equipos de referencia de los centros de Atención Primaria.

Reforma en la ciudad de Rosario: descentralización y municipalización

En la década del 90, el gobierno de la Municipalidad de Rosario se planteó la necesidad de realizar un análisis de la administración que se encontraba centralizada y hacía difícil la atención a las zonas periféricas y la comunicación con los ciudadanos. La administración pública se presentaba con obstáculos administrativos para dar respuestas adecuadas a las necesidades y requerimientos de los ciudadanos.

En aquel momento Rosario se presentaba como un municipio de núcleos urbanos disgregados, con una población de alrededor de un millón de habitantes y con una extensión de 17.869 hectáreas. Esta extensión dificultaba la distribución de infraestructuras y servicios. Fue así que se puso en marcha, en el mes de diciembre de 1995, la creación del Programa de Descentralización y Modernización Municipal. De este modo el gobierno de la ciudad dio comienzo a un proceso de descentralización político-administrativa para el municipio, tendiente a generar un gobierno más eficiente, más eficaz y más cercano a las necesidades de los habitantes.

El objetivo del Programa consistió en llevar a cabo una reforma administrativa: modernizar la gestión municipal haciéndola más ágil y transparente, simplificando los procedimientos y aumentando la eficacia y la funcionalidad de los recursos existentes.

1. Lograr una reorganización funcional y operativa, descentralizando servicios y competencias en nuevas entidades en cada uno de los distritos.

2. Renovar los procesos de planificación urbana, promoviendo las políticas de equidad territorial y diseñando proyectos de transformación radical para desarrollar las áreas más pobres.
3. Consolidar un nuevo modelo de gestión, promoviendo la participación de los ciudadanos no sólo en la toma de decisiones sino también en los procesos de supervisión.

Transcurrida más de una década, y luego de muchos procesos de transformación, el Programa permitió producir una desconcentración administrativa y de los servicios, así como reforzar instancias de construcción de ciudadanía política, encauzando procesos de participación ciudadana para definir prioridades y destinar recursos al desarrollo de programas y proyectos, y delimitó el territorio de áreas diferenciadas dentro del espacio de la ciudad. Se concretó una organización con seis distritos que cuentan con sus respectivos Centros Municipales (CMD) en las zonas geográficas del Centro, Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste y Sur de la ciudad.

Los distritos conforman territorios en los que pueden planificarse y organizarse tareas vinculadas a la desconcentración funcional y operativa de servicios y actividades de los distintos sectores; generación de estructuras comunitarias encuadradas en un nuevo modelo de gestión participativa e implementación específica de políticas públicas. (Municipalidad de Rosario, 2004)¹⁰

En la actualidad, cada Centro Municipal de Distrito brinda diversos servicios y funciones municipales, así como otros de carácter público y privado (banca, registro civil, administración tributaria), con el objetivo de ofrecer respuestas más eficaces y próximas a los ciudadanos. Así, las políticas públicas acompañaron este proceso de descentralización y por ello, los servicios sociales, culturales, deportivos y sanitarios que ofrece cada Centro Municipal de Distrito dependen de las necesidades y demandas de cada área territorial local.

El sector salud que se encuentra bajo jurisdicción de la Municipalidad de Rosario acompaña el proceso de distritalización municipal y redefine la red sanitaria distribuida territorialmente y organizada en diferentes niveles de complejidad. El proceso desencadenado por el Estado Municipal enfrentó la necesidad de garantizar el acceso equitativo a la atención en salud frente a situaciones de exclusión económico-social con la correspondiente pérdida de cobertura y aumento significativo de la demanda sobre el sector público de servicios de salud. Para ello, debió redefinir las políticas sanitarias orientando su gestión de manera diferente al

¹⁰ Disponible en www.rosario.gov.ar/sitio/gobierno/datos_distritos.jsp, 2004. Acceso 18/10/10.

área nacional y provincial, por medio de la incorporación de una serie de innovaciones en las políticas de salud, que impactaron en los modelos de atención, gestión y financiamiento. (Jiménez CA, 2009)

Los principales problemas que desde esta óptica se ve obligada a abordar la gestión municipal se relacionan con la disponibilidad de recursos económicos ante las exigencias de modernización, con la demanda creciente a expensas del desempleo, la ocupación *en negro* o la cobertura insuficiente del sector de seguridad social, la frecuente situación profesional de pluriempleo y la remuneración inadecuada que, además de disminuir el compromiso, dificultan la democratización de las instituciones.

Desde esta perspectiva, los servicios de Salud Pública Municipal propician alcanzar una apreciación global de las características socioeconómicas y culturales de grupos de población en áreas regionales definidas, que les permite emprender acciones de integración social, promoción y atención de la salud, de acuerdo con las necesidades que se plantean en cada distrito.

De este modo, promueve la construcción de entornos saludables donde las personas se relacionan y participan en ejercicio pleno de ciudadanía; para ello se resalta que la salud y la calidad de vida guardan estrecha relación con el medio ambiente físico, social, laboral y con los factores socioeconómicos y culturales.

En el marco de las políticas generales del municipio, se viene trabajando en la concepción de un sistema de red en salud, que centra sus acciones en las diferentes problemáticas de los ciudadanos y la modalidad de dar respuesta.

Rovere M (1999), como parte integrante de un número de profesionales y técnicos, colaboró intensamente en este proyecto sanitario e hizo un gran aporte conceptual sobre el trabajo en red, aclara que:

...ante todo son redes de personas, se conectan o vinculan personas, la idea es que no se conecten cargos, ni instituciones, ni computadoras, entre sí, sino personas. Las redes son el lenguaje de los vínculos.

Así, la modalidad de trabajo en red ha originado un desafío en la actualización de muchos conceptos arraigados de la práctica médica de tendencia biologicista, compartidos por muchos de los trabajadores de la salud. La incorporación de nuevos conceptos, como establecer el vínculo con el usuario, la participación comunitaria, el trabajo en equipo, por

dar algunos ejemplos, no es comprendida de igual modo por todos los profesionales y demanda un lento proceso de apropiación e inclusión en las prácticas cotidianas de cuidado de la salud.

Este trabajo en red implica no sólo la participación de los ciudadanos sino también al interior de las propias áreas de gestión y definición de las políticas sanitarias –Secretaría de Salud Pública–, para lograr construir una red en y para la salud de la comunidad, a través del fortalecimiento de los lazos entre efectores y equipos interdisciplinarios.

Rovere M (1999) nos dice que para alcanzar y fortalecer la participación social se requiere de un análisis previo del personal de salud dado que, históricamente, los mismos han sido los generadores de barreras. Sostiene que,

...la lógica de la participación social, implica un reconocimiento en el interior de los servicios de salud, que se necesita un cambio en la forma de ver a la gente, aceptándola como es, ya que a veces tenemos la capacidad de vernos a nosotros mismos donde los otros aparecen como ajenos, o no los reconocemos sino que tratamos de verlos a través de nuestro propio juego de valores.

De este modo, comprender las redes como el lenguaje de los vínculos no queda limitado a los trabajadores sino que también incluye a los ciudadanos.

En función de su organización, cada equipo de gestión del distrito tendrá autonomía para tomar decisiones, integrando en sus propuestas de trabajo el protagonismo de la comunidad en la definición de prioridades, las estrategias para abordarlas y la evaluación de las acciones.

En el nivel local, el trabajo en los distritos se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad, desde la perspectiva integral de las problemáticas de la salud. Las directrices que guían este proceso son la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud.

De estas directrices se desprenden los siguientes ejes de trabajo:

Prácticas en función de las necesidades del barrio, estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios, organizaciones democráticas con trabajadores autónomos y responsables, participación de los equipos de salud en el diseño de estrategias y toma de decisiones, programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos.

La acción basada en la estrategia de atención primaria y, en este marco, el modelo de promoción de la salud, aportan una visión dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que como una meta final. Esto implica trabajar cotidianamente en un proceso que permita a las personas tener mayor autonomía sobre su propia vida y al mismo tiempo mejorarla.

El modelo de la APS municipal: sus lineamientos principales

En el municipio de Rosario, hasta comienzos de la década del 90, la situación de la Atención Primaria era poco favorable, sólo existían unidades asistenciales aisladas llamadas *dispensarios o salitas de atención*.

En 1990, mediante Decreto Municipal N° 769, se creó la Dirección de Atención Primaria que depende de la Secretaría de Salud Municipal, la cual viene ampliando y mejorando los servicios y las acciones en los barrios más precarios de la ciudad. En la actualidad se cuenta con 52 centros de salud municipal ubicados estratégicamente en los seis distritos de la ciudad. La apertura de nuevos centros de salud en los últimos años se relaciona con la emergencia de nuevos asentamientos irregulares, producto de migraciones internas procedentes de provincias del Norte o el Litoral del país y la creación de nuevos barrios de viviendas públicas, en los que se han relocalizado familias que habitaban villas de emergencia y han conformado nuevas concentraciones para las que el acceso geográfico a los centros de salud ya existentes se tornaba dificultoso.

Según Ferrandini D (1989: 245)¹¹, la conformación de una “Dirección de Atención Primaria” alude justamente a la idea de sentido de trayectoria hacia una dirección de la práctica, un reordenamiento del proceso de trabajo, de las prácticas que implica otra constitución subjetiva de quienes la sostienen.

En este proceso de cambio, la Dirección de Atención Primaria ha consolidado su Misión, que pretende:

Trabajar en la resolución y la prevención de los problemas de salud de la población de Rosario, con su participación activa en una gestión democrática que incluya todas las perspectivas (la del Estado, la de los trabajadores de los equipos de salud, la de la

¹¹ Ex Directora de Atención Primaria de la Salud, Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario. Desde 2007 es Secretaria de Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

comunidad) en concordancia con la epidemiología de la región, asegurando la atención integral, equitativa, humanizada, accesible, continua, con excelencia en la calidad y máxima resolutivez.

Dicha Misión es posible con el compromiso de diferentes actores del sistema de la red que se cristaliza/organiza en el desarrollo de tres ejes de trabajo:

- *Prácticas de construcción de la salud colectiva:* Trazadas a través de procesos locales de programación participativa que parten de una visión epidemiológica dinámica de la situación de salud de sus áreas de responsabilidad, incluyendo la perspectiva de la comunidad y de sus instituciones, asegurando los criterios de equidad, participación, eficiencia, prevención y promoción de la salud.
- *Prácticas ampliadas y contextualizadas:* Permite la efectividad del diagnóstico y las respuestas ofrecidas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla el proceso salud-enfermedad, asegurando la integralidad y continuidad del abordaje de cada problema de salud, entendiendo el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal, en el que el equipo terapéutico es continuamente responsable por el proceso de atención, aun cuando incluya interconsultas o referencias a otros niveles. Esta práctica clínica debe reformularse de modo permanente a la luz de una visión epidemiológica y sujetarse a la planificación local. El uso de la tecnología apropiada implica asegurar la máxima capacidad resolutivez, para evitar el estímulo a la sobredemanda y el uso de complejidad innecesaria.
- *Prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios de salud según necesidades de salud:* Se define como tareas que implican el desarrollo de posibilidades de escucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad de la institución en relación con las diversas necesidades de la comunidad, entendiendo que muchas veces los determinantes de los problemas de salud más graves definen unívocamente en el ámbito respectivo, enormes dificultades de acceso y deben diseñarse actividades de discriminación positiva que puedan dar cuenta de la peculiaridad de cada situación y asegurar el derecho a la salud, a la vez que la dignidad y la libertad de las personas.

Bajo estos ejes, las prácticas de salud cobran relevancia para establecer el vínculo con el usuario, construyendo de este modo otro escenario para la producción de salud.

La concepción de vínculo es parte también de los aportes de De Souza Campos GW (2001) al decir que

...con la idea de vínculo se intenta tanto una búsqueda de mayor eficacia (aumento de un mayor porcentaje de cura), como la noción que valoriza la constitución de espacios más propicios en la producción de sujetos autónomos: profesionales y pacientes. O sea, sólo hay vínculo entre dos sujetos, se exige la asunción del paciente a la condición de sujeto que habla, desea, juzga, sin lo cual no se establecerán relaciones adecuadas profesionales/pacientes.

La Dirección de Atención Primaria de la Salud cuenta con una estructura central de relativa horizontalidad: Dirección y responsables de áreas específicas como farmacia, laboratorio, enfermería, inmunizaciones, salud mental, estadística, contaduría y compras que se relacionan con los centros de salud a través de un coordinador por Distrito.

La responsabilización por poblaciones adscriptas en el ejercicio de la clínica debe ser acompañada por un proceso de democratización de la gestión, que posibilite niveles crecientes de responsabilidad y autonomía en equipos colegiados de gestión, a nivel de cada equipo de gestión, en el espacio territorial y social de cada distrito.

En lo organizativo, las transformaciones más significativas están dadas en los equipos responsables, que se vinculan con la definición de áreas de responsabilidad de los centros de salud, la identificación de usuarios, la constitución de los equipos de referencia, la adscripción de usuarios para cada equipo y ciertos ajustes al sistema de referencia y contrarreferencia para hacerlo más ágil y eficiente.

El equipo de gestión del distrito se construye a partir de quienes asumen la responsabilidad en la gestión en los equipos locales, así como el equipo de gestión de la Dirección de Atención Primaria se construye desde la gestión distrital que hoy se comparte con la gestión provincial. En esta red de vínculos se construye la potencia de los cambios, al hacer jugar el poder en las decisiones y la tensión de la responsabilidad en ellas.

En cuanto a la definición de áreas de responsabilidad de los centros de salud, las mismas han venido conformándose como respuesta a la demanda espontánea. En la medida en que los centros de salud pueden, se realiza anualmente un punteado de las consultas sobre el plano de la zona, con la finalidad de definir un área responsable pero también para identificar superposición de los efectores que están más próximos o la posibilidad de que queden ciertas concentraciones de población sin cobertura.

Se pretende que el número de equipos de referencia y su constitución deben ser previstos en base a la población beneficiaria, partiendo de un equipo mínimo de un enfermero y un médico (clínico, generalista y/o pediatra) para una población de mil adscriptos. El

conjunto de los otros profesionales –tocoginecología, ginecología, psicología o trabajo social– es involucrado de manera transversal a demanda de los equipos responsables. Bajo esta modalidad es común que un enfermero participe en más de un equipo por ser muchos menos que los médicos. Hoy sigue habiendo un déficit de enfermeros en el sistema de salud.

Los jefes de los centros de salud son asignados desde niveles más altos y rompen con la hegemonía de la profesión médica; pueden ser asumidos por administrativos, enfermeros, psicólogos, clínicos u otras especialidades que pertenezcan al equipo responsable de cada centro de salud.

Al intentar la inserción de equipo de referencia, se instala un cambio en el modelo de atención.

La Dirección de Atención Primaria sostiene que

El modelo médico dominante ha generado una disociación entre las consultas espontáneas, mal denominadas 'del día' (comprenden generalmente demandas de urgencias y emergencias, consultas programables que no accedieron al turno y demandas por otros motivos) y la atención programa. Esto facilita la fragmentación y requiere ser modificado.

Los centros de salud de la red municipal se proyectan a asegurar la captación y el seguimiento acorde a las necesidades de la población sin cobertura de obra social de su área, reconociendo que para algunos equipos será a corto plazo, mientras que para otros requerirá de mayor tiempo.

En este proceso de atención podrían identificarse circuitos conectados de admisión y adscripción, entendiendo por admisión la atención de la demanda de las personas hasta llegar a un nivel de adscripción, en el cual se asegura su atención continua con un equipo de referencia asignado.

Se propone que en cada centro de salud haya equipos responsables de determinado número de usuarios (que se adscriben a los mismos).

La puesta en marcha de estos equipos obliga también a pensar la relación entre admisión y adscripción, ya que ha adquirido distintas modalidades en el tiempo.

Si bien la propuesta de admisión y adscripción ofrece múltiples variaciones posibles, que estarán determinadas por las características del efector, en términos generales busca cumplir con algunos requisitos esperados:

1. El dispositivo de admisión del centro de salud es único y responsabiliza a todos los miembros del equipo en forma acorde a sus capacidades.

2. El dispositivo de admisión está en funcionamiento todo el tiempo que el centro de salud permanece abierto.

3. El dispositivo de admisión lleva a eliminar los tradicionalmente denominados *turnos de día*, lo que de ninguna manera descarta la previsión de tiempo destinado a la asistencia para acoger a las consultas no programadas y atención de las urgencias.

Para Ferrandini D

...la idea de generar en los centros de salud dispositivos según los cuales todo lo programable se programe (...) para que se le pueda dar un lugar importante a la clínica con tranquilidad (...) pero que a la vez pueda tener una escucha abierta y flexible todo el día de las necesidades de gente que esté llegando y que reconvierta esta demanda (que es a veces por algo banal) en una respuesta que se sustente en una evaluación integral de la situación de la persona y no solamente en un motivo de consulta....

Si bien el dispositivo de admisión del centro de salud responsabiliza a todos los miembros del equipo, teniendo en cuenta sus capacidades, enfermería ha resultado un recurso humano fundamental en ella desde la perspectiva de APS.

Al respecto nos dice Ferrandini D (1989: 248):

...la consulta urgente era una consulta despreciada y nos costó mucho trabajo revertir este concepto. E incluso se involucra a los enfermeros en esto. Porque los dispositivos de admisión tienen un punto clave en la actividad de enfermería (...) muchas de las consultas más importantes se inician en una consulta banal a enfermería...

A fin de asegurar la posibilidad de acceso a la salud y la integralidad de la atención como metas alcanzables, en el modelo de APS, enfermería viene cumpliendo un rol protagónico en la admisión, asumiendo una mayor responsabilidad e incorporación de nuevos conocimientos.

Las propuestas que plantea el modelo de APS sobre admisión de enfermería hacen pensar que requiere de profesionales enfermeros/as capacitados para asumir estos nuevos desafíos.

El plantel de enfermería, según el último relevamiento, indica que APS presenta un alto grado de profesionales con nivel de formación representado por 50 licenciados en enfermería, 76 enfermeros profesionales, 3 enfermeros ley y sólo 11 auxiliares de enfermería. Cabe destacar que el sistema de salud municipal desde hace muchos años no incorpora auxiliares de enfermería, los existentes tienen muchos años de antigüedad en el sistema y se encuentran próximos a su jubilación.

Los profesionales de enfermería de la Provincia de Santa Fe, y en consecuencia los de APS, se rigen por la Ley 24004 de Ejercicio Profesional de la Enfermería de la República Argentina, si bien hoy en día responden al nuevo modelo político-administrativo de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, dependiente de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario. La diferencia, dentro del marco legal, está marcada por una participación mucho más activa y de compromiso con el trabajo en equipo, con los usuarios y con la comunidad.

La Dirección de Atención Primaria de la Salud municipal ha confeccionado un sistema de registro mensual, donde se detallan las actividades realizadas por el personal de enfermería asistencial, la cantidad de personal disponible, las horas trabajadas, y un resumen que cuantifica y mide rendimiento. Estas planillas no son completadas por enfermería por la imposibilidad de cuantificar todos los procesos de trabajo que se despliegan, pero sirven para valorar las actividades que realiza en todos los centros de salud y permiten, además, estimar demanda de atención de enfermería.

Los registros que se detallan son:

Actividades grupales de enfermería (con otros profesionales) según lugar donde se realizan:

Centro de salud: en el equipo, con los usuarios.

Fuera del centro de salud: *Niveles centrales*: participando de las reuniones de gestión, investigación, talleres, cursos de capacitación y actualización; *con otras instituciones*: otros centros de salud y efectores de la red, escuelas, clubes, comedores, etc. y visitas domiciliarias a los usuarios.

Con respecto a las actividades de enfermería se resaltan:

Sus prácticas cotidianas son: inyectables, curaciones simples y complejas, nebulizaciones y aspiraciones, signos vitales, controles antropométricos, laboratorio, control de glucemia, extracción de puntos en zona de incisión, colocación de venoclisis, limpieza de material, acondicionamiento y esterilización.

Es responsable del stock y solicitud de reposición de insumos médicos, vacunas, drogas específicas para tratamientos, p. ej., tuberculosis, etc.

Intervención en urgencia y parto ya que se vieron incrementados desde hace aproximadamente 7 años, por lo que los centros de salud poseen personal capacitado y equipos para su intervención.

Actividades realizadas en el centro de salud: admisión, detección activa, entrevista, interconsultas pedidas e interconsultas recibidas de otros profesionales.

Por fuera del centro de salud: visitas domiciliarias.

Muchas de las prácticas se encuentran normatizadas y/o protocolizadas desde nivel central y, a su vez, coexisten con diferentes programas vigentes de nivel municipal, provincial y nacional. Por ejemplo:

Programa Nacional de Inmunizaciones

Intervenciones en el Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO)

Programa de tuberculosis, control del dengue, leptospirosis, Chagas, gripe.

Programa Provincial de ETS y SIDA de la Provincia de Santa Fe

Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirales Humanos y el Sida, Ministerio de Salud de la Nación.

Dentro del modelo de APS, puede ocupar cargos de gestión como: jefe de centro de salud y coordinador de distrito.

Capítulo 5. Las intervenciones de salud en modelos diversos de organización sanitaria: las voces de los/las enfermeros/as

El presente capítulo expone las voces de los/as enfermeros/as cuyas intervenciones profesionales se llevan a cabo en distintos centros de atención primaria, con la finalidad de identificar y analizar las prácticas y saberes que construyen acerca de su núcleo disciplinar. Se relevan las heterogéneas experiencias previas y las modalidades de trabajo en el ámbito hospitalario y de Atención Primaria de la Salud.

Las prácticas de enfermería en el ámbito hospitalario: experiencias previas recuperadas por los/as enfermeros/as

En este grupo de enfermeros/as, se indagó en relación a sus experiencias previas en el ámbito hospitalario, en las cuales sobresalieron aquellos aspectos que estaban vinculados a la modalidad de establecer una relación con el usuario, con sus pares y otros profesionales.

Tradicionalmente el hospital público responde a un orden organizacional de carácter formal, con una estructura piramidal jerárquica dividida por unidades operativas; los más altos cargos jerárquicos se ubican arriba de la pirámide mientras que en la base se encuentra todo lo relacionado con las actividades operativas.

El personal de enfermería, al pertenecer a una de las unidades operativas, también responde a sus propios niveles jerárquicos en sentido piramidal, que lo constituyen según su ubicación descendente en el Departamento de enfermería, supervisores de áreas y jefes de servicio. Las actividades operativas en la base de la pirámide están constituidas por los diferentes servicios en los cuales enfermería realiza su trabajo junto al usuario.

Estos servicios se presentan fragmentados con respecto al resto de la organización, principalmente por la parte médica; a pesar de compartir la atención de un mismo usuario, esta no representa un trabajo en equipo, se limita más a un cambio de información, modificación de indicaciones médicas o un pase de sala, que puede darse generalmente en un diálogo restringido por el escaso tiempo de permanencia del médico en el servicio. En los relatos se perciben los impedimentos para lograr un encuentro con otras profesiones y articular acciones dirigidas a los usuarios. Es desde este contexto laboral que se aprecia como un trabajo de continuos requerimientos e imprevistos para los enfermeros/as.

...en el hospital tenemos que estar las 24 hs. del día los 365 días del año, no la parte médica... esta te dice "... solucionálo, después voy", y ni hablar de la salud mental, te vuelvo a repetir, nunca la vi, por ejemplo, yo he trabajado en oncohematología en el hospital de niños y nos quedábamos solos con los hematólogos, a los psicólogos no les he conocido la cara, nunca lo vi articulado, jamás, espero, ya tengo 43 años algún día verlo articulado... Fernando

...por ahí hay como todo, como en clínica médica, la cantidad de indicaciones médicas son grandes y cambian totalmente y por momentos vos no podés tener una relación con los médicos porque vienen y se van y vos no podés decir "mire que esto ya se lo hicimos o no se lo hicimos", "o esto ya estuvo o no estuvo"... Ramón

...Y se te hace dificultoso, tenés que llamar al médico, no llega a tiempo... no encontrarlo, la búsqueda telefónica se hace corta, quiero decir, es corta pero se hace larga a la hora de la urgencia. Livre

En las entrevistas, de algún modo, queda plasmado lo expresado por Jarillo Soto EC (1981), al no ser valorada enfermería como una profesión *independiente*, sino que complementa la profesión médica; este hecho se hace más notable con respecto al espacio de sus prácticas cotidianas en los ámbitos hospitalarios.

De Souza Campos GW (2001), al referirse a este tipo de organizaciones, plantea la existencia de una profunda desarticulación entre las diversas líneas de trabajo, donde cada especialidad elabora sus propios objetivos, reglas y métodos, lo que tiende a burocratizarse. En este contexto se encuentra enfermería, en el frente de batalla, para poder asumir, dar respuesta y articular acciones con las diferentes especialidades.

Este tipo de estructuras organizativas hospitalarias son establecidas por la profesión médica, creando sus propias directrices (Mazzáfero VE, 1994), orientándose hacia un modelo de atención centrada en la que la relación humana queda postergada.

El modelo médico se instaura en el ámbito hospitalario, orientando a la práctica de enfermería, de manera exclusiva, a tratar la enfermedad comprometiéndose más con los aspectos biológicos. Al respecto, Watson J (1988) afirma que, con el fin de satisfacer las acrecentadas necesidades tecnológicas y burocráticas, el cuidado a nivel individual y grupal ha recibido menor énfasis en el sistema. Se ha vuelto más difícil para enfermería sostener su ideal de cuidado en la práctica.

Es de esperar que la alta tecnología ayude a enfermería, pero esta no debe perder de vista al usuario; es aquí cuando Merhy E (2006) nos dice que esas nuevas tecnologías que reclaman tanto los usuarios como enfermería son las que operan como tecnologías de relaciones (tecnologías blandas). Por los relatos de los/as entrevistados/as, vemos que la relación intercesora entre profesional y usuario en acto se da en el ámbito hospitalario, pero que está supeditada a las tecnologías blandas-duras y duras.

Es por ello que los/as enfermeros/as entrevistados destacan, el predominio de la atención biologicista y fragmentada centrada en los procedimientos, el poco margen de tiempo que poseen, lo que no les permite brindar cuidados más humanizados e integrales para el usuario, mientras perciben que no sucede lo mismo con la profesión médica, que lo aborda desde su propia especialidad. En la opinión de uno de los profesionales entrevistados se expresa que

...la relación interpersonal generalmente no es buena, por el hecho de que en lo hospitalario cada parte del cuerpo del paciente corresponde a un sector, es mi punto de vista, el cirujano el abdomen, el traumatólogo miembros inferiores y superiores, el urólogo el aparato urinario, y se olvidan de la salud mental... En el hospital andás a las disparadas y hacés lo que podés. Fernando

Tal como sostiene Menéndez E (2005: 24),

...el desarrollo de especialidades conducirá a desarrollar una división del cuerpo a extremos inimaginables a principios del siglo XX para la propia biomedicina. En la medicina de especialidades, el cuerpo pasará de ser considerado una suma de partes a ser reducido a una parte aislada, donde cada una tiene la denominación de la especialidad que se hace cargo de la misma.

En los relatos de otro de los enfermeros entrevistados, se aprecia que la atención brindada a cada uno de los usuarios se personaliza, de acuerdo a las características que presentan por sus padecimientos y que responden a diversas especialidades médicas. Debido a sus permanentes cambios en los servicios, enfermería adquiere una mayor experiencia e incorpora nuevas prácticas y saberes. Pero estos cambios tienen su costo; enfermería se encuentra sometida a las condiciones fluctuantes del mercado laboral y al déficit de enfermeros en el sistema.

El entrevistado resalta la diferencia en el abordaje no sólo desde lo biológico sino desde lo psicológico y su contexto social, los conocimientos amplios que debe poseer el enfermero frente a la diversidad para afrontar en lo cotidiano la relación interpersonal de modo singular.

Lo que me favoreció en estos 12 años, primero, la diversidad de pacientes que yo he tenido que atender al haber pasado por distintos sectores, como ser terapia, coronaria, clínica, traumato, esto me permitió tener una visión panorámica de distintas patologías y de distintos aspectos psicológicos, sociales, culturales y religiosos y a su vez desde el punto de vista de salud general también, porque no era lo mismo atender a un paciente neurológico en el cual la comunicación está afectada, que un paciente traumatológico que sólo tiene una fractura en la pierna, o bien una patología orgánica de abdomen agudo o una patología cardíaca donde el paciente es más especial y requiere un cuidado y un trato distinto en lo que es su persona y su estado psicológico, más que nada. Y es por eso que me ayudó a poder desenvolverme muy bien, teniendo en cuenta el tiempo que dispongas y cómo esté el servicio. Ramón

El hecho de que las unidades operativas de enfermería se responsabilicen de organizar, distribuir y controlar el trabajo del equipo de enfermería, de algún modo les ha permitido obtener un cierto poder en esas unidades operativas, aumentando su responsabilidad.

Pero, con el propósito de lograr mayor autonomía, se muestra como un obstáculo más que le impone el orden organizacional hospitalario, que no le permite articular acciones de cuidado con otros profesionales, por no estar presente la visión de trabajo en equipo.

Además, esta carencia de articulación con otras profesiones podría llevar inevitablemente a enfermería a encerrarse y retroalimentarse desde un lugar donde los servicios son de su responsabilidad, situación que podría tornarse en un continuo mirarse a sí misma, vislumbrando una cierta hegemonía, que acrecentaría una brecha con el resto de los profesionales de la organización.

Mientras que hoy se encuentra tratando de construir un marco conceptual propio como profesión y de lograr mayor autonomía por medio de individualizar el cuidado como inherente a la profesión, se viene trabajando fuertemente sobre la concepción del cuidado humanizado e integral, que implica realizar actividades que ayudan a las personas, familias y comunidades a fomentar la salud, prevenir enfermedades, satisfacer las necesidades cuando están enfermos y a la recuperación de su salud, dirigidas al autocuidado en la medida que sea posible. Estos cuidados pueden variar desde una simple curación, hasta medidas muy complejas en una

unidad de cuidados críticos, para ello requiere de un bagaje de conocimientos técnicos, científicos y una metodología para su acción. Se vale entonces de un proceso de enfermería, que puede definirse, según varios autores, como

...la aplicación del enfoque de solución de problemas científicos a la práctica de enfermería, que proporciona una estructura lógica en la que puedan justificarse los cuidados de enfermería. (Du Gas, BW 1998: 53-54; Carpenito, L 1998: 3-21; Iyer PW, Taptich BJ 1997: 1-30, 186-187).

Estos cuidados se establecerán en función del diagnóstico que realice enfermería.

Es sabido que el profesional de enfermería no actúa solo, que las diferentes prácticas surgen de la interacción con otras profesiones para el cuidado del usuario. Es por ello que el diagnóstico de enfermería encierra tres dimensiones, que son denominadas habitualmente como: dependientes, interdependientes e independientes. (Carpenito, L 1988: 3-21)

La *dimensión dependiente* incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del profesional médico. La responsabilidad de los profesionales de enfermería es administrar el tratamiento médico prescrito. Esta dimensión representa intervenciones que enfermería no puede prescribir legalmente. Deriva de una orden médica que realiza, como por ejemplo, un plan de hidratación parenteral. La *dimensión interdependiente* se refiere a aquellos problemas o situaciones clínicas en cuya prescripción y tratamiento colaboran los/as enfermeros/as y otros profesionales de la salud, normalmente médicos. Puede decirse también que son órdenes recibidas por profesionales de otras especialidades o servicios. La *dimensión independiente* incluye aquellas situaciones clínicas o problemas que son responsabilidad directa de enfermería y que le permiten seleccionar los cuidados que debe brindar. Estas intervenciones pueden ser legalmente ordenadas de forma independiente por enfermería. El término para describirlas es

...diagnóstico de enfermería y se define como el enunciado que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo o espiritual). (Carpenito L, 1988: 3-21; Ugalde Apalategui M, 1994; 1-13)

Son descritas también como las situaciones de salud o los patrones de interacción alterados o las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales que los/as

enfermeros/as, en virtud de su educación y experiencia, están capacitados, autorizados y legalmente responsabilizados de tratar. (Carpenito L, 1988 y 1994; 4-17)

A partir del diagnóstico de enfermería y la diferenciación con respecto a su autonomía, se despliega una serie de actividades con la idea de satisfacer las necesidades de los usuarios.

En este sentido, en los relatos del grupo entrevistado se valora que optan por definir aquellas actividades que les son propias como las *independientes* y aquellas que responden a las órdenes médicas como las *dependientes*. Este es el modo más frecuente que, en el ámbito laboral, se utiliza para diferenciar su grado de autonomía con respecto a la profesión médica. Los relatos manifiestan la imposibilidad que tiene enfermería de poder realizar lo que le es propio, por estar supeditada a un escaso margen de tiempo y prevalecer las acciones que corresponden a órdenes médicas, lo que no les permite desplegar sus conocimientos. Pero, al mismo tiempo, se deja ver que la fragmentación se acentúa al diferenciar lo *independiente* –“lo mío”– y lo *dependiente* –“lo tuyo”–, lo que no se alcanza a percibir es justamente la articulación “lo nuestro”, que permitiría un crecimiento y fortalecimiento al interior de la profesión y, por ende, en beneficio del sujeto que padece.

Desde ya nuestra profesión, si bien uno hace alarde de las acciones independientes de enfermería, en el ámbito de internación siempre estás dependiendo de las indicaciones médicas, las acciones independientes las hacés en la medida en que podés hacerlas o en la gente que lo tiene incorporado, y en la medida que hacés una cosa vas haciendo otra, pero siempre estás subordinado al médico. María

En este mismo sentido otra profesional dice,

...no te podés explayar mucho, se hace más las tareas dependientes pero no las independientes de enfermería pero por una falta de tiempo, la organización es demandante a veces, y eso no nos ayuda. Yésica

Pero, para optimizar los recursos de acuerdo a la demanda, desde el sistema de formación¹² establecido por el marco universitario se viene implementando el uso de tiempos cronometrados para una serie de actividades, con la intención de poder adecuar los cuidados de enfermería en función de las necesidades básicas insatisfechas que presentan los usuarios,

¹² Cátedra de Administración en Enfermería Comunitaria y Hospitalaria. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

según los grados de complejidad o de dependencia que asume cada uno. Los mismos fueron elaborados por el Ministerio de Salud y Acción Social¹³; establecen un tiempo estimativo de atención. Los tiempos estipulados variarán según las características propias de los servicios y son ampliamente utilizados para definir la dotación diaria o total del personal de enfermería que se requiere en cada servicio.

De este modo, la suma de todas esas actividades representadas en horas y minutos será la demanda que realicen los usuarios, la cual se coteja con las horas oferta de que dispone la dotación diaria actual del servicio.

Centrándonos en el tiempo que se asigna a cada actividad, solo se tiene en cuenta la preparación de los insumos médicos, la realización de la técnica al usuario, el posterior acondicionamiento de los insumos médicos utilizados y el registro correspondiente de la actividad realizada. Por dar un ejemplo, la colocación de una venoclisis tiene un tiempo estipulado de 10 minutos, mientras que un control de drenajes es de 2 minutos. No se contempla la relación intercesora con el usuario y la educación suele considerarse una actividad más.

Los servicios se organizan entonces a partir de esta lógica, que adquiere un carácter altamente mecanicista, resaltando una serie de actividades cronometradas pero que no contemplan cierta flexibilización en los tiempos para la relación interpersonal que, en cada procedimiento, se da entre el profesional enfermero/a y el usuario. Estos tiempos no pueden ser estimados, sobre todo al tener en cuenta que el usuario espera, en cada encuentro con el/la enfermero/a la oportunidad para poder resolver sus dudas e inquietudes en lugar de hacerlo en un horario establecido por el servicio para ser escuchado. Si bien es inevitable ese encuentro entre el usuario y el/la enfermero/a, no necesariamente indica que ha resultado beneficioso para ambos.

En el relato de una de las enfermeras entrevistadas se percibe que cada usuario debe ser abordado respetando sus singularidades, pero reconoce que su tarea queda restringida a los requerimientos del servicio al plantear que

Con el usuario en la sala es diferente, porque en esa etapa es ideal para hacer educación, pero unas veces lo podés hacer y otras no, depende de la permeabilidad del usuario, el entendimiento que tenga y el entorno familiar y de cómo está el servicio en ese

¹³ Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería de establecimientos de atención médica. Ministerio de Salud y Acción Social, Decreto 1.269 del 20 de junio de 1992 y Resolución 194/95.

momento que a veces te sobrepasa la demanda de atención que no tenés tiempo para hacerlo. Livre

Cada una de estas *actividades* debería concebirse como una serie de *actos de salud* en los que se conjugan las prácticas, los saberes, más la relación intercesora, que se dan en un espacio y momento determinado. (Merhy E, 2006)

Las prácticas cotidianas de enfermería se presentan propicias para beneficiar un espacio de encuentro único entre usuario y profesional, abordado desde sus padecimientos, comprendiendo los niveles simbólicos de los problemas de salud-enfermedad-atención, los cuales le permiten al sujeto, desde su punto de vista, ser un agente transformador de su propia vida. (Menéndez E, 1996)

Las relaciones entre el profesional enfermero/a y el usuario son captadas en un encuentro de subjetividades para ambos, en el cual ese significado no puede quedar reducido a la competencia técnica del profesional y a sus tiempos limitados. Es quizás un obstáculo más que se presenta y que debe afrontar cotidianamente el grupo de enfermeros/as, y esto se manifiesta en la imposibilidad de mantener una relación interpersonal con el usuario por los tiempos acotados con los que se encuentra.

Si la profesión de enfermería aspira a construir prácticas del cuidado de salud basadas en una visión integral del ser humano como sujeto, reconociendo que es único, singular e indivisible, aparece una contradicción, ya que debería replantearse, en estos espacios de alta demanda y alta exigencia, la posibilidad de un cambio que le posibilite ampliar su mirada, comprendiendo que en lo cotidiano se despliega una serie de procesos de trabajo más que una concentración de actividades, que se encuentran desarticuladas con la relación interpersonal. Desde esta visión, estaría más cerca de crear una serie de cambios y estrategias al interior de su profesión, que permitirían un encuentro más cercano con su quehacer profesional.

Desde esta perspectiva de análisis, el/la profesional enfermero/a se encuentra en el ámbito hospitalario desarticulado de otras profesiones y, al mismo tiempo, sujeto a las exigencias de su propia unidad operativa y a sus abordajes conceptuales que también refuerzan la desarticulación. Tanto el desajuste como las exigencias y los anclajes conceptuales limitan el desarrollo de sus competencias particulares y lo alejan de un cuidado humanizado e integral.

Estas limitaciones confluyen en un alejamiento del sujeto que padece; el término que más se adecua es el de *paciente*, sometido a la rutina del servicio, expectante desde su cama

sobre el diagnóstico de su enfermedad y atento a buscar la oportunidad entre cada procedimiento que se le realiza para informarse, ser escuchado y contenido.

Esto, sumado a la corta permanencia de internación del usuario, sólo deja un margen muy acotado como para establecer una relación satisfactoria usuario-enfermero/a, a pesar de que enfermería se encuentra siempre en el servicio, donde los tiempos no se lo permiten.

*Con respecto al paciente se puede tener una buena relación pero siempre teniendo en cuenta el tiempo de internación y mi tiempo disponible para poder dialogar con el usuario, cuando te das cuenta ya se fue.*¹⁴ Yésica

Si bien este tipo de organizaciones hospitalarias se presentan muy diferentes al pasado, siguen persistiendo desigualdades para el profesional enfermero/a, que están dadas por la subordinación histórica a otras profesiones y a sus pares superiores y, además, a la dificultad de defender su autonomía profesional.

Al respecto, Vaitsman J (2000) refiere que,

...ser parte de una organización pública de salud envuelve algún tipo de identidad colectiva, poseen razones determinadas, pero comparten algunas de las características en común, como ser, la autonomía de los médicos y la centralidad de su lugar en la jerarquía organizacional...

donde el trabajo se organiza en función de su autonomía y jerarquía.

Es por ello que, los profesionales que deben respetar niveles jerárquicos suelen establecer relaciones interpersonales desiguales, que crean malestar en la jornada laboral; dichos vínculos pueden depender a menudo de las lógicas de funcionamiento en las que están insertos. Al respecto, se observa principalmente que los/as profesionales enfermeros/as deben soportar una doble jerarquización dada por sus propios pares (jefes de sala, supervisores de área y jefes de departamento) y especialmente por la profesión médica. Otro de los relatos se vincula con espacios de poder que adquieren algunos actores socio-políticos dentro del ámbito hospitalario.

¹⁴ El término usuario está incorporado desde hace años al vocabulario de los/as enfermeros/as de APS, y está penetrando también en el ámbito hospitalario municipal, a pesar de que el término paciente todavía se encuentra presente. Algunos lo tienen incorporado mientras otros suelen intercambiar en el diálogo un término por otro.

En realidad no se trabaja en equipo, hay subordinación, somos muy discriminados, no sólo por la parte médica sino también por la dirigencia nuestra, incluso hasta algunos que no tenemos la misma personalidad, yo doy gracias a dios de tener una personalidad que me hago respetar, somos bastante maltratados. Fernando

...Miles de veces he visto la subordinación, pero eso tiene que ver con la concepción de cada uno, yo me voy a subordinar a la orden del médico si voy a considerar que está bien y si no la considero óptima y tengo mi fundamentación científica la voy a defender, la defendiendo y... me ha pasado muchas veces. Livre

Con mis compañeros no tengo problemas ¡pero sí! muchos espacios de poder y subordinación con el jefe médico y con mi supervisora. Yésica

En otros casos se puede suponer que la subordinación y los conflictos con sus superiores no resultan frecuentes porque tampoco existe la presencia de los mismos en el espacio de trabajo, preferentemente en los horarios de la tarde y en especial por la noche.

Con mis pares y otros profesionales, bien, buena, nunca tuve problemas. En esa época la jefa estaba sólo por la mañana, y muy rara vez la veía por la tarde, supervisores a la tarde no había, y por la noche no había ni jefas ni supervisoras, las veíamos sólo cuando había que organizar los feriados y las fiestas. Juan

Para algunos de los entrevistados, la autonomía guarda estrecha relación con la subordinación, el enfermero/a adopta una posición de sujeto instituyente para poder realizar lo que le compete, el no sometimiento; a la vez reconocen entre sus compañeros de trabajo a otros que, desde su percepción, se presentan como sumisos frente a las órdenes médicas que, como dice Kaminsky G en su concepción de análisis institucional (1994), pertenecen al grupo objeto y se destacan como grupo sometido a las órdenes instituidas.

...Sí, he tenido autonomía porque me la he dado, me la he creado por mi forma de ser, he visto compañeros que no tienen la personalidad de uno, que quedan ahí como sometidos a "sí, sí, sí, doctor", te aclaro que siempre es mi opinión. Fernando

...no te reconocen, están acostumbrados a los enfermeros buenazos esos, esos de andá, andá, hacelo vos, el sí, doctor... Livre

A continuación se resaltan los aspectos más relevantes que surgen de los relatos recogidos.

En el ámbito hospitalario se revelan similitudes con los sustentos teóricos ya desarrollados con respecto a las características que asume la organización tradicional del hospital y el impacto que produce en los profesionales de enfermería.

Desde los relatos se identifica que los efectores de salud donde trabajaron presentan un doble chaleco de fuerza; uno, dado por el carácter formal de la organización del hospital, con predominio del modelo biologicista centrado en los procedimientos, y no en el sujeto que padece. Otro, por la propia organización, que posee el servicio de enfermería altamente normatizado. Ambos provocan una fragmentación en los cuidados que se brindan al sujeto que padece y, a su vez, esa fragmentación limita a enfermería en el desarrollo de su quehacer profesional y en lograr establecer su núcleo disciplinar en un escenario que desmotiva e inevitablemente provoca alienación.

Los/as enfermeros/as expresan los avatares continuos e inesperados que se dan en lo cotidiano, donde la escasez de tiempo se impone en sus diálogos, durante las entrevistas, como una variable constante.

Se identifican la centralidad y el poder que adquiere la profesión médica que impone sus propios tiempos, por ejemplo, la cantidad y variedad de indicaciones interfiere en los tiempos de enfermería y desorganiza el servicio.

Con respecto a las relaciones entre los profesionales médicos se destaca que se han sentido subordinados, maltratados y discriminados, situación que se repite con sus pares superiores.

La escasa presencia del profesional médico en los servicios no le permite a enfermería mantener un diálogo fluido para lograr acuerdos en el cuidado del sujeto que padece, por consiguiente se destaca que no trabajan en equipo; más aún, uno de los entrevistados se refiere a la ausencia absoluta en el caso del área de salud mental.

La escasez de personal de enfermería determina la necesaria rotación por los diferentes servicios; si bien esto les permite obtener mayor experiencia al desarrollar nuevas prácticas y saberes, es de notar que las mismas quedan circunscriptas al modelo biologicista, donde predominan las tecnologías duras y duras blandas, una retroalimentación constante que gira en función de dicho modelo.

La propia organización del servicio de enfermería, como segundo chaleco de fuerza, a partir de tiempos cronometrados para sus actividades, no contempla cierta flexibilización que dé cabida a la relación interpersonal, en cada procedimiento, entre el profesional enfermero/a y el usuario. Los diferentes actos de salud que se despliegan en sus procesos de trabajo no quedan reflejados.

A partir de lo que se concibe como diagnóstico de enfermería, se resaltan las actividades *dependientes* (lo mío) *vs.* *independientes* (lo tuyo) que a su vez les permite identificar su grado de autonomía. No se advierte, además, un intento de posible articulación para establecer acciones en conjunto con otros profesionales.

Si bien los/as enfermero/as han manifestado la importancia de establecer una relación interpersonal con el usuario y su entorno familiar, son conscientes de sus limitaciones para ello; por otro lado, desde el sistema formador, se entiende al hombre como una unidad bio-psico-social y, en función de dicho concepto, se identifican las necesidades básicas insatisfechas, que por ser tan básicas se contraponen a la idea de brindar cuidados humanizados e integrados que, desde este lugar, aparece fragmentada y algo utópica.

Las intervenciones de enfermería en el marco del modelo de Atención Primaria de la Salud: reordenamiento de una visión tradicional

Si bien los centros de salud han sido percibidos por la población como una atención de *segunda categoría* por el modelo de atención biologicista, también los profesionales de efectos de mayor complejidad los han calificado como un campo laboral poco atractivo e incluso desvalorizado, entendiendo que los mismos y sus profesionales son de menor categoría.

Por otra parte, al momento de optar por el cambio, es posible que los profesionales de la salud lo perciban como un efector de baja complejidad y, por ende, crean que el trabajo se muestra simple y de fácil resolución.

Este desconocimiento previo para los profesionales de la salud que ingresan al modelo de APS puede tornarse decepcionante al enfrentarse a las diferentes problemáticas e interferir en sus relaciones, tanto con los usuarios como con sus compañeros/as.

También será importante que el personal posea disposición para apropiarse de conceptos que servirán para sus procesos de trabajo, su disposición para el trabajo en equipo

y para comprender lo que conceptualmente se entiende por integrar una red, estableciendo el vínculo con el usuario y su equipo desde el modelo de APS.

Ampliando la disposición del trabajador, se complementa lo dicho cuando afirmamos que el modelo de redes no supone que la responsabilidad se diluya para que la asuman otros. La idea no es que somos todos igualmente responsables, es inversa, se trata de fortalecer la identidad.

Según Rovere M (1999: 28), esto tiene que ver con el debate conceptual sobre individuo y sujeto que emplean expresiones que envuelven contradicción, ya que el sujeto no es individuo, es desindividualizado, porque se construye como sujeto en red. De este modo, para el autor,

...el sujeto que no tiene miedo a perder su identidad y se articula con otros es el apto para trabajar en redes.

Es por ello que en este grupo de enfermeros/as se indagó sobre los motivos que originaron el cambio del ámbito hospitalario al de APS, tanto por cuestiones personales como laborales, permitiendo que expresaran si, pasado el tiempo, se encontraban satisfechos con respecto a su práctica laboral.

Como ya fuera referido en el Cuadro N° 2 del capítulo 2, sólo dos de ellos carecían de experiencias previas en APS; para uno de los enfermeros fue algo buscado, mientras que la enfermera refiere no haber elegido pasar a APS, lo siente como algo impuesto.

Por cuestiones personales encierran diferentes motivos; algunos resolvieron acortar la distancia de su hogar al trabajo a la vez que resaltaron los problemas que se plantearon anteriormente con respecto a la presión que ejerce la organización en el ámbito hospitalario desde el orden jerárquico.

Me cambié primero por la distancia laboral, yo vivo en una localidad vecina, me quedaba lejos, eran muchos años, segundo, sentí que necesitaba un cambio, estaba muy estresado, muy cansado, sin respuesta de mis superiores, jefes, supervisores, como para alentarme un poco y aflojar esas tensiones y bueno, tuve la oportunidad que la busqué mucho tiempo y se me dio (...) Más bien de libro lo conocía (...) me gusta el trato con la gente... Fernando

Otro de los relatos estaba referido al grado de estrés que se vivencia en las áreas de alto riesgo y por el modelo organizacional, que tiende a ser muy exigente para enfermería, ya

que debe cubrir turnos los días feriados y los fines de semana, motivo de grandes conflictos en los servicios. La modalidad de APS les permite organizar su vida privada, la jornada laboral, en su mayoría, respeta su turno, no se trabaja los días feriados y en algunos centros de salud tampoco el fin de semana.

Salir de tanto estrés de áreas restringidas y no trabajar más los sábados y domingos y ver la salud desde otro punto de vista, cambiar de modelo (...) nada, nada de lo que era (...) Si, me gusta mucho. María

En cambio, para otro profesional, el trabajo en APS significó un ingreso superior y refiere sentirse a gusto.

...me gusta el trato con la gente. Ramón

Una de las entrevistadas no eligió pasar a APS, y mostró cierto desagrado por preferir estar en áreas de la investigación o la docencia. Se presenta como la única enfermera en el grupo indagado que se siente castigada por los directivos de APS.

El trabajo en salud se basa, todo el tiempo, sobre relaciones interpersonales, pero este modelo organizacional propone el compromiso de establecer el vínculo con el usuario y el equipo, para producir nuevas formas de atención; este rechazo podría impedir el desarrollo de una motivación creadora, un compromiso con el grupo y un cierto desapego del usuario.

...nunca me interesó APS, cuando yo concursé para la Municipalidad concursé no para esto, no me gusta, no quiero saber nada (...) yo estudié epidemiología y no quería estar aquí pero bueno, me integré, me adapté, yo siempre dije... yo fui castigada. Livre

Para otros entrevistados, en cambio, fue algo buscado por ellos mismos, la inquietud de abordar los problemas desde otro lugar; se evidencia desde sus relatos una elección que ha tenido un propósito claro, surgido desde las experiencias vividas en el ámbito hospitalario.

El modelo me motivó, y aparte porque yo soy una convencida de que APS es lo que sirve en salud, más hablando de Salud Pública por el tema de la promoción y prevención de la salud, tenés muchos más beneficios para el usuario (...) El tema de la promoción y la prevención siempre me gustó más que el segundo nivel de atención. Yésica

...De ver tantas mujeres jóvenes que llegaban a parir con varios embarazos previos y ver cómo se podía evitar embarazos tan seguidos y pensaba que se podía trabajar desde otro lugar y se podía evitar tantos embarazos seguidos, y por eso pedí el pase para APS, para trabajar justamente lo que yo entendía que era la prevención y la promoción de la salud, ese fue el motivo puntual por el cambio.

Yo me acuerdo que en esa época decía que el pilar fundamental era que yo debía decirles de qué manera cuidarse, que yo era el que debía informar, yo veía que estaba encerrado en un lugar donde sólo hacía lo curativo. Juan

La práctica de enfermería se cimienta en aportes de las ciencias biológicas y sociales, desde las cuales construye formas específicas de cuidado individual y colectivo.

Como ya fuera planteado, el ámbito hospitalario, por su organización altamente normatizada y fragmentada, limita el desarrollo profesional y la imposibilidad de brindar cuidados humanizados e integrales, por centrarse las prácticas cotidianas casi exclusivamente en aspectos biológicos. Mientras, el modelo de APS es percibido, por estos últimos, como espacios donde los/as enfermeros/as adquieren un lugar como actores más protagónicos y activos, que les permite ampliar sus prácticas y saberes dirigidos a abordar a los usuarios desde las diferentes problemáticas que surgen del contexto social y que han sido desplazadas de otros espacios laborales.

La propuesta del modelo organizacional de APS se destaca principalmente por crear espacios más democráticos, con trabajadores más autónomos y responsables, que participan en los equipos de salud, obligando a los profesionales a que se articulen facilitando la formación de otra subjetividad profesional centrada en la apertura para el diálogo.

El trabajo en equipo puede entenderse como un proceso de constantes cambios, producto de un interjuego entre dos o más profesionales, o todos los trabajadores de la salud que conforman el lugar de trabajo e interactúan para resolver problemas propios de la organización, o los que derivan de la atención de los ciudadanos y la población. Supone fines acordados en común, conocimiento claro de las funciones de cada integrante, donde se busca relaciones de apoyo, cooperación y confianza mutua. Presupone la capacidad de colaborar como colegas en lugar de establecer una relación de superior y subordinado. (OMS, 1988)

En este caso se indagó sobre la percepción que tenían los/as enfermeros/as sobre la modalidad de las relaciones al interior del equipo responsable, que está integrado por todos los trabajadores del centro de salud, entendiendo que estos espacios más democráticos

pueden ser un punto inicial para enfermería, logrando un espacio propicio para redefinir sus prácticas y saberes.

Un aspecto importante que se obtuvo por medio de la observación directa en los distintos centros de salud, lo constituye la particularidad que asumen las relaciones personales referidas al trato entre los compañeros. Difiere notablemente del ámbito hospitalario donde se impone un trato de carácter protocolar que asumen los/as enfermeros/as, administrativos/as o personal de limpieza al dirigirse a un profesional médico; en cambio, en el marco organizacional de APS, se llaman por su nombre de pila o suelen incluso llamarse por apodos. El lenguaje informal aparece como el eje de este modelo que les permite una orientación a estilos participativos y más democráticos.

Estos aspectos resultan muy relevantes ya que permiten que se pierda la jerarquización y se identifiquen con el otro como un compañero más de trabajo.

Este grupo de enfermeros/as se refiere a estos espacios donde las relaciones son más distendidas y dialogantes, constituyen un reconocimiento del otro, que favorece sobre todo a enfermería, ya que históricamente se ha sentido subordinada o no reconocida. Rovere M (1999) ubica al reconocimiento como primer paso y base para construir una red de vínculos donde, en ese contexto laboral, cada integrante sea reconocido en su derecho a existir y se acepte su opinión.

Al momento de tomar decisiones en el grupo, algunos entrevistados manifiestan que se presentan dificultades en lo cotidiano, pero es lo esperable en el intercambio de opiniones entre los compañeros, es parte de ese interjuego constante en el que pueden lograrse decisiones, en un espacio de consenso o disenso, como refiere Kaminsky G (1994: 32) al decir que

...las instituciones son procesos que se mueven, tienen 'juego', son los grupos quienes pondrán en juego este movimiento, lo cual implica conflictos, desajustes y presupone todo menos la armonía de un proceso fijo y estable.

Esos intercambios de opiniones y posturas asumidas benefician y enriquecen al grupo, dan la posibilidad de conocer al otro y crecer, comprendiendo también que suponen ciertas preferencias desde lo personal entre ellos.

No es fácil, acá y en otros lados, porque uno habla con sus compañeros y no es fácil, somos seres humanos, gente que ya tiene muchos años en esto en lo hospitalario o no, y no es tan

fácil cambiar a las personas. (...) En la parte humana yo rescato mucho porque tenemos más participación los enfermeros y es como que no se nos discrimina tanto como en los hospitales, tenemos un poco más de poder hacer y de decidir aunque todos sabemos, decidimos en base a los compañeros, pero creo que en ese sentido sí, cuesta un montón, tenés que pelearlo todos los días, discutirlo (...) hay confianza, es como una familia, a veces hay contradicciones y otras veces euforia, a pesar de las diferencias somos un buen grupo de gente. Fernando

Sí, tengo una compañera excelente y... No, sí, sí, los compañeros que tengo a la mañana (algunos) con los que hemos creado un vínculo muy lindo, muy lindo... Livre

Aquí no hay subordinación, yo creo que nos costó mucho a enfermería, te puedo decir a nivel de cada uno, tiene su especificidad, en el trato o en el tiempo libre somos todas iguales, cada cual puede respetar las decisiones de los demás y en el momento que hay que sacar las papas del fuego, las sacamos todas. María

Sí, son más democráticos, por el solo hecho de que sea así este modelo, en el hospital teníamos reuniones mensuales, o nos informaban algo o tengo el recuerdo que eran solo para organizar las licencias y las fiestas, a diferencia en APS que es todo lo contrario, en este modelo nos reunimos para tocar cualquier tema y todos participan. Juan

Sí, totalmente porque no importa la carrera, la profesión que tengas, todos pueden opinar porque la gestión municipal es estar con el paciente y para lograr eso hay mucho compañerismo, y de las reuniones también participa la mucama (...) todos participamos totalmente sin problema. Ramón

Que en la organización de APS se pierda en gran parte la verticalidad contribuye a que se pierda también el dominio y la sumisión entre los distintos integrantes. Una relación más horizontal al interior de los equipos conduce a construir entre todos una visión más cercana a la realidad, dada por una apertura comunicacional permanente, que posibilita en el grupo conjugar saberes y prácticas para producir apropiadas intervenciones.

El análisis posicional se define a partir de lo que se denomina la representación de cada actor, representación que orienta su acción. (Rovere M, 1993) Se supone que, a medida que las personas compartan las representaciones y construyan una visión común para esa organización, será más fácil la introducción y aceptación de estrategias innovadoras. La

profesión de enfermería resultará altamente favorecida para enriquecer sus conocimientos y acercarse a su quehacer profesional.

Si bien el modelo de APS, desde las diferentes expresiones del grupo de enfermeros/as entrevistados, es percibido como espacios más democráticos, impregnados de algunas características propias del ámbito hospitalario, en la profesión médica perdura cierta cuota de poder simbólico, que se manifiesta en la individualidad del acto médico, principalmente al instituirse como centro en la dinámica cotidiana de la organización sanitaria. De este modo, es frecuente que los integrantes del equipo de salud perciban malestar en tanto no pretendan adecuarse a esa centralidad, aun cuando los reclamos no han logrado cambiar dicha situación. Por ejemplo, por un lado, al no trabajar los días sábado se perjudica la accesibilidad del usuario, mientras que el no cumplimiento de los horarios produce una sobrecarga para enfermería que, en algunos casos, al encontrarse sin un referente médico, se ve obligada a tomar decisiones que superan la especificidad de su formación.

...Trabajábamos los sábados pero como los médicos nunca venían, y nosotros los enfermeros nos quejábamos, no se atiende más los sábados. Fernando

Sí, sí, nos ha pasado que el médico no ha estado y por ejemplo hemos tenido un paciente con un ACV o un chiquito con una obstrucción en su traqueotomía y eso te supera. Juan

El trabajo en equipo supone ser parte de una red de vínculos, permitiendo articulaciones con los otros en un contexto laboral que genere optimizar las prácticas sanitarias, teniendo en cuenta al otro y alcanzando acuerdos democráticos. El cambio sustancial, que aún no han logrado y deben afrontar como grupo, está justamente en las estrategias que deben implementar para conseguir que sea más importante la presión que ejerza el propio grupo, que el carácter normativo que debe ser respetado.

Al respecto, Rovere M (1999: 28) nos dice que

...es la fuerza recíproca que se genera en un pacto no escrito, pacto que implica cuándo un grupo tolera que uno se vaya antes de horario, el horario lo marca mucho más la cultura que el reglamento...

Es claro que cada centro de salud posee su propia cultura organizacional, y el camino a seguir para abordar esta problemática dependerá de las representaciones que construye el

grupo de sí mismo, tanto como la visión que se tiene del otro, es por ello que para los/as enfermeros/as será un desafío revertir cierta hegemonía de la profesión médica, pero el modelo organizacional de los centros de salud se presenta propicio para reflexionar sobre estos aspectos históricos. Es de esperar que la carga simbólica que favorece a la profesión médica se modifique, es el grupo quien no debe consentir que se trasladen estas *costumbres* del ámbito hospitalario para instaurarse en estos nuevos modelos de organización.

...y yo siempre lo discuto, que nosotros entramos a las 7 hs. y los médicos entran a las (entre comillas) 8,30 hs., 9 hs. o 10 hs. o más, y allí está el radiador, estás haciendo una práctica y te golpean la puerta por otra cosa. Fernando

Delimitando el núcleo de saberes y prácticas en la profesión de enfermería

Desde los relatos obtenidos en este grupo de enfermeros/as se aprecia que el modelo de APS ha significado para la profesión sumar una práctica innovadora que llevó a ampliar su autonomía, tomando decisiones que le son originales, como derivar al usuario a otro especialista integrado al equipo responsable del mismo centro de salud, sin la autorización previa de un profesional médico. Situación que no es permitida en otros ámbitos de salud, principalmente los hospitalarios, donde debe informar al médico, quien si lo cree conveniente pedirá una interconsulta.

Si bien se ha relacionado siempre a esta profesión con los procedimientos técnicos, hoy tiene un campo más amplio de acción que requiere el desafío de la apropiación de nuevos conocimientos; esto lleva en parte a delimitar sus incumbencias, que resultan del trabajo articulado con otras disciplinas. Dicho escenario, en parte desestructura la tradicional forma de ver *actividades*, muy propia de enfermería, incorporada desde el sistema formador, donde en cada encuentro con el usuario se desatan procesos de trabajo frente a las diferentes problemáticas más que una sumatoria normatizada y reglada de actividades. Es así que se percibe una nueva forma de producir salud en la posibilidad de un encuentro entre usuario y profesional, que permita al enfermero/a tomar decisiones que sólo estaban reservadas a otras profesiones del campo sanitario.

...tenemos la libertad de derivar, por ejemplo al psicólogo, le doy un turno, si está el psicólogo en ese momento se lo comento y si no, cuando lo vea, pero el usuario se va con el turno o se lo atiende en ese momento. Juan

...y porque me compete, de poder pedir una interconsulta con salud mental, esto se ve más plasmado aquí en APS que en el ambiente hospitalario, porque en el ambiente hospitalario lo que vos podés hacer si el que está a cargo es un traumatólogo decirle: "Mire, doctor, este paciente tiene un problema, si quiere... si usted lo considera, se puede pedir una interconsulta con salud mental, o con el trabajador social".

Por eso te vuelvo a repetir, tu caudal de conocimientos y experiencia te ayuda a trabajar, para que puedas hacer todo esto y facilitar el entendimiento en el equipo de salud. Ramón

Para los usuarios, el/la enfermero/a es un referente importante en los centros de salud, otorgándole un mayor reconocimiento. Se aprecia en los relatos que no están abocados solamente a procedimientos técnicos cotidianos (inyectables, curaciones, nebulizaciones, etc.), que se han instalado en el imaginario colectivo de la población como la idea de una profesión relacionada a técnicas invasivas, de agresión o que irrumpen su pudor. Es popular la imagen de que el médico *indica* y el/la enfermero/a *ejecuta*.

Se expresa en los/las entrevistados/as que el encuentro con el usuario no siempre está referido a consultas médicas, trasciende el plano de lo biológico y de las prácticas cotidianas, y aparece una necesidad del usuario de recurrir al enfermero/a para ser escuchado, contenido y acompañado en su padecimiento. Esta nueva visión que va construyendo la población, constituye un cambio positivo para enfermería, otorgándole un mayor protagonismo y reconocimiento. El beneficio está en fortalecer la relación vincular, no entendida como una dependencia hacia el/la enfermero/a sino con el propósito de orientar al usuario hacia el autocuidado, para ello se presenta el desafío de apropiarse de otros saberes, por medio de la articulación con otros profesionales pero, a un tiempo, logrando mayor autonomía.

Sí, en situaciones en que vos estás más con la gente, en lo intrahospitalario estás más con el familiar y el paciente, pero en un ambiente muy normativo, y no siempre tenés tiempo y acá tenés más libertad, te la da la gente, me la da la gente, la gente, ella es la que me da esa libertad... Fernando

Sí, porque vos podés libremente aconsejar u orientar a un paciente con respecto a algo que a lo mejor no requiere de una práctica médica sino solamente de escuchar y aconsejar a los pacientes. Ramón

Sí, es más autónomo, constantemente tenés que resolver situaciones que están dentro de tu competencia, la relación directa con el usuario hace que seas así. Juan

Sumado a las nuevas apropiaciones de otros saberes y al pensar nuevas formas de producir salud, que le proporciona este modelo más horizontal, para uno de los enfermeros es aprovechado para elaborar un producto nuevo desde la libertad de desarrollar su creatividad frente a una situación determinada, que le facilita abordar al usuario.

...hay un chico que consume (...) como al pibe le gusta la música yo llevaba la guitarra y le enseñaba, pero no lo tomaba como algo que no me correspondiera, si bien no lo aprendí de la escuela de enfermería (se sonríe) pero son conocimientos que uno tiene y que ayudan. Juan

Con respecto a las inmunizaciones, para enfermería vienen teniendo un protagonismo muy importante en el campo de la prevención desde hace tiempo. Ésta se caracteriza por ser una labor propia de la profesión que asume, junto a sus conocimientos, el poder de decisión al momento de vacunar, lleva el control y registro de la población vacunada y mantiene las vacunas para atender con garantía a la población. Los cambios constantes en los calendarios de vacunación así como la aparición de nuevas vacunas llevan a actualizar sus conocimientos constantemente. Si bien la vacunación encierra aspectos normativos, posee amplia libertad para poder fortalecer una continuidad en la relación vincular con los usuarios que se atienden en ese centro de salud, como así también brindando información y/o educación en prevención y promoción de la salud a cualquier usuario que las requiera. Se compromete en las campañas de vacunación, tanto en el servicio como en distintos espacios sociales (barrios, escuelas, comedores, otros).

Quizás es con esta práctica con la que se siente más representada la profesión por su relación directa con el usuario y en la que percibe que posee mayor autonomía.

Vacunación, allí sí tenés tu autonomía, porque mirás el carnet, decidís qué tenés que hacer, y educás a la madre. Livre

Y en APS es la vacunación y la relación con el usuario. Yésica

El modelo de APS propone establecer el vínculo con el usuario, es por ello que se indagó en este grupo si dicho encuentro ha significado un espacio propicio para su profesión, otorgándole mayor poder de decisión (autonomía), crecimiento o creatividad.

Esta relación vincular a la que alude APS, que se prolonga en el tiempo por medio de un proyecto terapéutico compartido con el usuario, es vivenciado por los entrevistados/as como un evento singular y diferente a las experiencias vividas en el ámbito hospitalario.

En ese ámbito, *el sujeto está sujetado* a su cama, sujeto a la rutina y organización del servicio, con un tiempo determinado de estadía; de este modo, enfermería organiza sus procesos de trabajo, donde ella también está sujeta a la propia organización y sabe que el *paciente* está allí, a la espera de ser atendido. Mientras que, en el centro de salud, ese mismo *sujeto* se convierte en un usuario que hace uso del servicio con total libertad, cuando él lo cree conveniente, e incluso lo hace extensible a su núcleo familiar y/o a las personas con las que convive.

En el espacio institucional-hospitalario, en los procesos de trabajo, está presente la rutina diaria, que siempre es la misma, lo que cambia es el *paciente* que ocupa una *cama útil*. La atención que se brinda en ese contexto hospitalario responsabiliza por el tiempo de internación hasta el alta, y es por ello que la relación interpersonal se encuentra acotada por *los días de estada*. Puede decirse que la relación interpersonal tiene un principio y un fin determinados.

En ese espacio físico los enfermeros pueden organizar su rutina como también los imprevistos, a pesar de reconocer que dentro de los cuidados ofrecidos se encuentran grandes limitaciones de interactuar con el sujeto.

Se debe recordar lo expresado por los profesionales indagados, al manifestar las dificultades que se presentan en las organizaciones hospitalarias, por carecer del tiempo suficiente para brindar educación y lograr una óptima relación interpersonal como parte de sus competencias, lo que se contrapone notablemente a lo expresado en sus respuestas en relación al trabajo en APS. El compromiso que asume con el usuario, la familia y/o los convivientes aparece como una mayor responsabilidad; la relación vincular se proyecta como algo que se prolonga en el tiempo, muy diferente a lo ya mencionado en el ámbito hospitalario.

Los ejes propuestos por APS —prácticas de construcción de la salud colectiva, prácticas ampliadas y contextualizadas y prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios de salud según necesidades— se encuentran atravesados desde la

concepción de la construcción de vínculo, y nos conducen a los distintos aportes que convergen en diferentes autores Merhy E (2006), Souza Campos GW (2001) y Rovere M (1999).

Más que la diferenciación de actividades dependientes o independientes, a las cuales se referían desde sus experiencias en el ámbito hospitalario, se presenta el reto de estar preparados para comprender e intervenir en el proceso salud/enfermedad/atención tomando en cuenta la complejidad y la singularidad de los individuos y la comunidad.

Desde este modelo se encuentran con *problemas*, que desatan una serie de *procesos de trabajo*, que no culminan en una concatenación de actividades establecidas para satisfacer las necesidades bio-psico-sociales.

Como se ha mencionado, uno de los modos de expresar la actividad de enfermería consiste en la aplicación de un proceso que lleva a detectar las necesidades básicas insatisfechas bio-psico-sociales (a partir del análisis e interpretación de datos que recoge), formular diagnósticos en relación a las necesidades detectadas, establecer prioridades, formular un plan de acción, y ejecutarlo (mediante la aplicación de técnicas, procedimientos y controles específicos) y evaluar los resultados. Puede parecer adecuado pero ese proceso, al estar centrado en el concepto que ve al hombre dividido como una unidad bio-psico-social, no logra resolver los aspectos psicosociales, cuyo abordaje se presenta como algo abstracto, no fácil de resolver. Es quizás ese orden conceptual estructurado y fragmentado lo que provoca una cierta carga, al intentar establecer un vínculo con el usuario.

En el caso de la única enfermera que no se sentía satisfecha por trabajar en APS, su relato quizás responda a esta visión restringida que la lleva, de algún modo, a poner distancia en su relación con los usuarios.

Yo en lo particular, tengo determinados vínculos con los usuarios, tengo mis propias herramientas porque si no se tornan muy pegajosas las relaciones, me siento más autónoma, lo hago cuando vacuno, cuando saco sangre, aprovecho para educar, para mí ese vínculo nada más. Livre

En el modelo de APS se propone el tratamiento terapéutico compartido (usuario-profesional), para lograr estos acuerdos por medio de la relación vincular, que encierra el propósito de buscar sujetos más autónomos como así también lograr una mayor adherencia a los tratamientos. En los relatos se puede visualizar que enfermería lo vivencia como una *adherencia a su persona*.

Las diferentes problemáticas con las que se encuentra la profesión en la estrategia de APS superan sus prácticas cotidianas, requieren de una apropiación de nuevos conceptos interactuando desde el grupo interdisciplinario, ya que la complejidad de la realidad necesita el aporte de muchos profesionales, y de este modo logra abrirse hacia un campo de conocimientos que le permita definir una función social a realizar y una función nuclear que, como dice Castrillón MC (1997), nunca fue muy clara ni para ella ni para la población. Este nuevo modo de producir salud en APS no sólo le da la oportunidad de definir esa función social sino que también es lo que se espera de ella en este modelo organizacional que rescata las voces de diferentes actores en el trabajo en equipo.

Al respecto, De Souza Campos GW (2001) resalta que el abordaje de cada problema de salud debe ser comprendido de tal forma que el trabajo clínico se refiera al desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal, en el que el equipo terapéutico es continuamente responsable por el proceso de atención. De este modo, según el autor, el vínculo terapéutico entre el equipo de profesionales y usuarios estimularía la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de salud. Pero este nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de salud aparece como un desafío para algunos enfermeros/as del grupo entrevistado.

Sí, como profesional y como persona, pero yo vengo de un lugar también donde la gente se apega mucho a uno y la relación es óptima pero también llegarle no es fácil y cuando uno se pega mucho al otro es esa dependencia que son como una goma... 'Ah, si no es ella no me atiendo, si no está ella no me atiendo', y eso tampoco es bueno, ya veces eso también te sobrecarga, tiene sus cosas buenas y malas. Yésica

...acá ya no te encontrás solamente con el paciente, sino con el núcleo con los que vive, con los convivientes, que a veces son muchísimos, y uno no lo tiene en cuenta cuando trabaja en un área cerrada como es el hospital. María

...Esto es más cercano a los problemas de la gente, en el hospital es mucho más rápido, están dos o tres días y acá es una vida lo que están porque acá vienen y vuelcan todos sus problemas. Ramón

Desde las particularidades que tiene su trabajo en APS, en los relatos de entrevistados/as se percibe el encuentro con los usuarios, destacando que ya no se encuentran con necesidades sino con *problemas*.

Según Rovere M (1999), las necesidades construidas se presentan como asépticas y, a su vez, no son técnicamente decodificables, surgen de la conversación directa entre el personal de salud y la población, en la que no se detectan viejas y nuevas necesidades, por ello es preciso, de alguna manera, resignificarlas.

La complejidad del contexto en el que enfermería debe desempeñarse constituye un desafío, ya que debe valerse de nuevos abordajes conceptuales que se acerquen más a la realidad social que debe enfrentar.

En tanto la salud se construye socialmente y es dinámica, cambiante; por su parte, el contexto social en el que hoy vivimos se presenta con un aumento de la desigualdad y la exclusión, del deterioro en las condiciones de vida, del desempleo, del trabajo inestable o mal remunerado. Las nuevas características que asumen las adicciones, su acrecentado consumo, como así también la creciente violencia en los diferentes espacios sociales, remite a que es necesaria su articulación con otras disciplinas.

Desde la visión poblacional, nos dice Diez Roux AV que se requerirá de nuevas formas de pensamiento sobre teorías y métodos para el abordaje de los problemas de salud, ya que hoy se necesita una epidemiología que se mueva más allá de las dicotomías social-biológica y grupal-individual.

Al respecto, el recordado Samaja J (2004: 70) afirma que

...el término problema sólo tiene su campo de aplicación en los seres vivientes y en los humanos, ya que ni los sistemas mecánicos ni los químicos no prefieren dirigirse hacia un estado que a otros (...) sólo los seres humanos disponen de mediadores simbólicos que les permiten representar intersubjetivamente aquellos procesos que forman parte de sus esferas de regulación.

Y es Testa M (1997) quien agrega que, en términos matemáticos, el ideal de un problema se presenta continuo y derivable, donde nos invita a utilizar la metáfora para pensar problemas de la vida cotidiana, explicando que la continuidad de una función permite pensar en una lógica que la identifique y, en consecuencia, que la haga plenamente previsible. Pero el autor, al relacionarlo con nuestra vida, refiere que la misma no se presenta de este modo. Nuestros actos, que derivan de deseos e intereses, no pueden ser previsible.

Es por ello que Samaja J (2004) plantea que

...el objeto de las disciplinas de salud lo constituyen: los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el curso de la reproducción social.

Estos problemas de la salud se sitúan en una intersección de diferentes disciplinas y orientaciones metodológicas que nos obliga a integrar todas esas perspectivas en la comprensión de los hechos concretos. Formular *problemas de salud* significa también recuperar las voces de otros actores sociales.

Si bien este último autor se refiere a las disciplinas maduras, el modelo de APS ha contemplado desde su misión tres aspectos, que ya fueron mencionados anteriormente: que se enfrenta a *los problemas de la población, a la organización y a los trabajadores*, otorgando espacios horizontales y democráticos; produciendo otra forma de brindar salud atravesada y sostenida en el vínculo humano, ya sea entre los propios trabajadores y con los ciudadanos.

Estar sobre la necesidad de la gente, sobre los problemas de la gente, está más sobre la realidad de la gente, es más palpable, no te queda otra creo, lo tenés allí, es la realidad de hoy. Gestionar, que es una palabra que se usa mucho, es gestionar para hacer, para solucionar. Fernando

...vemos la problemática barrial, en el hospital no alcanzás a ver esto, como que no les da el tiempo, aparte creo que no le corresponde al segundo nivel, para eso estamos los de APS. Yésica

...estás totalmente más cerca del paciente, de los problemas, es tenderle la mano a los pacientes, más cuando no tenemos asistente social, como nosotros, enfermería somos los que más estamos cerca de los pacientes. María

Para mí es el primer contacto que tiene una persona con la salud, de que alguien que le pueda dar una atención, no es lo mismo que en el ámbito hospitalario, ahí te derivan. Ramón
...es trabajar más cerca con los problemas de la gente, con la verdad de lo que sucede, es viabilizar, que los problemas tengan una resolución, a veces no cuando uno quiere, a veces cuesta más a veces cuesta menos, a veces cuesta muchísimo.

Pero en realidad es eso, es estar cerca de los problemas de la gente, sé que es importante estar cerca de los problemas pero también sería bueno a veces no siempre trabajar con los problemas... Juan

Una es la contención del paciente, porque vienen muchos pacientes con distintos inconvenientes, muchos problemas y donde primero acuden es a un enfermero. Ramón

Otro aspecto sustantivo visualizado en el transcurso de las entrevistas en los centros de salud refiere a los espacios físicos propios que ocupa la disciplina, condición imprescindible para la generación de nuevas modalidades vinculares.

En los efectores pertenecientes a la APS, cada profesional tiene su propio espacio, como por ejemplo los consultorios; no son interrumpidos cuando el médico se encuentra atendiendo a un usuario. De igual modo, enfermería posee su espacio que en diferentes lugares es denominado como consultorio o se sigue teniendo la idea de *office*.

Esta marcada diferencia denota que, entendido como un consultorio, adquiere la misma importancia que en otras profesiones, pudiendo enfermería desenvolverse con mayor tranquilidad en la relación con el usuario.

La denominación de *office de enfermería* simboliza los espacios asignados en las salas de internación y áreas críticas, donde la profesión tiene una visión panóptica de los internados, y es el lugar donde siempre se encuentra, para cualquier requerimiento de los usuarios, visita y otros profesionales.

Más allá de la definición que se otorgue en los centros de salud, la que prevalece por su funcionalidad es la de *office*, un lugar de tránsito frecuente para el resto de los profesionales, donde se interrumpe a enfermería por diferentes cuestiones que pueden ser tratadas en otro momento.

En el imaginario colectivo del grupo, enfermería es la que debe estar presente frente a un imprevisto que puede ser banal, pero el lugar de encuentro es siempre el espacio asignado para poder desempeñar sus funciones.

En este modelo de APS, enfermería tiene el privilegio de poder defender su espacio, debería poder consensuar con el grupo la importancia que reviste el poder abordar al usuario en un espacio de privacidad en el que nadie interfiera en ese momento de encuentro y diálogo. No debe entenderse como un impedimento para enfermería sino como un nuevo desafío que se le presenta en estos espacios más horizontales.

Los mismos problemas, pero más difíciles de resolver, están referidos al obstáculo que presenta el diseño arquitectónico de antiguos centros de salud; los consultorios de enfermería se encuentran ubicados de modo tal que son el paso obligado para el resto del grupo cuando necesita desplazarse a otros lugares, de esta manera imposibilita la privacidad con el usuario.

Como se ha mencionado, el equipo de trabajo es concebido en APS como un esquema de organización para el trabajo en salud, buscando que este nuevo orden desarrolle cambios en la cultura dominante entre el personal de salud, creando una nueva subjetividad que valore la relación de vínculo en un trabajo interdisciplinario.

La subjetividad es un fenómeno fundamentalmente social. (Pichón Rivière E, 1970) La multiplicidad de voces internalizadas en la subjetividad, que llegan de las dimensiones intra, inter y transubjetivas, se entremezclan entre sí unas con otras en cada actividad cotidiana. La internalización de las experiencias enriquecedoras del contexto es un proceso constante de formación hacia la individuación desde lo social, en su incesante orientación al otro, que concibe una esfera de sentido en lo diverso e inacabado y que despierta el diálogo interno e invita a la autorreflexión en cada momento.

De acuerdo con Japiassu H (1992), la interdisciplinaridad es entendida no solamente como una práctica política de negociación de diferentes puntos de vista (derivada de la fragmentación/especialización del conocimiento) sino fundamentalmente como una negociación de los diversos intereses existentes en los campos del saber.

El equipo de referencia se centra básicamente en dos profesionales de la salud: médico-enfermero, y se encuentra dentro de estas afirmaciones, comprometido a compartir sus procesos de trabajo, que lo llevarán a lograr acuerdos desde sus prácticas y saberes por medio de la articulación entre ambos.

Como primera aproximación a la identificación de su dinámica, se intenta indagar sobre la modalidad de las relaciones. Por medio de los relatos se pudo evidenciar que las relaciones interpersonales en este equipo guardaban semejanzas con las del resto del equipo del centro de salud; el respeto mutuo representa el primer paso para hacer más agradable el trabajo, de este modo ayuda a enfrentar las presiones y la intensidad del trabajo en lo cotidiano, facilitando el reconocimiento del otro.

Muy bueno, no hay conflictos (...) Hay confianza, es como una familia, a veces hay contradicciones y otras veces euforia, a pesar de las diferencias somos un buen grupo de gente. Fernando

Es muy bueno, no hay rarezas, yo soy muy clara. Livre

...El trato es muy bueno, me he agarrado por cuestiones de trabajo pero como hemos discutido en las reuniones delante de todos y en consultorio cerrado, ya está, ya está y podemos seguir trabajando porque ya nos dijimos las cosas, y tampoco nos vamos a matar porque tenemos que seguir laburando juntos. Juan

Es con respeto. María

El trato por lo general es cordial. Yésica

No tengo problemas. Ramón

Partiendo de esta relación personal cordial que han manifestado los/as enfermeros/as entrevistados, asumiendo también que se presentan algunas situaciones puntuales de discusión que se dan en un ambiente democrático, se cree oportuno, para seguir avanzando, hacer algunos comentarios que facilitarán comprender la dinámica que en la actualidad tienen los equipos de referencia. Los problemas al interior de los mismos se presentan acordes a su propia cultura organizacional.

Cabe mencionar aquí las vivencias desde el relato de dos de los enfermeros entrevistados. Uno de ellos, que además es el jefe del actual centro de salud, con experiencias previas en otros centros, relata que al inaugurarse dicho centro ninguno de los integrantes que se incorporaron se conocía previamente. Algunos de ellos provenían del sistema privado y no tenían experiencia alguna en el ámbito público; así también, había profesionales con reciente finalización de su residencia y dos enfermeros recién egresados, sin experiencia laboral, sólo una enfermera tenía una larga trayectoria en la profesión.

En este Centro de Salud, entramos todos los compañeros el día que se inauguró hace 6 años, nadie se conocía, se empezó de cero.

Cuando se conforman los equipos, la idea fue que... es muy lindo en la teoría pero trajo sus complicaciones.

Cuando se conforman los equipos de referencia, un clínico con un enfermero, un pediatra con un enfermero y así, en esa época éramos 4 enfermeros y se podía pensar en armar los equipos, que es muy lindo en la teoría. Yo creo, como jefe, que lo que se perdió fue un

entendimiento, una falta de comprensión o un desconocimiento de lo que era un equipo de referencia, yo sé que los que ingresaban a trabajar la mayoría tenía experiencia cero en la atención pública, las dos pediatras venían de terminar su residencia, la clínica también venía de su residencia, el clínico venía del sector privado y cero en la parte pública, los enfermeros había dos que eran recién recibidos y una enfermera que sí tenía experiencia de muchos años. Era todo nuevo, donde todos se encontraban en un contexto nuevo para ellos y, a su vez, de una experiencia nula en trabajar en equipo y pensar en trabajar en equipo de referencia era exigir al otro que se tenía que sentar para trabajar juntos más allá de que no era de la misma disciplina y compartir qué proyecto terapéutico era más conveniente, en algunos casos se llegó a hacer, como en el caso del clínico, pero la enfermera lo seguía, lo sentaba y lo tenía que hacer sí o sí, no le quedaba otra, no había discusión.

El otro equipo donde estaba la clínica, ella armaba su propio fichero y el enfermero, no sé si por desinterés o por su otro trabajo... no sé, no se involucraba.

Yo trabajaba con la otra pediatra, yo intentaba sentarme con ella y me era imposible trabajar con ella porque yo como jefe tenía que estar todo el tiempo con ella y dejaba a la otra enfermera sola con el resto del trabajo y tampoco podía hacer lo que me correspondía como jefe, esta constante tironeada, esta cosa que siempre se dio. Juan

La cultura organizacional es un sistema de actitudes, inclinaciones, capacidades, valores, creencias y prácticas sociales en el cual las características del todo están latentes en las partes. La cultura es algo que se despliega: emerge (cobra vida) al representar la gente sus características cuando actúa. (Morgan G, 1999: 50)

Frente a las características que presentaba este centro de salud en su apertura, con trabajadores de reciente incorporación en el sistema, se perdió la oportunidad de crear estrategias para fortalecer el trabajo en equipo, a diferencia de lo que sucedía en otros centros de salud que ya poseían una cultura organizacional fuertemente instituida, lo que suele hacer más difícil el proceso de apropiación de nuevos procesos de trabajo e incorporación de nuevos conceptos que sustentan el nuevo modelo organizacional.

Al respecto, para su mayor comprensión se cree oportuno recordar a Hegel GWF (1981: 113-121) en su obra *El Amo y el Esclavo*, que han sido traducidos muchas veces como Señor y Siervo y que hoy podemos expresar como Patrón y Trabajador. Nos encontramos que el trabajador es dueño de su fuerza de trabajo, no así de su producto; se apropia del objeto de trabajo, de la autonomía en el uso de sus herramientas y sus actividades para transformar el objeto de trabajo, generando cultura en función de esa apropiación y creando, a su vez, la

acumulación de fuerza o poder dentro de la organización. El patrón se relaciona con la cosa (el objeto de trabajo) en forma pasiva, mientras que el trabajador transforma la cosa (el objeto de trabajo) de forma activa y creadora para que el patrón la disfrute.

El trabajador reconoce el valor de la autonomía y su libertad en el patrón y esa es una ventaja, donde sólo le resta imponérselo y superarla. Esta cultura construida por los trabajadores les otorga un valor que representa un reto para quienes intenten modificarla.

Es por ello que se resalta la importancia de haber necesitado un acompañamiento en la apertura de este nuevo centro de salud con nuevos integrantes, ya que se perdió la oportunidad de transitar junto al grupo en la construcción de su propia cultura organizacional, en la cual se gestan sus propios patrones de significados, valores, ideologías, rituales y sistemas de creencias compartidas, que debieron ser atravesados por el fortalecimiento del nuevo modelo de atención desde la gestión; sin imposiciones pero marcando el camino para lograr un proyecto en común.

Por su parte, el entrevistado, en carácter de jefe del centro de salud, debe al mismo tiempo cumplir funciones asistenciales, trabajando en equipo con una profesional que resultó demandante, lo que lleva a pensar que la misma comprendía al equipo de referencia de tal modo que el enfermero era percibido como su asistente y él no pudo reorientar esa relación.

En el relato del segundo enfermero se presentan otras vivencias que resultan relevantes para su análisis. Percibe que las modificaciones en el interior del equipo estuvieron centradas por la horizontalidad excesiva que adquirió la organización, perjudicando a unos pocos compañeros, quienes debían hacerse cargo de la atención ya que, la modalidad asumida de la cogestión llevó a que la mayoría de los integrantes del equipo participara de la misma, permaneciendo fuera del centro de salud por las diferentes reuniones que surgían en la red de APS.

Igual que ahora con mini equipos, pero desde hace tres años ahora, ya está todo muy cambiado, teníamos un grupo de gestión, que de los 14 ó 15 integrantes que éramos, 13 eran de la gestión y dos o tres no lo éramos.

Participaban enfermeros, hoy esa gestión ya no existe, creo que de otra forma, se rompió, están disgregados, se ha ganado y en otras se ha perdido (...) y se ganó que no estén todos de reuniones y se perdió el trabajo en equipo.

Los mini equipos de salud hoy están muy disgregados también porque se ha ido gente, sólo quedó el equipo en el que estoy yo (...) no te dejaban participar, pero en otras ocasiones

cuando las papas queman, entonces participás, te preguntan qué te parece, esa es la realidad. Vos vas a los libros bla, bla, bla... Fernando

De Souza Campos GW (2001) incluye el concepto de Cogestión o Cogobierno, todos con capacidad de decisión, que llevarán a deliberar entre intereses en pugna, en negociación permanente, en discusión y recomposición con otros deseos, con otros intereses y con otras instancias de poder.

El modelo de APS comparte la propuesta de este autor, quien concibe un nuevo modelo de Gestión para Sistemas y Establecimientos de Salud, con el deseo de cambiar más que de adaptar y moldear sujetos. Trata de realizar un doble trabajo, por un lado, asegurar el cumplimiento del objetivo primario de cada organización (producir salud, educar, etc.) y al mismo tiempo, por otro, permitir a los trabajadores ampliar su capacidad de reflexión, de cogestión y, en consecuencia, de realización profesional y personal, teniendo en cuenta que el estilo de gobierno y la estructura de poder de las organizaciones condicionan y determinan comportamientos y posturas.

Para muchos gestores estas nuevas propuestas, más que un desafío, despiertan miedo a que sus instituciones pierdan el control. Para Kaminsky G (1994: 11)

Democracia no es la institución que elimina la verticalidad sino aquella que no se aterroriza por los movimientos de las composiciones horizontales.

En estas instancias de lo grupal/institucional el autor (1994: 34-35) nos permite llegar a otro concepto. Se trata del concepto de *transversalidad*, donde las instituciones son un vasto sistema de relaciones y comunicaciones, organizadas en torno a sus reglas formales y también a las informales. Existen aquellas que se encuentran más bien ceñidas hacia su disposición vertical, según su organigrama y sus jerarquías, pero también existen las instituciones que dan lugar a las formas horizontales de relación y comunicación como el modelo que propone APS. De este modo, si se intenta aplicar la ecuación verticalidad/horizontalidad, el coeficiente nos aproxima al nivel de transversalidad de cada centro de salud, registro que, según el autor, nos induce a considerar ciertos grados de optimización, alejando los excesos instituidos y también los excesos instituyentes, por ejemplo, lo relatado por uno de los enfermeros, desde su contexto laboral, donde se observa que son notables los inconvenientes que genera esta *democratización* dentro de los equipos de trabajo y por parte de los que tienen la responsabilidad de conducir esta gestión.

La participación de las reuniones, dada en su mayoría por el grupo, ha generado malestar al interior del mismo, por la *gran democratización* originada por un exceso instituyente, donde el coeficiente de transversalidad se inclina de forma notable hacia la horizontalidad, impactando negativamente en la prestación del servicio.

Sería interesante, como dice el autor, poder construir líneas de transversalidad en distintas instancias, como por ejemplo en los variados sistemas de relaciones y comunicaciones, organizadas en torno a sus reglas formales e informales y que se vinculen a diferentes grados de autonomía y de responsabilidad en el marco de lo instituido e instituyente. Esto se vería favorecido, puesto que en los relatos se ha apreciado que el trabajo en lo cotidiano se da en un clima de discusiones democráticas.

El modelo de APS ha propuesto una gestión descentralizada, que plantea el desafío de definir el espacio de autonomía de los equipos locales, sin que se convierta en una anarquía corporativa: la función de la coordinación es sostener esas directrices y asegurar que todo lo que se haga transcurra en ese marco. (Ferrandini D, 1989: 248) Pero al interior de los equipos —se presume por los relatos—, se fue generando cierta anarquía, que provocó malestar en los afectados. Por ello, los aspectos conceptuales básicos sobre el trabajo en equipo y la participación en la cogestión deben ser concensuados en el grupo para evitar la sobrecarga de trabajo y la percepción de que no se permite participar.

Para seguir profundizando en la dinámica actual del equipo responsable, se debe contextualizar los cambios que se produjeron en estos últimos años, a fin de comprender cómo se entiende en el presente.

El actual escenario de APS se encuentra en constante replanteo en la mayoría de los centros de salud, en función de los conflictos de intereses y de los procesos de poder entre las diversas profesiones involucradas.

En la actualidad la idea de equipo de referencia en APS viene teniendo sus avances y retrocesos en el interior de cada centro de salud. La carga simbólica de esta denominación, frente a lo acontecido, es de rechazo. Hoy los/as enfermeros/as prefieren llamarlo “mi equipo”, “trabajo en grupo” o directamente prefieren decir “equipo simbólico” o “no trabajamos más en equipo de referencia”.

Hace aproximadamente cinco años, los profesionales de la salud pública decidieron autoconvocarse e iniciaron una serie de paros, por fuera del sindicato, al no sentirse representados para lograr un aumento en su salario. A esto quisieron sumarse los enfermeros, quienes no fueron reconocidos como profesionales y los días de huelga debieron presentarse a sus lugares de trabajo con el personal administrativo y sus respectivos jefes de centro de

salud, no todos profesionales médicos, lo que llevó a cierto malestar en aquellos enfermeros que debían resolver una consulta médica sin un referente médico. A su vez, el conflicto surgió entre los enfermeros profesionales y los licenciados en enfermería, pues los primeros pretendían igual reconocimiento que los últimos, situación que es ampliamente conocida en nuestro país.

...pasaron muchas cosas en las cuales hubo muchos conflictos con los paros de profesionales autoconvocados, provocó que algunas personas afines a la gestión o que querían participar de la gestión, bueno, tomaran cierta distancia, se abrieran, hubo un quiebre en el interior de los equipos, si bien a nosotros no nos afectó mucho, pero bueno, eso del reconocimiento, a algunos como profesionales y a otros no, produjo que muchos compañeros dejaran de participar en la gestión. (...) la admisión era un problema donde no había acuerdos, todo lo tenía que resolver enfermería, salvo eso, el resto no hay problemas. Juan

No admisionamos más porque creímos inequitativo cuando se les dio aumento por profesionales a los médicos, el colegio de enfermeros no nos avaló a los enfermeros, avaló solamente a los licenciados, de hecho, tampoco a los licenciados se les dio un aumento entonces creo que quedó muy inequitativo el sueldo. María

Sumada a los conflictos laborales, enfermería venía soportando una sobrecarga de trabajo, bajo el concepto de admisión, donde debía atender a todos los usuarios sin turno, además de cumplir con sus actividades diarias, mientras que el profesional médico tenía sus turnos programados y en muchos casos promovía a enfermería a tomar una decisión por encima de su nivel profesional, para descongestionar la alta demanda de consultas médicas. Esta modalidad de entender la admisión también fue apropiada por los usuarios; así, en otro de los relatos se observa cómo la enfermera expresa que es el referente en el equipo, ya que es quien se encuentra siempre presente y disponible.

Lo expresado por Ferrandini D (1989: 248), al decir que enfermería tiene un punto clave en la admisión y al considerar que muchas de las consultas que parecen menores terminan siendo importantes, no fue comprendido de igual modo en la práctica; en el interior de algunos centros de salud, se presenta como una responsabilidad única de enfermería.

...por darte un ejemplo, un consultorio médico pasa en el día 12-15 y por enfermería pasan 70-80 personas y con distintos problemas, y si uno nunca resuelve le pega en el palo, no

somos un filtro, somos un radiador porque el filtro pasa lo que tiene que pasar y queda, el radiador queda pegado, te queda, somos nosotros los radiadores, y son muchas cosas las que te quedan pegadas, pobreza, chicos desnutridos, un montón de ese tipo de cosas que en el hospital lo ves pero de otra forma, ¿me explico? En el filtro pasó, se depuró, en el radiador quedó, y a nadie le importa, y no hacen nada para esto, no tengo nada contra nadie, que me perdone el que escuche esto, pero es así. (...) Trabajo en equipo con una pediatra, a veces tenés que hacer cosas que no deberías, a veces te dicen "mirá, no se hace, pero acá te dejo un talonario firmado", es grave, es la verdad, si esta encuesta es seria te tengo que responder la verdad. Fernando

...así que enfermería es el núcleo principal yo te podría decir (...) somos el referente de los pacientes, somos los que los pacientes encuentran de lunes a viernes, siempre, todos los días, y yo podría decirte que enfermería es la cabeza del Centro de Salud. María

Enfermería, admisión no la hace, lo hace sólo el médico (...) No, ni más ni menos, al contrario siento que tengo que depender más del médico, porque yo tengo esta postura que yo no medico a nadie, no le doy un paracetamol a nadie, siendo que ahí quieren que uno sea y no, pero si vos te mandás una macana se lavan las manos, por eso yo soy muy responsable de mis acciones. Livre

A pesar de reconocer sus límites profesionales y legales, la modalidad que hoy asumen se presenta divergente. Esto llevó a algunos a seguir soportando esta modalidad, a otros a no querer ocuparse de la admisión, mientras que se percibe desde los relatos que otros entrevistados presentan dificultades para definir su propio diagnóstico de enfermería frente a la admisión.

Retomando el relato de uno de los entrevistados, al decir que *no son un filtro sino un radiador* (Fernando), sintetiza lo dicho por los/as demás enfermeros/as, ya que condensa el concepto de diagnóstico de enfermería en diferencia al diagnóstico médico, se está refiriendo a que tiene que tomar una decisión, dentro de estos dos conceptos, frente a la que se crea cierta incertidumbre por la responsabilidad que debe asumir; el filtro es manifestado como la decisión que toma el enfermero para descongestionar los consultorios médicos, mientras que el radiador se refiere a lo que él, posiblemente, desde sus saberes y prácticas, cree haber resuelto o no, lo que provoca un grado de culpabilidad.

Desde otro contexto laboral, el relato de una de las enfermeras admite que no está de acuerdo con la modalidad que asume la admisión, pero al mismo tiempo reconoce que no puede negarse.

No tenemos problemas, salvo el tema de la admisión. (...), pero también tiene que ver con el personal, creo que acá enfermería tiene que hacer un mea culpa, porque tiene que ver cómo uno se posiciona, tiene que ver mucho con eso, si me voy a estar subestimando todo el tiempo no y estar siempre diciendo que no... Yésica

Al respecto, Castrillón MC (1997: 112) nos dice que

...es necesario asumir críticamente la imagen ideológica que se ha establecido socialmente de enfermería. Cuestionar la validez y el significado de una imagen construida a partir de las ideas de disciplinas, limpieza, su misión al servicio del médico y el sistema de salud, abnegación, sacrificio y pureza, ideas que generan un sujeto cargado de responsabilidades morales, escrúpulos y frágil autoestima, que le impiden construir y pronunciar su propio discurso, expresar sus ideas y reconstituirse como sujeto social y profesional, con deberes y derechos.

Por su parte, Clare J (1993) sostiene que estos planteos guardan relación con la socialización que se construye desde el sistema formador, donde los alumnos incorporan sus conocimientos en una dirección definida por grupos dominantes dentro del sistema de salud, como por ejemplo la estructura médica.

Al referirnos al diagnóstico de enfermería entendido como el juicio formulado por el profesional, luego de haber organizado los datos obtenidos en la valoración, que implica en esta situación tener amplios conocimientos clínicos, resultan confusas las expresiones que se reflejan en los relatos ya que, para evaluar riesgos, previamente se requiere de un diagnóstico. También se aprecia que la no aceptación de la modalidad de la admisión ha llevado a enfermería a tomar una posición de distanciamiento frente a una de las actividades cotidianas de su profesión que es el diagnóstico de enfermería.

Enfermería hace sólo la valoración, sus signos vitales... pero no diagnostica más, o sea, quien decide si el paciente va a iniciar algún tratamiento o algo, o la gravedad del paciente, lo hará

el médico que esté en esa la hora de admisión, pero enfermería ya no toma más decisiones.

María

...vos como enfermero sabés que no estás capacitado para diagnosticar pero sí para evaluar riesgos, escucharlo, realizar prácticas en el equipo... Ramón

Esto se contrapone a la postura que asume enfermería al querer brindar cuidados humanizados e integrales que, además, es compartida por el modelo propuesto por APS.

Desde las tendencias que vienen adquiriendo las prácticas en salud pública, De Souza Campos GW (2001: 120) sostiene que viene disminuyendo la capacidad de cada profesional de resolver problemas, y resalta la tendencia de las áreas más básicas, a funcionar cada vez más orientadas como evaluaciones de riesgo que luego será resuelto por otros profesionales.

La fractura que presenta el equipo de referencia en la actualidad, marcada principalmente por la presión que ejerce la parte médica y por el alejamiento y/o sometimiento de enfermería, no permite trabajar en conjunto con la población adscripta, frente a la que cada equipo debería asumir una responsabilidad integral sobre determinado número de usuarios; por ello se presentó como impedimento para profundizar en este grupo de enfermeros/as sobre la articulación de sus prácticas y saberes con el profesional médico.

Las articulaciones que se han dado al interior del equipo están relacionadas a los encuentros de diálogo para abordar problemas concretos del usuario y/o familia y/o comunidad, que pueden ser resueltos desde el centro de salud o recurriendo al trabajo en el barrio; en casos puntuales crean estrategias con el grupo matricial del centro de salud, y realizan talleres de prevención. El equipo de referencia puede utilizar las reuniones semanales que se realizan en cada centro de salud con todos los integrantes (equipo responsable) para plantear situaciones que surgen en su interior, donde todos participan de esa situación específica.

...y, por ejemplo, hacemos seguimiento de pacientes con TBC, salimos a terreno para hacer prevención, lo hacemos mucho con la gente, en el centro también... Fernando

El trabajo en equipo se da en situaciones puntuales, por ejemplo una adicción, yo trabajo con cualquiera, en realidad trabajo con el clínico o el pediatra, más en mi situación de jefe, tengo que sentarme siempre con el resto. Juan

Sí, es más, estamos coordinando un trabajo, por ejemplo estamos ahora con un usuario que tiene la familia desnutrida, tenemos que ir a la casa, justamente ahora estábamos charlando para ver cómo los abordábamos porque son de una religión determinada, muy cerrados, entonces hablamos con el psicólogo para ver cómo los va a abordar. Yésica

...Y sí, uno siempre tiene más relación con alguien, siempre uno maneja ese tacto, más con clínica, es donde uno trabaja más la especificada, pero no lo hacemos entre nosotras (la entrevistada se refiere a su equipo responsable)... pero en este horario hay equipos mínimos que se organizan para hacer talleres, de obesidad, TBC, por ejemplo. (...) Sí, nos cuesta, nos cuesta mucho, pero lo hemos puesto en prueba piloto, y ha salido adelante, por ejemplo muchas de las veces que hemos tenido que trabajar en terreno se ha articulado, y... sí lo hemos podido hacer, siendo 14 mujeres como las que somos. María

Salvo cuando hacemos seguimiento de algunos pacientes en particular, pacientes con abandonos de tratamiento para TBC, bloques que consiste en buscar a los pacientes con TBC y sus convivientes (...) no, la adscripción la maneja el médico, yo me guió con la historia clínica. Ramón

Desde la mayoría de los relatos de los/as enfermeros/as se aprecia que han logrado articularse al menos en casos puntuales, mientras que sólo una de las entrevistadas mantiene una posición distante con respecto a lograr acuerdos que faciliten el trabajo en equipo.

...el médico se encarga de lo suyo y yo de lo mío, sólo hacemos comentarios de algunos pacientes. Livre

Esta fragmentación, de lo *tuyo* y lo *mío*, no permite una articulación que construya un *nosotros*; esta postura que asume la entrevistada, sin perder de vista que era la única enfermera que no estaba de acuerdo en trabajar en APS, nos remite a un modelo de atención fragmentado como el hospitalario. Al respecto, De Souza Campos GW (2001: 120) sostiene que en esa fragmentación cada profesional se encarga de una parte de la intervención, sea de orden diagnóstico o terapéutico, pero que ninguno podrá, en teoría, ser responsabilizado por el resultado global del tratamiento.

Los talleres y jornadas referidos a la educación permanente reflejan una constante en APS, siendo espacios para la elaboración de trabajos con modalidad interdisciplinaria.

Como producto del nuevo rol que asumen los/as enfermeros/as y las dificultades y malestares presentados en cada contexto laboral de APS, se vienen realizando, desde hace tres años, talleres de carácter disciplinar que tratan específicamente el cuidado de enfermería en función de poder definir sus prácticas y saberes.

Al respecto, el relato de uno de los enfermeros refleja el interés por participar, deja ver la dificultad que se le presenta para abordarlo según las diferentes concepciones, mientras que la dificultad de su comprensión es compartida por otro de los entrevistados, que a su vez lo relaciona con la carga laboral.

Yo soy uno de los que está trabajando en esos espacios con los otros enfermeros de los centros de salud, son los talleres de cuidados. Tratamos de ver primero que desde cuidados hay diferentes definiciones y tantas definiciones como personas que se le ocurrió escribir sobre cuidado, depende desde dónde un autor se paró, tiró lo que es cuidado, bien, entonces lo que se intenta es poder confrontar la teoría de lo que es cuidado con la práctica (...) Se está empezando a instalar este concepto del cuidado pero hace mucho ruido. (...) Lo del cuidado como núcleo de enfermería para mí, no sé si se ve... no, no, para mí no... Juan

...no sé para las que escriben, pero para mí no pasa por el cuidado, el problema aquí es la carga de trabajo que no nos corresponde. Fernando

Con el intento de llegar a brindar una atención humanizada e integral de la salud, centrada en el usuario y su contexto, se presenta como estrategia profundizar sobre las prácticas y saberes en lo cotidiano, prácticas que deben ser analizadas y mejoradas permanentemente, con la participación y contribución de todos los trabajadores comprometidos en cada servicio, en este caso con su compañero de equipo de referencia.

El inconveniente mayor que presenta hoy enfermería desde estos nuevos contextos laborales, en los cuales debe actuar articuladamente con el profesional médico como equipo de referencia, está dado por indefiniciones que aparecen como espacios grises con respecto al diagnóstico de enfermería, que le permita un accionar delimitando sus prácticas y saberes. Por ello, si bien los talleres que se vienen realizando en el ámbito municipal son importantes para la profesión, deberá existir un espacio donde se logre un encuentro con quien trabaja en lo cotidiano, para lograr mayor articulación que puede entenderse como sinónimo de un *nosotros*.

A continuación, se sintetiza la experiencia en APS.

Los motivos para su ingreso son diferentes. Algunos lo hicieron por cuestiones personales; otros, relacionados a la organización hospitalaria, por la falta de respuestas y la presión jerárquica, el estrés, la rotación en los diferentes turnos que se dan en el ámbito hospitalario, y el no trabajar los sábados y domingos, mientras que para otro de los entrevistados el motivo estuvo relacionado con la posibilidad de ampliar su quehacer profesional, buscando cambiar la atención brindada al usuario centrada en lo curativo, vivida en el ámbito hospitalario, por una atención más cercana a los problemas de los usuarios, afrontada desde la prevención primaria.

Una sola enfermera no eligió el cambio y se siente castigada. El resto, pasado el tiempo, manifestó sentirse a gusto.

A pesar de ello, lo significativo es que todos concuerdan en que la modalidad del trato entre compañeros en lo cotidiano es cordial e informal, esto es importante ya que permite construir un espacio más democrático. Resulta el primer paso para que cada integrante del equipo sea reconocido en su derecho de existir y se acepte su opinión, repercutiendo favorablemente en enfermería, que se ha sentido históricamente subordinada o no reconocida por otros profesionales.

Estas relaciones más distendidas y dialogantes que se dan en lo cotidiano, a pesar de no estar desprovistas de desacuerdos en situaciones puntuales, posibilitan un encuentro y reconocimiento del otro.

A su vez, estos espacios posibilitan una apertura comunicacional donde se conjugan prácticas y saberes, que llevan al grupo a construir una perspectiva más cercana a la realidad y, por ello, a producir intervenciones apropiadas. En estos centros de salud que se presentan como organizaciones más democráticas perdura cierta cuota de poder simbólico del médico, dada por la individualidad de sus actos, que lo sitúa como centro de la organización.

Se hace notoria, en los relatos de los/as entrevistados/as, una queja que repite las del ámbito hospitalario: el incumplimiento de los horarios o la ausencia del profesional médico les provoca malestar e incertidumbre cuando deben enfrentar situaciones en las que se requiere su presencia. Si bien los/as entrevistados/as manifiestan haberlo reclamado, no se han producido cambios favorables.

De este modo, aparece un primer desafío de suma importancia para el profesional de enfermería, que no debe permitir que se trasladen a este nuevo modelo los rasgos negativos de actuación que provienen históricamente del hospital. La queja debe ser sustituida por el

propósito de cambiar dicha hegemonía médica y así aprovechar estos espacios más democráticos.

Este nuevo escenario se presenta fértil para reflexionar sobre estos aspectos en conjunto con el grupo, con la idea de que predomine la presión que estos profesionales puedan ejercer, más allá del carácter normativo que debe ser respetado.

El modelo de APS permite a enfermería sumar una nueva práctica que lleva a ampliar su autonomía, dada por la interconsulta con psicología, situación que no es permitida en el ámbito hospitalario. La lleva también a tener un rol más activo y al desafío de la apropiación de nuevos conocimientos articulados con otras disciplinas. Inmunizaciones es la práctica con la que se sienten más autónomos, pero se resalta que lo atribuyen a un mayor acercamiento al usuario. Este es otro aspecto que se rescata en los relatos, y esta relación se da no sólo en las consultas médicas sino en la necesidad de ser escuchados o contenidos, trascendiendo el plano biológico.

El beneficio está en la relación vincular que les brinda una mirada más allá de sus prácticas cotidianas y procedimientos técnicos, a la vez que les permite una creatividad vinculada a sus conocimientos informales, logrando un mayor protagonismo y reconocimiento de la comunidad.

Pero es esta misma relación vincular la que en sus relatos evidencia una contradicción; al tiempo que admiten que “es la gente” la que les da mayor autonomía y reconocimiento, también manifiestan que la atención no tiene un fin determinado como ocurría en el ámbito hospitalario. Lo que tanto añoraban en el ámbito hospitalario –tiempo para establecer una relación con el usuario– ahora aparece como una relación que no sólo se prolonga en el tiempo sino también con la familia y/o los convivientes del usuario “son una vida lo que están”, a la vez que lo sienten como una relación que “se les pega”, “son como una goma”, o “las relaciones son pegajosas”. La única enfermera que no se sentía a gusto por trabajar en APS es la que pone una distancia con el usuario creando sus “propias herramientas”.

Esto se contrapone a la pretensión del modelo APS de que la relación vincular se prolongue en el tiempo por medio de un proyecto terapéutico compartido con el usuario, pero también a la ambición de la propia profesión, que se propone cuidados más humanizados e integrales.

Las palabras utilizadas en sus relatos ya no se refieren a identificar necesidades básicas insatisfechas como sucedía en el ámbito hospitalario, sino que se enfrentan a problemas.

Más que actividades independientes (*lo mío*) y dependientes (*lo tuyo*), se presenta el reto de estar preparados para una nueva forma de producir salud con prácticas de integración que posibiliten nuevos abordajes teórico-conceptuales.

El concepto de unidad-bio-psico-social queda limitado. Es quizás ese orden conceptual estructurado y fragmentado lo que provoca una cierta carga, al intentar establecer un vínculo con el usuario.

Otro aspecto sustantivo lo constituye el espacio físico destinado al trabajo de enfermería, que debería tener la misma privacidad que los consultorios médicos. Se traslada la idea de *office*, como en el ámbito hospitalario, que no permite el encuentro con el usuario por utilizarse como lugar de paso y por falta de funcionalidad de la infraestructura.

Al indagar sobre la modalidad de las relaciones que se dan en el equipo de referencia, estas guardan similitudes con las del resto del grupo siendo de respeto mutuo, lo que facilita el trabajo cotidiano.

Los problemas al interior de los equipos se presentan acordes a su propia cultura organizacional. En el caso del centro de salud de nueva apertura, se perdió la oportunidad de un acompañamiento para comprender aspectos básicos sobre el trabajo en equipo (el enfermero, jefe al mismo tiempo del centro de salud, siguió cumpliendo su función como asistente del médico).

En el relato de otro de los entrevistados se advierte la horizontalidad excesiva que adquirió la organización por encontrarse gran parte del equipo en diferentes reuniones.

Con respecto a la admisión se resaltan los siguientes aspectos:

Los usuarios que requerían atención sin turno programado eran asumidos por el profesional enfermero/a, mientras que el profesional médico organizaba su consultorio con turnos programados.

Esto llevó a una sobrecarga del trabajo de enfermería y a que asumiera la responsabilidad de dar respuesta por encima de su nivel profesional y legal (diagnóstico médico, prescripción de medicamentos, derivación del usuario a otro efector de salud).

A consecuencia de los paros profesionales, que no reconocían a los enfermeros como tales, se originó un quiebre en los equipos de referencia. De este modo, muchos dejaron de realizar la admisión alejándose del usuario y de su equipo, mientras que otros reconocieron e hicieron *mea culpa*, por seguir subordinados al médico, transgrediendo sus límites profesionales y legales.

Otro aspecto importante es que a quienes siguen realizando la admisión se les presenta la dificultad de efectuar el diagnóstico de enfermería. Es imprescindible enfatizar que el

diagnóstico de enfermería se da luego de haber organizado los datos obtenidos en la valoración del usuario que consulta, un diagnóstico que orienta la acción. De esta forma, los relatos se contradicen al referir que “enfermería no está capacitada para diagnosticar pero sí para evaluar riesgos”, “enfermería hace solo la valoración... no diagnostica más”.

La fractura originada por los paros llevó también a que los enfermeros no compartan la adscripción con el médico (la asume este). El alejamiento del usuario y la no articulación con el profesional médico vuelven a fragmentar el cuidado, esto implica no poder recrear sus prácticas y saberes con la finalidad de comenzar a dilucidar su núcleo de competencia disciplinar. Se encuentra en un escenario propicio no aprovechado, en el que debieron prevalecer estrategias que lograran su respeto profesional, que sacaran a enfermería del lugar de subordinada antes de que se concretaran los paros.

Si bien no han conseguido trabajar de forma interdisciplinaria, las articulaciones que se dan entre los profesionales médico-enfermero/a han logrado algunos acuerdos, favorecidos por el trato cordial alcanzado, para organizar distintas intervenciones en relación a casos puntuales referentes al usuario y/o familia y/o comunidad. Se destaca que solo la enfermera que no estaba de acuerdo con trabajar en APS mantiene una posición distante donde una vez más se resalta: *lo tuyo y lo mío*.

El malestar y las dificultades que ha manifestado este grupo de enfermeros/as frente a la admisión, en relación al diagnóstico de enfermería, guardan similitud con los del resto de los profesionales de los diferentes centros de salud. Esta situación los lleva a organizar talleres de carácter exclusivamente disciplinar para tratar el cuidado de enfermería en función de poder definir sus prácticas y saberes. En realidad, lo que se busca es definir el cuidado; uno de los profesionales entrevistados, que participa de dicho espacio, se refiere a la dificultad que le genera el poder abordarlo y expresa: “diferentes definiciones y tantas definiciones como a personas se les ocurrió escribir sobre cuidado”.

Esta apreciación es oportuna para comprender las dificultades que presenta hoy en día la disciplina, que viene intentando definir su campo de competencia ya que, a pesar de faltar sustentos teóricos, sostiene que el cuidado es su núcleo disciplinar. Si bien en los relatos se resaltan las dificultades, los grupos de trabajo presentan las condiciones favorables para no ver impedimentos sino desafíos, que deben asumir los profesionales enfermeros para interactuar con el resto del equipo. Estos desafíos son desarrollar prácticas de relaciones, articularse con otros profesionales, especialmente desde el equipo de referencia donde ambos abordan al mismo usuario, y reformular los contenidos teórico-conceptuales adquiridos en el sistema formador.

Capítulo 6. Conclusiones

¿Desafíos o impedimentos?

El presente capítulo está dirigido a reflexionar en torno a los temas centrales indagados en este estudio.

El trabajo ha permitido, como fuera planteado en el objetivo general, analizar y describir las prácticas y saberes de los profesionales de enfermería, incluidos en los equipos de referencia de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, implementada por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario.

Es preciso retomar algunos conceptos centrales para no caer en el reduccionismo de ser la propia autora de esta investigación la que presente los resultados de modo fragmentado en la elaboración de dichas conclusiones: proceso salud-enfermedad-atención, relación intercesora entre usuario y profesional, predominio de tecnologías blandas, modelo de atención centrado en los usuarios y no en los procedimientos, red en los sistemas de salud como lenguaje de los vínculos, prácticas de relaciones, posibilitar el desarrollo de sujetos instituyentes.

Estos sustentos conceptuales crean escenarios de encuentros, de relaciones y, de este modo, las prácticas y saberes no se hacen invisibles en la lectura, se identifica la importancia de humanización e integralidad del cuidado al usuario y la necesidad de integralidad y humanización entre los propios trabajadores de la salud.

De las experiencias previas en el ámbito hospitalario de los/as enfermeros/as entrevistados, se recoge que una organización verticalista, normatizada, donde está instaurado el modelo biologicista, colabora aún más en la fragmentación del cuidado y en la fragmentación entre profesionales y servicios. La fragmentación y la desarticulación no son más que ausencia de prácticas de relaciones y presencia de estáticos organigramas.

Hay un primer chaleco de fuerza dado por el propio modelo de la organización del efector, y un segundo chaleco, de mayor fuerza aún, dado por su propia organización de los servicios que están a su cargo. Ambos le impiden a la profesión de enfermería definir su núcleo de competencias, con el empeño de brindar cuidados humanizados e integrales.

Muchas de las quejas reflejadas desde los relatos están dadas por la falta de tiempo para realizar su trabajo, refieren constantes imprevistos que generan incertidumbre y estrés, producto de la centralidad y el poder que adquiere la profesión médica en la organización.

Se dan espacios de constante puja de poder para lograr su autonomía, al tiempo que se sienten subordinados, no reconocidos, maltratados y discriminados por el profesional médico y sus pares superiores.

La poca presencia del profesional médico no les ha permitido un diálogo fluido en situaciones que conciernen al cuidado que ambos le otorgan a un mismo usuario.

El abordaje desde diferentes especialidades, producto de la rotación por distintos servicios, les ha permitido ampliar sus prácticas procedimentales y apropiarse de nuevos saberes, pero las mismas no hacen más que enriquecer un cuidado biologicista con predominio de técnicas duras-duras blandas.

El segundo chaleco de fuerza y el más crítico está dado por su propia organización de los servicios altamente normatizada y mecanicista; la dotación diaria y total del personal se establece por tiempos cronometrados de las actividades que requieren los usuarios, las cuales no contemplan la relación intercesora que se da en acto en cada encuentro y menos los tiempos que se pueden emplear en los diferentes procesos de trabajo en su jornada laboral.

Esta modalidad de administrar los servicios desde una visión tayloriana tiene sus raíces en el sistema formador, acompañada por abordajes teóricos y conceptuales que limitan y estructuran su desarrollo profesional. Los contenidos curriculares se apoyan en comprender el campo de lo humano en tanto unidad bio-psico-social, resultando así compartimentos estancos y ahistóricos. Al momento de dar respuesta se vale de otro concepto que es el de necesidades básicas. Esta limitación de satisfacer lo básico se contrapone sustancialmente a los cuidados humanizados e integrales que pretende brindar.

Otra de las quejas que se recogió de los relatos está referida a no poder establecer una relación con el usuario por los tiempos limitados, surge el interrogante y queda abierto para nuevas investigaciones. De tener el tiempo disponible ¿cómo daría respuesta a los aspectos psicosociales?, desde su disciplina, ¿le sería suficiente? Quizás desde este escenario de lo hospitalario no se alcanza a visualizar estos aspectos contradictorios ya que la vorágine del día a día los lleva justamente a resolver lo inmediato, los aspectos biológicos, con una cierta cuota de humanización.

Es la propia profesión que en el ámbito hospitalario define su autonomía por medio del diagnóstico de enfermería lo que lleva a identificar actividades dependientes (*lo tuyo*) e independientes (*lo mío*) en un ámbito que al encontrarse fragmentado y responder a lo biológico no resulta adecuado para definir su núcleo disciplinar. Lo tuyo y lo mío están delimitados por lo que el médico prescribe y enfermería ejecuta, desprovistos de toda

articulación. Es quizás la única profesión que por estar tan estrechamente ligada y subordinada al médico y a sus órdenes necesita de algún modo identificar su autonomía.

Las prácticas cotidianas deberían presentarse propicias para beneficiar un espacio de encuentro único entre usuario y profesional, abordado desde los padecimientos, comprendiendo los niveles simbólicos de los problemas de salud-enfermedad-atención, y no quedar restringida a una competencia técnica y a sus tiempos limitados.

En estos modelos organizacionales, el reclamo de requerir más tiempo es legítimo, pero mientras no surja desde nuestra disciplina un interés por replantearnos desde la investigación la posibilidad de un modelo de atención y de gestión, que posibilite nuevos modos de producir salud, que supere la fragmentación y deshumanización del cuidado y, a la vez, la alienación que provoca en la profesión, seguiremos produciendo más chalecos de fuerza, retroalimentándonos desde nuestra única mirada, tratando de establecer nuestro anhelado núcleo disciplinar.

El relato de Mario Testa, desde su experiencia en un modelo de atención biologicista y fragmentado, como sujeto, en el mejor de los casos, sujeto a su cama, ha estado presente en el transcurso de esta investigación, ¿para quiénes trabajamos y con quiénes trabajamos? También, ¿cómo podemos brindar cuidados humanizados e integrales si no nos humanizamos e integramos entre nosotros como grupo de trabajo, cuando el sujeto de atención es responsabilidad de ambos?

Estas transformaciones demandan una nueva organización del trabajo en las formas de intervención, reemplazando las convencionales prácticas asistenciales, disciplinarias y curativas.

En la búsqueda de nuevos modelos de atención centrados en el usuario, nos insertamos en otro escenario, donde se plasman las opiniones de los/as enfermero/as encuestados, el de la Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

La reorganización del modelo de atención o de trabajo pretende realizar un movimiento en sentido contrario al tradicional –que se ha caracterizado más en el ámbito hospitalario–, para facilitar un cambio de opiniones que obligue a los profesionales a que se articulen para elaborar proyectos terapéuticos de manera que se instituyan procesos, que faciliten la formación de otra subjetividad profesional centrada en la apertura para el diálogo y en la capacidad de asumir compromisos con la salud.

Es preciso destacar que los tres ejes de trabajo propuestos: prácticas ampliadas y contextualizadas, prácticas de construcción de la salud colectiva y prácticas específicamente

dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios, realizando intervenciones que implican el desarrollo de posibilidades de escucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad de la institución en relación con las diversas necesidades de la comunidad. Se encuentran debilitados por los desacuerdos entre los profesionales, principalmente entre médicos y enfermeros, intentando el trabajo en equipo. En la actualidad la incorporación de nuevos conceptos, como establecer el vínculo con el usuario, el trabajo en equipo, admisión y adscripción no es comprendida de igual modo por todos los profesionales. Por su parte, los reiterados paros que no reconocieron a los enfermeros como profesionales resultaron un quiebre en los equipos, siendo muy pocos los que vienen intentando una nueva forma de vincularse.

En particular, desde los relatos de los/as enfermeros/as entrevistados, la carga simbólica que representa equipo de referencia en relación a lo vivido en años anteriores, los lleva a definirlos de otra manera “mini equipo”, “equipos simbólicos”. Se presenta como un punto neurálgico para sostener el proyecto de APS, que necesita de estrategias que orienten a sensibilizar a los trabajadores de la salud buscando coherencia teórico-metodológica e Integralidad de las acciones, que siguen siendo su gran reto para este modelo, más al pensar que las organizaciones están constituidas por personas.

Entre las dificultades y malestares presentados en cada contexto laboral de APS, se resalta que el detonante lo constituyó el no reconocimiento como profesionales frente a los paros, esto llevó a que los enfermeros establecieron un espacio de carácter disciplinar para abordar el cuidado de enfermería, en función de establecer sus prácticas y saberes específicos. Esta fragmentación no resulta óptima para estos profesionales ya que justamente el articularse especialmente con el profesional médico le otorgaría un espacio de consenso en su contexto laboral, permitiéndole ir delimitando su núcleo de competencia disciplinar.

El modelo que proyecta APS, justamente para no fomentar la fragmentación entre profesionales, promueve en forma permanente diferentes espacios de actualización y/o capacitación con modalidad en su mayoría interdisciplinaria siendo coherente con el modelo propuesto.

Frente al actuar de los profesionales enfermeros, aparece una sumisión que fue soportada hasta instalarse los paros, cabe la reflexión crítica que debe plantearse desde la propia profesión, de que pudieron más los paros que crear estrategias aprovechando los espacios más democráticos, para lograr ante todo su respeto profesional que la llevará a transitar el camino para alcanzar su anhelada autonomía profesional.

Es por ello que enfermería no sólo está comprometida a ampliar y recrear sus prácticas cotidianas y saberes, construidos en función de los cuidados que debe brindar a los diversos grupos poblacionales, sino que quizás su máximo desafío se centre en identificar y delinear su campo de competencia como producto del trabajo interdisciplinario.

Los motivos para el ingreso a APS del grupo entrevistado son diferentes: -cuestiones personales, -falta de respuestas y presión jerárquica y el estrés, -rotación por diferentes turnos en el ámbito hospitalario, -el no trabajar sábados y domingos, -cambiar la atención centrada en lo curativo por una atención más cercana a los problemas de los usuarios. Una sola enfermera no eligió el cambio y se siente castigada. A pesar de que algunos no conocían la modalidad de APS, hoy se encuentran a gusto en esta nueva experiencia de trabajo.

Al indagar sobre la modalidad de las relaciones se destaca en todos los entrevistados que el trato personal entre los compañeros de trabajo es cordial e informal, permitiendo de este modo el primer paso para construir espacios más democráticos, muy diferente al ámbito hospitalario donde están ausentes las relaciones distendidas y dialogantes que podrían darse en lo cotidiano.

Se encuentra ausente el trato protocolar que se da en el ámbito hospitalario, se llaman por su nombre o por apodos. Esto favorece principalmente a los profesionales enfermeros que desde sus relatos se han sentido subordinados o no reconocidos por otros profesionales. A pesar de la buena relación, el médico sigue teniendo cierta cuota de poder simbólico, igual que en el ámbito hospitalario, por el incumplimiento de los horarios o por su ausencia.

De este modo aparece como un primer desafío, sumamente importante para este grupo de enfermeros/as, reemplazar las quejas por estrategias para ser escuchados en estos espacios más democráticos.

Con respecto a ampliar su autonomía, el modelo de APS permite a enfermería incorporar una práctica más que no le era permitida en el ámbito hospitalario, la cual está dada por la interconsulta con psicología. Esta nueva práctica la ubica en un rol más activo y añade un segundo desafío: apropiarse de nuevos conocimientos articulados con otras disciplinas.

Desde sus opiniones, la relación con el usuario parece un punto de referencia importante que les permite identificar su grado de autonomía; por eso se refieren a las inmunizaciones como una práctica que la posibilita.

Pero, esas mismas relaciones vinculares, al abordar al usuario, son sentidas como adheridas a su propia persona y se prolongan en un tiempo infinito. Quizás sean los abordajes teórico-conceptuales estructurados y fragmentados, adquiridos en el sistema formador, los

que operan limitando una mirada más amplia de los problemas que se encuentra: -el hombre como unidad bio-psico-social, -necesidades básicas insatisfechas, -indefinición que presenta el diagnóstico de enfermería, -actividades independientes que operan de modo contradictorio.

Las diferentes problemáticas con las que se encuentra necesitan ser abordadas desde distintas articulaciones disciplinares y desde diferentes metodologías, es por ello que presenta el reto de estar preparados para una nueva forma de producir salud, con prácticas de integración, de articulación. Más que diferenciar las actividades independientes (lo mío) y dependientes (lo tuyo), necesitará una articulación que produzca un nosotros.

Se observó también que los espacios físicos otorgados para su trabajo cotidiano no colaboran para lograr un encuentro con el usuario; se reubica la idea de *office* como en el ámbito hospitalario, donde el/la enfermero/a está siempre presente y puede ser requerido o interrumpido por cuestiones banales. Otra cuestión más difícil de resolver es la de aquellos centros de salud que por su infraestructura no son funcionales, siendo el consultorio de enfermería un lugar de tránsito frecuente para desplazarse a otros lugares. En el primer caso es de esperar que enfermería haga respetar ese lugar de encuentro con el usuario del mismo modo que ocurre con los consultorios médicos, otro desafío que deberá enfrentar.

Con respecto a la modalidad de las relaciones que se dan en el equipo de referencia, guardan similitudes con las del resto del grupo siendo de respeto mutuo; refirieron no sentirse subordinados, lo que facilita el trabajo cotidiano para establecer articulaciones como producto de prácticas de relaciones que favorecen al profesional enfermero. Los problemas al interior de los mismos se presentan acordes a su propia cultura organizacional; se resalta la importancia de que estos espacios no se conviertan en una réplica del sometimiento al profesional médico en el ámbito hospitalario: el enfermero cumpliendo la función de asistente del médico, lo que desdibuja el trabajo en equipo, y asumiendo la responsabilidad de dar respuesta por encima de su nivel profesional y legal (diagnóstico médico, prescripción de medicamentos, derivación del usuario a otro efector de salud).

Esto último sucede porque el diagnóstico de enfermería y la modalidad de admisión se presentan como dos indefiniciones cruciales que obstaculizan el trabajo en equipo. Deberá llevar a los profesionales enfermeros, en este nuevo modelo de atención, a un análisis crítico sobre ellos.

Las articulaciones al interior del equipo –con una sola excepción– están favorecidas por el trato cordial; aunque no han logrado aún un genuino trabajo interdisciplinario, en lo cotidiano programan en conjunto diferentes intervenciones referentes al usuario y/o familia y/o comunidad.

El cuidado es el objeto del saber y de la práctica de enfermería; desde ese posicionamiento se viene trabajando arduamente para que se establezca como su núcleo disciplinar, sustentado por el principio de que los cuidados deben estar centrados en la humanización e integralidad del usuario.

Es sabido que el modelo médico hegemónico (MMH) tiene un protagonismo negativo en el sistema de salud y principalmente en el ámbito hospitalario, donde la propia organización verticalista y fragmentada lo agudiza aún más, perjudicando a enfermería. Cuando se aborda desde la literatura de esta profesión suele ser el disparador para expresar que el MMH es el culpable de todos sus males.

Colocarnos en una postura de víctimas y victimarios, de buenos o malos, no nos favorece, al contrario, vamos creando estrategias o sustentos teóricos que cumplen la función de escudo y nos van fragmentando y alejando aún más del resto del equipo de salud, sea del ámbito hospitalario o comunitario, e impide a su vez poder dilucidar nuestro núcleo disciplinar. Deberíamos lograr mayor protagonismo desarrollando investigaciones para proponer nuevos modelos organizacionales.

En el nuevo modelo propuesto por APS, la profesión de enfermería encuentra un campo fértil para crecer, muy diferente al ámbito hospitalario, pero deberá enfrentar los desafíos que se vislumbraron en la investigación, apropiarse de nuevos conocimientos, articularse con otras profesiones, mientras que el sistema formador deberá replantear los desarrollos curriculares para que adquieran coherencia en su práctica cotidiana.

Deberá incorporar también experiencias de modelos de atención más democráticos, que respondan a las realidades del trabajo profesional y al abordaje de las problemáticas de la población. Involucrar a los estudiantes en el conocimiento de la dinámica de la organización, dentro de la cual interactúa con otros profesionales, y no sólo en la realización de trabajos prácticos referidos específicamente a su profesión ayudaría a formar profesionales preparados para trabajar interdisciplinariamente.

A lo largo de la investigación se presentaron dudas sobre el poder simbólico del médico que predomina en los centros de salud, por ejemplo el no respeto de los horarios que sobrecarga a enfermería o las dificultades frente a la admisión; las dudas radicaban en si era un impedimento u obstáculo que limitaba a enfermería. Todo lo contrario, no son impedimentos, sólo son desafíos que enfermería deberá enfrentar sin una estructura propia de sus pares que “la salve de esas situaciones”. Se encuentra sola desde su profesión y a la vez acompañada por otros trabajadores de la salud. Desde allí, es una integrante más del grupo, que deberá crecer como profesional y por medio de consenso lograr su respeto profesional.

El trabajo en grupo, aunque no podamos hablar de un perfecto trabajo interdisciplinario, da la oportunidad de diálogo y consenso, un encuentro con el otro, que se ve más favorecido por las buenas relaciones que se han manifestado en cada centro de salud seleccionado.

Este nuevo modelo organizacional que presenta APS propicia que la profesión de enfermería redefina sus prácticas y saberes, otorgándole mayor protagonismo, poder de decisión y pérdida de su subordinación histórica frente a la figura del médico. Está en la propia profesión enfrentar los desafíos, pensando que hay una nueva forma de abordar la salud y de organizar el trabajo más democráticamente, logrando un nuevo producto de salud entre todos.

Nuestro núcleo disciplinar —como conjunto de saberes y de responsabilidades específicas— se irá dilucidando a medida que ampliamos nuestra mirada desde el campo de la salud —saberes y responsabilidades comunes y que confluyen en varias profesiones—, en donde se comparten conceptos focales con otras disciplinas de la salud, como proceso salud-enfermedad-atención, la humanización e integralidad del cuidado, prácticas de encuentros, de relaciones, epidemiología, gestión y políticas de salud.

Bibliografía

- Almeida C. Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. Cuadernos Médicos Sociales. 2001; (79).
- Almeida Filho N, Silva Paim J. La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales. 1999; (75).
- Ayres JR. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Revista Fac. Nac. Salud Pública 2002; 20 (2): 67-82.
- Ayres JR. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. set-dez 2004; 13 (3): 16-29.
- Barros MA, Barreto MA, Braga MF, Veloso ML, Veloso M. O cuidar de ontem e de hoje. Nursing. 1997; (111): 8-13.
- Belmartino S. Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro? Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999.
- Berlinguer G. La Enfermedad. Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1994: 21-23.
- Atención Primaria de la Salud. Documentación interna facilitada por la Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.
- Bonazzola P. Gestión Municipal y Procesos de Cambio. En: Actas 8º Congreso La salud en el municipio de Rosario. “Una década apostando a la salud como derecho”. Rosario: Secretaría de Salud Municipal, 2000, pp. 13-24. (Vol 1)
- Brito, P. Los Recursos Humanos y los Sistemas de Salud: Una Nueva Perspectiva de Desarrollo. LACRSS: Cambio y Reforma de los Sistemas de Salud, Boletín #9, Washington DC, 2005.
- Buenos Aires 30/15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: “Derechos, Hechos y Realidades”. Propuesta para la discusión: “Hacia un cuidado de la salud para la equidad. Buenos Aires, Argentina. 2007, agosto 13 al 17. www.buenosaires30-15gov.ar. Acceso: 22/11/10.
- Carpenito L. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1988: 3-21 (Ed. Revolucionaria).
- Carpenito L. Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Diagnósticos de Enfermería y problemas asociados. 1ª ed en español. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1994; 4-17.
- Castrillón MC, Lopera C. La regulación de la formación universitaria de pregrado en enfermería en América Latina. Medellín: Universidad de Antioquia, 2004.

- Castrillón MC, Orrego S, Nájera RM. La práctica de la educación y la regulación de enfermería en el contexto de las reformas al sector salud en Colombia. En: Memorias VIII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. ACOFAEN, Bogotá. 2000.
- Castrillón MC. El trabajo en enfermería. La dimensión social de la práctica de enfermería. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 1997, pp. 112.
- Chompré R, Lange I, Monterrossa E. Enfermería del siglo XXI en América Latina. Nueva York: Fundación WK Kellogg, Tecnicolor Ltda., 1991.
- Clare J. A challenge of the rhetoric of emancipation: recreating a professional culture. *Journal of Advanced Nursing*. London, 1993; 18 (17).
- Comisión de Trabajo Interministerial: Educación y Salud. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología y Ministerio de Salud. Documento Base para la Organización Curricular de la Tecnicatura Superior en Enfermería. Argentina. 2007.
- Czeresnia D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. *Promoción de la Salud*. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
- Diez Roux A. Genes, individuos, sociedad y epidemiología. En: Spinelli H, compilador. *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.
- Domínguez-Alcón C. Para una sociología de la profesión de enfermería en España. *Revista española de investigaciones sociológicas* 1981; 15: 133-141. Citado por Jarillo Soto EC. La profesión médica. *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2007.
- Du Gas BW. *Tratado de Enfermería Práctica*. 5 ed. México, DF: Nueva Editorial Interamerica. 1998, p. 53-54.
- Durán de Villalobos M. El Cuidado como Núcleo de Enfermería. XIX Coloquio Nacional de Enfermería. Tunja, 1999 abril 14 a 16.
- Fawcett J. *Análisis and Evaluation of conceptual Models in Nursing*". 3 ed. Philadelphia: FA Davis Company. 1995.
- Feinmann JP. *La sangre derramada*. Ensayo sobre la violencia política. Buenos Aires: Planeta. 2003, pp. 20.
- Ferrandini D. Entrevista. En: *Salud en el Municipio de Rosario*. Rosario: Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario, 1989; pp. 245, 248. Vol 23.
- Figueras J *et al*. Retos para los Sistemas Sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gas. Sanit.* 2002, 16 (1): 5-17.
- Foucault M. *O Nascimento do hospital*. Microfísica del poder. 3 ed. Río de Janeiro: Graal. 1983, p. 105.

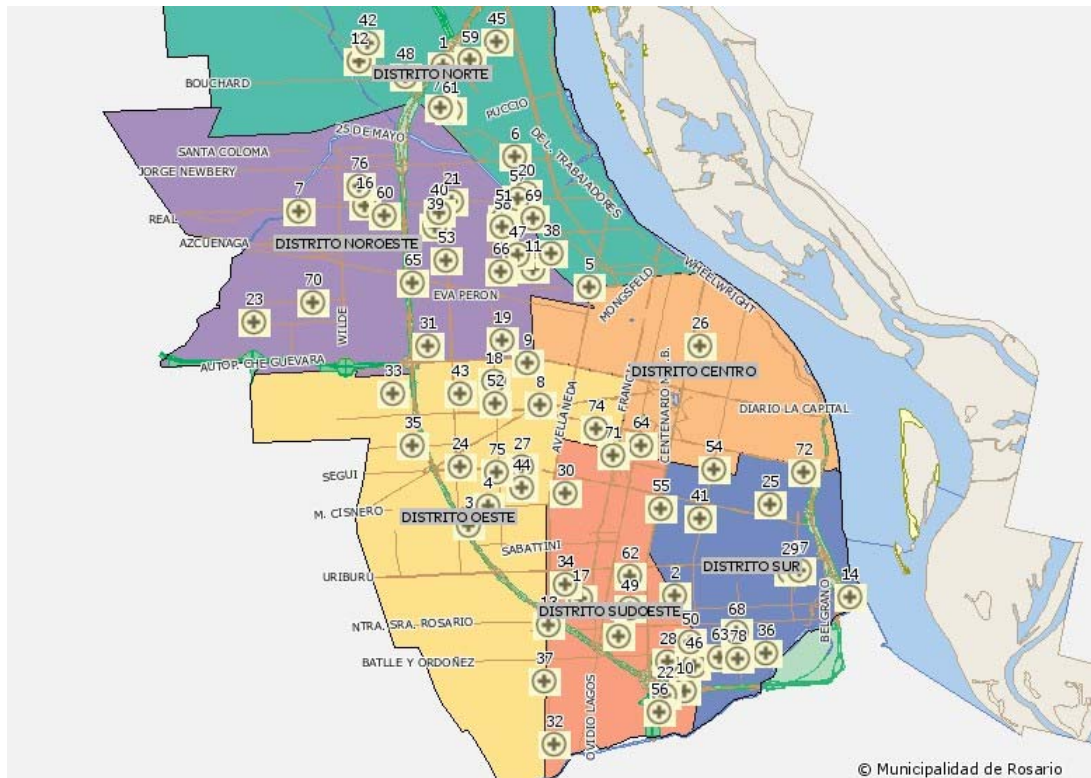
- Hegel GWF. Fenomenología del espíritu. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1981, pp. 113-121.
- Iyer PW, Taptich BJ. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. 3 ed. esp. México, DF: McGraw-Hill Interamericana. 1997, p. 1-30,186-187.
- Japiassu H. A Atitude Interdisciplinar no Sistema de Ensino IN Interdisciplinaridad. Revista Tempo Brasileiro 108, Río de Janeiro, 1992, p. 83-94.
- Jarillo Soto EC. La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional. En: Jarillo Soto EC, Guinsberg E. Temas y desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2007.
- Jiménez CA. Innovaciones en la gestión local de salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000. Salud Colectiva. 2009; 5(2): 211-224.
- Kaminsky G. Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales. 3 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1994, pp.11, 34-35.
- Laurell AC. La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades sociopolíticas. Cuadernos Médico Sociales (Rosario, Argentina: Centro de Estudios Médicos y Sociales). 1992, (60).
- Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médicos Sociales.1981.
- Londoño JL, Frenk L. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Observatorio de Salud. Revista Mexicana para la salud. México. 1977.
- Luz Madel T. Natural, Racional, Social. Razón Médica y Racionalidad Científica Moderna. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997.
- Massei AM. Nuevas tendencias en Gestión de Enfermería. Temas de Enfermería Actualizados. Revista TEA. 1998, (30): 26, Año 6.
- Mazzáfero VE *et al.* Medicina en Salud Pública. 3 ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1994.
- Menéndez E. “Estructura social y estructura de significado: el punto de vista del actor”. Antropología Médica; Revista de la Sociedad Italiana de Antropología Médica. Perugia, 1996.
- Menéndez E. El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis. En: Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica. México, DF: Alianza, 1990.
- Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud colectiva, enero/abril 2005; 1 (1): 24.
- MERCOSUR educativo - Sistema ARCU-SUR. Dimensiones, componentes, criterios e indicadores para la acreditación MERCOSUR. Enfermería. Buenos Aires. Mayo 2008.

- Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2006, pp. 81-82, 85.
- Micozzi T. La formación Avanzada de Postgrado en Enfermería en las Américas. Conferencia en el II Encuentro de Formación Avanzada en Enfermería. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Bogotá, 7 al 9 de septiembre, 2009.
- Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- Morgan G. Imaginización: presentando una nueva aptitud para tiempos turbulentos. Imaginización, Barcelona: Ediciones Gránica, 1999, pp. 9-28, 50.
- Newman M, Sime M, Corcoran-Perry S. The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*. 1991, 14(1):1-5.
- Nightingale, F. Sobre *Notas de enfermería*. <http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/REnightingale.htm>. Acceso: 26/11/10.
- OMS. Aprender juntos a trabajar juntos por la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988. Serie de Informes Técnicos, 769.
- OPS. Gestión de los recursos humanos para la salud. Ginebra: OMS, 1989, p. 133. (Serie de informes técnicos 783).
- OPS/OMS. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2007. Disponible en: <http://www.aps-gza.com.ar/docs.html>. Acceso 25/12/10
- Organización Panamericana de la Salud. La Enfermería en la Región de la Américas. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO). Washington, DC: OPS/OMS, 1999 (Serie 16).
- Pichón Rivière, E. Psicología de la vida cotidiana. Buenos Aires: Nueva visión, 1970.
- Rossi C. Programa de la asignatura: Cuidado Integral de Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Año académico 2006-2007.
- Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington: OPS/OMS, 1993 (Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96).
- Rovere M. Redes en Salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimp.), 1999: 28.
- Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004, pp. 70.

- Souza Campos GW de. Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias. Cuadernos Médicos Sociales. 1998; (74).
- Souza Campos GW de. Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001, pp 120, 122-123.
- Stewart, F. Comentario al trabajo de John Williamson. Revisión del Consenso de Washington. El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI. En: Emmerij, Núñez del Arco J, compiladores. BID, 1998, pp. 67.
- Susser, M. Causal thinking in the Health. Siences. New York: Oxford University Press, 1973.
- Testa M. El hospital. Visión desde la cama del paciente. El viejo Víctor de la cama seis. Salud Problema y Debate. Año V. Buenos Aires. 1993, (9) pp. 31-37.
- Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- Ugalde A, Homedes N. América Latina: La Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales. Salud colectiva. 2007; 3 (1): 33-48.
- Ugalde Apalategui M. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Madrid: Masson, 1994; 1-13.
- Uribe Jaramillo TM. La condición femenina: influencia en el desarrollo de la enfermería y en el desarrollo humano de las (los) profesionales. Investigación y Educación en Enfermería. 2002. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista>. Acceso: 29/10/10.
- Vaitsman J. Cultura de organizaçaoies públicas de saúdes-notas sobre la construção de um objeto. Cad. Saùde Pública, Rio de Janeiro, Jut-set 2000; 16 (3): 847-850.
- Watson J. Nursing: Human science and human Care: A theory of nursing. New York: Nacional League for Nursing Press, 1988, pp. 27-30.

Anexo I

Distribución geográfica de los Centros de Salud en el Municipio de Rosario



Fuente: Mapa distribución de CAPS según distritos. www.infomapa Acceso: 11/10/2010

Distrito Centro

Población 228.634 habitantes (25,13% del total). Superficie: 20,37 km² (11,40% del total). Densidad de población: 11.224,05 habitantes/km². Vivienda: 86.574 unidades. Límites: Al norte: las vías del ex FFCC Mitre. Al este: el Río Paraná. Al sur: Av. 27 de febrero, Av. San Martín, calle Amenábar. Al oeste: las vías del ex FFCC Belgrano (futura Troncal), calle Santa Fe y las vías del ex FFCC Belgrano

Distrito Norte

Población: 129.198 habitantes (14,20% del total). Superficie: 45.072 unidades. Densidad poblacional: 8.186,46 habitantes/km². Vivienda: 43.384 unidades. Límites: Al norte: el límite del municipio. Al este: el río Paraná. Al sur: las vías del ex FFCC Mitre. Al oeste: las vías del ex FFCC Belgrano, el límite norte del Parque de los constituyentes, la calle 1409, el límite del Aeropuerto y el límite oeste del Municipio.

Distrito Noroeste

Población: 155.850 habitantes (17,13% del total). Superficie: 44,14 km² (24,70% del total). Densidad poblacional: 3.530,81 habitantes/km². Vivienda: 38.956 unidades. Límites: Al Norte: el límite del Aeropuerto, la calle 1409 y el límite norte del Parque de los Constituyentes. Al este: las vías del FFCC Belgrano, la calle Santa Fe y las vías del ex FFCC Belgrano (Futura Troncal). Al sur: Av. Pellegrini, la Av. Circunvalación, el Camino Pasco, el Camino de los Muertos, el Camino Cochabamba y el límite del Municipio.

Distrito Oeste

Población: 125.371 habitantes (13,78% del total). Superficie: km² (40,21% del total). Densidad poblacional: 3.117,90 habitantes/km². Vivienda: 33.508 unidades. Límites: Al norte: el Camino Cochabamba, el camino de los Muertos, el Camino Pasco, la Av. De Circunvalación y la Av. Pellegrini. Al este: Av. Francia, calle Amenábar, el Bv. Avellaneda y las vías del ex FFCC Belgrano. Al sur: el límite sur del Municipio. Al Oeste: el límite oeste Municipal.

Distrito Sudoeste

Población: 117.131 habitantes (12,87% del total). Superficie: 20,19 km² (11,29% del total). Densidad poblacional: 5.801,43 habitantes/km². Vivienda: 31.533 unidades. Límites: Al norte: calle Amenábar. Al este: Bv. Oroño, Vías del FFCC Mitre, Av. San Martín. Al Sur: el Arroyo Saladillo. Al oeste: las vías del FFCC Belgrano (Futura Troncal) y el Bv. Avellaneda.

Distrito Sur

Población: 153.578 habitantes (16,89% del total). Superficie: 18,76 km² (10,50 % del total). Densidad poblacional: 8.186,46 habitantes/km². Vivienda: 45.072 unidades. Límites: al norte: calle Amenábar, Av. San Martín y Av. 27 de Febrero. Al este: el río Paraná. Al sur: el arrollo Saladillo. Al oeste: la Av. San Martín, las vías del FFCC Mitre y el Bv. Oroño.

Anexo II. Formulario de consentimiento informado para ser entrevistado/a

Esta investigación se propone analizar y describir las prácticas y saberes de los/las profesionales de enfermería incluidos en los equipos de referencia de la estrategia de APS, que promueve la organización del modelo de atención de la salud de la Municipalidad de Rosario durante el año 2010.

Para su consecución se delimitan los siguientes objetivos específicos:

1) Caracterizar la organización del modelo de atención basado en la estrategia de APS de la Secretaría de Salud Pública Municipal.

2) Conocer las concepciones acerca de la construcción del núcleo disciplinar de enfermería en los equipos de referencia pertenecientes a la estrategia de APS.

3) Indagar los modos de articulación e interacción en las prácticas de cuidado de la salud que implementan los profesionales de enfermería que conforman los equipos de referencia de APS.

Una de las etapas de recolección de información es la realización de entrevistas individuales con los/las enfermeros/as de los Centros de Salud Municipal seleccionados.

Todo el proceso de recolección y elaboración de información será realizado y orientado por la investigadora que constituye el equipo de investigación. Para las entrevistas se seguirá una guía con ejes temáticos de interés para la investigación a los fines de identificar las cuestiones más pertinentes.

En caso de ser aceptado se utilizará un grabador para garantizar que pueda ser recuperada la totalidad de la información brindada para su posterior análisis e interpretación. La investigadora se compromete a asegurar la confidencialidad de la información, así como a resguardar la identidad de las personas participantes, el anonimato y la privacidad de los sujetos, tanto en la transcripción de los relatos como en la elaboración de los textos/informes académicos.

Los sujetos tienen libertad para aceptar ser involucrados en el estudio quedando bajo su voluntad la decisión de participar en el mismo. A su vez, el equipo de trabajo se compromete a brindar cualquier tipo de aclaración o elucidación requerida sobre los procedimientos u otros asuntos relacionados con la investigación, antes de su inicio como también durante su desarrollo.

Investigadora Principal: Maestranda Lic. Adriana I. Álvarez
Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud
Universidad Nacional de Lanús

Anexo III

Distribución de Centros de Atención Primaria de la Salud municipales según distritos de la ciudad de Rosario

Distrito Norte

Nombre	Dirección
Centro de Salud “1° de Mayo”	MENA Juan de Dios
Centro de Salud “Casiano Casas”	CASA Casiano 970
Centro de Salud “Dr. Salvador Mazza”	GRANDOLI FRODUARDO 3498
Centro de Salud “Juan B. Justo”	JUSTO Juan B 2083
Centro de Salud “Vecinal Amor al Estudio”	JUNIN 1684
Centro de Salud “Vecinal Fco. Lai” (B° Cristalería)	RAZZORI Amílcar 3530
Centro de Salud “Vecinal La Florida 2	BRILLE Luis 1205
Centro de Salud “Vecinal Nuevo Alberdi2	BOUCHARD Hipólito 2829

Distrito Noroeste

Nombre	Dirección
Centro de Salud “Ceferino Namuncurá”	INGENIEROS José 8590
Centro de Salud “Dr. Roque Coulin”	HUMBERTO 1° 2033
Centro de Salud “Emaús”	URDINARRAIN 7900
Centro de Salud “Jean Henry Dunant”	AGNETA Tte. Alfredo 1439
Centro de Salud “Juana Azurduy” (B° Empalme Graneros	FRAGA Cnel. Rosendo Maria 1087 bis
Centro de Salud “Posta Floresta”	1668 9378
Centro de Salud “San Martín”	CHUBUT 7145
Centro de Salud “Vecinal Ángel Invaldi”	ECUADOR 645 bis
Centro de Salud “Vecinal Antonio Paravano”	BURUCUYÁ 929 bis
Centro de Salud “Vecinal Ludueña Norte y Moreno”	JUNÍN 5236

Centro de Salud “Vecinal Víctor Cué”	PASO Juan José 5490
Centro de Salud Distrito Noroeste	PROVINCIAS Unidas 150 bis

Distrito Oeste

Nombre	Dirección
Centro de Salud “Barrio toba”	CISNEROS Mario Antonio 6055
Centro de Salud “Dr. David Staffieri”	PERÓN Pte. Juan D 4540
Centro de Salud “Dr. Esteban Maradona”	COCHABAMBA 5103
Centro de Salud “Eva Duarte”	ROUILLON Alfredo 2095
Centro de Salud “Luchemos por la vida”	SEGUÍ Juan Francisco 6552
Centro de Salud “Mauricio Casals”	SEGUÍ Juan Francisco 5305
Centro de Salud “Santa Lucía”	1739 7691
Centro de Salud “Sta. María Josefa Rossello”	RIVAROLA Dr. Rodolfo 7501
Centro de Salud “Vecinal Juan Pablo II”	FRAGA Cnel. Rosendo María 2308
Centro de Salud “Vecinal Julio A. Roca”	DELIOT V 5323
Centro de Salud “Vecinal Villa Urquiza”	OCAMPO 5779

Distrito Sudoeste

Nombre	Dirección
Centro de Salud “Itatí”	GARIBALDI 2502
Centro de Salud “El Gaucho”	AVELLANEDA Nicolás 5625
Centro de Salud “Elena Bazzet”	CABRINI Madre 2717
Centro de Salud “Enfermero Ariel E. Morandi” (B° Plata)	CRESPO Gobernador Domingo 5105
Centro de Salud “Las Flores”	Flor de nácar 6983
Centro de Salud “Pocho Lepratti”	Caña de ámbar 1667
Centro de Salud “San Marcelino Champagnat”	CASTELLANOS Aarón 3935
Centro de Salud “San Vicente de Paul”	PUNTA del Indio 7760
Centro de Salud “Santa Teresita”	1218 4740
Centro de Salud “Tío Rolo”	AVELLANEDA Nicolás 6600

Centro de Salud “Vecinal Las Flores Este”	KHANTUTA 1397
Centro de Salud “Vecinal Parque Sur”	BOLONIA 5350
Centro de Salud “Vecinal San Martín A”	PIEDRAS 1469

Distrito Sur

Nombre	Dirección
Centro de Salud “20 de junio” (B° Tiro Suizo)	MARGIS Pedro José 5115
Centro de Salud “El Mangrullo”	MANGRULLO El 5150
Centro de Salud “Luis Pasteur”	AYOLAS Juan de 270
Centro de Salud “Rubén Naranjo”	SÁNCHEZ de Th. Mariquita 9 bis
Centro de Salud “Sur”	AYACUCHO Batalla de 6300
Centro de Salud “Dr. Julio Maiztegui”	5 de agosto 1523
Centro de Salud “Vecinal Domingo Matheu”	CORRIENTES 3880

Distrito Centro

Nombre	Dirección
Centro de Salud “Martin”	MORENO Mariano 950

Fuente: Dirección de Atención Primaria de la Salud, Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario

Entrevista con el Dr. Horacio Crespo, Director de Atención Primaria de la Salud, Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario