

El compromiso en la atención de la salud: configuraciones práctico-discursivas y cierre semiótico

Autora

María del Pilar Rodríguez

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales – UNCuyo

rodriguezpili@yahoo.com.ar

pilar.rodriguez@fce.uncu.edu.ar

Mesa 11 Conflictividad social, Estado y políticas públicas

Disciplinas: Ciencias Sociales - Trabajo social

Palabras claves

Intervención social - Ideología – Discurso – Saül Karsz – Medicina

Resumen

El presente trabajo se inscribe en una línea de investigación que busca dilucidar las configuraciones práctico-discursivas y la lógica ideológica en la capilaridad de la ejecución de las políticas sociales. Así, en diferentes proyectos de investigación han sido objeto de análisis las intervenciones profesionales, pero también las instituciones de la política social, las normas y los programas sociales en materia, fundamentalmente, de infancia, salud mental y atención primaria.

El estudio específico que presentamos tiene como objeto las configuraciones práctico-discursivas y la lógica ideológica operantes en la atención estatal de la salud, específicamente en el primer nivel del sistema sanitario. Aquí nos ocupamos específicamente de las prácticas en torno al compromiso, término que emergió con frecuencia en el trabajo de campo y que constituyó un hilo discursivo fundamental para la comprensión de nuestro objeto.

El trabajo de campo que permitió la construcción del corpus empírico se desarrolló en dos centros de salud del Gran Mendoza. El recorte temporal fue un recorte sincrónico arbitrario en el año 2011.

Los resultados que presentamos versan en torno a la tensión entre “el compromiso con todo” y el “compromiso con algo”, los compromisos admitidos y los no admitidos pero operantes, el compromiso con “la persona” como compromiso con un determinado modo de vida. Queremos poner en debate la potencialidad del abordaje teórico propuesto, consistente en la recuperación de la capacidad heurística de la noción de ideología y en su puesta en juego junto a la de configuraciones práctico-discursivas, para lograr un conocimiento que ayude, por un lado, a disminuir los niveles de malestar vinculados a la práctica en los equipos de salud y, por el otro, a realizar prácticas más advertidas de lo que producen y reproducen.

El compromiso en la atención de la salud: configuraciones práctico-discursivas y cierre semiótico

Introducción

“Por mucho que se ha trajinado la fórmula de integración bio-psico-social como criterio para el abordaje de los problemas de la salud y la enfermedad, ésta no se encuentra, a mi parecer, realizada en las prácticas concretas de los actores de este campo. Una fuerza invisible parece separar los enunciados, que en general son aceptados, sobre la visión integradora de esta fórmula y las prácticas reales de los profesionales de la salud y aun del imaginario de la población misma.” (Galende, 2008, p. 121)

La decisión de enviar una colaboración a esta mesa, reunida en torno al interés por indagar la relación entre conflictividad social, Estado y políticas públicas, responde a más de una inquietud que, *ex profeso*, señalo en primera persona singular. Por un lado, me convoca el tema en sí. Como trabajadora social me interpelan especialmente las prácticas de los agentes (profesionales o no profesionales) que ejecutan las políticas sociales (incluidas las de salud). Me interesa indagar tales prácticas en tanto expresión capilar del anudamiento entre conflictividad social, Estado y política pública. Prácticas que promueven cambios tendientes a acercar los servicios de salud a la población, pero no solamente. Prácticas que

reproducen formas reductivas de atención de la salud, pero no solamente. Prácticas, en fin, que configuran una singularidad que amerita reflexionar sobre ellas, no por mera curiosidad intelectual, sino porque afectan a quienes trabajan en esos espacios y a quienes emplean tales servicios.

Por otro lado, el interés de participar en esta mesa radica en cierta dificultad para ubicar mi tema de interés en el concierto de las disciplinas y subdisciplinas con las que de modo habitual se subdivide el área de conocimiento de las ciencias sociales. Poner en debate, a consideración de pares, entonces, la posibilidad de ubicar este objeto (las prácticas de intervención social de los agentes que ejecutan las políticas sociales) en el campo mayor de los estudios sobre política social.

La línea de investigación en que se inscribe el presente trabajo está orientada por el siguiente interrogante central: ¿cuáles son las configuraciones práctico- discursivas presentes en la ejecución de políticas sociales? De modo más específico, esta ponencia da cuenta del ‘compromiso’ en la atención en el primer nivel del sistema de salud en Godoy Cruz, Mendoza. El compromiso aparece como un aspecto de las configuraciones práctico-discursivas presentes en ese escenario, aspecto del que describo matices y tensiones y en el que analizo la lógica ideológica con que opera.

El problema de la ideología es un problema central de la filosofía social y política (Eagleton, 2005; Karsz, 2007; Zizek, 2005), problema que permite abrir interrogantes en el singular campo que conforman las prácticas en salud, que incluyen la intervención de profesionales del trabajo social. Se trata de intervenciones que suponen un ‘trabajo sobre los otros’ (Dubet, 2006), en el que la palabra ocupa un lugar primordial e ineludible (Spinelli, 2010). La palabra produce efectos. Este abordaje teórico, que implica tomar distancia de las filosofías de la conciencia y de las teorías de la acción (Marí, 1984), ha sido escasamente desarrollado en el campo del trabajo social argentino.

Nos preguntamos, entonces, por las configuraciones práctico-discursivas y la lógica ideológica que constituyen los encuentros entre los trabajadores de la salud y la población, más allá de la voluntad de los agentes del campo (Angenot, 2010; Foucault, 2010; Eagleton, 2005).

Hemos realizado una investigación en base a estrategias cualitativas de investigación, en la que el objeto es abordado inicialmente de modo descriptivo y, posteriormente, de forma analítica. Buscamos describir la singular expresión que adoptan las configuraciones práctico-discursivas del campo de la salud y, haciendo pie

en ciertas fisuras que narran los agentes del campo, identificar la lógica ideológica que opera en esa situación, reiteramos, singular.

Construimos los datos empleando documentos, observaciones y entrevistas abiertas en dos centros de salud de Godoy Cruz. Las entrevistas fueron administradas a miembros de los equipos de salud y, complementariamente, sujetos atendidos en los centros de salud analizados. Para el análisis e interpretación de los datos construidos trabajamos aportes del análisis crítico del discurso, de la crítica de la ideología, del campo de la salud colectiva y del trabajo social. Usamos el software Atlas-ti como herramienta informática.

Formamos parte de una línea de investigación que, en la carrera de Trabajo social de la Universidad Nacional de Cuyo, se ocupa de la lectura y análisis de las prácticas de intervención social. La obra de Saül Karsz (2007, 2008, 2009, 2010) constituye un antecedente fundante de esta investigación en tanto es el pensador que ha elaborado la fórmula ‘ideología e inconsciente hacen nudo’ y la ha desarrollado para el análisis de las prácticas de intervención social, específicamente de docentes y trabajadores sociales. Otros antecedentes en el mismo sentido lo constituyen los trabajos de Rodríguez, Lobos y Rubio (2012); Lobos (2016), Rodríguez (2010, 2016)

Este trabajo está organizado en tres apartados, en el primero abordamos los aspectos teórico-metodológicos que permitieron arribar al ‘compromiso’ como un tema axial de nuestra investigación, en el segundo describimos sucintamente cómo aparece el compromiso en la atención de la salud y en el tercero nos detenemos en analizar el cierre semiótico que opera en torno al mismo.

1- El compromiso en la atención de la salud como parte de configuraciones práctico-discursivas. Delimitaciones conceptuales y explicitaciones metodológicas.

Comenzamos nuestra investigación y la inmersión inicial en el campo con la intención de identificar las principales configuraciones práctico-discursivas en la atención en el primer nivel de salud. La categoría ‘configuración práctico-discursiva’ la empleamos para mostrar, cuando es necesario, la cadena de equivalencias y diferencias de prácticas discursivas y no discursivas. Es decir, qué prácticas y qué discursos hacen sentido entre sí como partes de una misma figura.

La noción de discurso y la de ideología comparten una historia que hace necesario delimitarlas cuando se pretende emplearlas en conjunto. En nuestro caso trabajamos a partir de una noción amplia de discurso y una restringida de ideología. Por discurso entendemos la producción social de sentidos acerca de un tema que se expresa en palabras (orales o escritas) y/o se fija en imágenes y se vincula a las prácticas y relaciones sociales. Discurso, entonces, en sentido amplio, “puede incluir todos los dispositivos y géneros semióticos –la pintura, la iconografía, la fotografía, el cine y los medios masivos- susceptibles de funcionar como un vector de ideas, representaciones e ideologías” (Angenot, 2010, p.15). Nos ubicamos en el contenido manifiesto de aquello que se expresa y nos alejamos de la comprensión de la palabra como una actividad racional, regida por un sujeto libre.

Existen múltiples discursos, algunos hegemónicos, otros menos reconocidos, que pugnan por tal hegemonía. Los discursos hegemónicos señalan los límites de lo pensable y de lo decible en determinadas condiciones socio-históricas. Hegemonía hace referencia a aquellos discursos que prevalecen, predominan, tienen el más alto grado de legitimidad social. Pero no se trata de una imposición simbólica, sino práctica. La hegemonía se alcanza porque un discurso es realizado, actuado, en diversos dispositivos. Dispositivos que son también objeto constante de la lucha de clases.

Los discursos son prácticas, en tanto producen aquello a lo que se refieren. Esto no implica comprender la realidad como el producto inaprensible de múltiples discursos, es posible sostener la existencia diferenciada del significado y su referente. Los discursos no son comprendidos como entes ideales (como pensamientos o productos de la conciencia), sino como materiales porque los signos son materiales, pero al mismo tiempo refieren a significados. Importa tanto lo que se dice, el contenido, como la forma en que se dice (Foucault, 2010).

Las prácticas no discursivas están conformadas por la red de instituciones, reglamentos, acciones que se articulan a los discursos en una trama que trasciende a los sujetos que las actúan. Cabe destacar que empleamos la expresión ‘no discursivas’ aun sabiendo que a toda práctica se accede inevitablemente a través de mecanismos simbólicos, lo que torna problemática tal expresión. Sin embargo, la sostenemos en tanto también entendemos que la práctica no se reduce a lo discursivo, que existe un referente empírico que puede ser distinguido de lo discursivo.

Estudiar las prácticas discursivas y no discursivas implica describir y comprender las *regularidades* (en el sentido de significados sostenidos en el tiempo) en lo se dice, se escribe, se fija en imágenes, se hace, en un determinado ámbito de estudio. Angenot (2010) explica la relación entre historia y discursos a partir de la noción de *acompañamiento*, noción que permite comprender que historia, en tanto prácticas concretas, y discursos van juntos, sosteniendo al mismo tiempo cierta autonomía relativa de los segundos.

Al inicio de nuestra investigación esperábamos que nuestras observaciones y entrevistas se saturaran de referencias en torno a la población atendida (fundamentalmente población de los estratos socioeconómicos más bajos), a sus problemas, a las demandas que reciben los miembros de los equipos de salud. Sin embargo, aunque lo anterior apareció, emergieron de modo recurrente expresiones de sufrimiento de los y las trabajadores relacionadas con conflictos en los equipos de trabajo.

Los conflictos entre compañeros de trabajo se expresaron en distintas quejas, entre ellas, quejas por la forma de dirigir el centro de salud, quejas por el trato entre compañeros, quejas por el trato que algunos o algunas compañeras tienen con la población atendida. Al profundizar en el tema e indagar en las razones que, según los agentes del campo, explicaban las diferencias y conflictos existentes apareció el término ‘compromiso’ como la explicación que, más allá de otras que pudieran ensayarse, era la realmente importante.

Así, el compromiso se constituyó en un tema axial de la investigación desarrollada. En presentaciones anteriores hemos dado cuenta de modo extenso cómo cierto compromiso, el ‘compromiso con todo’, opera al interior de los equipos de salud como una frontera grupal¹. También hemos presentado algunos aspectos del cierre semiótico que, proponemos, opera en torno a tal compromiso; específicamente el cierre que obstaculiza comprender que el compromiso nunca en ‘con todo’, sino que siempre es ‘con algo’, el compromiso no es política ni éticamente neutral. En este trabajo recuperamos sucintamente los temas enunciados y nos concentramos en otra derivación del cierre semiótico en torno al compromiso, la que involucra a las prácticas de prevención y promoción.

¹ Rodríguez, M. del Pilar (2016) “El compromiso como frontera grupal en los equipos de salud. Prácticas e ideología”. En Hermida, E. y Meschini, P (coord.) *Trabajo Social y Descolonialidad*. En prensa.

La noción de cierre semiótico requiere explicitar qué entendemos por ideología. A partir de los aportes de T. Eagleton (2005) y S. Žižek (2005) entendemos las ideologías como prácticas discursivas y no discursivas vinculadas con diversas luchas de poder en distintos espacios sociales y en cuyo seno es posible identificar ciertos mecanismos particulares (cierre semiótico, universalización, naturalización, legitimación, racionalización, orientación a la acción, unificación, entre otros). Tales mecanismos son “rasgos de lenguaje discursivos, no puramente formales”, lo que implica que su significación depende de la situación y puede variar de una situación a otra (Eagleton, 2005, p. 250).

La lógica ideológica no aparece exclusivamente en prácticas y discursos hegemónicos, en determinadas situaciones puede señalarse también respecto de prácticas y discursos alternativos, de transformación o de resistencia a la hegemonía. La forma que esta dinámica adopta es la de *reproducción/transformación*, dado que no se trata de prácticas, discursos e ideologías de clase en estado puro, no es la imposición de un discurso o una ideología de clase sobre otra lo que está en juego en la hegemonía, sino que tanto los discursos hegemónicos como los de resistencia se constituyen a partir de la lucha de clases, no le preexisten. Es la lucha misma lo que los constituye, atraviesa y conforma (Pêcheux, 2005).

El análisis de la lógica ideológica que, en determinada situación, opera en los discursos requiere, entonces, identificar los discursos en juego y los mecanismos ideológicos presentes en tales discursos, atendiendo no tanto al contenido de lo expresado, sino a la relación entre tal contenido y la posición social e histórica desde la cual se produce el enunciado (Žižek, 2005, p.15). La identificación de fisuras en las prácticas ha sido un punto de apoyo desde el cual hemos delimitado las fronteras de la situación analizada, las configuraciones práctico-discursivas y la lógica ideológica. Insistimos: no se trata de develar lo oculto tras el velo ideológico, en el sentido tradicional de falsa conciencia. No se parte de un lugar de verdad establecido *a priori*. Se trata, más bien, de describir una situación singular y compleja y, desde la situación misma, identificar regularidades y fisuras en las prácticas y establecer relaciones con las diversas formas de antagonismo social.

La imposibilidad de una conceptualización completa de la complejidad de cualquier situación social es el telón de fondo del escenario que aquí planteamos, al mismo tiempo que sostenemos que la reproducción/transformación de las relaciones

sociales es un “proceso objetivo cuyo misterio deber ser comprendido” (Pêcheux, 2005, p. 161).

Pensar en términos de discursos e ideología colabora en la tarea de identificar los modelos (de relaciones personales, de sociedad, de familia, de modos de vivir la sexualidad, de maneras correctas de ser profesionales) desde los cuales se interviene en el primer nivel de atención de la salud. Aunque siempre de manera limitada y parcial, pensar en términos de ideología permite identificar los mecanismos que hacen posible ocultar tales modelos, su historicidad, sus vinculaciones con sectores sociales antagónicos. Es esforzarse por enfatizar la imposible neutralidad del decir y del hacer.

El problema de la ideología se ha retirado de la concepción clásica de representación, no se trata de identificar un discurso falso (y en tal sentido ideológico) distinto de uno verdadero. El giro lingüístico y las teorías en torno a la construcción social de sentido explican la imposibilidad de determinar tal distinción, de encontrar un discurso que hable de ‘la’ realidad, pues ella es en gran medida una construcción del discurso mismo. Sin embargo, es posible considerar ideológico un discurso que se presente a sí mismo como verdadero, que se pretenda como tal, que opere cerrando, ignorando, excluyendo, otros significados posibles, ignorando la lucha ideológica que tales posibilidades conlleva. El efecto de cierre semiótico busca fijar ciertos significados en una posición dominante, significantes que pueden ser ‘llenados’ de significados diferentes son presentados como portadores de un significado único. De alguna manera esto se vincula a la búsqueda por suturar las contradicciones que tensionan las relaciones sociales y la subjetividad. El cierre no es un efecto formal del lenguaje, depende de cada situación comunicativa².

² Creo conveniente realizar tres salvedades respecto de entender la ideología como cierre semiótico. Una es que no necesariamente este efecto ideológico funciona en todo discurso. Eagleton señala cómo el capitalismo avanzado anima al sujeto a vivir provisionalmente, a pasar de un signo a otro recreándose constantemente en la pluralidad de posibilidades que ofrece el consumo (2005, p. 255). Podría aducirse que esto se vincula a un cierre más fundamental determinado por las exigencias del capital, pero no está de más sostener cierta advertencia respecto de que no siempre los discursos operan con significantes fijos y trascendentes. La segunda salvedad es considerar que cierta estabilidad provisional del sentido puede ser necesaria para sostener una identidad, lo que tanto subjetiva como políticamente puede resultar conveniente. Nuevamente es necesario considerar la situación concreta para pensar qué efectos positivos o negativos produce el cierre semiótico. En tercer lugar, y a riesgo de incurrir en reiteraciones, quiero insistir en que pensar en términos de discurso e ideología, reconocer en ellos una parte sustancial de lo que denominamos como ‘realidad’ e, incluso, pensar que a menudo operan a través de cierres semióticos no implica necesariamente pensar en un ‘juego infinito de las diferencias’ o en ‘una imposibilidad de cualquier fijación última del significado’ (Barret, 2005, p. 292). Entiendo, más bien, que muchas construcciones históricas de sentido, muchos significados, aun estando en disputa tienen una permanencia que si bien no constituye un significado último, tiene una contundencia que los aleja de una flotación constante que haga parecer completamente inaccesible a la realidad.

Tal como adelantamos hemos realizado una investigación en base a estrategias cualitativas de investigación en efectores estatales del primer nivel de atención de la salud en Godoy Cruz, departamento perteneciente al Gran Mendoza, Argentina. Trabajamos con dos centros de salud ubicados en diferentes territorios y que ‘saltan a la vista’ presentando distintas modalidades de atención. Los resultados preliminares fueron contrastados con observaciones realizadas en diferentes encuentros de profesionales del primer nivel de atención de la salud, lo que permitió sostener una interpretación más tensa entre la situación singular que analizamos y ciertas regularidades que no habíamos previsto inicialmente. La contrastación nos facilitó también confirmar, revisar o rechazar puntos de saturación teórica.

El trabajo de campo lo realizamos entre mayo de 2011 y marzo de 2012, se trata de un corte sincrónico arbitrario para construir datos en torno a las prácticas, discursos e ideologías en el primer nivel de atención de la salud. Lo arbitrario del periodo temporal se justifica en nuestro marco teórico, según el cual prácticas y discursos establecen regularidades que atraviesan largos periodos de tiempo. Esta propuesta metodológica es trabajada por Angenot (2010) para el análisis del discurso social.

Realizamos 13 entrevistas abiertas, en profundidad, a diferentes miembros de los equipos de salud (enfermeras, trabajadoras sociales, personal administrativo, personal de limpieza, directores, odontólogas, médicos de diferentes especialidades). Realizamos también 5 entrevistas en profundidad a receptores del servicio de salud y 3 entrevistas a informantes claves.

Para la selección de los y las entrevistados utilizamos la técnica de la bola de nieve, prestando especial atención a la identificación de sujetos que, al menos en principio, tuviesen miradas y prácticas diferentes sobre el proceso de salud-enfermedad. Trabajamos con una muestra intencional no probabilística, según el método comparativo constante y hasta alcanzar el punto de *saturación teórica* (Strauss y Corbin, 2002). Las entrevistas fueron grabadas y trabajamos con un cuaderno de notas. En el mismo lapso de tiempo realizamos observaciones participantes en los espacios comunes de los centros de salud (cocina, salas de espera), en reuniones de programas preventivos (por ejemplo, las reuniones del grupo de pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes) y en las dos instancias de formación en las que participaban trabajadores y trabajadoras del primer nivel de atención de la salud.

Trabajamos con una guía de entrevistas construida a partir del análisis preliminar de las primeras entrevistas realizadas. Los principales ejes en torno de los cuales

giraron las entrevistas fueron: la tarea realizada, el centro de salud en el que trabaja, el equipo con el que trabaja y la población que atiende. A través de estas preguntas emergieron valores, ideales, malestar, convicciones, etc.

La realización del trabajo de campo no fue una tarea fácil por diversas razones. Una de ellas fue la decisión de trabajar a partir de los relatos que realizaban los sujetos entrevistados y de la observación que siempre fue fuera de los consultorios, lo que constituye un límite relativo a la posibilidad de pensar las prácticas concretas de intervención. Trabajamos también con documentos, analizando leyes, programas, páginas web directamente vinculadas al primer nivel de atención de la salud.

Para el análisis de los datos tomamos aportes de Angenot (2010), Eagleton (2005), Karsz (2007) y Jäger (2003). Es conveniente explicitar que estudiar prácticas discursivas y no discursivas implica trabajar con dos tipos de datos: la palabra (oral o escrita) a la que hemos accedido a través de entrevistas, documentos y observaciones y el hacer (al que hemos accedido por observación). El análisis de ambos tipos de datos es diferente. La práctica discursiva la hemos analizado atendiendo a su contenido y a la lógica del lenguaje. Las prácticas no discursivas las hemos descrito e interpretado a partir del diálogo con lo obtenido en las entrevistas y documentos y en la bibliografía específica sobre el tema (Jäger, 2003, p.97).

2- El ‘compromiso’ en la atención de la salud

Norbert Elias (1998) en “Ensayo acerca de las relaciones entre establecidos y forasteros” estudia las fronteras grupales en una comunidad de Inglaterra, fronteras entre pobladores que llevaban dos o tres generaciones viviendo en el lugar y nuevos residentes. Lo propuesto por el autor constituye uno de los insumos teóricos que nos facilita dar cuenta de los emergentes en nuestro trabajo de campo. Elias llama la atención acerca de cómo las diferencias que el grupo de los establecidos realizaba respecto de los forasteros no se apoyaba en diferencias de nacionalidad, étnicas o de clase, como podría pensarse:

“No había diferencias de nacionalidad, origen étnico, ‘color’ o ‘raza’ entre los residentes de ambas áreas. Tampoco diferían en cuanto a tipo de ocupación, ingresos o nivel educativo; en suma, en cuanto a su clase social. Las dos eran áreas de clase obrera. La única diferencia entre ambas es la mencionada con anterioridad: un grupo estaba integrado por residentes antiguos establecidos en el vecindario desde hacía dos o tres generaciones, en tanto que el otro grupo lo formaban recién llegados.” (Elias, 1998, p. 222)

La explicación propuesta por el autor tiene como columna vertebral el diferencial de poder del que disponía el grupo de los establecidos, dado su mayor grado de integración y cohesión.

Esta noción de *fronteras entre grupos*, fronteras no explicables por las categorías clásicas de raza, nacionalidad o clase, resulta útil para pensar los emergentes en torno al compromiso en nuestro trabajo de campo. Buscaremos mostrar la existencia de una misma frontera al interior de ambos equipos de salud. Los y las entrevistadas insistían en la existencia de diferencias notables, evidentes, al interior de los equipos de salud, en el modo de atender a la población. Cuando se les preguntaba a qué atribuían tales diferencias la respuesta era común: ‘depende la persona’, ‘según la personalidad’. No podían establecer una diferencia que involucrara a los trabajadores de más o de menos ingresos (del tipo: los que ganas más se comportan así y los que ganas menos se comportan de este otro modo), tampoco por diferencias de edades, ni de género, ni de profesiones:

“No esto, de que no tiene que ver ni con profesiones, ni con clases sociales, ni con el trato con la comunidad. Por ahí personas, eso te iba a decir, que están, que han sido de servicios generales pero están en cambio de funciones por problemas de enfermedad, que tienen un trato y una llegada a las personas mucho mejor que personas muy capacitadas que cobran seis veces más o siete veces más.” (trabajadora social)

“Yo creo que va en la responsabilidad y el compromiso de cada uno”. (médica de familia)

“... Tiene que ver con la personalidad.” (administrativa)

En ambos centros de salud podríamos considerar que la frontera, establecida por los mismos trabajadores, es el ‘compromiso con todo’. De un lado de la frontera, entonces, se ubican quienes ‘respetan’ y ‘tratan bien’, quienes intentan dar una respuesta a la necesidad planteada por quien se acerca al centro de salud, quien está dispuesto a quedarse fuera de hora si es necesario, quien colabora con el compañero de trabajo para resolver un problema. De este lado de la frontera, se entiende que la población que asiste al centro de salud se encuentra en situación de vulnerabilidad (por pobreza, por una trayectoria de exclusión), que no accede a otras formas de atención de la salud, que es una persona y que, como tal, merece respeto y la mejor atención de salud que sea posible en las condiciones que existen.

Quienes establecen esa frontera, ubican del otro lado de ella a quienes ‘miden el minuto’, trabajan lo justo y necesario, se van en el horario que les corresponda aunque

quede población sin ser atendida, tratan mal a la gente, no se detienen a observar cuánta carga de trabajo tiene el compañero, ven a la población como ‘avivados’ que usan a sus niños para dar pena, que asisten al centro de salud sin turno aprovechando los resquicios en que saben que igual los atenderán, son violentos, vagos y exigentes, carecen de educación y malgastan el poco dinero que tienen. Estas características de la población afectan, según la mirada de los trabajadores ubicados en este lado de la frontera, fundamentalmente, a los niños y ancianos de las familias atendidas en los centros de salud que no reciben un trato adecuado por parte de los adultos que deberían responsabilizarse por ellos. Esta situación es vivida por los trabajadores como una injusticia que produce enojo contra los adultos que no asumen su responsabilidad como debieran, enojo por la vulnerabilidad de niños y ancianos y enojo porque exponen a los mismos trabajadores a situaciones que experimentan como dolorosas (niños víctimas de violencia, niños que son percibidos por los trabajadores de la salud como abandonados, etc.)

En uno de los centros de salud estudiados, el discurso en torno al compromiso ha logrado constituirse como hegemónico, específicamente en la forma de ‘compromiso con todo’. Los discursos hegemónicos señalan los límites de lo pensable y de lo decible en determinadas condiciones sociohistóricas. Hegemonía hace referencia a aquellos discursos que prevalecen, predominan, tienen el más alto grado de legitimidad social. Pero no se trata de una imposición simbólica, sino práctica. La hegemonía se alcanza porque un discurso es realizado, actuado, en diversos dispositivos.

Este centro de salud es denominado por sus mismos trabajadores como ‘el centro de salud de la villa’, para diferenciarlo de otros centros de salud cercanos. En esa materialidad conformada por la pobreza, las diversas estrategias de subsistencia (entre las que el basural tuvo un lugar preponderante) y la violencia, la hegemonía del discurso en torno al compromiso como indispensable para la producción de salud, se ha construido a través de diversas prácticas. Los miembros del equipo de salud destacan el buen trato, la atención y la respuesta a todo el que llega al centro de la búsqueda de soluciones a temas que no parecen directamente vinculados a la atención habitual en cualquier efector de salud, etc. Señalan un cambio de actitud de la población hacia la institución. Cuando se crea el centro de salud a fines de la década de 1990, los robos y destrozos eran habituales. Gradualmente, la población fue reconociendo la atención que

reciben y cuidando la institución. El compromiso ha sido el modo como este equipo de salud ha logrado trabajar en la zona y sostenerse en ella:

“Y porque es una comunidad difícil, es muy... una comunidad que... o sea, como desconfiada de las personas que van como conociendo en el... digamos, en el servicio de salud. Al principio van como así eh... estudiándote... viste, te estudian, te observan, te miran... y por ahí como que se repliegan, por una cuestión de que ellos... será una característica de este tipo de comunidades así... marginales, por decirlo así. Entonces van primero con un poco de desconfianza. Pero a medida que te van conociendo... depende vos de tu trato, tus gestos, te observan todo, ¿eh? Son observadores de todo. Cómo atienden a aquella persona, cómo atienden al anciano, cómo atienden a un niño... o sea, son muy... en eso son muy observadores. Y cuesta para que te tengan confianza. Yo tardé más o menos unos cuatro o cinco años para que... tener una cierta confianza y poder decirles en algún momento ‘miren, no, esto no se puede’.” (enfermera)

“Es como a mí me gusta trabajar y todos tienen la misma postura, si el paciente se violenta se lo calma, se lo contiene, hay mucha contención, bueno y la gente la termina comprendiendo, agradeciendo y la respuesta es la reciprocidad en el trato: cambia el trato totalmente, eso para mí es una satisfacción tremenda lo que ha cambiado, este... en esta parte estamos eh... con barrios marginales, cuando llegamos era bastante roja la zona, eh... yo creo que ahora es rosada, eh, sufríamos robos, pero reiteradísimos robos durante los primeros años, robos al centro de salud...” (ginecóloga).

Según el lado de la frontera en que se encuentran los sujetos, hay diferencias en el modo de experimentar la carga de trabajo. Quienes están del lado de ‘los comprometidos’ sienten el peso de la cantidad de problemáticas sociales y de salud con las que se encuentran y que quieren ayudar a resolver en algo y padecen las limitaciones que implica el sistema mismo de salud (cuando falta medicación, cuando no se consigue fácilmente turno para los estudios complementarios que solicitan a sus pacientes), el trabajo con los compañeros que ubican del otro lado de la frontera, el trabajo con quienes ‘miden el minuto’ y la complejidad de las situaciones atendidas que no se resuelven al interior del consultorio. Todo esto es experimentado como carga, como preocupación, como una responsabilidad más en el cumplimiento de la tarea (como médicos, por ejemplo, evaluar a quiénes de los pacientes que tienen obra social dar la medicación gratis y a quiénes no). Aparecen expresiones tales como ‘para mí es una úlcera’, ‘sobrecarga’, ‘hacernos figuritas’:

“Qué pasa en la época de las vacaciones: tenés un solo médico con suerte, y tenés que andar equilibrando: “tómense doce, tómense quince, no se tomen más días, cómo me van a ayudar para hacer los sábados, cómo nos organizamos”. O sea, tratar de organizarnos, pero te digo que para mí es una úlcera cuando tengo

que empezar a ver cómo voy a manejar el tema de las vacaciones.” (médica de familia)

“Es, eh... digamos... es otro aspecto....eh... Extraño que tengo [en el consultorio particular] mucha más libertad de acción en cuanto.... a la solicitud de rapidez de estudios y a la terapéutica, porque por lo general es paciente... el paciente, que, si no tiene mutual y paga la consulta es porque está en condiciones de hacerse cargo del tratamiento, y si no, tiene obra social que por lo general le cubre, no... no... no es oneroso, entonces tengo, eh, una mayor ductilidad, una amplitud, digamos, mayor en cuanto a la... a la terapéutica, que estoy más limitada a nivel, este... ministerial, por supuesto, que los insumos son mucho más acotados, y hay veces que faltan y... y bueno, y hay veces que nos hacemos figuritas cuando es algo muy especial que hay que medicar, y lo tenemos que suplantar por otra cosa.” (ginecóloga)

Es bueno pero es mucha sobrecarga también de problemas, de gente, luchar también con la gente acá adentro (...) Intentas ayudarlo pero entendés que si la cosa escapa a vos, viste no te vas con esa carga, “ah... ésta, pobre” Vos decís “tiene un hijo discapacitado y no...” me ponía a pensar, y si no tenía y yo veía que venía “tengo, necesito intentar conseguirle...” Viste, me llenaba de muchas cosas que... que bueno...” (administrativa)

Quienes son ubicados del otro lado de la frontera, del lado de ‘medir el minuto’ y tratar mal a la población, experimentan una carga de trabajo que tiene un plus que la torna más pesada. Sienten la carga de la cantidad de atenciones que deben realizar, sobre todo en el centro de salud en el que es hegemónico atender a partir de un ‘compromiso con todo’. Pero, quienes están de este lado de la frontera, no relacionan la carga de trabajo con problemas que, de alguna manera, trascienden a los individuos (como puede ser la falta de personal o de medicación en los centros de salud o las trayectorias de vulnerabilidad de los pacientes), sino con responsabilidades individuales. La responsabilidad de la directora que no pone límites, la responsabilidad de la madre que llevó tarde al niño al centro de salud porque se quedó durmiendo, la responsabilidad de los compañeros que se dejan avasallar por la población que les grita y patear las puertas para ser atendida. Esta sobrecarga de trabajo es vivida con resistencia, estos trabajadores se sienten vulnerados ellos mismos, descuidados, no reconocidos, y expresan su malestar en forma de enojo con la autoridad del centro de salud, con los compañeros, con la población:

“En cambio acá se los atiende en el momento, porque si no te patean la puerta, porque si no te insultan, tiene que ser todo ahora y ya. Los doctores lo ven pero miran para otra parte, y hay muchas de mis compañeras que no les molesta. A mí sí, en particular, me molesta. Me molesta y mucho. Por eso hay veces que estás cansada, porque atendés de lo mínimo, de la boludez mínima, hasta... que han

venido... yo he recibido niños muertos. ¿Me entendés? Entonces vos estás un mes loca de la cabeza, me entendés, porque vinieron y te dijeron “mirá como está” y te lo han dejado en los brazos y el niño estaba muerto, y te la tenías que bancar vos, viste”. (enfermera)

“Pero yo considero que vos perdés más tiempo en pelear con la gente que en atenderla. Tampoco la educás. Tampoco la educás. Porque si esa mamá viene a las doce porque recién se levanta y recién se da cuenta que el chico está con vómitos, o con diarrea, bueno... tampoco la educás a esa mamá, entonces va a venir siempre sin turnos a última hora.” (odontóloga)

Hemos también señalado que la carga de trabajo es percibida a ambos lados de la frontera, pero existe una diferencia significativa que es posible de ser pensada, en parte, con los aportes de Elias. Mientras que del lado de los que ‘miden el minuto’, la carga relacionada con la cantidad de trabajo se relaciona además con el enojo, el sentirse no reconocidos, del lado del ‘compromiso’ también hay un plus, pero que, en este caso, facilita sobrellevar la carga de tarea: el orgullo de pertenecer a un grupo humano que es sentido como valioso y superior. Aparecen así expresiones del tipo: ‘yo me saco el sombrero por la gente con la que trabajo’, ‘el centro de salud es mi segunda casa’. Este plus, en parte, permite comprender a quienes se quedan fuera de horario, ponen plata de su bolsillo para resolver problemas de la población atendida e, incluso, se llevan a dormir a sus casas a niños que no tienen quién los cuide mientras su mamá está internada. En palabras de Elias:

“El orgullo de la encarnación del carisma grupal en uno mismo, la satisfacción de pertenecer y representar a un grupo humano poderoso y, según la propia ecuación emocional, excepcionalmente valioso y superior se encuentra funcionalmente ligado a la disponibilidad de sus miembros para someterse a las exigencias que impone ser miembro de dicho grupo”. (Elias, 1998, p. 227)

3- El cierre semiótico en torno al compromiso: Prevención y promoción ¿otros compromisos menos admitidos?

El análisis realizado nos permite sostener que en las situaciones estudiadas opera un efecto de cierre semiótico en torno a la noción de compromiso. Este cierre implica fijar el significado del término compromiso a lo antes descrito como ‘compromiso con todo’, significado desde el cual se clasifica y valora el trabajo de los y las compañeras. Este efecto de cierre semiótico constituye en ideológico el discurso en torno al compromiso porque, reiteramos, en las situaciones analizadas dificulta la posibilidad de

pensar las prácticas desde otros lugares³. Es como si tras señalar si es una práctica comprometida o no ya no hubiera necesidad de pensarla más. Esto tiene diversas implicancias, pero en este trabajo nos detenemos en las que involucran a las nociones de prevención y promoción en salud.

Es conocida la centralidad que las estrategias preventivas y promocionales tienen en el discurso de atención primaria de la salud. El Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza tiene, por ejemplo, una Dirección de Prevención y Promoción de la Salud. Aunque no nos detendremos en este marco, recordemos que la importancia de estas estrategias aparece ya en la Conferencia de Alma Ata (1978), pero también en el Plan Federal de Salud 2004-2007 y los planes Remediar, Nacer, Médicos Comunitarios, desde los que se intentó dar nuevo impulso a la atención primaria de la salud y al primer nivel de atención del sistema sanitario. Nuevo teniendo en cuenta cómo se implementó la estrategia de atención primaria de la salud en Argentina durante los '80 y '90 más vinculada a un modo de disminuir gasto público en salud que como una estrategia prioritaria del estado para facilitar el acceso de la población a los servicios básicos de salud (Testa, 1997).

Tampoco profundizamos en este trabajo, aunque no lo ignoramos, que las prácticas realizadas en prevención y promoción continúan siendo insuficientes para lograr la centralidad de las mismas esperada en diversas declaraciones internacionales, planes y programas nacionales. Estas prácticas se desarrollan en una trama discursiva en la que el discurso de la Salud Pública puja con el de la Medicina médica científica, relacionados con diversos grupos de interés económico (Galende, 2008).

³ Cabe señalar que la construcción del 'compromiso con todo' como un discurso ideológico fue posible por la emergencia de ciertas fisuras en los relatos que se sumaron a las expresiones de malestar en torno a las relaciones en el equipo de salud. Estas fisuras muestran otros efectos del cierre semiótico. Miembros del equipo de salud que pertenecen al grupo de los 'comprometidos' explican por qué no pueden realizar las tareas de promoción que consideran valiosas:

“...hay otra cosa, que hay que decirlo, cuando te desborda la demanda, la demanda asistencial”. (médica ginecóloga)

“No, tiene que ver también con el número de asistencias, o sea, el número de consultas ha aumentado, y cuando vos generás una demanda, es difícil volver atrás, ¿me entendés?” (trabajadora social)

Es decir, sin ignorar ni minimizar la materialidad en que se desarrollan las prácticas en el centro de salud (concretamente la falta de personal, de espacio físico, el incremento de atenciones individuales por planes y programas como el Plan Nacer, etc.), los mismos trabajadores reconocen que ese compromiso, ese modo de entender el compromiso, implica un aumento de las atenciones individuales que va en detrimento de otras intervenciones posibles.

Nos ocupamos, sí, de profundizar qué se entiende por prevención y promoción en el PNAS en Godoy Cruz.

Si la *Declaración de Alma Ata* es un documento clave para dar cuenta de cómo los organismos internacionales entendieron la APS, la *Carta de Ottawa en Promoción de la Salud* (1986) lo es, justamente, para comprender algunos aspectos de la noción de promoción de la salud. Este documento fue realizado en el marco de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y reconoce como sus antecedentes la Declaración de Alma Ata y el documento “Los objetivos de la Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud. En la Carta de Ottawa se define promoción de la salud como:

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.” (Carta de Ottawa, 1986)

En la mencionada definición, la salud no aparece como un estado estático, sino como una capacidad de individuos y grupos para ‘adaptarse’. Los gobiernos deberán brindar los medios y condiciones básicos para que los individuos y los grupos se responsabilicen por la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus aspiraciones. La promoción de la salud implica diversas estrategias: elaborar todos los programas políticos, de los distintos sectores del gobierno teniendo en cuenta la búsqueda de salud; reforzar la acción comunitaria, favoreciendo la participación efectiva y concreta de la comunidad para determinar prioridades, tomar decisiones relacionadas al logro de mayor salud; desarrollar las aptitudes personales, con ayuda de la escuela, la familia y las organizaciones sociales; favorecer la creación de ambientes favorables. Esto último, en América Latina, devino en la idea de ‘municipios saludables’ (Chapela Mendoza, 1997, p.349). Comprendida de este modo, la promoción de la salud excede las acciones del sector sanitario.

En el trabajo de campo realizado emergen dos modos básicos de entender prevención y promoción, términos que en general son empleados unidos, sin que las

distinciones conceptuales habituales, que, sin embargo son conocidas por todos los entrevistados, aparezcan como importantes. Por un lado, se entienden como las prácticas médicas tendientes a evitar la existencia de enfermedades, evitar el riesgo de enfermar. En tal sentido se incluyen las consultas durante el embarazo, el control por crecimiento y desarrollo de los niños, etc. En todos los casos se trata de acciones realizadas al interior del consultorio, en la atención individual. Cuando se reconoce que prevención-promoción-educación no es la atención que mayormente se realiza, sino que lo habitual es la asistencia para la cura de enfermedades, la razón que se aduce es que la población, en general, no demanda prácticas preventivas, excepto las exigidas por planes sociales (lo que es comprensible dado que la población está atravesada también por el discurso de la medicina médico científica):

“En realidad lo que yo veo de salud y enfermedad acá es que la gente, gente acá que viene al centro de salud no ocupa el salud... no ocupa el centro de salud por lo que es, a nivel preventivo, digamos, a nivel primaria de atención casi nadie, salvo las embarazadas con los controles y los niños los controles todo la gente viene enferma.” (administrativa)

“Y esperan... más que todo... El asistencialismo. No tanto la prevención. Y, vienen como que ya quiere curarse, vienen para curarse nada más”. (enfermera)

Otro modo de entender las prácticas de prevención y promoción es relacionarlas no sólo con la prevención de enfermedades directamente, sino con el trabajo en torno a aspectos relacionales y emocionales que inciden en la salud de la población. En estos casos la atención individual en los consultorios se combina con estrategias de trabajo grupal.

Sin embargo, no se trata de las prácticas más habituales en los centros de salud. Durante el trabajo de campo se registraron tres actividades grupales en total en los dos centros de salud: uno con mujeres embarazadas y dos con pacientes con enfermedades crónicas. En el año 2011, en ninguno de los dos centros de salud, había trabajadores involucrados en tareas de promoción que implicaran la acción conjunta con otros agentes sociales o con otros organismos de gobierno, excepto las tareas de vacunación y algunos talleres de educación sexual en las escuelas. Tampoco existía en ninguno de los dos centros de salud estrategias de participación comunitaria.

Eduardo Menéndez explica cómo el sector salud y la biomedicina desarrollan las estrategias de prevención, de promoción y de educación pensando en lograr ‘estilos de vida’ saludables. El autor señala que en tal uso del concepto ‘estilos de vida’ se ha producido y extendido un uso reducido, a diferencia de diversas corrientes de

pensamiento (fundamentalmente el historicismo alemán) que lo emplearon para, incorporando dimensiones materiales y simbólicas, dar cuenta de la articulación entre la estructura social y cultural, los grupos intermedios y los sujetos. El sector salud y la biomedicina lo reducen a una conducta de riesgo personal, eliminando la perspectiva holística y grupal:

“Por supuesto que estas características socioculturales, que este estilo de vida no son permanentes ni definitivos sino que se transforman, y que es dentro de estas condiciones cambiantes de clase que operan los comportamientos individuales. Por lo cual los criterios preventivos o promocionales de salud deben formularse a partir de los conjuntos sociales y no exclusivamente de los sujetos.” (Menéndez, 2009, p. 112)

No se trata, explica el mismo autor, de dejar de lado el consejo médico u otras técnicas empleadas individualmente, sino de buscar estrategias más eficaces. Es conveniente tener en cuenta, por ejemplo, que la carga de enfermedades crónicas a nivel mundial aumenta rápidamente. En el 2001 se calculó que las enfermedades crónicas causaron el 60% de 56,5 millones de defunciones y se estima que tal porcentaje aumentará a un 57% para el 2020. Las enfermedades crónicas son en gran medida enfermedades prevenibles, relacionadas al estilo de vida (OMS, 2003, p. 16-17).

Respecto de la noción de riesgo, Menéndez explica que la epidemiología y la clínica médica lo consideraron un concepto central en ciertos estilos de vida, pero se lo aborda de un modo reducido, dado que su comprensión, en sentido holístico, requiere prácticas que trasciendan lo individual. La noción de riesgo así empleada tiene bajo impacto para modificar los comportamientos de los sujetos y también de las empresas promotoras de riesgo. Además, señala el autor, la noción de riesgo se emplea para hablar sólo de algunos riesgos (los que hacen a los comportamientos individuales), pero se excluyen otros que deberían ser considerados (por ejemplo la violencia social como causa de mortalidad).

Menéndez ejemplifica su posición con las medidas de prevención de accidentes viales por las cuales se sanciona, en el caso de México, a quien conduce a más de 110 km por hora, pero se permite a las empresas construir autos que alcanzan velocidades de 250 o 300 km por hora:

“Lo que proponemos no es una paradoja, sino medidas que tienen que ver con una lógica preventiva. Pero ocurre que el sector salud y la biomedicina no se manejan frecuentemente con una lógica basada en la prevención de la salud, sino

en una lógica supeditada a los intereses económico/políticos dominantes” (Menéndez, 2009, p.117-118).

En uno de los fragmentos discursivos analizados al inicio del presente apartado, aparecía una estructura pronominal que nos interesa recuperar: ‘yo veo’. La trabajadora de administración entrevistada expresa “en realidad lo que yo veo de salud y enfermedad acá es...”, en coincidencia con los demás fragmentos, que la gente no previene, que la gente sólo asiste al centro de salud a curarse cuando está enfermo, pero no recurre a solicitar una atención relacionada a la prevención, a la adquisición de hábitos saludables. Hemos querido mostrar esa construcción del lenguaje porque permite señalar la equivalencia de significados que se dan entre dos prácticas que no son necesariamente equivalentes: no buscar prevención en el centro de salud y no prevenir. Es lo que la administrativa ve, es lo que la enfermera ve, es lo que la odontóloga ve, porque es lo que la biomedicina enseña a ver. Sin embargo, la perspectiva antropológica de Menéndez permite abrir el análisis:

“...todo grupo social, ajeno a su nivel de educación formal, genera y utiliza criterios preventivos respecto de por lo menos una parte de los padecimientos que los sujetos y grupos reconocen que están afectando real o imaginariamente su salud o aspectos de la vida cotidiana relacionados con ella.” (Menéndez, 2009, 121)

Recordemos que la lógica de la diferencia y la lógica de la equivalencia presentes en los discursos construyen la hegemonía de los mismos. En este sentido, el discurso biomédico señala como equivalentes el no realizar consultas preventivas en el centro de salud con el no prevenir y señala como diferente u omite las prácticas de cuidado y prevención que los sujetos y grupos sociales puedan realizar y que sean disímiles a las que la biomedicina propone.

En relación a las actividades de prevención que efectivamente se realizan en el sector salud, Menéndez señala que se basan en la clínica, pese a las inversiones y políticas específicas. Las propuestas de la salud pública son vividas como ajenas al trabajo médico, trabajo que se desarrolla fundamentalmente en el consultorio, en atenciones clínicas individuales. De este modo se comprende la ausencia de otras prácticas de prevención y promoción (por ejemplo, no saliendo a trabajar fuera del centro de salud). Esto no implica, sin embargo, responsabilizar a los médicos completamente y negar su condición de asalariados, siendo necesario reconocer que el poder lo tienen las grandes corporaciones médicas y, sobre todo, la industria

químico/farmacéutica (poco interesadas en promover hábitos saludables) (Menéndez, 2009, p. 149).

Los agentes de poder involucrados en la atención de la salud constituyen uno de los elementos explicativos del sostenimiento de ciertas estrategias de prevención y promoción en detrimento de otras, sin embargo entendemos que tal regularidad práctico-discursiva se sostiene también en una lógica ideológica. En el trabajo de campo realizado, los emergentes señalan que prevención-promoción-educación son consideradas parte central del primer nivel de atención de la salud. Señalan también que se reconoce su no realización, al menos su no realización con todas las estrategias que ellas suponen. Incluso este reconocimiento es acompañado de risas y expresiones como que ‘todo el mundo lo sabe’ o que ‘es un verso’:

“Hay mucho de biologicista, muchísimo de biologicista, entonces el tema de que la verdadera medicina que cura, la verdadera medicina es la que, es la que precave y no la que cura, o sea que la prevención es más importante, todo el mundo lo sabe como frase, pero el mismo sistema hace que las cosas no funcionen de esa manera.” (médico de familia)

“Eh... la atención primaria es... la puerta de entrada de todo sistema. O sea, debería ser, la puerta de entrada de todo sistema. Y... lo que pasa es que ahora... hace, ya con la Declaración de Alma Ata, es como que... bueno. La promoción, prevención, y todo, pero eso queda... (*se ríe*) queda en nada, porque eso ya nos lo sabemos de memoria y yo creo que no... no... todavía no existe eso”. (trabajadora social)

“O sea, la promoción y la prevención, es un verso, la mayoría de lo que se hace es un verso. O sea, nadie evalúa qué repercusión tiene, si se hace desde el discurso súper normativo, viste, o sea... hay poca gente que trabaje en serio el tema ... se cree que es informar, dar charlas, viste... hacer un par de jueguitos, unos car... digo, es bastante poco... digo, entonces frente a la contundencia del tratamiento médico, vos... lo otro es como... es como... que eso me parece que... que eso sería una veta me parece interesante a... a encarar. Pero creo también yo que hay un problema de formación, o sea la gente que lo hace lo hace porque tiene un gran compromiso y porque se da cuenta que con lo que sabe no le alcanza. Pero tampoco lo que da, lo que tiene como formación es muy bueno”. (informante clave)

Entendemos que la persistencia del discurso de prevención y promoción en los equipos de salud, a pesar de su no realización y a pesar de producir risas, puede comprenderse si se analizan ciertos efectos. A través de un efecto de racionalización, se dan numerosas explicaciones lógicas y aceptables sobre por qué la prevención se reduce a la atención clínica individual y, de ese modo, se logra ‘quedarse tranquilo’.

La prevención y la promoción en sentido amplio aparecen como la falta que

puede nombrarse, permanecen en el tiempo como aquello que todos sabemos que hay que hacer y no se hace. La permanencia de esa falta explicitada por todos, compartida por todos, permite no reconocer, no hablar, de otras formas de compromiso que constituyen a los sujetos de ambos lados de la frontera grupal y que resultan más incómodas de reconocer: el poder de las grandes corporaciones médicas, la funcionalidad de la atención médica a ciertos poderes económicos, la normalización de la vida de los sectores pobres, el poder que se ejerce sobre el otro a través de la ciencia, el estado que de modo habitual legitima las diferencias y la fragilidad de la existencia humana.

Se produce un efecto paradójico, la ausencia de prevención y de promoción (entendidas en sentido amplio) se constituye en una presencia, es una ausencia que no sólo existe, sino que opera, funciona, permitiendo tapar lo real del antagonismo y mantener la ilusión de estar conjurando el mal de las enfermedades, de estar controlándolas, de estar alejando la muerte. Hablar de prevención y promoción produce cierto sosiego al permitir que se evite hablar de nuestra condición de seres mortales (Galende, 2008, p. 128).

A modo de conclusiones

Desde diversos campos disciplinares, como el Trabajo social y la salud colectiva, aparece prioritario el análisis de las prácticas de atención de la salud, las que a menudo se muestran poco permeables a los avances y reflexiones críticas que sobre ellas se realizan.

De acuerdo al trabajo realizado para el análisis de tales prácticas, el ‘compromiso con todo’ (población atendida, compañeros de trabajo) aparece como un elemento que permitiría realizar distinciones al interior de los equipos de salud. Quienes conforman tales equipos coinciden en sostener que las formas de atención dependen, fundamentalmente, de la existencia o de la ausencia de compromiso. El estudio de las prácticas discursivas y no discursivas nos permite señalar que tal compromiso funciona como frontera grupal, dividiendo los equipos de salud, y tiene efectos ideológicos que inciden en la atención de salud y en la existencia de malestar en tales equipos.

El compromiso aparece en nuestro análisis más como un punto de partida que como un punto de llegada. Esto implica que lo necesario no es tratar de promover el

compromiso en los equipos de salud, como un punto de llegada o un ideal a alcanzar, sino más bien de dilucidar con qué se encuentran ya, de hecho, comprometidos tales equipos: con qué población, con qué valores, con qué prácticas, con qué modos de atención, con qué modos de vida. Hemos querido colaborar en abrir horizontes de reflexión al proponer que el compromiso no es uno, sino varios, que es posible estar comprometido con distintos objetos y que negar esto se convierte en un obstáculo para visualizar las luchas ideológicas existentes y las prácticas posibles. Considerar que hay un solo y único modo de ser un trabajador de la salud comprometido delimita modos de hacer y pensar que, aunque en numerosas situaciones puede implicar mejores servicios de atención y prácticas más democráticas, no siempre es así. Es necesario analizar cómo ese compromiso funciona en la situación singular de cada territorio.

Entendemos que el análisis del discurso – que incluye el análisis de prácticas discursivas y no discursivas- y la crítica de la ideología, tal como los hemos esbozado en el presente trabajo, constituyen un marco teórico de trabajo fértil para la investigación y la intervención en Trabajo social. Marco teórico que supone comprender que solo a través de la sujeción se ingresa a la condición de hombre, sujeción a los modos de producción, al lenguaje, a las ideologías, al deseo carencia. Modos de sujeción cuyo estudio aportan elementos para comprender las situaciones sociales en las que intervenimos. Pensar lo humano en estos términos no implica negar la existencia de sujetos, sino comprenderlos y comprendernos en relación con tales formas de sujeción, reconociendo que las mismas dan cuenta, nunca completamente, de tales situaciones, desde una perspectiva que supera dicotomías del tipo individuo-sociedad, objetivo-subjetivo, etc.

Nuestra posición como trabajadores sociales latinoamericanos añade a lo antes expresado un aspecto más a considerar, la necesidad de una vigilancia epistemológica alerta frente a producciones teóricas que, dado su contexto de producción, ignoran los modos en que producen y reproducen formas de comprensión eurocéntricas. En tal sentido, cabe señalar que no todo es un producto discursivo e ideológico, lo que produciría cierto relativismo, sino que es posible pensar en términos de ampliación de horizontes de libertad y democracia, punto de anclaje desde el cual discriminar entre políticas e intervenciones más o menos legítimas, más o menos justas.

Referencias bibliográficas

Angenot, M. (2010) *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Barret, M. (2005). Ideología, política, hegemonía: de Gramsci a Laclau y Mouffe. En S. Zizek (comp.), *Ideología un mapa de la cuestión*. Buenos Aires: FCE.

Dubet, F. (2006) *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos ante la reforma del Estado*. Barcelona: Gedisa.

Eagleton, T. (2005). *Ideología. Una introducción*. Barcelona: Paidós.

Elias, N. (1976) “Ensayo Teórico sobre las Relaciones entre Establecidos y Forasteros”, en Elias, Norbert: *La Civilización de los Padres y Otros Ensayos*, Bogotá: Norma. Disponible en <file:///C:/Users/Estela22/Downloads/Dialnet-EnsayoAcercaDeLasRelacionesEntreEstablecidosYForas-837509.pdf>. Consultado el 17 de agosto de 2015

Foucault, M. (2010). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Galende, E. (2008). “Debate cultural y subjetividad en salud”. En H. Spinelli (comp.), *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar.

Jäger, S. (2003). Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos. En R. Wodak, M. Meyer (comp.), *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa.

Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. España: Gedisa.

Karsz, S. (2008). Marxismo, Psicoanálisis y Trabajo social. Comentario a la ponencia central de José Paulo Netto. *Trabajo social, N° 74, 57-61*.

Karsz, S. (2009). Pensar la intervención social. Ideología e inconsciente hacen nudo. Perspectivas teóricas e implicancias prácticas. Curso de posgrado dictado en la FCPyS, UNCuyo. Mimeo.

Karsz, S. (2010). ¿Qué pasa con lo humano en una sociedad fundada sobre el ideal del ‘riesgo cero’? *Millcayac. Anuario 2009*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, U.N.Cuyo.

Lobos, N. (2016) “Ideología e inconsciente en la elucidación de las prácticas de intervención social”. Tesis de Maestría. FLACSO, Argentina.

Marí, E. (1984). Prefacio. En D. Lecourt, *El orden y los juegos. El positivismo lógico cuestionado*. Buenos Aires: Ed. La Flor.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Onocko Campos, R. (2008). Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En H. Spinelli (comp.) *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar.

Onocko Campos, R. (2013) *Psicanálise & Saúde Coletiva: Interfaces*. São Paulo: Hucitec.

Pêcheux, M. (2005). El mecanismo del reconocimiento ideológico. En S. Zizek (comp.), *Ideología un mapa de la cuestión*. Buenos Aires: FCE.

Rodríguez, M. (2010). “Pensar la práctica del trabajador social es pensarla desde los aportes de la crítica de las ideologías”. En: Aguayo, Cecilia (coord.) *La acción Profesional e Interdisciplinariedad: Desafíos Éticos e Interculturales para América Latina*. Santiago de Chile, Universidad Tecnológica Metropolitana. Pp. 335 – 349.

Rodríguez, M. (2016). “Ves de todo... en todos lados”. Prácticas, discursos e ideologías en el primer nivel de la atención de la salud en Godoy Cruz. Tesis de doctorado,

FCPyS-UNCuyo.

Rodríguez, M., N. Lobos y R. Rubio (2012). “¿De qué hablamos cuando hablamos de derechos humanos y de qué -al hablar de ellos- evitamos hablar?”. En: Martínez, Silvana (comp.) *Contextos y prácticas de Trabajo Social. Los desafíos de concretar derechos en la Argentina Contemporánea*. Entre Ríos: La Hendija. Pp115-136.

Saltalamacchia, H. (2005) *Del proyecto al análisis: aportes a una investigación cualitativa socialmente útil*. 1° ed. Buenos Aires: El Artesano.

Sfez, L. (2008) *La salud perfecta. Crítica de una nueva utopía*. Trad. Eva Tabakian y Pablo Rodríguez Buenos Aires: Prometeo.

Sousa Campos Wagner, G. (2009) *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Salud Colectiva*. 6 (3), 275-293.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquía.

Svampa, M. (2007) “Las fronteras del gobierno de Kirchner: entre la consolidación de lo viejo y las aspiraciones de lo nuevo”. En Cuadernos del CENDES, mayo-agosto, año/vol 24, N° 65, Caracas, Universidad Central de Venezuela. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/403/40306502.pdf>. Consultado el 12/9/12.

Testa, M. (1997) *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar.

Zizêk, S. (2005) “Introducción. El espectro de la ideología.” En: Slavoj Zizek (comp.), *Ideología un mapa de la cuestión*. Buenos Aires: FCE.