

El personal sanitario auxiliar en contextos de desigualdad. Problemáticas y desafíos en la atención primaria de salud en Misiones.

Eje 2

Problemáticas y desafíos regionales en contextos de desigualdad y dominación

Autoras

Cecilia Draganchuk

Carolina Ruiz Díaz

Institución

Secretaría de Investigación y Post-Grado. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales – UnaM

Introducción:

En este trabajo se intenta reflexionar acerca de las condiciones de trabajo del personal sanitario auxiliar desde una perspectiva sociológica, centrada en los aportes de Robert Castel, Ulrich Beck y Zigmunt Bauman. Interesa analizar las contradicciones que se generan entre los lineamientos políticos y normativos del sistema público de salud oficial y los procesos y condiciones de trabajo de este personal.

Para ello, recurrimos a una estrategia metodológica que nos permite destacar las percepciones, opiniones, expectativas y elementos compartidos, en una realidad social concreta: el Programa de Formación de Agentes Sanitarios. Específicamente, nos basamos en el grupo de promotores en un recorte territorial que se logra a través de los dos CAPSs de Santa Ana, el Hospital de Área Virgen de Fátima, Gárupa, y el Hospital de Área René Favaloro, Posadas.

Cabe aclarar que desde la implementación -en 2003 -del denominado sistema Misiones Salud, el Ministerio de Salud Pública incorporó paulatinamente a 956 personas que se desempeñan en tareas sanitarias diarias y a quienes se conoce como “promotores de salud”. Detrás de esta figura -la del promotor -que presupone para el sistema provincial “un pilar fundamental de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud” existe una paradójica relación laboral bajo la modalidad de becarios, otra figura es la del “contrato”, que como tal presupone también la precarización y los menos son los que pasaron a planta permanente. De manera que, el vínculo que une a un “promotor de salud” con el Ministerio de Salud Pública es totalmente precario.

En este marco en este trabajo, intentaremos describir y caracterizar las contradicciones que se generan en el sistema público de salud y los límites que este tiene a la hora de implementar la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, específicamente en la provincia de Misiones.

Lineamientos políticos en materia de salud pública

En la Argentina, los lineamientos centrales de las políticas sociales que se vienen impulsando desde el gobierno nacional, promueven la intervención integral basada en: la concertación de objetivos estratégicos, suma de esfuerzos y recursos como así también en la articulación de diversas dimensiones operativas que se ordenan de acuerdo con la dinámica territorial propia del nivel local en que se actúe (provincias, municipios o barrios). Este cambio de enfoque implica desarrollar intervenciones flexibles y adaptables a diferentes situaciones, fortaleciendo espacios participativos que posibiliten la planificación de abajo hacia arriba y sobre todo dirigidos a la reconstrucción del tejido social. El Plan Federal de Salud (2004-2007), propuso como idea-fuerza que la participación ciudadana en la construcción colectiva de un proyecto de desarrollo permitirá un sistema de salud sólido y justo, destacando que la salud de un pueblo es un indicador de su organización social y comunitaria. Por ello señala advirtiendo que los instrumentos de política y gestión modernos que no contemplen la participación, que no generen consenso, pueden ser técnicamente factibles pero terminan siendo políticamente inviables. Este postulado ha sido ratificado por las actuales autoridades nacionales y situado en lugar destacable de la agenda pública de salud (Programa Nacional de Salud 2008).

En el orden provincial, tanto la orientación y la metodología como el aumento en la asignación de recursos presupuestarios (Ley de Salud Provincial, 2007), coinciden con los lineamientos políticos nacionales. En el caso de la operativización de los objetivos estratégicos de salud, la Provincia de Misiones no solo reordenó el sistema de atención (CAPS, efectores de Nivel I, Nivel II y Nivel III), sino que avanzó en la formación de promotores de salud, dotando a la totalidad del sistema provincial de este recurso humano básico. Así, en palabras oficiales “El Programa de Formación de Agentes Sanitarios, iniciado en el año 2005, resulta de fundamental importancia en la política de formación de recursos humanos orientado al fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención de salud en la comunidad. El Poder Legislativo con la reciente aprobación de la Ley de Salud y el Poder Ejecutivo en su Plan de Gobierno y políticas sanitarias han ratificado a la Atención Primaria como eje sustancial del sistema sanitario

provincial”. (Documento Base del Programa de Formación de Agentes Sanitarios, 2008, página Web del Ministerio de Salud Pública de Misiones).

En particular, la incorporación de la figura del promotor de salud representó un modo de acercar la concepción de la estrategia de APS al funcionamiento real del sistema público de atención, mejorando la accesibilidad de la población a los efectores estatales. El programa de capacitación de los promotores de salud comprendió conocimientos teórico y prácticos sobre procedimientos básicos en la atención curativa y prevención de las enfermedades prevalentes, promoviendo bajo la modalidad pedagógica de capacitación/acción mayor eficacia en la adquisición de habilidades y destrezas en los procesos básicos en salud. Entre los procedimientos atribuidos, se destaca: relevar información socio-sanitaria, para su utilización en el diseño y ejecución de las políticas para mejorar acciones y programas que contribuyen a la calidad de vida de la población.

Los Promotores de Salud en la provincia de Misiones

Según los documentos oficiales del Ministerio de Salud Pública Provincial, la incorporación de los promotores de salud al sistema sanitario se inscribe dentro de los lineamientos de los organismos internacionales y nacionales de salud. En este marco, los promotores fueron presentados como “un pilar fundamental” y el recurso humano idóneo para captar las necesidades socio-sanitarias de la comunidad en el marco de los límites de su capacitación (Documento Base del Programa de Formación de Agentes Sanitarios, 2010). Según datos oficiales, para el año 2010, en la Provincia de Misiones se contaban 953 promotores de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública, distribuidos geográficamente según zonas de salud y áreas programáticas.

En general, estos promotores están preparados para proporcionar cuidados esenciales preventivos y curativos, utilizando tecnología simplificada. El adiestramiento que reciben es relativamente corto (pero con esfuerzo y supervisión continua) y está orientado a tareas específicas y bien definidas. Sus áreas de actividad se orientan hacia: a) *educación para la salud*; b) *atención*

materno-infantil; c) Servicios curativos esenciales; d) Alimentación de los sistemas de información, y, e) Referir casos.

El cumplimiento de estas funciones es visto por los promotores incorporados en las primeras cohortes, en los siguientes términos:

“Para ser promotor de salud hay que sentirlo en el alma, porque el trabajo que realizamos no es broma, entrar a una casa humilde desprovistas de cosas y ganarse la confianza de las familias no es tarea fácil. Para eso uno tiene que tener corazón y dar cariño, es eso lo que el enfermo necesita”. (FZ, mujer, 50 años, auxiliar de enfermería)

La precarización de los vínculos laborales de los Promotores de Salud

Desde la implementación -en 2003 -del denominado sistema Misiones Salud, el Ministerio de Salud Pública incorporó paulatinamente a 956 personas que se desempeñan en tareas sanitarias diarias y a quienes se conoce como “promotores de salud”. Detrás de esta figura -la del promotor -que presupone para el sistema provincial “un pilar fundamental de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud” existe una paradójica relación laboral bajo la modalidad de becarios.

Los promotores de salud se vinculan laboralmente con el Ministerio del área a través de una beca, que requiere una dedicación de 5 horas diarias y un total de 25 horas semanales. Según actualizaciones recientes, por el cumplimiento certificado de estas actividades perciben entre quinientos ochenta y cinco (\$ 585) y mil pesos (\$1000), estas diferencias en los montos se deben al origen de las fuentes de financiamiento. Los que perciben la cifra menor dependen del Programa Provincial, en tanto que los favorecidos con el monto mayor dependen del Programa Nacional de Médicos Comunitarios. Este vínculo puede cambiar de acuerdo con los resultados de la evaluación anual, alcanzando la incorporación a planta permanente. Los ítems que se consideran en la evaluación son: el cumplimiento satisfactorio de los módulos teóricos y prácticos, la producción anual de actividades y el concepto que emita el coordinador a cargo. Sin embargo, dado que el PFAS prioriza las actividades de relevamiento de información y el

seguimiento de familias críticas, los promotores en terreno son los que tienen mayores posibilidades de alcanzar estabilidad laboral.

La máxima jerarquía identifica los promotores como el **eje de la Atención Primaria** de la Salud en Misiones, sin embargo se levantan voces críticas señalando que:

“Sin recibo ni aguinaldo, el vínculo que une a un promotor de salud con el Ministerio de Salud Pública es totalmente precario. La mayoría está enlazado por el llamado “sistema de becas”, que bajo este nombre intenta hacer pasar por beneficiarios de becas a los trabajadores precarizados. Los menos pasaron a planta permanente. El pase es político, se da para devolver favores. Entonces no tenemos ni siquiera recibo de sueldo y sin recibo no se puede tramitar nada, no puedes hacer nada. Laboralmente no existimos, el Estado no puede responder por nosotros. Tampoco tenemos ART ni nada que se le parezca, es una precarización total”. (Opinión de una promotora de salud extraída de Primera Edición, de fecha 18-07-2010).

Los referentes gremiales de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), sintetizan públicamente a los promotores de salud como: **mano de obra barata, precarizada y no calificada.**

Por lo tanto la *condición salarial*, de acuerdo con la definición de Robert Castel, constituyó un período de la asalarización de la sociedad moderna¹. Esa condición salarial se suele identificar con una sociedad de empleo casi pleno, fundamentalmente masculino, vinculada a una serie de derechos denominados usualmente *derechos sociales*, cuyo titular era el empleado y por extensión su núcleo familiar; además, como característica de suma relevancia, en ese período de la sociedad industrial la *forma-empleo* revestía en términos generales un

¹ El mismo autor, siguiendo los criterios de la escuela de la regulación para caracterizar a la relación salarial fordista, plantea que *“una relación salarial supone un modo de retribución de la fuerza del trabajo, el salario (el cual gobierna en gran medida el modo de consumo y de vida de los obreros y sus familias), una forma de disciplina del trabajo que regula el ritmo de la producción, y el marco legal que estructura la relación de trabajo, es decir el contrato de trabajo y las disposiciones que lo rodean”*; criterios que utiliza para precisar que la relación salarial puede tomar diferentes configuraciones dentro del capitalismo.

carácter de estabilidad (Castel, 2010). Ese tipo de asalarización se constituyó con un estatuto más o menos común de relación salarial para las distintas ramas del trabajo (industria, servicios, etc.), tanto del sector estatal como privado.

Para Castel la precariedad es parte de la conmoción de la condición salarial que quiebra las posiciones en la división social del trabajo y desvincula a los individuos de los sistemas de protección característicos del Estado de Bienestar, constituyendo una zona de vulnerabilidad (Castel, 2010).

Reflexiones preliminares

En este contexto, casi en todos los casos los promotores de los efectores seleccionados poseen un vínculo laboral precario con el Ministerio de Salud Pública. En este sentido Castel (2010) señala que, existe una fuerte correspondencia entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que cubren a un individuo ante los riesgos de la existencia. Por lo tanto, trabajo estable/inserción relacional sólida caracteriza una zona de integración. A la inversa, conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión o de desafiliación. En este sentido podemos afirmar que los promotores de salud de estos efectores se caracterizan por estar en una zona de vulnerabilidad social.

En síntesis podemos señalar a partir de todo lo expuesto que la situación es bastante compleja si pretendemos reflexionar acerca de la paradójica relación entre el discurso de la promoción de la salud, la estrategia de APS y los vínculos laborales de los promotores, en este sentido nos preguntamos ¿puede el sistema público de salud promover la salud de una comunidad, cuando uno de sus recursos humanos claves para llevar adelante la estrategia se encuentran totalmente precarizados? obviamente la respuesta es no, pero entonces nos preguntamos ¿la promoción de la salud y la estrategia de APS es solo un discurso conceptual del sistema? ; A partir de estos interrogantes pretendemos llamar la tensión, al decir de Bauman la crítica como llamado al cambio a todos los que estamos involucrados explícita e implícitamente en el ámbito de la salud. (Bauman: 2009)

Bibliografía

- BECCARIA, L., CARPIO, J. y ORSATTI, A. (2000) “Argentina: informalidad laboral en el nuevo modelo económico” en *Informalidad y exclusión social*. (Buenos Aires: F.C.E.).
- CASTEL, Robert. (2010) *El Ascenso de las Incertidumbres: Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Editorial Fondo de Cultura Económica Buenos Aires.
- CASTEL, Robert. (2008). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Editorial Manantial. Buenos Aires.
- KROEGER Axel, LUNA, Ronaldo. *Atención primaria de la salud principios y métodos* OPS. Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical en la Universidad de Heidelberg. Fundación Alemana para el desarrollo internacional. Editorial Pax México. 1º edición 1987
- LINDENBOIM, Javier; GONZALEZ, Mariana, SERINO, Leandro. 2000. “La precariedad como forma de exclusión” en J. Lindenboim (compilador) *Crisis y metamorfosis del mercado de trabajo. Parte 1: Reflexiones y diagnóstico*. FCE-UBA, Buenos Aires, 2000. Cuadernos del CEPED, Nro. 4, Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES Documento Base del Programa de Formación de Agentes Sanitarios, 2008
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. *Ley de Salud Provincial*. 2007
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA: *Plan Federal de Salud 2004-2007*.
- OPS/OMS. (1993) *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud*. Hsp/Silos-26. Washington, doc.
- VOURI H. *¿Qué es la Atención Primaria de Salud?* Atención Primaria, 1983.