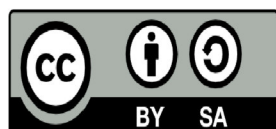


Hay muchas cuestiones de las condiciones de trabajo de las y los trabajadores de salud que deben revisarse.

Entrevista a Fernando Vallone

Entrevistado por Andrea Romero, Julio Longa y Damián Ierace

2022 *Universidad Nacional Arturo Jauretche.
Dirección de Comunicación Institucional y
Prensa. Agencia de Contenidos
Periodísticos - Tesis*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – Compartir igual 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Vallone, F. (6 de junio de 2022). *Hay muchas cuestiones de las condiciones de trabajo de las y los trabajadores de salud que deben revisarse. Entrevista a Fernando Vallone* [Emisión de radio]. En Andrea Romero, Julio Longa y Damián Ierace (Periodistas), *Tesis*. Florencio Varela: Universidad Nacional Arturo Jauretche. Dirección de Comunicación Institucional y Prensa, "Somos Mestiza". Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>

Entrevista a Fernando Vallone, docente investigador del Instituto de Ciencias de la Salud

“Hay muchas cuestiones de las condiciones de trabajo de las y los trabajadores de salud que deben revisarse”

Fernando Vallone, docente investigador de la UNAJ, cuenta cómo las condiciones sociales de las personas, el acceso al bienestar, como también las condiciones de trabajo y otras determinaciones sociales son muchas veces más importantes que los factores biológicos para pensar en la salud de la población; y aporta una lectura sobre los problemas y complejidades de nuestro sistema de salud.

El análisis se enmarca en el proyecto de investigación dirigido por Alejandra Esponda denominado “Las transformaciones en el trabajo en una región del conurbano sur (Florencio Varela, Quilmes y Berazategui) del macrismo a la pandemia”. La propuesta es uno de los primeros trabajos de investigación articulado entre dos institutos de la Universidad: el Instituto de Ciencias Sociales y Administración y el Instituto de Ciencias de la Salud.

¿De qué trata el proyecto y cómo incide el trabajo articulado entre investigadores del campo de lo social y de la salud?

Desde el Instituto de Ciencias de la Salud no es tan frecuente este trabajo articulado entre institutos en proyectos de investigación y para nosotros es la primera vez, así que fue muy estimulante que las compañeras y compañeros nos convocaran. El proyecto apunta a monitorear las condiciones de trabajo en esta región del conurbano, a partir de dos hechos trascendentales para la salud de las y los trabajadores. Tanto el macrismo como la pandemia son dos hechos que tuvieron una incidencia negativa en la salud general de la población, en las y los trabajadores y en las condiciones laborales en las cuales se debieron llevar adelante esos procesos de trabajo. En el primero de los dos hitos, con un Estado que desconocía el derecho a la salud y desconoció muchos de los logros y resultados de la lucha sindical respecto de las condiciones laborales. Y en el segundo, la pandemia, que obviamente nos atravesó profundamente a todas y todos.

Nosotros nos alegramos mucho por esta incorporación al proyecto de investigación, porque nos sumamos al trabajo que ya venían haciendo los compañeros con la implementación de una herramienta informática de monitoreo en los lugares de trabajo sobre novedades de las condiciones laborales o despidos y demás. Es una herramienta en desarrollo, una aplicación de celular.

En esta segunda etapa del proyecto es poner en discusión lo que denominamos “la determinación social de la salud”, que es una mirada latinoamericana de los procesos de salud y enfermedad crítica de los conceptos que históricamente viene postulando la propia Organización Mundial de la Salud que suele hablar de “determinantes sociales de la salud”. Este concepto lo comparo con atributos de las personas, por ejemplo decimos “la persona es pobre” en lugar de “se empobreció” o que “hay una población empobrecida”. Por ejemplo, en Estados Unidos se suele decir que la población negra tiene menos expectativa de vida que la población blanca y eso no es una cuestión genética sino social. Desde esta visión, no se discute los modos de producción y consumo de toda la sociedad que generan y reproducen estas situaciones en algunos grupos sociales. Hay una intencionalidad clara en discutirlo de esta manera porque queda afuera la discusión sobre el origen de esta situación. Si no cambia la matriz en la cual estamos insertos y cómo se produce y distribuye

la riqueza, como nuestra mirada sobre los procesos de trabajo y el impacto en la salud, no se puede mejorar la vida de las personas. Las dos cosas impactan en la trabajadora y el trabajador: las condiciones de trabajo de ese proceso y lo que esa persona recibe y dónde la sitúa dentro del contexto social, en qué barrio va a vivir, en qué condiciones.

Hay muchas cuestiones de las condiciones de trabajo de las y los trabajadores de salud que hay que revisar, por ejemplo, el regreso al trabajo después de la maternidad. Compañeras que volvían a trabajar al mes de haber parido y esto se veía mucho más si estaban dentro del régimen de residencia, porque se ponía en riesgo tener que hacer otro año, o ya siendo parte del personal del hospital, que se pierda la oportunidad de un concurso o un ascenso. No está contemplada la maternidad como una cuestión central y no está cuidada, en general, la salud. Hay poco cuidado de quienes trabajamos en salud, era muy común que una persona con síntomas tenga que ir igual a cubrir su guardia.

Yo he trabajado muchos años en promoción de la lactancia materna y veo que una dificultad grande, sobre todo de las compañeras, que no han pasado por una buena experiencia en la maternidad de la lactancia, quienes si al mes tienen que volver, poco queda para amamantar y para maternar en buenas condiciones. Aquí es muy difícil para una persona que pasó por ese momento, que pudo haber vivido traumáticamente, poder ser positiva en el mensaje que transmita a quienes tiene que cuidar, acompañar. Entonces empezamos por casa. Las instituciones tienen que ser amigas primero de quienes trabajamos ahí. Es muy duro transmitir el mensaje positivo de promoción de salud y demás, cuestiones que uno no ha podido vivir.

¿Esa atención sobre las condiciones de trabajo también son esenciales para comprender la salud de cualquier laborante?

Claramente. Cuando hablamos de promoción de la salud, pensamos en acciones que mejoran la calidad de vida de las personas como el deporte, la buena dieta. Entonces, como profesionales de la salud, recomendamos que salgan a caminar todos los días porque eso les va a cambiar la vida. El problema es que puede ser una recomendación para una persona que llega a su casa después de 12 horas de trabajo, que vive en un barrio oscuro, entonces es difícil que logre esa rutina de salir a caminar. Por estas cuestiones, esta mirada de salud colectiva o medicina social latinoamericana, que es un movimiento crítico hacia los pensadores clásicos de la epidemiología y de la salud pública, plantea la discusión a otro nivel.

A veces nos cuesta que los estudiantes comprendan en nuestra materia, por ejemplo, que toda discusión es política. Porque también queremos transmitir la conciencia que como trabajadores de la salud, en el caso de nuestro campo académico, todos hacemos política. Como profesionales hacemos micropolítica, en el pequeño espacio que nos movemos por ser profesionales que nos otorga ese beneficio de tener libertad de acción y eso también nos da mayor responsabilidad en lo que hacemos. Y para el trabajador de salud, para la población que atiende, es el Estado poniendo ahí el rostro. Deberíamos ser muy responsables y conscientes de ese lugar.

¿Cómo se combinan estas situaciones vividas en el macrismo y la pandemia, con la respuesta muchas veces insuficiente del sistema de salud y estas determinaciones sociales de la salud?

Durante el macrismo se vivió como una resistencia de las y los trabajadores de salud a cuestiones muy simbólicas como quitarle la categoría de Ministerio a las políticas de salud pública. Aunque

además de lo simbólico, también fue una cuestión presupuestaria. Porque esto tenía como trasfondo generar un seguro con mucho recorte en cuanto a las prestaciones que da cualquier prestación de seguro. Planteaba como un beneficio tener el 50 % de los medicamentos cubiertos; no había más derecho a tener un medicamento gratuito, financiado con los impuestos públicos y sin gasto para la persona en el momento que lo necesita. Y dejaba afuera a las personas extranjeras o que no tuvieran una radicación permanente.

Luego sobreviene el cambio de gobierno, la reivindicación de la salud como un área importante, acciones inmediatas de recomposición del área y a los 90 días aparece la pandemia, con lo cual se demostró también la importancia que tenía que esto fuera nuevamente una política pública: el derecho a la salud. Y con todos los inconvenientes que surgieron, hoy existe un reconocimiento a nivel mundial por el bajo exceso de mortalidad que generó la pandemia en nuestro país.

Pero ahí surgió la mirada sobre los profesionales: el hecho de que en un principio aplaudieran a los trabajadores de la salud y después los quisieran echar del edificio, tuvo una injerencia muy importante la campaña que se hizo por los grandes medios de comunicación diciendo que el Estado quería envenenar a las personas con veneno ruso, que no hacía falta el barbijo ni el aislamiento. Entonces los trabajadores de salud pasaron a ser el blanco más fácil de encontrar, que podía representar esos mensajes que intoxicaron a la población. Esto inmerso en un sistema que no funciona muy bien, que es muy complejo, con una inversión que no se traduce en resultados equivalentes que uno podría esperar si fuera mejor coordinado.

De todas maneras, hubo algunos avances con la pandemia porque, por ejemplo, por primera vez se pudieron tener datos del subsector privado en cuanto a camas críticas. Ellos nos podían demandar camas críticas ante situaciones graves, que el subsector público jamás negó, pero no podíamos tener una acción conjunta para administrar mejor esas camas críticas.

Este concepto de sistema integrado de salud, hoy está queriéndose poner en la agenda de discusión. Sería una forma de integrar tres subsectores, que yo no veo que tengan modo de unirse en un solo sistema porque las obras sociales están muy empoderadas y con mucha historia para delegar eso, pero sí con una coordinación de su actividad que dé más sentido al uso de los recursos.

¿Ese trabajo articulado con el subsector privado estuvo más relacionado con que éste necesitaba más del subsector público?

La mayor carga recayó sobre el sistema público. Es claro que los privados lo necesitaban. (Horacio Rodríguez Larreta, jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, les cedió 52 respiradores a los privados porque tampoco habían invertido en equipamiento. Eran respiradores que la Nación le había dado a la Ciudad de Buenos Aires. Nosotros tenemos que entender que la salud privada es un comercio y que en un país que lo acepta como tal, tiene las reglas de juego de cualquier empresa que quiere obtener ganancias. Así como hay escuelas de gestión privada que siguen las normativas de la educación pública, el sector salud tendría que tener exactamente esa misma lógica, compartiendo toda la información con el sistema nacional de salud. Si no, como la información queda resguardada, tampoco el Estado puede hacerse responsable porque ese derecho se garantice ahí dentro.

Del mismo modo que funcionan de manera separada ambos subsectores, también es una complejidad dentro del propio sector público fragmentado. ¿Qué tipo de complejidad tiene la articulación de los niveles dentro de subsector público?

Esos son dos grandes problemas de nuestro sistema: la segmentación y la fragmentación. En la materia “Salud pública” (asignatura que forma parte del Ciclo Común para todas las carreras del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ) enseñamos los tres modelos de salud de los clásicos en el mundo y después tenemos que hablar de nuestro país, que se hace difícil explicar. El subsector público ya tiene suficientes problemas a resolver en cuanto las jurisdicciones, financiamiento. Por ejemplo, llega la persona a las 6 o 7 de la tarde de trabajar y no tiene atención primaria de salud. Tiene que ir a la guardia del hospital, que debería estar para atender las emergencias propias de ese servicio. Por una angina, uno no debería moverse del barrio. Pero ese primer nivel de atención en los municipios está desfinanciado. En los municipios nosotros no pagamos impuestos a la salud, pagamos solo generales y la coparticipación de provincia que debería cambiar por una ley nueva, financia más a los municipios que tiene un hospital -porque paga por egreso hospitalario – que a los que tienen solo primer nivel de atención. Entonces hay también una disparidad en esa parte de la fragmentación que es Nación, Provincia y Municipio en nuestra provincia.

Hay que tener cuidado también cuando se habla de hospital de alta complejidad porque parece que mide una sola complejidad que es la de la aparatología y personal muy entrenado para resolver cuestiones de salud muy específicas y serias. Pero a mí me gusta hablar de la otra alta complejidad que está en la comunidad, en el barrio. Lo biológico es mucho menos importante, desde el punto de vista médico, porque en general en el primer nivel se resuelven las cuestiones más frecuentes, más comunes, pero que tienen menor implicancia desde el punto de vista asistencial de los otros niveles. Pero existe la complejidad social: el hecho de que el hospital en alguna medida es como una sala de pre embarque donde la persona llega desprovista de su historia, de su barrio y si le sacas la ropa que traen y le pones un camisolín, son todos parecidos, uno ignora todo lo que pasa además. Y para eso también tenés que tener muchas herramientas y mucho conocimiento para manejar esa complejidad que, a veces, por no tenerla la dejamos pasar. En el barrio eso es parte del vínculo entre el equipo de salud y la población, tenés todo.

Esta concepción de la salud, con una mirada integral, resulta uno de los grandes pilares en la formación de profesionales desde la UNAJ.

Yo me alegro mucho cómo se llevan adelante las carreras de Salud en nuestra universidad. Lo veíamos en el último acto de colación, las egresadas de Medicina. A mí me emocionó porque dejaron bien claro que son responsables de la tarea que tienen por delante, muy vinculada a lo territorial, que en las formaciones de otras universidades y en otras épocas, no era así. El hecho de que haya un Ciclo Básico de Salud, una primera aproximación de vinculación a partir de nuestro trabajo territorial, que eso se siga repitiendo en los distintos años y carreras, le da una impronta que marca mucho compromiso con la tarea con el sistema en el que uno está. Por otro lado, la conformación de equipos de trabajo con, por ejemplo, los profesionales de trabajo social, rompiendo esa mirada hegemónica del médico/a, es indispensable en esta tarea, porque suman otra mirada sobre la comunidad más allá de lo que sepamos de ciencia médica. Esos equipos son

los que pueden ayudarnos a descifrar mejor los problemas en la comunidad y también cuál es nuestro papel trabajando allí.