

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

# **Recuperaciones de empresas:. Proceso de trabajo y salud de los trabajadores de la salud.. Atención primaria de la Municipalidad de Rosario.**

Adriana Huerta.

Cita:

*Adriana Huerta (2009). Recuperaciones de empresas: Proceso de trabajo y salud de los trabajadores de la salud. Atención primaria de la Municipalidad de Rosario. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1317>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# ***Recuperaciones de empresas: Proceso de trabajo y salud de los trabajadores de la salud.***

## ***Atención primaria de la Municipalidad de Rosario***

***Adriana Huerta***  
*Secretaría de Salud Pública*  
*de la Municipalidad de Rosario*  
*huerta.adriana@gmail.com*

### **INTRODUCCIÓN**

Según Dejours, en el Siglo XIX, el eje central de preocupación de los trabajadores refería a la preservación del cuerpo y a la defensa de la integridad física. En el siglo XX, en los 60, se complejiza esta problemática dándose lugar a la dimensión de la salud mental del hombre en situación de trabajo, que abre la perspectiva más allá de las condiciones materiales de trabajo, para incluir los procesos de vinculación, la circulación del poder, la emergencia del conflicto en el ambiente laboral.

En los 70' comenzó a delinearse un interés claro por la respuesta emocional de los trabajadores de salud reconociendo el carácter particular de su trabajo, al estar en contacto frecuente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales.

En Rosario, el sector público de salud cuenta con dos jurisdicciones que correspondieron hasta hace un año atrás a gobiernos de diferentes afiliaciones políticas: la **municipal** -que priorizó como política, la atención de salud universal y gratuita, la estrategia de Atención Primaria (APS) intentando garantizar accesibilidad y equidad en la atención-, y la **provincial**, que llevó a cabo una reconversión de los hospitales públicos en hospitales de autogestión. Esta configuración del sistema público de salud, generó un creciente desplazamiento de pacientes hacia efectores municipales en los que encontraban menos obstáculos para una atención gratuita, y beneficios tales como accesibilidad a medicamentos.

Los interrogantes de partida fueron: ¿qué representaciones tienen los trabajadores de APS respecto de su proceso de trabajo?, ¿cómo impacta éste en la salud?, ¿qué rol juegan las relaciones interpersonales en los equipos y con los niveles de gestión en la producción de bienestar/malestar?, ¿cómo afrontan los trabajadores el sufrimiento?

## **CONTEXTO DE TRABAJO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA (SSP)<sup>1</sup>**

En el marco de un proceso de descentralización municipal iniciado en 1996, la SSP planteó la llamada **Distritalización** (delimitación de un área geográfica involucrando un número de Centros de Salud junto a uno o más Hospitales de referencia). El mapa urbano actual cuenta con seis Distritos. Así, se intentaba refuncionalizar los hospitales, reduciendo el área de consultorios externos, transfiriendo horas profesionales al Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias. Esta última Institución fue puesta en marcha en el año 2000, trabajando exclusivamente con turnos referenciados desde la red de Centros de APS (CS), sin recibir demanda espontánea para reforzar el apoyo especializado a los equipos de APS, mientras que los hospitales se plantearon como referentes de internación para los CS.

Hacia el 2003, se implementó el PROYECTO DE ADSCRIPCIÓN DE CIUDADANOS AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL, inspirado en la Reforma Sanitaria brasilera. Dicho Proyecto pretendía un cambio en el modelo de atención, implicando la responsabilización del Estado

---

<sup>1</sup> Actualmente la red de atención está conformada por tres niveles: El **primer nivel** conformado por cincuenta Centros de Salud Municipales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio (fundamentalmente en barrios periféricos) y organizados distritalmente; el **segundo nivel** de atención constituido por tres hospitales generales, un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR); el **tercer nivel** constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con un Hospital de Niños y un Hospital de Emergencias. Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.

por la salud de sectores poblacionales sin cobertura con énfasis en grupos más vulnerables; y resignificación de modalidades tradicionales centradas en la atención de la demanda.

Los principios del Proyecto fueron: establecimiento de Equipos de Referencia, garantizar la Equidad, Responsabilización Territorial, Integralidad de prácticas, y transformación de la lógica del modelo de atención hacia uno más humanizado (vínculo como recurso terapéutico).

A seis años de desarrollo, no se cuentan con evaluaciones del impacto del Proyecto, aunque muchos trabajadores de APS comparten la percepción de sus ventajas: conocimiento más integral de la población a cargo, mayor captación de problemas, predisposición a la búsqueda de resoluciones integrales, mayor concientización y búsqueda de emprendimientos intersectoriales para abordar problemas de salud. También son compartidas las percepciones respecto a las dificultades: coexistencia de distintas lógicas de trabajo según niveles de atención (persistencia de comportamientos expulsivos desde los hospitales); desgaste de los equipos de APS, al quedar aislados para el sostenimiento del proyecto (sobredemanda, confrontación directa con situaciones de extrema vulnerabilidad que no acceden a los otros niveles); carencia de herramientas teóricas para abordar los “nuevos modos de demandas”, percepción de disociación entre los enunciados de la política sanitaria y las acciones concretas para darles sustento.

## **TRANSFORMACIONES EN EL MUNDO DEL TRABAJO**

Antunes (2005), da cuenta de la crisis estructural que sufriera el capital y que se visibilizara más claramente en la década del 70, crisis caracterizada por: caída de la tasa de ganancia del capital, agotamiento del patrón de acumulación taylorista-fordista, hipertrofia de la esfera financiera en desmedro de la productiva, marcado incremento de privatizaciones acompañado de desregulaciones y flexibilización del proceso productivo y crisis del Estado de Bienestar.

Uno de los modelos que emerge como alternativa al taylorismo-fordismo es el toyotista, gestando “*un proyecto de recuperación de la hegemonía en las más diversas formas de sociabilidad...*”<sup>2</sup> y que progresivamente, va instalando nuevos modos de subjetivación en el mundo del trabajo. Parecería que en la era toyotista, se constituye un trabajador más “*calificado, participativo, multifuncional, polivalente, dotado de mayor realización en el espacio de trabajo*”<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Antunes, R. (2005), *Los sentidos del trabajo. Ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo*. Ediciones Herramienta, Buenos Aires.

<sup>3</sup> *Ibidem* 2

En consonancia con la fuerte pregnancia de estas corrientes, en Salud Pública Municipal, durante los '90, la gestión inicia un proceso de lectura y discusión de materiales teóricos, en una gama que iba desde la planificación situacional de Matus hasta la filosofía Deming de la Calidad.

Las “nuevas tecnologías de gestión”, instalan un universo discursivo en el que sobresalen referencias al “trabajo en equipo”, “compromiso participativo”, “autonomía de trabajadores”, “misión”, en el marco de una estructura “horizontalizada”. En ámbitos fabriles, estos “nuevos modos” de organización del trabajo, con promoción de liderazgos entre trabajadores, fue desdibujando progresivamente el rol de los sindicatos, para dar paso a “acuerdos particulares” entre representantes de los equipos de trabajo y la patronal.

En el devenir de este proceso, se operó una “re-semantización”, por la cual, lo que antes era significado como “conflicto de trabajo”, pasa a ser “falla comunicacional en las redes de trabajo”; cualquier intento de reclamo gremial, fue resignificado como falta de comprensión o aún, boicot de la “misión”...

## **LÓGICA DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO**

Hacia los 70, expertos en Ergonomía, formulaban un planteo clave para entender el sufrimiento en el trabajo: “la existencia de un desfase irreductible entre tarea prescripta y actividad real de trabajo”<sup>4</sup>. Este desfase supone la necesaria reinterpretación de normas y consignas que dan cuerpo a la organización prescripta del trabajo para que el mismo pueda desplegarse, dado que es imposible en cualquier organización (y mucho más en salud) prever de antemano todos los avatares que pueden presentarse en las situaciones reales de trabajo.

Para Dejours esta brecha puede dar lugar a dos tipos de reacciones: o es tolerada, permitiendo la creatividad de los trabajadores, o es perseguida, ubicando a los trabajadores en una posición de falta, interpretándose como desobediencia a las normas. Así, los problemas de sufrimiento más relevantes identificados derivan del desconocimiento y/o la negación de las dificultades concretas con que se confrontan los trabajadores ante la imperfección de la organización prescripta del trabajo.

---

<sup>4</sup> Dejours, C. (1992) *De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. En *Organización del trabajo y Salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Comp. Dessors, D y Guio-Bailly, M (1998) Ed. Lumen. Buenos Aires.

## **OBJETIVOS**

### **General**

- Analizar los procesos intersubjetivos presentes en la gestión de los procesos de trabajo de equipos de salud de Centros Municipales y su relación con los modos de sufrimiento psico-físico de los trabajadores.

### **Específicos**

1. Caracterizar los procesos intersubjetivos intervinientes en las situaciones de trabajo de los equipos de APS en términos de:

*-Coordinación en la gestión del trabajo.*

*-Cooperación en situación de trabajo.*

*-Relaciones de confianza en la dinámica de los equipos.*

*-Formas de reconocimiento que operan en las Instituciones.*

*-Sistemas de afrontamiento del malestar.*

- Analizar las representaciones de los trabajadores de APS respecto de su propio proceso de trabajo, eficacia técnica, satisfacción con el mismo e impacto en la salud de dicho proceso.

## **ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

Investigación de tipo exploratoria, enmarcada en la lógica cualitativa. Las técnicas de captación de datos: Entrevistas semi-estructuradas con trabajadores de los CS, observación participante y análisis documental.

## **RESULTADOS**

Se desarrollaron entrevistas con trabajadores de los distritos Norte, Noroeste, Sur y Oeste, 19 informantes, (4 enfermeros, 5 Médicos Generalistas, 3 Clínicos, 2 pediatras, 3 psicólogos, 2 administrativos), 11 de ellos tenían antigüedad mayor a seis años -todos los entrevistados tenían al menos dos años de antigüedad en APS-. Tres de los profesionales se desempeñaban como Jefes de CS, el resto desempeñaba exclusivamente funciones asistenciales.

## **EL CONTEXTO DE APS**

El desarrollo de APS en Rosario, alcanzó prestigio en el contexto nacional. Tomando como punto de inflexión el año 1990, en que se creó la Dirección de APS en la SSP de Rosario, por entonces, el panorama de la APS era marcadamente deficitario en cuanto a infraestructura e insumos,

personal que llegaba a los efectores en calidad de “castigo”, atención a la demanda espontánea, bajos salarios, etc. No obstante los avances logrados en términos de incremento de centros periféricos, reorganización de procesos de trabajo y mejoría de condiciones salariales, persiste en muchos trabajadores la percepción de dos realidades, dentro de la misma ciudad. Éstas se expresan en las dicotomías “Centro vs. Barrios” o, “nivel central- hospitales vs. Centros de Salud”

Además de condiciones de urbanización y posibilidades de comunicación diferenciales, un aspecto reiterado en el discurso de los trabajadores alude al encuentro cotidiano con postales de exclusión. Se trata de la otra escena que aparece velada en los contextos hospitalarios, generalmente ubicados en el macro-centro de la ciudad.

#### **1A. LAS DIFERENTES REALIDADES EN EL MISMO MAPA URBANO.**

*“No hay líneas directas de colectivos que vayan al Hospital X o al Hosp. Z. Y eso es de terror porque los chicos tienen que ir ahí.*

*Para ir a otros Centros de Salud del Distrito tampoco tenemos acceso directo. Los otros días para ir a otro Centro de Salud me tuvo que llevar una compañera en moto. Las chicas tienen una tarjeta de remisse, pero como no tenemos teléfono directo afuera. Antes había un TE. Público cerca del Centro de Salud, pero lo sacaron porque lo rompían siempre...*

*Taxis no circulan por ahí...”*

**Psicólogo@**

#### **1B. LA CONFRONTACIÓN COTIDIANA CON LA EXCLUSIÓN**

*“Una cosa que desgasta terriblemente es que cuando uno llega a trabajar en Atención Primaria tiene muchas pilas, y hace un montón de cosas, plantea propuestas, sale al barrio, trata de articular con las otras Instituciones y se reúne y... pasan los años y los años y uno ve que la gente sigue estando con el mismo grado de miseria que cuando empezó. Entonces uno se pregunta... será por acá que hay que trabajar? Tiene sentido romperse tanto si al final no cambian las condiciones de vida? Y ahí uno empieza a dudar...”*

**Médic@ clínic@**

## 1C. LA CONVIVENCIA CON EL MIEDO

En los últimos años, los trabajadores visualizan un cambio en el perfil de problemáticas barriales más acuciantes, entre ellas: adicciones con carácter epidémico en edades tempranas, situaciones de violencia manifiestas en actos de brutalidad policial, peleas entre bandas, episodios de robos y agresiones a los propios vecinos, al personal de salud y a las instituciones.

*“A mí me da miedo venir a trabajar a la mañana.... Imaginate, yo entro a las 7, es noche cerrada. Yo vivo en el barrio y me dicen ‘Eh!, pero si vos sos del barrio...’ Y yo digo: por eso mismo, Uds. no saben cómo es aquí por las noches, los gritos, los disparos...”*

**Administrativ@**

## 2. LAS CONDICIONES DE TRABAJO

### 2A. LA INEQUIDAD

*“Yo me siento como fuera del equipo... Si mañana me dicen: -Mañana no vengas a trabajar al Centro de Salud, ni pasado, ni pasado... yo no puedo hacer nada, no puedo reclamar...”* (Acercas de los contratos precarios, eventuales, contratos de locación)

**Trabajador social**

### 2B. EL ESPACIO FÍSICO

*“Estuve en la inauguración del Hospital de Emergencia. No se hablaba de Salud Pública. Se decía que es un Hospital de avanzada en Latinoamérica, que en Europa no hay un Hospital de esas características... y mientras tanto hay CS que se les vuela el techo”*

**Médic@ generalista**

## 3. VÍNCULO DE TRABAJADORES CON NIVELES DE GESTIÓN

En APS, pueden reconocerse diferentes instancias de gestión. En cada C.S., existe una **Jefatura**, los **equipos de gestión**, (elegidos en su mayoría por los propios Jefes de Centro quienes convocan a

algunos miembros de los equipos). Existen pocos CS, en que los Jefes manifestaron desacuerdo con la conformación de estos equipos, argumentando que introducían fracturas en los equipos de trabajo.

*“Se ha cambiado mucho de las antiguas nociones de APS. Antes había un jefe. Ahora hay equipos de gestión. Se hizo una reunión para discutir que era gestión “algunos fueron al diccionario para ver”. Yo lo tomé sarcástico. Pienso que es buscar soluciones para la gente del equipo y para la gente del barrio. No para lo personal, para conseguir poder o no se que”.*

## **Enfermer@**

### **3A. DE LEJOS DICEN QUE SE VE MÁS CLARO...**

*“Por ahí veo que la gente que está en el nivel de gestión está muy distanciada de lo que realmente pasa en terreno. Hablo de la Dirección de APS, Coordinadores y algunos Jefes de Centros. Algunos Jefes de Centro están medio que no se sabe.... No se sabe si responden más a la línea de la gestión o realmente pueden cuestionar desde una posición crítica a la gestión.*

*Teóricamente tendrían que estar más en terreno y conocer cuestiones de lo cotidiano. Pero a veces responden más a las directivas de la gestión que a la problemática real del entorno. Al principio no aparecía tanto esa brecha. Pero después yo ví que cada vez más, con el correr del tiempo, esa brecha se fue aumentando.”*

## **Psicólog@**

### **3B. LA GESTIÓN DE LA SOSPECHA**

Otro núcleo de malestar refiere a mecanismos de “culpabilización” que se ponen en marcha desde los niveles de gestión cuando comienza a plantearse algún reclamo por las condiciones de trabajo.

*“Cuando aparece el límite real que es el del recurso de trabajadores de salud disponibles para esta población lo que se nos dice (el Coordinador de Distrito) es: “Bueno, pero hay que ver cómo están trabajando”, “veamos qué se hace en las consultas?” Bueno, un efecto distractor, no?”*

## **Médic@ generalista**

*“Si crees en la atención primaria, pasás a ser un militante, hay un plus que se da por descartado que vos vas a poner.*

*Esto pasa de ser un trabajo a ser una militancia”*

## **Médic@ pediatra**

*“No nos habían conseguido ningún reemplazante, ya sabíamos que esa tarde el Centro de Salud no iba a contar con ningún médico. Entonces yo planteé cerrar el CS esa tarde... Se armó un quilombo, como si yo hubiera planteado una barbaridad. En la reunión de Distrito me empezaron a decir que yo atentaba contra el Proyecto de Salud Pública. Que eso era hacerle el juego a los que querían destruir APS...”*

### **Médic@ - Jefe de Centro**

## **3C. LA GESTIÓN DE LA MENTIRA**

P. Moliner, refiriéndose al impacto de la precariedad y precarización en el trabajo, alude a la “gestión por la mentira”, ubicándola como problemática habitual en los mandos medios. Dicha gestión se instala como mandato amparado en la lógica de que, ante la imposibilidad de construir la solución ideal, se opta por la menos mala.

*“En la reunión el Director dijo que estamos mejor que a principios de año, porque esto no es un recorte, es un congelamiento por algunos meses...”*

### **Psicólog@**

## **4. LOS EFECTOS DEL DESGASTE LABORAL**

### **4A. PONER EL CUERPO**

Planteando una relación directa con los escenarios de trabajo, algunos entrevistados refieren desde malestares corporales asociados a la fatiga hasta problemáticas graves de origen cardio-vascular.

*“...Eso también nos pasó en el CS X. Nosotras decíamos, no damos más, tienen que poner más enfermeros. Éramos sólo uno para la mañana y uno para la tarde... Pero no nos escuchaban... Hasta que un día yo me infarté en el trabajo, y el día siguiente, mi compañera pidió un parte por psiquiatría. Al otro día, habían nombrado dos enfermeros en un turno y tres, en el otro...”*

### **Enfermer@**

### **4B. PÉRDIDA DE SENTIDO DEL VALOR Y LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO**

*“En algún momento de la vida uno se replantea también: “Putá! Elegí bien esta profesión o le erré? Cuando ya es un poco tarde, uno se plantea esas cosas. Mirá, hay veces que ... yo pensé: ¿qué hago acá? Una tarde de lluvia allá en el fondo evaluando a un postrado. ¿Qué hago acá? No sé si es lo que quiero...”*

**Médic@ clínic@**

## **5. FACTORES PROTECTIVOS EN EL COLECTIVO DE TRABAJO**

### **5.A. LA LLAVE MAESTRA DE LA COOPERACIÓN ENTRE PARES**

*“Uno se siente contenida con el equipo, hay mucho compañerismo, solidaridad, creo que en los dos años que he estado acá he recibido muchas más satisfacciones que los 5 y 3 años que he trabajado en otro lado, sí, por eso apuesto ... No me gustaría irme del equipo”.*

**Médic@ generalista**

## **CONCLUSIONES**

Plantea Menéndez, que *“los procesos y relaciones laborales son todavía en la actualidad, parte central de las condiciones sociales que afectan los procesos de salud/enfermedad, por lo cual la exclusión del trabajo de la descripción y explicación de los procesos personales y colectivos de enfermedad, aparece como una clara característica ideológica de la mayoría de la investigación, reflexión e intervención actual sobre la salud de los sujetos y grupos sociales.”*<sup>5</sup>

En Salud Pública de Rosario, y particularmente en APS, esta exclusión se evidencia en aspectos concretos: ni la Dirección de Recursos Humanos de SSP ni el Programa de Salud de los Trabajadores del Municipio, cuenta con datos estadísticos respecto a la cantidad de trabajadores en condiciones de licencia por enfermedad, y en particular por problemas de salud mental. Tampoco pueden suministrar este dato las Oficinas de Personal. La Oficina de Personal de APS solo pudo aportar una aproximación intuitiva, que luego de un promedio de 3 años, los trabajadores empiezan a cursar pedidos de traslado a otras áreas o efectores hospitalarios.

Se pudo observar un fuerte compromiso de los trabajadores con el Proyecto de APS, este compromiso se traduce en un plus que cotidianamente aportan para asegurar la atención de salud: tejido artesanal de redes entre actores de los espacios locales, trabajo en domicilio de pacientes que no pueden trasladarse, uso de celulares y vehículos particulares para asegurar traslados que no lograrían de otro modo hacerse en tiempo y forma, hasta suministro de dinero para asegurar un plato

<sup>5</sup> Menéndez, E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores, Rev. Salud Colectiva, Vol.1, N° 1, Enero/Abril 2005, Buenos Aires

de comida a pacientes en con pobreza extrema, todas ellas forman parte de intervenciones que cotidianamente tienen lugar en los CS. Intervenciones naturalizadas por los equipos de trabajo y desmentidas por los niveles de gestión, operando allí un peligroso deslizamiento desde la naturalización a la invisibilización en el primer caso y a la franca desmentida en el segundo.

Freud designa como **renegación** al mecanismo por el cual un sujeto rehusa reconocer la realidad de una percepción traumatizante. Žizek (1998) aludiendo al Holocausto, plantea que su impacto traumático radica en que no se puede hacer narración, no puede ser integrada esa experiencia a nuestro universo simbólico, señalando que la imposibilidad de representar, no obedece al hecho de tratarse de algo “demasiado” traumático, sino a que “*los sujetos que observamos, estamos siempre implicados, que nosotros somos parte prensil del proceso que la engendró*”<sup>6</sup>

La condición de implicación directa en la producción de condiciones de malestar en el trabajo, es la que habilita el mecanismo renegatorio, como estrategia para eludir la responsabilidad subjetiva en torno al sufrimiento en el trabajo. Así, en el nivel de los decisores políticos toma la forma de “realidad inevitable” y en los “mandos medios”, la forma de la “obediencia debida”, justificando la necesidad de determinadas acciones “solo por ahora” y hasta “acumular poder para hacer otra cosa”, en pro de que “no se caiga el Proyecto”.

Braceras sostiene: “*La renegación opera del siguiente modo: suspende la eficacia de todo aquello que la contradice, nada será considerado del tenor de la refutación, por lo cual será absolutamente incommovible por argumentación lógica e insensible a la crítica ideológica*”<sup>7</sup>. Por su parte, Dejours (2006) plantea que en la sociedad neoliberal, la acción directa de denuncia de las condiciones de injusticia resulta ineficaz en virtud del grado de coherencia que aglutina al resto de los sujetos en el proceso de banalización del mal e identifica que lo que permite alcanzar este punto de aglutinación casi masiva, es la suspensión de la capacidad de pensar, en otras palabras la desactivación del pensamiento crítico, como resultante de un artesanal y sistemático proceso de distorsión comunicativa. De allí que intervenir en relación al sufrimiento en el trabajo, supone un trabajo riguroso de deconstrucción de la distorsión comunicativa. Empezar este trabajo requiere superar el miedo, develar su genealogía, identificando las marcas en el cuerpo que van inscribiendo las normas no escritas de las organizaciones de trabajo. Miedo no sólo a la expresión de un contenido crítico, sino a la explicitación de la prohibición no escrita que rige a la enunciación de dicho tipo de expresiones.

---

<sup>6</sup> Žizek, S., (1998) *El sujeto interpasivo*. Centre Georges Pompidou. Traverses

<sup>7</sup> Braceras, D. (2003) *La Ética del psicoanálisis y la ley de la mordaza*, [www.cancerteam.com.ar/brac059.html](http://www.cancerteam.com.ar/brac059.html)

Muchos de los testimonios recabados en el trabajo, evidencian la necesidad de enunciar aquello que es del orden del padecimiento, para que pueda ser tomado en cuenta y no negado, precisamente porque quienes enuncian estos decires son protagonistas cotidianos de la construcción de otro modelo posible de trabajo en salud. No son espectadores, son los mismos que están junto a las familias cuando los operativos policiales llegan con ordenes de desalojo, son los mismos que van hasta los pasillos de las villas en las inundaciones para evacuar a los viejos que no pueden solos, los que acompañan a los pacientes hasta los hospitales para asegurar su atención, los que están en la trastienda del Modelo de Salud Pública de Rosario.