

**SEXTO CONGRESO ARGENTINO DE ADMINISTRACION PUBLICA
RESISTENCIA, 6, 7 Y 8 DE JULIO DE 2011**

PRESENTACION DE PONENCIA

**TITULO: “Representaciones del Odontólogo de Salud Pública
de Resistencia, Chaco.
Acerca de sus prácticas profesionales”**

**AREA TEMATICA: 4
SUBTEMA: Salud**

**EXPOSITOR: Magister Juana Herminia Gamón de Alvarez: Prof. Titular Cátedra
“Odontología Integral P.P.S.” Facultad de Odontología U.N.N.E. Ex Jefa de clínica del
Hospital Central de Odontología Rcia. Chaco.**

Email: juanitagamon@alvarezomar.com.ar

Se hace necesario profundizar el conocimiento de los múltiples e intrincados procesos que se dan en el sistema de la salud pública del Chaco, y, dentro de ella, las prácticas de los profesionales odontólogos de los Centros Periféricos de la ciudad de Resistencia. Es por ello, que entendemos oportuno conocer críticamente su desempeño; los juicios y las valoraciones de sus prácticas, sus formas de concretarlas. Estimamos que ello implica un aporte a la producción teórica, tendiente a producir un saber que tenga su génesis en el núcleo medular del sistema: los Servicios Odontológicos de Salud Pública, espacio donde se presta atención a las demandas odontológicas de un gran número de pacientes y, por lo mismo, constituyen un referente importante de análisis.

Así, en este trabajo el relato de las vivencias de la práctica odontológica hospitalaria en los Centros de Salud Periféricos de la ciudad de Resistencia, Chaco, es el espacio de nuestro estudio, donde invariablemente se entretajan logros y frustraciones. Este espacio se aborda en esta tesis desde la relación entre la perspectiva de los actores en cada situación particular que les toca vivir, al mismo tiempo que se realiza un análisis de las condiciones objetivas de producción de dichas perspectivas. Concebimos que las prácticas sociales en

general y las profesionales en particular, son el producto de esta interrelación. De este modo, nos interesaron conocer distintos aspectos que atraviesan al desempeño del profesional de la Salud Pública, en particular, la del odontólogo en su práctica profesional, la cual está rodeada de tensiones que son propias de la actividad profesional, de las relaciones interpersonales y de las relaciones con las condiciones materiales de su práctica.

El presente estudio nos ha permitido indagar las representaciones de los odontólogos, por entender que en las mismas se articulan relaciones que configuran su práctica profesional en las condiciones actuales. Nuestro universo de análisis se recortó en principio por los ejes: Salud Pública, Centros de servicios, odontólogos, representaciones de la práctica profesional.

Objetivos.

- Generar conocimientos sobre las representaciones que los odontólogos de Salud Pública tienen de sus prácticas actuales.
- Abrir un espacio de análisis teórico y metodológico comprensivo acerca de las representaciones y de las prácticas profesionales de odontólogos de la Salud Pública.
- Construir insumos de conocimiento que permitan reorientar las políticas de la Salud Pública odontológica en la provincia del Chaco.

Hipótesis.

Los odontólogos, en sus prácticas cotidianas, en las relaciones con las condiciones materiales de labor y en las relaciones con los pacientes, el perfil profesional, el estado del arte de su campo de conocimientos, entre otros, construyen representaciones acerca de esa práctica profesional

A partir de las prácticas de los odontólogos se desarrollan saberes, sentidos y significados que atraviesan el desempeño profesional que allí se ejerce.

Los significados y los sentidos son vías posibles para llegar a la comprensión de la representación social y los habitus de los profesionales

odontólogos de la Salud Pública de la ciudad de Chaco. En esta dirección, suponemos inicialmente que las prácticas odontológicas son portadores y generadoras de tales sentidos y significados.

Nuestras preguntas y el problema.

En la delineación realizada hasta aquí y para comprender la relación entre el ejercicio profesional de los odontólogos y la Salud Pública, consideramos de relevancia la escucha a dichos profesionales de los Centros de Salud aludidos, como una de las fuentes privilegiadas para nuestros análisis. Entendimos que el abordaje de la problemática tendría una posible puerta de entrada a partir de los conceptos *prácticas profesionales de los odontólogos, representaciones y condiciones laborales en centros de salud odontológicos periféricos*. En torno a ellos nos formulamos primeras preguntas que nos conducirán la búsqueda:

¿Cuáles son las representaciones que los odontólogos de Salud Pública, que se desempeñan en los Centros Odontológicos Periféricos de la ciudad de Resistencia, Chaco construyen acerca de su práctica profesional?. ¿Cómo vivencian las condiciones laborales y sus representaciones con sus pares de centros periféricos y del hospital central?. ¿Cómo organizan su propia formación profesional?. ¿Por qué, en ocasiones, los odontólogos de los Centros de Salud manifiestan desidia?, ¿Qué cuestiones se pueden relacionar para que los odontólogos se comporten de esta manera?.

Perspectivas teórico- metodológicas.

Para adentrarnos en este camino, los aportes metodológicos de Rosana Guber en su libro *“El salvaje metropolitano”*¹ y de Bodgan y Taylor² en su texto *“Introducción a los métodos cualitativos de investigación”*, nos brindaron aportes para aproximarnos a un conocimiento de lo social, donde el mundo se plantea a partir de las vivencias y explicaciones de sus propios protagonistas. Describir y

¹ GUBER, ROSANA. *“El Salvaje Metropolitano”*. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Ed. Paidós. Buenos Aires: 2004. Pág. 55 – 81.

² TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R. *“Introducción a los métodos cualitativos de investigación”*. Ed. Paidós. Buenos Aires 1986. Pág. 19 – 27.

analizar el proceso social en su diversidad y singularidad implica rescatar la lógica de la producción material y simbólica de los sujetos sociales.

Los actores se conducen en su mundo social de acuerdo con las reglas y las opciones posibles de práctica dentro de ellas. Es en el entramado significativo de la vida social donde los sujetos tornan inteligible el mundo en que habitan a partir de un saber compartido que incluye experiencias, necesidades, posición social, modelos de acción y de interpretación, valores y normas.

Las prácticas de los sujetos presuponen esos marcos de significados constituidos en el proceso de la vida social, es decir, su significación surge del complejo mundo en el que se desarrollan, donde los hombres se vinculan a otros sujetos.....*“Los significados desarrollados por los sujetos activos entran en la constitución práctica del mundo, y por eso se trata de un mundo preinterpretado”*³. A ese universo de referencia compartido, no siempre verbalizable, que subyace y articula el conjunto de prácticas, nociones y sentidos organizados por la interpretación y actividad de los sujetos sociales, se lo denomina perspectiva del actor.

Según Taylor y Bogdan, esta perspectiva fenomenológica quiere entender los fenómenos sociales desde la propia identidad del actor, haciendo un rescate del sujeto y de su importancia, ya que cree en la conveniencia de captar los eventos con el significado que tienen para quienes están en ese medio, en un marco interpretativo; examina el modo en que los sujetos experimentan el mundo, lo que a él le importa es lo que las personas perciben como importante, es decir, las ideas, los sentimientos y los motivos internos.

En este sentido un enfoque interpretativo resulta más útil para indagar lo fenomenológico ya que le permite tener acceso al mundo de las otras personas, es decir, tener acceso a los motivos, significados, emociones, comprender sus actos diarios y su comportamiento en escenarios y situaciones ordinarias, así como comprender la estructura de esas acciones y las condiciones objetivas que los acompañan e influyen en ellos.

³ GIDDENS. 1985: 149. Citado en GUBER, ROSANA. *“El Salvaje Metropolitano”*. *Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Ed. Paidós. Buenos Aires: 2004. Pág. 74

Pero, dado el recorte del objeto de estudio, además de los aportes interpretativos que sólo analizan la perspectiva del actor social, incluimos análisis de documentación y observación de las las condiciones materiales de las prácticas odontológicas, pues pensamos que en esa relación se construyen las representaciones que deseamos desentrañar.

En este sentido, para poder enriquecer nuestra búsqueda recurrimos especialmente a la consulta de dos autores: Denise Jodelet, de quien tomamos la noción de representación y de Pierre Bourdieu, los conceptos de campo y habitus.

Las dificultades teóricas no han estado en la descripción de los eventos cotidianos del centro de salud, sino en comprender cómo en ellos se articulan las representaciones (condensaciones y desplazamientos de sentidos), en las determinadas condiciones objetivas de trabajo de los odontólogos que trabajan allí. Muchas investigaciones provenientes de las tradiciones etnometológicas e interaccionistas han dado cuenta de los procesos de negociación de significados en los microcosmos del centro hospitalario. La dificultad apareció cuando se intentan articular los eventos cotidianos entre el sistema de salud, profesionales e instituciones con los procesos sociales de carácter más amplio; cuando la ideología ya no es tomada solamente en su expresión a través de mensajes, sino cuando se rubrica en prácticas y rituales, configurando representaciones y formando una cierta subjetividad.

Aquí no se trató de reducir ese proceso amplio, complejo, a los detalles aislados de eventos particulares de la vida cotidiana, sino de advertir las conexiones entre acciones y estructuras objetivas, entre reglas y prácticas, no reduciendo los procesos a eventos en una correlación absoluta y mecánica, sino tratando de inscribir cuidadosamente, de manera indirecta y mediada, los eventos cotidianos en los procesos sociales más amplios.

La perspectiva teórica que se desarrolló se ubica en la intersección de los para-digmas culturalistas y estructuralistas, por cuanto las dos tradiciones combinadas selectivamente contienen los elementos teóricos necesarios para la construcción del objeto de estudio. Por un lado la tradición culturalista recobra al sujeto; su concepto de cultura basado en el supuesto de que sea un conjunto de

prácticas y de ideas integradas a formas específicas de vida, y que hay un fuerte énfasis en la importancia de la participación humana y de la experiencia. Ella es la piedra angular por cuanto el significado humano se produce en las experiencias vividas. Subjetividad y experiencia son puntos de referencia con valor explicativo en los eventos culturales. Se produce un acercamiento de las categorías teóricas al contexto vivido. Por otra parte, la tradición estructuralista sitúa al sujeto dentro de las estructuras; la conciencia, la cultura y la experiencia son rechazadas como puntos de partida, el poder es una característica de las estructuras que no sólo determinan a la conducta humana, sino que niegan la eficacia de su participación. La práctica, en esta perspectiva, no es un modo intersubjetivo de experiencia, sino que está conceptualizada por el lugar de cada quién, en las redes de relaciones de propiedad.

Representación social de las prácticas.

Como dijimos, nuestra investigación tomó el concepto de representación social y consultamos a la autora Denise Jodelet 6, que define *“El acto de representación es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto”*. Nos sitúa en el punto donde se vinculan lo psicológico y lo social, lo material y lo simbólico, antes que nada concierne a la manera como nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano.

Los sujetos comprenden e interpretan de manera diferente la situación en que se encuentran y quizás no se comportan de manera similar ante un procedimiento que se mantiene idéntico. Los sujetos se organizan según sus representaciones, la representación que elabora un grupo sobre lo que debe llevar a cabo, define objetivos y procedimientos específicos para sus miembros.

Las representaciones sociales se presentan, bajo formas variadas más o menos complejas: *“Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede e incluso, dar sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las*

circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo cuando se les comprenden dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto”⁴.

Como las representaciones sociales se construyen en la relación sujeto – objeto, consideramos que en principio las representaciones que los odontólogos de salud pública tienen acerca de su práctica profesional están inicialmente planteadas en relación con las condiciones materiales, con los colegas, con los pacientes, con el perfil profesional, con las autoridades, con el estado del arte, con la posición en el campo de la profesión. Conocer esto puede alumbrar una construcción teórica sobre su constitución como sujeto de Salud Pública.

Aportes de la sociología de Pierre Bourdieu

La sociología de Pierre Bourdieu aspiró a objetivar las prácticas por lo tanto a develar a los agentes sociales las determinaciones sociales de sus comportamientos, representaciones y discursos. Pierre Bourdieu, como otros sociólogos, afirma que el hecho social se conquista, se construye, se constata. La construcción del objeto consiste en recortar un sector de la realidad, vale decir, seleccionar ciertos elementos de esa realidad multiforme y describir detrás de las apariencias un sistema de relación propio del sector estudiado.

Siguiendo ésta línea de pensamiento, todo hecho social debe ser analizado a través de una doble lectura. La primera lectura (del primer orden) concibe la sociedad como una estructura objetiva, aprehendida desde afuera, cuyas articulaciones pueden ser materialmente observadas y medidas independientemente de las representaciones de quienes la habitan. La segunda lectura (del segundo orden) sostiene que la realidad social es obra contingente e incesante de actores sociales que construyen de continuo su mundo a través de prácticas organizadas de la vida cotidiana. (Bourdieu, 1995).

Las nociones de campo social y habitus aparecen entonces como un elemento central del proceder teórico. Por lo tanto para Bourdieu, una ciencia

⁴ JODELET, D “La representación social, fenómenos, conceptos y teorías”. En MOSCOVICI, S. *Psicología Social II*. Ed. Paidós. Barcelona, 1986. Págs.470-473

adecuada de la sociedad debe abarcar, al mismo tiempo, las regularidades objetivas y el proceso de interiorización de la objetividad sobre el cual se constituye los principios inconscientes de división que los agentes incorporan a sus prácticas.

Las explicaciones de Bourdieu respecto de la utilización del concepto de “agentes”, nos proporciona una idea acerca del modo por el cual va resolviendo la tensión entre el individuo y la estructura. *“Los sujetos” son en realidad agentes actuantes y cognoscentes dotados de un sentido práctico (...) sistema adquirido de preferencias, de principios de visión y de división (lo que se denomina comúnmente un gusto), de estructuras cognitivas durables (que son en lo esencial el producto de la incorporación de las estructuras objetivas) y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adoptada*. (Bourdieu, 1994: 45).

Siendo así, la noción de agentes expresa la incorporación de las estructuras sociales en los individuos, pero también alude a la “libertad” de acción que éstos poseen. Por otro lado, y a riesgo de caer en un determinismo absoluto, si efectivamente pensamos a los actores sociales como agentes, existirá una parte de indeterminación tanto en su actuar concreto como durante su trayectoria, dado que, ciertamente, tal como nos advierte Bourdieu, existen en el mundo social infinidad de puntos de vistas y sólo analizando en profundidad los avatares y las decisiones a las que se ven compelidos los actores, sólo desde allí se podrá visualizar dicha indeterminación.

Instrumentos y universo de investigación

Acordamos con Bourdieu, cuando en *“El oficio del sociólogo”* expresara la tendencia constante en la investigación social a confundir instrumentos con método. En ese sentido, admitimos que el método está presente en el momento mismo de enunciación del problema de investigación y, por supuesto, en el recorrido de construcción de su objeto. Ambos, problema y recorrido, no podrían leerse de manera independiente de las teorías que coadyuvan a formularlos, pero

tampoco, podrían plantearse independientes de los instrumentos que coadyuvarán en su construcción.

Los instrumentos utilizados en esta investigación se consideraron pertinentes en relación con la intención y con el objeto de esta tesis. Se utilizaron como técnicas metodológicas más adecuadas para la obtención de la información: observación sistemática, entrevistas en profundidad, técnica focal de grupo e historias de la práctica profesional, registros oficiales y documentos públicos.

El universo estuvo representado por odontólogos del Hospital Central de Odontología y de los Centros Periféricos. El número de odontólogos se determinó bajo el criterio de saturación constante.

En las diferentes etapas de esta investigación se fueron utilizando los diferentes instrumentos enumerados. Al comienzo se efectuó una reunión en torno a una entrevista grupal con 6 odontólogos. En otra etapa, se tomaron 11 entrevistas en profundidad, a 9 mujeres y a 2 hombres. La selección de los entrevistados procuró lograr la representatividad de los Centros Periféricos de la ciudad de Resistencia, existentes. Asimismo, se estimó relevante obtener información para la contratación de odontólogos que trabajaran en el Hospital Central de Odontología, información de mucha utilidad a la hora de definir las representaciones de los odontólogos de los Centros periféricos. La información obtenida se registró a partir del desarrollo de tres autobiografías. Por otra parte, y como instancia para profundizar nuestros niveles de comprensión se tomaron 30 entrevistas estructuradas a pacientes asistentes al Hospital, cuyas respuestas nos sirvieron de referentes para establecer distancias y características del campo de la Salud Pública odontológica.

Análisis y conclusiones abiertas.

Retomando nuestros problemas de investigación, el enunciado del tema y los sucesivos momentos metodológicos desde los que llegamos hasta aquí, consideramos pertinente volver a aquellos conceptos básicos iniciales que resignificamos con relación a los contenidos que fuimos construyendo con los sujetos investigados.

En este sentido, entendimos que las nociones de práctica profesional, de representaciones, de habitus se comprenderían mejor si nos remitimos al *campo de la salud pública odontológica*, en particular de la ciudad de Resistencia, ya que desde allí se nos clarifica la posición de los agentes, la atribuida desde los discursos oficiales y la que los mismos odontólogos se representan en las condiciones laborales.

En efecto, cuando leemos la jerarquización y especificación de funciones del organigrama del Sistema de Salud Pública del Chaco, a la par que una estructura gerencial y vertical, se nos presentan diferenciaciones de funciones y de relaciones que implican obligaciones y compromisos de intercambio, de coordinación, de formación, de apoyo y supervisión para aquellos espacios más próximos al riesgo social y con menos personal a cargo. En ese “reparto” y estructuración de tareas, el campo odontológico de la Salud Pública definido desde el organigrama oficial, asigna a los espacios denominados “periféricos” una proximidad más notoria al papel de educador, sanitarista y de trabajador social a los odontólogos que allí trabajan; en definitiva una generalidad de funciones que no siempre se alcanzan a cubrir. En este sentido, los profesionales que allí trabajan se ven más expuestos a abordar problemáticas que, según ellos, desbordarían “lo estrictamente odontológico”.

Si comparamos, entonces, con las expresiones vertidas en las entrevistas, podríamos colegir que dicha asignación de funciones, en más del 60% de los casos analizados, se vive como una labor indeseable, una carga que excede lo “odontológico” y para la cual, muchos de ellos no se sienten preparados, ni con recursos materiales y ni simbólicos para asumir esa tarea. Los entrevistados, al respecto decían no tener en muchas ocasiones, auxiliares en el consultorio, ni secretarios para cubrir actividades administrativas, ni personal encargado de limpiar el lugar. Se abre aquí una fuerte contradicción ya que el propio sistema jerarquiza, a la vez que generaliza y amplía las funciones a desarrollar, imponiendo distancias y una marcada división de tareas.

Otra cuestión referida también a las relaciones entre los discursos oficiales y las prácticas en dichos Centros, es aquella que configura un modo de ingreso y

de permanencia en el puesto laboral. Derogada la Carrera Sanitaria, muchos de los agentes entrevistados nos dijeron que habían accedido al cargo a través de conocidos o por medios que no habían sido concursos públicos de oposición y de antecedentes. Así mismo, la permanencia se plantea sin instancias de evaluaciones periódicas de las capacidades y de la actualización la forma para el desempeño de la tarea. Tampoco parecen ser muy frecuentes los traslados y ascensos en los lugares de trabajo, sino que muchos de los profesionales ingresan y finalizan su carrera en el mismo lugar.

Sin embargo, hoy aunque se mantenga la forma de ingreso tradicional la coexistencia del régimen laboral por contratación, de dependencia partidaria, genera incertidumbre y desazón en los ingresados nuevos.

Cuando el profesional ingresa a la Salud Pública invierte en un proyecto personal de vida, y se interesa por los beneficios que le ofrece el servicio. Es una posibilidad de acceso a la inserción laboral, de tener un sueldo fijo, de tener estabilidad laboral y un horario de trabajo determinado. Además para el que recién se inicia significa, realizar prácticas que le permiten afianzar los conocimientos adquiridos en la facultad. Con el transcurso del tiempo su identidad profesional se ve amenazada por las transformaciones que ejerce en él, el campo laboral.

La institución le ofrece un modelo, un conjunto de creencias y valores, un modo de pensar y hacer las cosas y, las expectativas con que comenzaron muchas veces no se cumplen por falta de recursos en el servicio que les impide hacer lo que les hubiera gustado y los lleva a ver a la capacitación como algo innecesario, por no poderla aplicar en su tarea diaria, lo que los lleva a transformarse o a ejercer su profesión como asalariados al trabajar en un organismo público. La mediatización económica del trabajo profesional tiene una doble vertiente, la primera afecta al mismo profesional que tiene en el trabajo su medio de vida, la segunda vertiente afecta a la misma actividad profesional.

El profesional al ser un trabajador por cuenta ajena, no es dueño de marcar sus finalidades; las tareas le vienen asignadas, por ellas le pagan, y ese es su medio de vida. Por lo tanto está vinculada a las necesidades vitales propias y de su familia, y esto supone una fuerte mediatización, de manera que muchas veces

dejan de lado la capacitación, que significa una erogación monetaria que no está dispuesto a hacerla.

La mayoría de los odontólogos son mujeres y el sistema de Salud Pública les permite tener un horario fijo y el resto de la jornada dedicarse a su familia, tienen seguridad económica y todos los beneficios de un asalariado.

Ingresan con expectativas de poder ejercer la profesión como ellos se imaginaron, pudiendo aplicar lo que le enseñaron en la Facultad, pero al estar en Salud Pública y en un Centro Periférico, no pueden realizar la odontología que aprendieron y además se dan cuenta que transcurrió el tiempo y no se perfeccionaron, no se capacitaron en alguna especialidad y se sienten sumidos en un abandono.

Otros, ingresan con la idea de estar un tiempo y luego instalar su consultorio privado y salir de Salud Pública por todo lo que significa no tener la libertad o la independencia de manejar sus horarios, de pedir permiso, de recibir órdenes, de tener que cumplir con las normas establecidas. Ellos tenían otros ideales: ser independientes, libres, tener su consultorio, pero luego se acostumbran al sistema y continúan, pero con el sabor amargo de no haber podido ser independientes.

Al transcurrir el tiempo los motivos que ellos consideraban limitantes de libertad, fueron aplacándose y los profesionales se acomodan a la nueva situación y crean su nuevo habitus y representaciones del campo donde desarrollan sus actividades y terminan conformándose y adaptándose a su entorno, es decir todo lo referido al cumplimiento de horarios, a la atención de pacientes de acuerdo a un número estipulado, a realizar la prestación que puedan, a no capacitarse porque no pueden aplicar lo que aprenden, sin darse cuenta que la misma capacitación les abre las posibilidades de hacer cosas distintas, llegando a pensar que lo único que quieren es terminar su horario de trabajo y olvidarse que son odontólogos, según expresiones: *-“cuelgo la chaquetilla, y me voy”, -“no veo la hora de irme a mi casa”*.

El odontólogo entra al campo de la Salud Pública, se acomoda, construye representaciones que le permiten continuar en el sistema, las mismas que no

siempre admiten el cambio. Se estabiliza y, como pudimos leer, no siempre invierten en su progreso profesional, porque el campo de la salud lo envuelve, lo atrapa, no le da los medios ni le exige, tampoco lo evalúa.

Sin embargo, estos análisis no pueden generalizarse a todos nuestros entrevistados. Aproximadamente un 10% de entrevistas demuestran que también está el que ingresa por los beneficios y con las mismas expectativas nombradas, pero no quiere que el sistema lo envuelva; utiliza los medios que le da la Salud Pública para progresar, hace sus experiencias, lo percibe como posibilidad de perfeccionamiento y de colaboración social aplicando lo aprendido en su capacitación.

También encontramos en el análisis la situación de profesionales que después de tener una experiencia en el consultorio privado, se dan cuenta que no es para ellos redituable económicamente, tienen que esforzarse en captar al paciente, tienen que invertir en materiales odontológicos que son costosos, tienen que estar actualizados en la evidencia científica. Todo esto los lleva, si se les presenta la oportunidad, a entrar en la Salud Pública. De esa manera se evitan esas situaciones de riesgo que implican la actividad privada; Se adaptan al cumplimiento de las horas estipuladas y a las reglamentaciones de Salud Pública, pero están más tranquilos, sobre todo a fin de mes pues tienen un sueldo que les permite organizarse económicamente.

Otra realidad expresada por los profesionales, es la referida al ingreso que en los últimos años, se lo hace a través de un contrato, lo que significa que pueden trabajar en Salud Pública de manera precaria, sin derecho a una obra social, sin aportes jubilatorios, con sueldos inferiores y sin los mismos derechos en cuanto a licencias que tienen los profesionales de planta permanentes, de manera que se sienten desprestigiados, según sus expresiones: “ me da mucha incertidumbre estar contratado”, “ me siento en una situación precaria”. Esto predispone a que sus habitus y representaciones sean de desjerarquización. Podemos inferir en este sentido que en parte el sistema los denigra y desvaloriza con respecto a sus pares y además entran en el campo de la Salud Pública fijándose en la labor que realizan los profesionales de planta permanente,

generándose un malestar por las posibilidades de unos y las imposibilidades de otros.

El profesional trabaja solo y va creando un espacio “cerrado” donde no siempre es necesaria o exigida la relación con otros colegas para intercambiar conocimientos. Según algunas de sus expresiones: -“*ni siquiera sé quien trabaja en el próximo Centro*”, -“*trabajamos aislados*”. Tampoco se relaciona con instituciones científicas ni con la Facultad, lo que le dificulta el intercambio científico, la confrontación de puntos de vistas y con ello la actualización permanente. Lo cual también lo aísla de tener un contacto de actualización con el estado del arte de la teoría y las prácticas odontológicas.

El trabajo en Salud Pública muchas veces implica cumplir con el horario estipulado. Muchos, no ven la necesidad de dedicar horas después de la jornada como para estudiar, intercambiar opiniones con otros colegas en cuanto a diagnósticos, tratamientos, intervenir en instituciones dedicadas a la capacitación, participar en el colegio de odontólogos, porque opinan que a las instituciones, los odontólogos de la Salud Pública les son indiferentes.

Sumado a ello y además como parte de la configuración del campo profesional, analizamos las manifestaciones que nuestros odontólogos establecen simbólicamente con los colegas que ejercen la actividad privada. Según los que trabajan en la Salud Pública, los “privados” deben invertir y arriesgar capital económico, corren el peligro de no tener pacientes, la actividad les exige siempre especializarse porque la competitividad es muy grande. Estas opiniones se cruzan con el reconocimiento de prestigio profesional y social de los odontólogos en ejercicio de la actividad privada. De alguna manera los “otros”, sujetos de nuestros análisis, se ven excluidos de ese prestigio y se representan sin cabida en determinados espacios del campo profesional. Sienten que sus conocimientos y sus prácticas están comparativamente devaluadas y no advierten la posibilidad que les daría el profundizar en el conocimiento odontológico las diversidad de casos que atienden en la tarea diaria.

Lo expresado hasta aquí nos enfrenta con condiciones laborales establecidas desde estructuras objetivas y por ello institucionalizadas, a la par que

interiorizadas a la manera de habitus y representaciones. Esas condiciones proponen una “seguridad” que, a nuestro juicio muchas veces promueve el aislamiento y atenta contra la formación permanente y contra el intercambio entre profesionales odontólogos que ocupan diferentes posiciones en el campo, intercambio que desde nuestro punto de vista es imprescindible, más allá de la percepción que se tengan de las demandas de los pacientes. En este punto, nos arriesgamos a decir que lo institucionalizado, así como las prácticas concretas en el campo profesional y las representaciones conformadas en ellas, estarían favoreciendo esquemas de percepción y de acción que reproducen estrategias orientadas a sostener una secuencia de significados: “a menor demanda de calidad de los pacientes, mayor amplitud de funciones y menor necesidad de formación en ejercicio”.

Pensamos entonces que, de lo que se trata aquí, al menos en el espacio de la Salud Pública, es de gestar más que funciones de control de arriba para abajo, conexiones horizontales entre los “periféricos” y los “centrales”, entre los de “arriba y los de abajo”, políticas que al mismo tiempo promuevan circulaciones y rotaciones de tareas, intercambios de conocimientos, evaluaciones entre pares, como otros modos de generar relaciones en el campo profesional de la odontología.

Otro eje para la consideración de la construcción de las representaciones es el que nosotros denominamos *relación con el paciente*. Las entrevistas son muy elocuentes en la descripción que los odontólogos hacen de ellos en los Centros Periféricos. Según dicen, sus pacientes si bien son demandantes en muchos sentidos, tienen escasa cultura y sólo visitan al Centro cuando no soportan el dolor; no tienen el hábito de la prevención. El 80% de los profesionales piensa que “*con los conocimientos obtenidos en mi carrera me alcanza*” o “*para el trabajo que se realiza en el Centro, los conocimientos del grado académico me sobran*”.

Podemos dar cuenta, en el análisis de esta relación, además las representaciones que algunos tienen respecto de su propio ejercicio de la profesional y de los saberes necesarios para ejercerla en dichos lugares.

En cambio, otros odontólogos, en escaso número, visualizan los problemas sociales como el desafío permanente que los moviliza a aprender. Son ellos los que efectúan interconsultas, concurren al Hospital Central, realizan cursos y buscan las formas enfrentar la burocracia. De nuestros entrevistados, en un 20 % son los que manifestaron deseos de perfeccionamiento. Ellos, a diferencia del resto, siempre encuentran la forma de gestionar su capacitación y aplicar lo aprendido con los pacientes de los Centros de Salud.

Estamos aquí frente al caso del odontólogo que ve a la Salud Pública como el medio óptimo para adquirir experiencia, por la diversidad de patologías que se presentan en la atención diaria. Generalmente esto ocurre cuando sus representaciones y habitus están ligados a una conducta que busca todos los días hacer mejor las cosas diarias y se relacionan con otros sujetos con las mismas intenciones, y participan en instituciones de capacitación, se integran a la Facultad, tienen la mente abierta para informarse y se asocia a revistas odontológicas para recibir las investigaciones científicas. Forman o construyen sus representaciones o habitus en un campo que les ayuda a seguir manteniendo lo que invirtieron, su capital económico y cultural. Esta situación la analizamos sobre todo en algunos profesionales del Hospital Odontológico, por lo que podemos inferir que es importante el clima institucional que se construye como condición de la formación de habitus y representaciones que no se dejen invadir por “la comodidad”, “el dejar hacer”, “lo que importa es qué el sueldo sea bueno”.

Las dos posturas mostradas, formulan representaciones acerca “del paciente” y de la propia “práctica odontológica”, que se van construyendo en la práctica profesional y expresan también relaciones culturales y de clase. Las mismas no son menores en el momento de abordar la propia *formación* del odontólogo en la Universidad y en el ejercicio de la profesión.

Respecto de la primera institución mencionada se abren aquí varios interrogantes para pensar ¿cómo se representan los profesores en la Facultad de Odontología el “sujeto paciente”?, ¿sobre qué representaciones de prácticas profesionales se enseña y se aprende a ser odontólogo?, ¿cuáles son los imaginarios hegemónicos con relación a esas prácticas? ¿Qué saberes les

demandan las prácticas odontológicas en los distintos espacios de desempeño?
¿La salud es sólo un problema técnico o científico independiente de cuestiones culturales, políticas y sociales?

La mayoría de las entrevistas coinciden que la Facultad no los formó para abordar el trabajo en la Salud Pública, con lo cual sienten que queda exclusivamente en sus manos el esfuerzo de “salir adelante” como pueden; muchas veces como lo leímos, con escasa ayuda de sus autoridades. De este modo lo que se pone en evidencia en el campo de la Salud Pública Odontológica, son las débiles relaciones que se establecen entre los distintos estamentos que lo componen.

Así, podríamos inferir que ellos visualizan escasos los programas de formación que los incluyan. Muchos “esperan” que el gobierno se los brinde, pues sostienen que no pueden realizar la formación por su cuenta por diferentes motivos, y, cuando la realizan, no reciben el apoyo deseado para concretarlas. Aquí, aluden a trabas burocráticas y otras, vinculadas con la escasez de personal para reemplazos, lo que expresan como obstáculos de su propia formación. De esta manera, se enriquece la autoimagen de postergación, que también los coloca en desventajas con los otros profesionales que se desenvuelven en otros espacios.

En el ejercicio cotidiano, se necesita un odontólogo que valore lo social para adaptarse a situaciones en donde tienen que trabajar con la comunidad, dónde dispongan de saberes acerca de qué realizar en Salud Pública, ya que todos los entrevistados sostienen que no han recibido capacitación en servicio, salvo las normas estipuladas con respecto a cuántos pacientes deben atender. Además de las entrevistas se marca la necesidad de que desean optimizar sus condiciones materiales de trabajo y a la vez todos ven la necesidad de tener una auxiliar de odontología capacitada, también equipamiento, instrumental y materiales odontológicos.

Respecto de las *condiciones materiales de la práctica odontológica* en los Centros, debemos decir que en la actualidad mejoraron. Pero, según lo que se extrajo de las entrevistas, ello no basta, ya que en dicha relación se articulan otras

cuestiones que influyen o son necesarias para mejorar la atención de los Centros de Salud.

Los Centros de Salud están ubicados en los distintos barrios de la ciudad de Resistencia en calles de tierra. Si bien hay líneas de colectivos que llegan hasta el lugar, las zonas son peligrosas en ciertas horas del día, sobre todo muy temprano y a la tarde, cuando no hay luz natural. Los profesionales y pacientes entrevistados y encuestados, no solamente hablan como algo normal de robos que suelen tener, sino que comentan casos de pérdidas de vidas sucedidas cerca del centro, como el caso de una empleada del Centro de Salud cuando se iba a trabajar.

Los odontólogos de los Centros sostienen que deben atender los quince a veinte pacientes que las autoridades estipulan, pero que ello es imposible realizar. Una de las explicaciones que aducen es: *“la directora de zona X, es médica y considera a la atención odontológica como una consulta del médico, pero es totalmente distinta porque el odontólogo debe realizar una acción que puede ir desde una anestesia a la prestación indicada,”* *“no tenemos auxiliar odontológica de manera que toda atención, requiere más tiempo”,* *“el trabajo del odontólogo es con todo el cuerpo y se produce un desgaste físico”*.

Si estas apreciaciones se comparan con lo que dicen los pacientes, ellos sostienen que no van al Centro de Salud cercano a su domicilio porque dan pocos números, sólo entre ocho y diez. En cambio, en el Hospital sí, porque al haber más profesionales siempre los atienden. Además hablan del mejor trato que reciben allí, de la amabilidad con que los atienden, de la resolución de los problemas que los aquejan.

Un inconveniente que también puede analizarse es que los Centros de Salud no tienen aparatos de rayos y si el profesional necesita una radiografía para hacer un diagnóstico deriva al paciente al Hospital; por ese motivo muchos prefieren ir directamente al mismo para no tener que ir dos veces al Centro de Salud.

Otra situación es la que vive el odontólogo de los Centros cuando se descomponen el equipo odontológico o la turbina que es elemental para cualquier

prestación. Tiene que esperar que venga el técnico a repararlo y eso puede tardar días o meses de acuerdo al desperfecto, de manera que durante ese tiempo no hay atención odontológica, lo mismo sucede cuando no tienen insumos como anestesia, materiales de obturación agujas y guantes descartables, etc. Si bien en este momento hay insumos, durante mucho tiempo faltaron y los pacientes se acostumbraron a no ser atendidos.

Esto lo observamos en lo que dicen: -*“vengo al Hospital porque en el Centro no hay materiales”*; así queda instalado que no trabajan sus odontólogos por esos motivos; inclusive algunos dicen: -*“no está el profesional, está de licencia, o está enfermo y no hay reemplazante”*. Esto generó durante mucho tiempo y genera todavía una costumbre en el paciente que abandona la posibilidad de atenderse en su Centro.

Consideramos importante hacer eco del malestar de muchos odontólogos entrevistados respecto de la instalación de computadoras y programas para hacer historias clínicas. Lo viven como un trabajo que se agrega al que tienen y como otra carga que se añade por no tener auxiliar. No lo perciben como una ayuda que podría aliviarles su tarea, ni tampoco como una herramienta que, a partir de seguimientos, permita aunar los casos para estudiarlos, etc.

Vemos aquí, entonces cómo en muchas de las relaciones establecidas se va dando una convergencia de significados que manifiestan las representaciones más numerosas de la imagen profesional; las mismas empobrecidas simbólicamente desde un círculo vicioso, optan por una posición fija y aislada de otros posibles vínculos con el saber de la profesión, con el campo profesional, con sus propios directivos, con sus compañeros de Centros Periféricos.

Nosotros estimamos que cambios de actitudes, tanto en la formación de grado como en el ejercicio en los Centros, junto a cambios en las condiciones materiales de trabajo y de Políticas de Salud Pública, contribuiría a crear representaciones y habitus que modifiquen el campo de la atención en los Servicios Periféricos.

Si el habitus y las representaciones de las prácticas dependen del sujeto en su relación con el campo, habría que ver la manera en que la institución de salud

incorpore y construya condiciones que movilicen a sus agentes, en este caso a los odontólogos estudiados, a llevar adelante su propia capacitación como uno de los medios para el mejoramiento de los servicios de salud.

El Ministerio de Salud, como ente rector, requerirá diseñar políticas para el desarrollo del potencial humano en salud. Implicará nuevos sistemas de ingreso, selección, contratación, motivación, incentivos, capacitación, evaluación y remuneración.

Para concluir, se considera que los futuros esfuerzos a despegar no serán atribuibles a una sola instancia o institución, sino más bien, una responsabilidad compartida. Por lo que sería importante fomentar instancias de coordinación descentralizadas para el desarrollo de recursos humanos, representadas por las autoridades de Salud y las entidades formadoras. Por ello, se considera que el trabajo en salud constituye dos caras de una misma moneda, y por ende son indelible.