

ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO EN PERSONAS EXTERNADAS DE INSTITUCIONES MANICOMIALES.

ANALYSIS OF THE CARE PRACTICES FOR PATIENTS DISCHARGED FROM MENTAL INSTITUTIONS

PAMELA GARBUS

Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA).

Dto. Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONICET).

Resumen: El objetivo de este trabajo es analizar las prácticas de cuidado llevadas a cabo por trabajadores de un sistema municipal de salud para favorecer la permanencia en la comunidad de un grupo de personas externadas de instituciones manicomiales. Se adoptó una metodología cualitativa. Se tomaron entrevistas a trabajadores del sistema de salud e informantes clave, que fueron analizadas por medio de la selección de fragmentos discursivos. Se realizó un rastreo documental de normativas y programas municipales de políticas sociales y de salud. Se realizaron observaciones de prácticas de atención. Se tomó para el análisis la categoría de *cuidado* que tiene una connotación amplia e integral, en comparación con la categoría de *atención*. En el área de estudio las *prácticas de cuidado* con los sujetos externados sirvieron de puente transicional entre la aten-

ción exclusivamente hospitalaria hacia un cuidado sostenido por una red socio-familiar en donde los servicios de salud y trabajo social, son condición necesaria para el establecimiento de la misma, pero no suficiente. Para reestructurar las instituciones con el fin de responder a las necesidades de quienes reciben cuidado y quienes lo proporcionan, es necesario incorporar la perspectiva de cuidado de las relaciones entre unos y otros que reconozca la conexión imperativa entre el bienestar de los ciudadanos y la calidad de sus relaciones sociales.

Palabras Claves: Prácticas de cuidado, personas externadas, reforma en salud mental.

Abstract: The aim of this work is to analyze the care practices carried out by health care workers in a municipal health system in order to support the permanence in the community of a group of patients discharged from mental institutions. A qualitative methodology was adopted. Health care workers and key informants were interviewed. They were analyzed by means of a selection of discourse fragments. Social and health policy municipal programs and regulations were tracked. Care practices were observed. For this analysis, the category of *care* that has a wide and comprehensive connotation was considered, as compared with the category of *assistance*. In the study area, *care*

Correspondencia:

Lic. Pamela Garbus.

Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

E-mail: pgarbus@gmail.com.

Recibido: 30 de Noviembre de 2009

Aceptado: 19 de Marzo de 2010

practices with discharged subjects served as a transitional bridge between exclusively hospital assistance towards care supported by a family and social network in which health and social work services are a necessary condition but which is not enough. In order to restructure the institutions to answer to the needs of those who receive care and those who give it, it is necessary to add the perspective of care of the relationship between both sides that shall acknowledge the imperative connection between the well-being of citizens and the quality of their social relationships.

INTRODUCCION

Este trabajo se enmarca en la tesis de Doctorado de la autora¹ la cual se encuentra en etapa de elaboración, y cuyo objetivo general es abordar la problemática de la Accesibilidad a la Atención en Salud en personas externadas de servicios de salud mental en un partido de la Provincia de Buenos Aires, donde el abordaje de los padecimientos mentales se realiza en forma ambulatoria, limitando la internación para casos agudos.

Los sujetos que forman parte del universo de estudio de esta investigación han logrado su externación a partir de la intervención del servicio de salud mental; especialmente el área de Trabajo Social del servicio que ha promovido y acompañado dicho proceso desde el inicio.

Es uno de los propósitos de esta investigación el analizar las políticas sociales y de salud para una población especialmente vulnerable como lo son las personas con padecimientos mentales crónicos.

Se adopta un enfoque que considera para el análisis de programas sociales tanto la dimensión de los procesos de diseño e implementación (incluyendo las definiciones que se sostienen en los mismos) como la dimensión los *vínculos sociales* que se construyen en torno a la implementación de las mismas (1,2). Es en esta última dimensión que se sitúa este trabajo, en tanto se espera aportar al discernimiento de la relación entre políticas y prácticas sociales, especialmente las del llamado *cuidado formal*.

El objetivo de este trabajo es analizar las *prácticas de cuidado llevadas a cabo por trabajadores de un sistema municipal de salud en un partido de la provincia de Buenos Aires*, para favorecer la permanencia en la comunidad de un grupo de personas externadas de instituciones manicomiales. Se espera poder aportar al debate sobre las posibilidades de articulación de políticas universales y abordajes específicos que consideren las circunstancias particulares y la singularidad subjetiva de las personas externadas.

Se tomó para el análisis la categoría de *cuidado* en tanto la misma tiene una connotación amplia e integral, en compa-

ración con la categoría de «*atención*». Hablar de cuidado, implica hablar de relaciones horizontales, simétricas y participativas, y son estas las que se esperan se desarrollen en el marco de procesos de reforma del abordaje de las llamadas patologías mentales; por el contrario la categoría de atención es vertical, asimétrica y no socialmente participativa (3). El *cuidado* propicia acciones intersectoriales mientras que la *atención* se desarrolla en el marco de un sector institucional o de programas aislados y servicios específicos.

Se considera que el trabajo de cuidado al otro es consecuencia de las dimensiones políticas, valoraciones culturales compartidas e, incluso, del sistema de género imperante² (4).

Hablar de prácticas de cuidado en el ámbito de la salud conlleva un posicionamiento que rescata la dimensión de sujeto de derecho en cada persona con padecimientos. Cuidar del otro excede la lógica de «construir un objeto e intervenir sobre el mismo». Es que la práctica de cuidado implica mucho más que la aplicación de tecnología, consiste en propiciar la realización de sujetos en tanto seres humanos» (5).

La literatura diferencia los cuidados *formales* - aquellas acciones de cuidado especializadas las cuales pueden realizarse tanto desde los servicios públicos como desde el ámbito privado - de los *informales*, los cuales consisten en un tipo de apoyo desarrollado por personas de la red social del sujeto y se proveen de forma voluntaria y sin remuneración (6) Este trabajo analiza las prácticas de cuidado formales, en tanto son las realizadas desde el servicio de salud mental, no obstante, tal como veremos, muchas veces dichas prácticas se inscriben, al igual que las informales, en el ámbito de las redes sociales y es lo que las hace dignas de un análisis descriptivo como este.

Se adoptó una metodología cualitativa. Se tomaron entrevistas a trabajadores del sistema de salud e informantes clave las que se analizaron por medio de la selección de fragmentos discursivos. Se realizó un rastreo documental de normativas y programas municipales de políticas sociales y de salud. Se realizaron observaciones de prácticas de atención.

Algunas consideraciones sobre las conceptualizaciones de las prácticas de cuidado

Las prácticas de cuidado de la salud son construidas y moldeadas en escenarios socio-culturales, esto las convierte en una «*fuerza de innovación*» (7) a la vez que da cuenta de la dimensión subjetivante que sostienen las mismas. Desde este enfoque, se torna necesario analizar qué visión sobre la discapacidad y la enfermedad mental, subyace en dichas prácticas de cuidado (8).

Abordar el análisis de las prácticas de cuidado desde la perspectiva de los procesos psicosociales, implica considerar que las formas en las que las mismas se den y los significados y valores que se le atribuyan, sólo podrán ser comprendidos a la luz de un contexto sociohistórico específico (9). Es así como puede – y más aún debe – leerse las entretelas en las políticas sociales que regulan las mismas.

Pero incluso aún, si pretendemos abordar las históricamente llamadas enfermedades mentales desde una concepción no medicalizante de los padecimientos psíquicos, resulta necesario considerar qué enfoque daremos al tratamiento y qué modelos teóricos que moldearán dichas prácticas de intervención.

Amarante caracteriza a la atención psicosocial, como aquella que propicie el «responsabilizarse» de las personas que están siendo cuidadas. Considera que es imperante el que «se establezcan vínculos afectivos y profesionales con estas personas, que hagan sentir a las mismas escuchadas y cuidadas» (10).

Prácticas de cuidado en sujetos externados: la práctica de innovar

Existe en el campo de la salud y de la salud mental una creciente preocupación por una aparente tendencia del crecimiento del rol de las familias como principales prestadoras de cuidados hacia las personas con enfermedades crónicas. Se plantea que «los servicios sociales y sanitarios participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas que lo necesitan» (11) Observan que, de manera creciente, las reformas de los servicios sanitarios priorizan la atención a la salud en el propio entorno, concretándolo a través del alta precoz hospitalaria, programas de cirugía ambulatoria, reformas de la atención psiquiátrica. Lo objetable de esta tendencia sería el desplazamiento de cuidados, cada vez más complejos, hacia el sistema informal, en un marco de contención del gasto sanitario y escaso desarrollo de otros servicios de atención social. (11).

Resulta ineludible el debate que estas afirmaciones conllevan. Han habido sobradas experiencias de intento de reforma en salud mental cuyos objetivos apuntaban al corrimiento del Estado del rol de garante de los cuidados en sujetos con padecimientos crónicos, más que con verdaderos procesos de reforma que apunten a «recuperar la condición de ciudadanía y de sujeto de derecho de las personas que han sido atrapadas en los dispositivos manicomiales» (12).

En la localidad en la que se lleva a cabo este estudio, las prácticas de cuidado de estos sujetos externados sirvieron en muchos casos de puente transicional entre la atención exclusivamente hospitalaria - esto es, donde el Estado en represen-

tación de sus efectores de salud (monovalentes y manicomiales) era el único responsable del cuidado de estas personas - hacia un cuidado sostenido por una red socio-familiar en donde los servicios de salud y trabajo social, son condición necesaria para el establecimiento de la misma, pero no suficiente. De hecho, se han ido paulatinamente incorporando, siempre caso a caso, diferentes actores en el proceso de externación.

Este «caso a caso» ha forjado una especificidad al proceso. Del análisis de las entrevistas realizadas en el área de estudio, se puede decir que las prácticas de cuidado que lleva a cabo el servicio de trabajo social, tendientes a sostener la externación de estos pacientes, no han sido planificadas a priori. Las mismas se fueron armando conforme se iban encontrando márgenes para «salirse del libreto» e *inventar* algún dispositivo que permita sostener el tratamiento de una persona de forma ambulatoria y en su medio comunitario. Dejan así expuesto el carácter innovador que se espera de toda práctica. Al decir de Navarro Pedreño, se utilizaron los márgenes de libertad de forma estratégica que todo trabajador del sistema tiene, haga o no uso de los mismos (13)

Paulatinamente en dicho proceso hubo un trabajo de involucramiento de diferentes trabajadores del primer nivel de atención en salud, el cual se logró a partir del armado de una red de cuidado para estos sujetos³. En los centros de salud las personas externadas pueden, por ejemplo, ir a tomar la medicación diariamente. La disposición real del tiempo necesario para trabajar con estos sujetos fue uno de las dimensiones que los mismos trabajadores del primer nivel de atención mencionaron como facilitadoras.

Actualmente, y con el impulso que generó la «Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas» (14) se puede decir que existe un consenso para decir que es necesario que el primer nivel de atención deje de verse a sí mismo como un expendedor de prestaciones (13) y se plantee el entorno comunitario como un espacio posible de desarrollar experiencias que excedan el histórico abordaje medicalizante de la enfermedad. Es en este marco que se sitúan las prácticas aquí analizadas.

Las prácticas de cuidado con esta población comenzaron a gestarse desde el área de Trabajo Social del servicio de Salud Mental, sin embargo – tal como se mencionara anteriormente - las mismas fueron involucrando nuevos actores en el itinerario de cuidados. De este modo, en algunos casos se ha ido propiciado paulatinamente el re-establecimiento de lazos familiares y sociales.

Ya se ha dicho que las prácticas son moldeadas con elementos del escenario local específico que le da forma y contexto. La implementación de un seguro de salud en el área de estudio - cuyo objetivo era el de brindar atención sanitaria

integral a las personas residentes en el municipio y sin cobertura social o recursos económicos – también fue un facilitador del armado de esta red de cuidados. Es que pese a que dicho seguro no impulsaba explícitamente acciones para sujetos con padecimientos psíquicos, permitió acciones para esta población en tanto cumplían con las condiciones que hicieron posible su incorporación en el padrón del programa: eran sujetos pobres, vulnerables y sin obra social, más allá de «locos».

Para sostener una verdadera reforma en salud mental, «las políticas públicas deben ofrecer condiciones para el proceso de desinstitucionalización de esas personas» (10) Esta implementación otorgó márgenes para desarrollar prácticas de cuidado para esta población. Conforme se avanzaba en afianzar dicho programa con población general, se hacía desde Trabajo Social especial énfasis en la inclusión de estos sujetos.

Considerando la relación entre prácticas de cuidado y el marco de las políticas sociales en las que las mismas se desarrollan, se observa que en el área de estudio, el otorgamiento de subsidios no estuvo delineado por políticas sociales universales explícitas para esta población. Los mismos se fueron gestionando en el marco de prácticas de cuidado «artesanales» y por lo tanto, se diagramaron con la posibilidad de considerar las singularidades de cada caso. Claro está que la otra cara del «beneficio» de contar con márgenes relativamente amplios para trabajar de acuerdo a la especificidad de la problemática a abordar, es el hecho de que, al no enmarcarse en una política social específica para esta población, en muchos casos se dificultó la obtención de los recursos necesarios para el sostenimiento de estas prácticas.

A modo de reflexión

Se observa en esta población una multiplicidad de prácticas de cuidado innovadoras que propician el sostenimiento de la vida de las personas en la comunidad. Sin embargo, pareciera que muchas de esas prácticas son sostenidas por medio de acciones motivadas por ideales de reforma de los actores que las llevan a cabo, y tanto no en políticas sociales diagramadas específicamente con tales fines.

Interesa considerar si este modo *artesanal* de diagramar cuidados desde servicios de salud es viable solo en escenarios en los que no haya dichas políticas sociales específicas para esta población o, por el contrario, si son posibles políticas sociales que sostengan prácticas potencialmente innovadoras. Al decir de Amarante: «Es necesario trabajar desde una política social integral, desde un Estado en movimiento, con el centro puesto en la persona, no como un

individuo aislado, sino formando parte de colectivos humanos, aunque *respetando sus singularidades*, que aparecen atravesados por la trama social en la que están inmersos, buscando la construcción de un «espacio inclusivo», que fortalezca los derechos ciudadanos políticos, económicos, sociales, culturales y la equidad territorial» (10).

Se trata de sostener desde el sector salud prácticas de cuidado que acompañen a las personas en el armado de su vida fuera del manicomio y propicien la construcción de autonomía y ciudadanía, sabiendo que serán en muchos casos dichas prácticas las que convoquen a la sociedad a la implementación de políticas sociales inclusivas.

No se puede pasar por alto el debate que conlleva la transformación del modo de abordaje de la locura, de forma ambulatoria y de cara a la comunidad, en relación a donde y como recae la carga del cuidado de estos sujetos. Resulta necesario definir como espacio de intervención del sistema de salud y/o servicio social justamente el armado de esa red que va a propiciar los cuidados que estas personas tienen derecho a recibir. Porque el abordaje ambulatorio y comunitario es un derecho y su cumplimiento se da siempre que el mismo conlleve el involucramiento de diferentes actores, no basta con la externación del paciente y su sostenimiento al interior del servicio de salud. Debemos preguntarnos: ¿Se trabaja en pos de la externación de pacientes, o con el fin de garantizar derechos tales como a la atención en salud, vivir en familia, contar con una red social a ciudadanos que solo pueden darse fuera de las instituciones manicomiales? Se puede decir que para el cumplimiento de tales derechos, la externación es condición necesaria, pero claramente no suficiente.

Una dimensión altamente valorable de un proceso como este, es la capacidad reflexiva de quienes lo llevan a cabo. Se trata de propiciar espacios de análisis y supervisión de dichas prácticas para propiciar que las mismas se multipliquen tanto cuanti como cualitativamente.

Es menester tener en consideración que la red micro-social de un sujeto contribuye de manera substancial a en el armado de sus prácticas sociales, incluso, en su visión del mundo (15). Debe por ende ser, el espacio de redes, el ámbito por excelencia de intervención con estos sujetos.

La autora Peta Bowden en su libro «Caring. Gender-Sensitive Ethics» (1997) plantea que para reestructurar las instituciones de manera que respondan a las necesidades tanto de quienes reciben el cuidado como de quienes lo proporcionan, es necesario repensar conceptos políticos básicos desde una perspectiva de cuidado de las relaciones entre unos y otros y que reconozca la conexión imperativa entre el bienestar de los ciudadanos y la calidad de sus relaciones sociales (16).

Queda por fuera un –merecido– análisis del rol que las familias han ido tomando en tan intensa transformación. El mismo excede los objetivos de este trabajo pero marca un camino a seguir en el entendimiento de este proceso.

BIBLIOGRAFIA

1. Auyero J. Cultura política, destitución social y clientelismo político en Buenos Aires en Desde Abajo: La transformación de las identidades sociales, Svampa, M. (Editor) Editorial Biblos. 2000. Buenos Aires
2. Cross C, Freytes Frey A. Políticas sociales como límite y como herramienta: Reflexiones a partir de experiencias de gestión de dirigentes y referentes piqueteros/as en el período 2001-2007. Revista El Principio, N° 1, Año 2009, pp 75-98; ISSN 0328-2589.
3. Tejada de Rivero D. Alma Ata: 25 años después» Revista perspectivas de la Salud- Revista de la OPS, 2003; Volumen 8, Número 1.
4. Aguirre R. Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. En Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales. Naciones Unidas, Ed. SERIES CEPAL. Series Seminarios y Conferencias. 2005; ISBN 92-1-322753-1. Disponible: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/22672/ssc46_Politicas_transversales_cap3.pdf
5. Ayres JR. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Revista Nacional de Salud Pública. 2002;20 (2):67-82.
6. Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Revista Española de Salud Pública. 2009; 83 (3): 393-405. Ministerio de Sanidad y Consumo España.
7. Melguizo Herrera E, Algate Posada M. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Rev. Avances en enfermería. 2008; XXVI (1):112-123.
8. Saraceno B. La ciudadanía como forma de tolerancia. Revista Actualidad. Psicoanálisis y Cultura. Tres al Cuarto. España. OM.S. Ginebra. 1999
9. Ardila S. El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2009 ; 38: 114-125.
10. Amarante P. Superar al manicomio. Salud mental y atención psicosocial». Buenos Aires. Ed. Topía. 2009.
11. García-Calvente M, Mateo Rodríguez I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gacet. Sanit 2004; 18 (1): 132-9. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España
12. García-Calvente MdM, Mateo-Rodríguez I, EGUIGUREN AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit [online]. 2004, vol.18, suppl.1 [citado 2010-10-26], p. 132-139. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400021&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.
13. Stolkner A. Prologo del libro «Superar al manicomio. Salud mental y atención psicosocial» Amarante, Buenos Aires. Ed. Topía. 2009
14. Navarro Pedreño S. Tiempo de interlunio: apuntes para repensar la primaria. Revista de treball Social. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assitents Socials de Catalunya, Barcelona. 1998; 150:23-42.
15. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión. Extraído el 1 de octubre de 2010 de <http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/aps-documentoposicion19-07-05.pdf>
16. Sluzky C. La red social: fronteras de la práctica sistémica. Colección Terapia Familiar, Gedisa, Buenos Aires. 2002.
17. Putnam RA. «La ética del cuidado». Revista de Libros. Fundación Caja Madrid N°14. Febrero. 1998. Disponible en http://www.revistadelibros.com/articulo_completo.php?art=3740

(Notas)

¹La misma se titula «Accesibilidad a la atención en salud de pacientes psiquiátricos externados: Servicios de Salud, Subjetividad y Estigma». La autora cuenta con Beca CONICET Tipo II (UNLa) y forma parte del proyecto «P040. Accesibilidad y Dignidad en la Atención en Servicios de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense en el Periodo 2002 -2010: Subjetividad, Representaciones de Derechos y Sistemas de Atención « cuya Directora es la Prof. Alicia Stolkner.

² Excede los objetivos de este trabajo los valiosos desarrollos teóricos que se han hecho en relación a la categoría de cuidado, especialmente aquellos impulsados desde autoras que se inscriben en la sociología feminista. Se rescata la necesidad de un debate que propicie la desnaturalización del rol de las mujeres en el cuidado de otros y que pretenda un análisis crítico de dicha asignación social.

En un análisis de la literatura feminista sobre el cuidado hacia otros, Arlie Russell Hochschild plantea el mismo ocupa un lugar más central en la vida de las mujeres que en la de los hombres en tanto suelen ser ellas quienes cuidan a niños, enfermos y ancianos.(Russell Hoschschild; 2008)

³La Declaración de Caracas en 1990 enunciaba la necesidad de que los centros de atención primaria de la Salud participen del proceso de atención ambulatoria de estos usuarios (OPS; 1990)