

Buenos Aires | 13-16 de agosto de 2003

6^o

**Congreso
Nacional
de Estudios
del Trabajo**

**Los trabajadores
y el trabajo en la crisis**

LA REFORMA IMPOSIBLE:

**INCIDENCIA DE LAS REPRESENTACIONES SOBRE SALUD MENTAL EN
LAS PRÁCTICAS DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR**

Autora: Lic. Marcela Inés Freytes Frey (freytesmarcela@yahoo.com.ar)

Hospital Parmenio Piñero - Varela 1301

*“El trabajo en salud mental es siempre
un trabajo de producción de significaciones.
De generación de espacios imaginantes
en circunstancias en que lo hegemónico
es la standarización de lo subjetivo”
(Stolkiner, A. 1994:52)*

INTRODUCCION

En el presente trabajo, se expondrán algunos de los resultados de un estudio de caso sobre un servicio de salud mental de un hospital general de la ciudad de Buenos Aires, en base a entrevistas en profundidad a psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Dicha investigación tuvo entre sus objetivos, analizar las representaciones sobre salud y enfermedad mental, modos de cuidado y tratamiento y las prácticas asociadas a ellas de algunos actores del campo con el fin de desarrollar conceptos e hipótesis que permitieran comprender la incidencia de las mismas en el horizonte de los cambios necesarios para la implementación de la Ley de salud mental.

DESARROLLO

Nuestro marco conceptual se basa en los desarrollos sobre el campo de salud mental, el cual definimos como una práctica social que articula diversas ideologías, teorías, prácticas e instituciones, estando en relación con el momento socio – histórico del que depende el predominio de ciertas representaciones de la salud y la enfermedad. Estas condicionan las teorías y las prácticas correspondientes que efectúan los actores dentro del campo. Hay una relación estrecha entre los modos sociales en que se representa la subjetividad y la respuesta que una disciplina da a esa representación. Los valores de salud y enfermedad, suponen la existencia de concepciones e ideas que sostienen una práctica, ésta y sus efectos no son independientes de dichas concepciones. En este campo, se va configurando una organización dinámica, en tanto existen diversos actores sociales con intereses disímiles que se encuentran en conflicto y negociación constante para lograr el predominio de sus perspectivas y valores. (Galende, 1997)

Las producciones discursivas.

“Aun cuando algunas formas de pensar la sociedad sean abarcadora como un cemento que mantiene sus estructuras de dominación, cada grupo social hace de la visión abarcadora una representación particular, de acuerdo a su posición en el conjunto de la sociedad. Esta representación es portadora también de los intereses específicos de

estos grupos o clases sociales y de su propio dinamismo.” (Souza Minayo, M.C., 1997:146)

A continuación expondremos las representaciones que van surgiendo a partir del análisis de las producciones discursivas de los profesionales. Estas se ordenarán en diferentes ejes que sirvieron de guías en las entrevistas. En las mismas se indagó la visión de la situación actual del sector, tanto en general como en lo referente a salud mental, para luego particularizar en la situación laboral puntual de cada entrevistado. Las diferentes categorías se ejemplificarán con citas textuales, extraídas de las entrevistas realizadas.

Situación actual del sector salud y de salud mental

Los profesionales coinciden unánimemente en la idea de que muchas de las problemáticas actuales del sector, exceden al mismo y están en relación con los problemas que atraviesa el país desde las últimas décadas. Los mismos se definen como problemas sociales, ubicando entre ellos la descomposición social, el aumento de la exclusión, el desempleo, la inestabilidad y la violencia. Estos puntos, ubicados por los trabajadores como contextuales, tienen efectos sobre la población, complejizando las demandas que llegan a salud mental, ante lo cual no hay una respuesta clara:

“No tiene que ver con la salud mental sino con la situación del país, que es el sector más crónico, que es como el hambre en Tucumán, viene de arrastre, de hace mucho tiempo, no se solucionó en el momento en que se podía solucionar y ahora se puede solucionar menos. Entonces el tema no es con la salud mental, sino con la cronificación y los problemas sociales”: (Terapeuta Ocupacional)

El tema de las problemáticas sociales, genera un campo de tensión para los trabajadores de salud mental, que no logran definir sus propias incumbencias frente al nuevo panorama. Hay una coincidencia sobre el hecho de que la pérdida de los lazos sociales agrava las problemáticas referidas al padecimiento mental a la vez que reduce las estrategias posibles tanto en la población como en los profesionales. Ante esta situación, la vivencia es de gran impotencia, sin lograr definir como incluir esto en el trabajo cotidiano:

“Hay mucho de lo que la crisis rompió, que se yo, te encontrás mucha gente que no ve más a su familia o como lo echaron del laburo no se sabe que hacer porque sus

compañeros del laburo que antes eran sus continentes no están a mano”: (Psicólogo de Guardia Externa)

“porque antes uno tenía recursos institucionales, comunitarios a donde recurrir, que si a un paciente le pasaba x cosa, cada vez hay menos recursos donde derivar a alguien si le pasa cualquier tipo de problemas, desde lo laboral, de lo que fuera, entonces también lo que yo siento es que uno se desgasta mucho más y tiene menos resultados y también se desgasta el trabajo”: (Trabajadora social)

El impacto de la situación actual sobre los trabajadores, se encuentra potenciado por la percepción generalizada de una ausencia de políticas para el sector. La carencia de marcos regulatorios claros, se agrava por la brecha cada vez mayor entre quienes planifican y dirigen y los que efectivizan las normativas en otro nivel:

“La ausencia de políticas en general, política en serio. Después las pequeñas miserias de cada día de cada uno, pero a nivel más macro todo lo que uno pueda decir de las coordenadas de la crisis actual son las tres o cuatro i, la incertidumbre, la indeterminación, la impunidad y la inconsistencia, eso va tocando los distintos estamentos de la ley, de la política, sobre toda la impunidad, pero con esas cuatro coordenadas como salud mental va a ser ajena a un régimen de falta de políticas” (Psiquiatra, Jefe de Consultorios Externos)

De los discursos se desprende la visión de un sistema público sumamente deteriorado, fragmentado e ineficaz para dar respuesta a la situación. Esto acompañado por la sensación de imposibilidad de modificarlo y de que los niveles de perversión existentes son crónicos. Los profesionales manifiestan gran descontento, malestar, desánimo y agotamiento:

“El sistema público en general y el sistema público en general me refiero no solamente al asistencial, esta basado en un tráfico de influencias, prebendas, acomodados, salarios que se pagan porque sí, o sea la reforma del sistema público implica una revolución muy fuerte y como desde hace un tiempo nos dimos cuenta que la revolución no la vamos a hacer (...) yo no tengo un buen pronóstico para el cambio del sistema, yo creo que la mayoría de nosotros hace lo que puede”. (Psiquiatra, Jefe del Servicio de Psicopatología)

Focalizando en lo relativo a salud mental, este campo se describe como ecléctico, constituyendo una zona en la que habría lugar para todo, sin existir un proyecto común o un plan en salud mental que organice y articule los diferentes efectores.

La red de salud mental de la ciudad, se percibe como altamente desorganizada, fragmentada e incluso inexistente, siendo más teórica que real. En general, hay una coincidencia en cuanto a que lo que predomina y funciona en la tarea cotidiana, son las redes informales. Ante cada situación, se despliegan los recursos personales. Esto implica que coexisten múltiples criterios anárquicos, cuya lógica es absolutamente situacional y ligada a la racionalidad de cada trabajador en particular:

“no hay algo que realmente funcione, acá lo que funciona es que el paciente rota porque tiene tres meses de internación acá, entonces se tiene que ir a otro hospital y después viene al otro pero por una cuestión de que hay un circuito que está mal, que está pensado para tiempos institucionales pero no tiempos del paciente, entonces el paciente rota por su propia gravedad pero no termina ni aquí ni allá, y bueno, donde se quedó se quedó, pero esto no se puede decir que sea una red de ninguna manera, esto son fallas en la red” (Terapista Ocupacional)

La divergencia temporal entre los directivos a nivel de Secretaría de Salud y las jefaturas de los servicios, exacerba aún más la inexistencia de normativas comunes. En general, los primeros son puestos políticos de menor duración que las jefaturas, por lo cual, la ideología de los referentes locales de cada efector suele tener más importancia que las normas municipales. La diversidad ideológica y teórica de las distintas jefaturas, obstaculizan aún más la creación de criterios de trabajos unificados en los distintos efectores. Existe además una carencia total de instancias de evaluación. No solo no se evalúa el trabajo de los distintos servicios o centros de salud, sino que tampoco existen registros epidemiológicos sobre la situación de la población con la que se trabaja:

“Si yo resuelvo hacer acá dos hospitales de día y un hospital de noche y una casa de medio camino y alguien me da las instalaciones yo lo instalo, nadie me va a cuestionar nada. (...) Vas al Tornú y la jefa decidió una cosa y se hace eso, entonces ni siquiera y no solamente no hay plan (...) además no hay ningún perfil epidemiológico registrado en la Capital Federal por lo tanto no se sabe cuales son las necesidades reales, nadie sabe” (Psiquiatra Jefe del Servicio de Psicopatología)

La población y las prácticas asistenciales

Un punto reiteradamente difícil de conceptualizar es el rol de la comunidad. En general, el hospital funciona como un lugar de protección, que aparece en el imaginario como exterior a la comunidad. Para algunos de los entrevistados, sería responsabilidad de los centros de salud dar espacio a la participación comunitaria. Lo socio – cultural resulta una categoría problemática, difícil de ubicar y que queda por fuera de salud mental:

“si es posible que los efectores comunitarios tengan más injerencias, habría que ver porque ahí meteríamos lo socio cultural, no ya desde como lo concibe el médico o un psicólogo, sino desde como lo concibe la comunidad” (Psiquiatra, Jefe de Consultorios Externos)

Los dispositivos que se implementan son de tipo asistencial, quedando muy poco espacio para la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación social o la integración social de las personas que estuvieron internadas. En el diseño de los mismos, se privilegia el marco teórico de los profesionales, por sobre la complejidad de la realidad con la que se trabaja. La consecuencia de esto, es la expulsión de muchas personas cuyas consultas no tienen respuestas desde los modos tradicionales de trabajo:

“lo que se ve es una hipertrofia de las teorías, de la teoría psicoanalítica lacaniana sobre todo en el ámbito de los psicólogos, no? cuasi delirante a mi gusto, alimentada por el sistema externo (...) y por otro lado hay un avance absoluto de la medicalización (...) la medicalización por vía de la cultura americana ha llevado a la creencia múltiple de una relación entre la subjetividad y los mecanismos neuroquímicos, entonces prácticamente en la formación de los psiquiatras no existe más la idea de la subjetividad como elemento crucial en el tratamiento del paciente.” (Psiquiatra, Jefe del Servicio de Psicopatología)

“De hecho se termina haciendo una salud mental bastante fácil, porque excepto lo que entra por urgencias, todo lo que es consultorios externos tiene una depuración que el paciente que pudo esperar dos meses para tener su primera entrevista, bueno, es el paciente que no requiere ninguna urgencia, no tiene gravedad”. (Psiquiatra de Sala de Hombres)

La percepción de los trabajadores, dado la ausencia de registros epidemiológicos confiables, es que se produjo un gran cambio a nivel de la población que complejizó la demanda. La desprotección, la falta de red social, la pérdida de la calidad de vida y el aumento de la violencia urbana, repercuten en la salud mental. El desempleo y la

pérdida de cobertura social traen como consecuencia que la clase media empobrecida acuda al hospital. Esto produce un efecto tapón con exclusión de los sectores que históricamente concurrían al hospital público. Los mismos parecen haber quedado por fuera del sistema o consultando solo en situaciones de gravedad ya que han aumentado los umbrales de alarma y no se busca el recurso con la misma rapidez que hace unos años:

“Ahora tenemos pacientes de clase media empobrecida con otro tipo de exigencias y que cuando salen no tienen a donde ir, totalmente cambio la población y gente de barrio tenemos, antes no teníamos gente de barrio que viene ahora, en otros momentos tenían obra social, entonces cambió completamente”. (Terapista Ocupacional)

”con la población que trabajamos nosotros que por ahí tienen su umbral de alarma bastante alto y no consultan por digamos lo que a veces se podría leer como nimiedades, no? y que entonces consultan cuando hay algo que esta siendo grave” (Médica residente de 1° año)

Los profesionales coinciden en que la formación de grado es inadecuada para la práctica que deben realizar en el hospital. Los servicios se encuentran colapsados, con largas listas de espera, lo cual parece deberse en gran medida a la falta de racionalidad con que se distribuyen los recursos y a la poca plasticidad para generar formas de trabajo novedosas, más adecuadas a las necesidades. Hay un exceso de profesionales en los equipos clásicos, como adultos, niñez y adolescencia, familia, y muy pocos en los equipos nuevos como adicciones, violencia, etc.:

“me parece que el sistema perpetúa la existencia de este sistema formando a la gente en esta línea, me parece que habría que ir más atrás y tratar por lo menos desde las facultades donde se estudia”. (Médica residente de 1° año)

Específicamente en relación a las prácticas habituales en el servicio en el que se realizó la investigación, se percibe una diferencia entre el área de consultorios externos y el área de internación. En la primera, se realizan tratamientos individuales de orientación psicoanalítica, sin tiempos institucionales claros. Esto produce poca fluidez en la admisión, largas listas de espera, no se liberan nuevos turnos y los profesionales no dan abasto. A su vez, se le da poca continencia a la patología grave, que se enfrenta a dificultades para ingresar al sistema ya que no existen equipos preparados para el trabajo con problemáticas complejas. En cuanto a la internación, el servicio cuenta con

dos salas de internación psiquiátricas para cuadros agudos, una de hombre y otra de mujeres. El tratamiento que en ellas se realiza es estrictamente farmacológico en ocasiones acompañados por tratamientos psicoterapéuticos individuales. Tras el alta, no se realizan tareas de acompañamiento en la inserción de las personas a sus redes sociales, lo cual ocasiona un efecto de puerta giratoria:

“la internación empieza el día que hay camas disponibles para ese paciente y termina por algún fenómeno que tiene que ver mucho más con políticas y burocracia que le da el alta y obviamente el estado del paciente de más o menos grave no empieza ni termina ese día y es ridículo que ese paciente ese día cambie de terapeuta, entonces me parece que hay un estado de ser paciente psicopatológico grave al cual no le corresponde ninguna institución.” (Psicólogo de guardia externa)

“el 90 % de la gente que trabaja acá piensa que la salud mental es un trabajo de consultorio individual, esto no, como que hay dificultades para representarse otras maneras de trabajar que no sean en el consultorio individual.” (Psicóloga concurrente de 2° año)

De lo enunciado por los entrevistados, surge la idea de que su incumbencia profesional se circunscribe al ámbito institucional, quedando por fuera de su campo de acción todo aquello que hace a la vida cotidiana de las personas. No se desconoce los efectos que la situación del país genera en el padecimiento subjetivo, pero esta dimensión se menciona como “lo social”, sin poder conceptualizarlo dentro de las incumbencias profesionales:

“lo que genera la demanda por el sector de urgencias se ve a través de la desprotección y la falta de red social que es algo muy loco y muy terrible a nivel de consultorios porque en realidad el paciente que es o un adicto muy intenso o pertenece a una pandilla muy violenta no sostiene el tratamiento, no hay modo que lo sostenga o de acercarlo a un tratamiento que lo pueda sostener entonces me parece que uno va viendo a los que son digamos los más desprotegidos de este sistema en un contexto de internación o de consulta externa, pero no hay como poder intervenir a nivel familiar o a nivel social”. (Psiquiatra de Sala de Hombres)

Aspectos teóricos e ideológicos

El servicio de psicopatología en el cual se realizó la investigación, constituye uno de los más grandes de la Capital Federal. Los profesionales refieren que el mismo fue un lugar donde históricamente se realizó una formación psicoanalítica. Aun en épocas de la

dictadura, era un lugar en el cual se podía estudiar y trabajar psicoanalíticamente. En la década de los ochenta, hubo un auge del psicoanálisis lacaniano. Discurso que solo se vio cuestionado en la década del noventa, con la aparición del discurso psiquiátrico de orientación biológica. Este último se apoyó fuertemente en el crecimiento de la industria farmacológica y en el contexto de una medicalización de la vida cotidiana. Ambos discursos coexisten hasta la actualidad, dando forma a las distintas prácticas asistenciales que se llevan a cabo, y obstaculizando aquellas que no logran ser conceptualizadas desde estos marcos teóricos:

“cortes de tiempo, en la década del ochenta estábamos todos atravesados por el furor lacaniano psicoanalítico, en la década del noventa, algunos seguimos sosteniendo eso y hubo como una especie de binarismo de pensamiento, la perspectiva biológica y la psicoanalítica”. (Psiquiatra, Jefe de Consultorios Externos)

Algunos de los entrevistados, refieren que las luchas de los dos discursos preponderantes para mantener sus lugares de poder, dejó por fuera la posibilidad de pensar los atravesamientos sociales y de instaurar nuevos modos de trabajo. Esto redundó en la sensación de no estar ofertando dispositivos acordes a las demandas de la población:

“Cuando vos vas tan al síntoma, las discusiones médicas, no?, donde le damos tal pastilla, tal medicamento, tal otro que va al síntoma, solamente a la enfermedad, bueno eso es un desarme de la personal, dónde no sabés que le pasa en su vida, en su núcleo social” (Terpaista Ocupacional)

“la salud mental pensada desde un dispositivo psicoanalítico obtura rápidamente toda capacidad de seguir absorbiendo gente, porque no se dan altas, esto desde ya y por otro lado porque no está bien pensado desde ese marco teórico un trabajo interdisciplinario, entonces uno puede tener un esquizofrénico viéndolo en una terapia entre comillas durante los próximos 23 años, ocupando un horario semanal o bisemanal.” (Psiquiatra de Sala de Hombres)

Los profesionales describen la situación del servicio como de gran fragmentación y aislamiento entre los equipos, sin existir comunicación ni intercambio. A pesar de ser una planta muy grande, cerca de ochenta psicólogos y psiquiatras solamente, los mismos adjudican la responsabilidad sobre lo que pasa actualmente en el servicio a la jefatura del mismo. Se percibe una carencia de registro de la dimensión política del

hacer cotidiano de cada trabajador. Esto no solo en el trabajo puntual sino en cuanto a la dificultad para agruparse y generar algún tipo de proyecto más abarcativo:

“yo creo que la falta de comunicación con la gente de la sala, comunicación con los residentes desde ya, el intercambio y estas divisiones que yo llamo dividir para reinar no se sabe reinar donde ni como han generado una fractura que se ha reflejado seguramente en la práctica, estas cosas van a parar siempre a los pacientes. (...) Los grupos que entramos a cerrarnos al ver que no se podían hacer ciertas cosas tuvimos como una tendencia al cierre hacia adentro” (Psicóloga de Consultorios Externos)

“ni siquiera luchamos gremialmente, porque es una institución tan grande donde trabajan tantos asistentes sociales, psicólogos, después trabajan médicos y otros profesionales, porque no tenemos aunque sea una asociación propia para defender nuestros derechos gremiales.” (Trabajadora Social)

El hospital y sus significados

El panorama actual de los trabajadores no parece estar dissociado del lugar que tiene el hospital en el imaginario de los mismos. A través de las diferentes entrevistas, el hospital va adquiriendo diversos significados para cada uno. Para algunos constituye la tranquilidad de un sueldo seguro a fin de mes. Para otros un lugar de aprendizaje, en el cual se encontraría cierta protección para iniciarse en la práctica profesional. Esto último se conjuga con la idea de un lugar en el cual adquirir la más variada experiencia que facilita posteriormente el trabajo en ámbitos privados. También se menciona el hecho de conseguir pacientes para el consultorio privado, luego de un tiempo de trabajo hospitalario:

“hay gente que por ahí no está haciendo su práctica afuera entonces está a full con el hospital y quiere hacer psicoanálisis en el hospital y tratamiento de diván en el hospital (...) también el hospital me parece, con el sistema de concurrencias y residencias, es un espacio de aprendizaje y las cagadas que nos mandamos con los pacientes y cuestiones de los inicios de la práctica (...) a mi me da la idea de que el hospital donde cada uno viene a hacer lo que le parece dentro de su ética, pero como que la gente acá se daría como más permiso.” (Psicóloga concurrente de 2º año)

“Es que para los profesionales el trabajo en el hospital es un sueldo seguro al mes que por ahora todavía se paga al día uno sin tanto retraso, dentro de todo el gobierno de la ciudad paga más o menos a término, entonces el trabajo en el hospital es eso, es

asegurarse los 700 pesos por mes para asegurarse algunos gastos y nada más”.
(Psiquiatra de Sala de Hombres)

El horizonte del consultorio privado aparece frecuentemente como parámetro con el cual comparar la práctica hospitalaria. La misma aparece categorizada como de menor calidad al lado del ideal profesional, ligado al consultorio privado. Incluso con respecto a los pacientes que acuden al servicio, los mismos entran en una categoría inferior en relación a aquellos que pagan su tratamiento. En el trabajo hospitalario, se menciona la ausencia de pago directo de los del paciente, pero no el hecho de que los profesionales sí cobran un sueldo:

“en mi formación era el psicoanálisis con mayúscula y muy ligado a lo más tradicional digamos al consultorio privado y al diván y a las instituciones psicoanalíticas tradicionales, digamos la gran distancia entre ese ideal y lo que se veía como una práctica pobre, no muy prestigiosa me parece, que es la práctica en salud mental (...) para los psiquiatras me da la impresión que les termina pasando más de lo mismo (...) me da la impresión de que lo que les interesa no es la práctica en salud sino la psiquiatría biológica, como el ideal”. (Psicólogo de Guardia Externa)

En general, la vivencia de los trabajadores es de un gran desánimo y de poca satisfacción en el trabajo. Mencionan encontrarse retraídos, desanimados y aislados en su trabajo:

“se va como creando y constituyendo desgaste, desilusiones de que ahora va a venir un cambio y se va a poder y a partir de ese desgaste es como que cada uno se va retirando y va dejando espacios vacíos y van como quedando espacios vacíos que finalmente nadie ocupa, que implican un grado de compromiso también porque también implican más presencia, hay como una cosa así de desidia.” (Psicóloga de Consultorios Externos)

Percepción de la Ley

En relación a la nueva ley de salud mental predomina un desconocimiento generalizado sobre el texto de la misma. Esto acompañado de gran escepticismo sobre la posibilidad de que una ley tenga algún tipo de efecto real en la dinámica del sector. Los que recuerdan algo de la misma, la describen como llena de buenas intenciones pero alejada de la realidad.

Es una constante el hecho de que resulta más fácil ubicar cuales son los obstáculos para la implementación, que los cambios que la misma podría facilitar.

Entre los obstáculos se mencionan los intereses doctrinarios y sectoriales. Especialmente las corporaciones médicas que no parecen dispuestas a ceder espacios de poder. Las cuestiones teóricas también se sitúan como problemáticas, ya que el auge de ciertas teorías impide la posibilidad de concebir nuevas prácticas. A esto se le suma la dificultad de pensar la articulación con otros sectores cuyas incumbencias repercuten en el cuidado de la salud mental:

“hay muchos intereses creados, hay muchos estudios que se hacen por ejemplo en el Borda y muchos gremios que viven del hospital como por ejemplo limpieza y alimentación que viven del hospital y no van a permitir que se cierren porque se quedarían sin fuente de trabajo. No es solamente hay muchos intereses económicos alrededor de que se mantengan este tipo de cosas.” (Terapeuta Ocupacional)

“obstáculos de intereses, los obstáculos de intereses sectoriales de la vieja concepción de la clínica y de la salud mental asilar o bien de la elite los dos extremos, o asilar o de elite, yo como psicoanalista ni es así ni es asá, entonces, intereses.” (Psiquiatra Jefe de Consultorios Externos)

La inexistencia de mecanismos de control y evaluación; el hecho de que no existen concursos abiertos para los cargos hospitalarios; la formación inadecuada a nivel universitario; la desconfianza que suscita históricamente cualquier intento de cambio son todos puntos que se enuncian como obstáculos para la vigencia de la ley:

“La verdad es que vos tenés la teoría, la situación económica, el saber médico que avanza porque hay mucha guita puesta en esto, los laboratorios y la facultad de psicología se está quedando solamente con un tipo de prácticas, si vos querés realmente una cuestión comunitaria con el psicoanálisis no van a poder, porque no les van a dar ni los médicos ni a los psicólogos la posibilidad de trabajar con la comunidad, no van a poder hacerse cargo de eso (...) lo tenés que hacer desde la base, desde la formación y bueno es como que te falta todo esto de formar y hacer un cambio ideológico porque si no, esta ley es como que bueno, quedará y no se va a poder implementar”. (Terapeuta Ocupacional)”

Conceptualizaciones teóricas

“Los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen enteramente a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas. Aún cuando la naturaleza biológica de los hombres esté comprometida y participe en esta relación, los valores de salud y enfermedad mental, tanto en el individuo como en los grupos humanos, los modos técnicos en que son abordados y los saberes que ponen en juego, requieren de una referencia a la realidad social, recortan de ella un sector de la problemática subjetiva conformando una disciplina que instaura y regula el conjunto de prácticas ligadas a ese sector” (Galende, 1994:79)

“el doble carácter que tienen muchas de las actividades sociales: por una parte, lo que hace al contenido específico de las mismas, en este caso el que corresponde a la ciencia como procedimiento para develar las verdades que se encuentran en sus objetos de trabajo, pero también a un contenido inespecífico que solo tiene relación con el hecho de que se realiza a través de una cierta forma de práctica. Este contenido inespecífico de la práctica es la ideología, o para decirlo de otro manera: la ideología es una práctica que en lugar de descubrir verdades en los objetos, construye los sujetos de su práctica.” (Testa, M., 1997:56)

Análisis estratégico de la situación del Servicio de Psicopatología

La grave situación social que atraviesa el país desde hace unos años tuvo un fuerte impacto a nivel de la salud mental de la población. Se produjo una transformación en las necesidades y demandas de la población que acude en busca de respuesta a los efectores pertenecientes al sistema público de salud. Estos reciben un caudal cada vez mayor de personas, sin haber realizado modificaciones sustanciales que les permitan afrontar el desafío que conlleva.

En la ciudad de Buenos Aires, la situación actual del sector salud, específicamente en relación a salud mental, se encuentra en un estado crítico. La coexistencia de saberes, prácticas y valores muy disímiles se refleja en la paulatina fragmentación del sector y en la falta de racionalidad con la que se utilizan los recursos. La existencia de muchos de los dispositivos ya no da respuesta a las nuevas demandas nacidas en el actual contexto histórico. (Galende, 1991)

Específicamente en el Servicio de Psicopatología objeto de nuestro estudio, se encuentra una situación que dificulta los cambios. Nos serviremos de los desarrollos del pensamiento estratégico para analizar algunas cuestiones relacionadas con nuestro

problema de origen, en tanto pensamiento sobre el poder como categoría analítica para pensar las relaciones de los distintos actores.

Siguiendo a Mario Testa, quien postula que el poder es una categoría que posee una doble vertiente. Por un lado existe un poder cotidiano, que hacer referencia a “que” y “como hacer”. El mismo se encuentra en disputa entre distintos actores, y a la vez esta inserto en un poder societal, en tanto los quehaceres cotidianos y los ámbitos donde se localizan los mecanismos de dominación personales, reproducen a escala menor la dominación de una clase a otra. Por poder societal se entiende el tipo de sociedad a construir. Por otro lado, una segunda vertiente en relación al poder alude a los tipos específicos de poder que implica la capacidad de un individuo, grupo social o institución. Pueden ser de tres tipos, técnico, administrativo y político. (Testa 1986)

El poder técnico hace referencia a la capacidad de generar, acceder o manejar cierta información de diversas características. En una institución, la información tiene múltiples ámbitos de circulación, a la vez que existen diversos procesos de gestación, procesamiento y uso de la misma. El poder administrativo alude a la capacidad de apropiarse y asignar recursos. Las diversas formas de financiamiento suelen ser fundamentales en cuanto a los desplazamientos de poder dentro de un sector. Finalmente el poder político esta en relación a la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses. Esto depende de cierta forma de conocimiento (visión de la realidad) que es un saber generado de diversas maneras (experiencia, reflexión, ciencia). En este punto el autor diferencia entre un saber sobre el poder, que puede ser empírico o científico y una práctica que se basa en ese saber. Ambos aspectos son parte de lo que el denomina Ideología, en tanto saber como visión del mundo y la práctica que en él se apoya y que deviene constructora de sujetos. El pensar la ideología como poder político que engloba diversas prácticas, lo lleva a incluir a la ciencia como ideología. Y en relación a las formas prácticas del su ejercicio, aparece la dominación y la hegemonía. La primera implica el sometimiento, la segunda la viabilización y realización de un proyecto político. (Testa, 1986)

Postulando que una institución puede tener entre sus propósitos la propia legitimación, el crecimiento y/o la transformación (Testa, 1986), en la situación que nos ocupa, encontramos una preponderancia de la auto legitimación, en detrimento de los otros dos propósitos. El Servicio se perpetúa siguiendo una inercia que dificulta cambios, a la vez que las prácticas que en él se realizan, están cada vez más en función de intereses

sectoriales, tanto profesionales como de empresas de salud, que de la población a la cual se asiste.

Dentro de lo que podríamos categorizar como actores sociales en tanto el poder cotidiano que ejercen, encontramos diferentes grupos de profesionales y un actor joven en el campo, que cada vez tiene mayor poder, las empresas de psicofármacos. La población dentro del panorama actual, no logra constituirse un actor de peso, quedando en lugar de objeto o simplemente quedando excluida cuando su situación genera un desfase para las herramientas teóricas con las que cuentan los profesionales.

Las distintas áreas que integran el servicio trabajan en forma desarticulada, lo cual según los trabajadores, se debe a conflictos ideológicos y teóricos. Si profundizamos este supuesto, vemos que las dos teorías aparentemente en pugna, la psicoanalítica y la psiquiatría biológica, coexisten ocupando espacios de poder. Ambos grupos sostienen una lucha según sus propios intereses, que contribuye al sostenimiento de un equilibrio disfuncional que obstaculiza los cambios, dado que se encuentran unificados en el punto de sostener una inercia institucional, disociada de los cambios sociales de la última década.

El tipo de prácticas asistenciales que se realizan, está determinado por la teoría a la que adscriben los profesionales. Estos últimos coinciden en evaluar que los dispositivos que se implementan son cada vez más inadecuados a las necesidades reales de la población, produciéndose situaciones de exclusión creciente y de pérdida de cobertura de un número cada vez mayor de personas.

Globalmente y siguiendo una fuerte tradición en el servicio, los psicólogos se autodefinen como psicoanalistas y operativizan prácticas asistenciales que se circunscriben a tratamientos individuales sin límites temporales claros. Esto deja por fuera otros dispositivos y estrategias.

Dentro del grupo de los psiquiatras, algunos también se definen como psicoanalistas y realizan las mismas prácticas. Otros suscriben desde hace algunos años a una corriente biologicista y reducen su acción a la prescripción de psicofármacos. Esta división coincide con la separación entre las áreas de consultorios externos, con prácticas más psicoanalíticas y el área de internación con una orientación más biológica. División que persiste en el tipo de población que atienden ya que la clase media empobrecida que ahora acude al hospital, encuentra su lugar en el primer área mencionada, mientras que los que tradicionalmente se atendían el hospital, solo logran ingresar a través de guardia externa y son, en menos medida, alojados en las salas de internación.

Es decir que dentro del grupo de los profesionales, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, se hace uso de un poder técnico que se apoya en cuestiones teóricas o intereses económicos, pero que deja por fuera consideraciones epidemiológicas y sanitarias. Es importante acotar que el acopio de poder hecho por estos grupos es determinante a la hora de analizar la política interna del servicio.

La organización interna y el funcionamiento del servicio, pareciera estar muy ligado al poder decisorio del Jefe. Esto es algo que los entrevistados sitúan como histórico, dado que en diferentes períodos el perfil del servicio respondió a la ideología sustentada por el mismo. El jefe responde al director del hospital, pero en los hechos, es quien tiene el poder decisorio sobre las normas cotidianas de trabajo.

Un punto importante a destacar, es la ausencia de evaluación sobre el trabajo que se realiza. No hay registro del impacto de lo que se hace ni el costo que implica. Como tampoco se conoce el perfil epidemiológico de la población con la que se trabaja, más allá de la percepción personal de los trabajadores. La demanda explícita tampoco es registrada con métodos estadísticos.

En cuanto al poder administrativo, la perspectiva es que a diferencia de otras áreas del sector salud, en salud mental no hay carencia de recursos humanos. El mismo es suficiente y la dificultad parece situarse en el tipo de prácticas del mismo y en la racionalidad con el que se encuentra distribuido. Dentro del subsector público, se jerarquiza la labor hospitalaria, siendo los centros de salud, lugares poco apetecibles para los trabajadores.

La falta de racionalidad en la distribución de los recursos, no es ajena a la falta de políticas para el sector. El Estado permanece ausente, sin lograr efectivizar los marcos normativos y regulatorios, generando un espacio de anomia en el cual los profesionales hacen uso de las instituciones en el horizonte de sus intereses personales. A la vez que la concepción de la salud como un derecho sufre un deslizamiento hacia la categoría de bien de consumo. Es decir que empieza a regirse por la lógica del mercado, en tanto el acceso a los servicios de salud de la población se encuentra estratificado según la capacidad adquisitiva de cada uno.

Focalizando en el poder político, nos encontramos con una llamativa ausencia de ideología social en la forma de entender la salud mental. Con esto nos referimos a la imposibilidad de situar los procesos de salud y enfermedad como productos de determinantes más amplios que no hacen solamente a lo biológico o a lo simbólico. Esto implica que las visiones del mundo implícitas en los marcos teóricos y en las prácticas

perpetúan una forma de dominación de la población por parte del grupo de profesionales.

A grandes rasgos se podría ubicar una falta de coherencia entre los propósitos, los métodos y la organización de este servicio hospitalario. La consecuencia de esto es una falta de eficacia en su tarea. Despejemos los términos.

El propósito de este servicio parece estar en función de legitimar un espacio de reproducción de prácticas que se relacionan principalmente con intereses profesionales. Esto se vuelve sumamente complicado en un ámbito hospitalario y público cuyo propósito debería apuntar a la legitimación de la salud mental como un derecho universal e integral, o en todo caso, en la posibilidad de transformación para construir viabilidad a dicho derecho social. Como ya lo mencionamos anteriormente, esta situación está determinada por la acción del Estado, en tanto su achicamiento tiene efectos concretos que se sienten en la falta de políticas para el sector. La renuncia a su función de regulador, permite la legitimación en las instituciones públicas de espacios reproductores de un modelo ajeno a las nuevas necesidades. El resultado es una población cada vez más desprotegida en vez de ser beneficiada con dichas políticas y con la existencia de instituciones que aseguren la implementación de las mismas.

Los métodos del Servicio, pensados en tanto las prácticas cotidianas que realizan los actores, están determinados por los propósitos. Razón por la cual, no hacen sino contribuir a la inercia con la que se reproduce un modelo cada vez más inadecuado al contexto socio – histórico.

La organización del Servicio responde al peso de la tradición, que también contribuye a la inercia institucional, resistente a la adaptación a los cambios requeridos para responder a la crisis actual. Esto concuerda con la idea de una organización determinada por métodos y propósitos pero también por la historia. El nacimiento del hospital se da en el contexto de una política gubernamental heredera de prácticas de la caridad cristiana. Lo público quedaba focalizado en la atención de pobres y excluidos, desde una lógica de control (Tenti, 1989). Esta división en el sector salud entre sectores diferenciales, ya sea en cuanto a población en situación social diferente o a situación laboral diversa, es una constante. Y lo público siempre tuvo una connotación más cercana a la atención de las clases menos favorecidas. Esto hoy se ve exacerbado por las políticas neoliberales que se han ido implementando, donde esta desigualdad no sólo se enuncia, sino se intenta justificar en razonamientos correctos, pero que parten de premisas falsas. Es decir que el trasfondo ideológico que se fue dando históricamente,

consistió en políticas focalizadas hacia los pobres, pero no en la idea del derecho a la salud. La tradición viene más en la línea de la caridad cristiana y de la filantropía, que del reconocimiento de los derechos sociales a todos los ciudadanos.

Otro punto importante a tener en cuenta, en cuanto a la determinación histórica, es que la aparición de muchos de los primeros hospitales de la ciudad de Buenos Aires, estuvo dado en el contexto de una línea de desarrollo científico tecnológico que fue creciendo acompañando la producción del pensamiento médico y de la salud en general. Este hospital específicamente, estuvo ligado desde el origen a la formación y especialización médica, siendo de más peso el interés científico de los profesionales que las necesidades preponderantes de la población.

Podemos ver en esta institución, y en el Servicio analizado, algunas de las características propias de las enunciadas por Testa en el análisis de los países de América Latina. En tanto su inmadurez organizativa y la incorporación acrítica de métodos inadecuados a la situación. (Testa, 1986)

En el servicio aparece una situación por parte de los profesionales de total desvinculación política con la situación actual y con el nivel de responsabilidad que los mismos tienen al estar trabajando en un ámbito público.

Las representaciones

Haciendo un análisis pormenorizado de las representaciones estudiadas en el grupo de profesionales, vemos que presentan diferencias entre los psicólogos y psiquiatras por un lado, y los terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales por otro. El discurso de los dos primeros, se ha vuelto hegemónico anulando cualquier otro. Y en tanto tal, es quien da forma a las prácticas vigentes.

En el primer grupo, se puede situar también una diferencia en cuanto a la cantidad de años y la distancia institucional que posee cada entrevistado. Los residentes y concurrentes parecen poder analizar en forma más amplia la situación del servicio, como si la transitoriedad les permitiera mantener una mirada más crítica.

Lo interesante de estas diferencias, es que el grupo que posee el tipo de capital más valioso en este campo, el capital simbólico, y por ende, quien parece haber logrado hacer prevalecer su definición de la realidad, (Bourdieu y Wacziarg, 1995) encuentra más dificultades para incorporar otras variables de análisis que le permitan vislumbrar la posibilidad de cierto cambio. Es decir que por un lado, la situación actual está dada entre otras cosas, por el gran poder de las corporaciones profesionales de psiquiatras y

psicoanalistas; pero dentro de la institución, los mismos parecen tener un alto nivel de sufrimiento y no registrar su papel en la situación. Podríamos decir que presentan incapacidad de registrar la dimensión política que les permitiría generar cambios. Ellos ubican los condicionantes de la realidad que viven en distintas esferas, pero es escaso el reconocimiento de la propia implicación y responsabilidad. Esto trae un sufrimiento extra por la sensación de inutilidad en cuanto a cualquier horizonte de transformación y la idea de fracaso basada en las experiencias históricas fallidas. Al describir el propio servicio los profesionales parecen tener muy clara las deficiencias, gran parte de las mismas se adjudican a una supuesta concentración de poder por parte del Jefe. Este argumento se vuelve contradictorio al situar el desfasaje numérico entre la cantidad de profesionales y el jefe, al respecto, nada puede ser dicho.

La visión de los profesionales sobre el padecimiento subjetivo se limita a la enfermedad mental y la respuesta posible que logran pensar desde el hospital, es la estrictamente asistencia. Frente a las falencias en el sistema no se ubica ningún tipo de responsabilidad en el grupo de entrevistados. O en todo caso, nunca aparece como una responsabilidad de los profesionales si no de funcionarios a cargo de lo administrativo. La representación de las incumbencias profesionales limitadas a la enfermedad instalada y al trabajo hospitalario, contribuya al diseño actual de las prácticas del sector, y a la imposibilidad de flexibilizar los dispositivos, articular con otros sectores, interactuar con otras disciplinas y devolver cierto protagonismo a la comunidad. La democratización del saber en tanto sostener que el cuidado de la salud mental involucra activamente a la población, no parece ser algo posible de representar para muchos de los profesionales entrevistados

El tema de la clase media que ahora concurre a los hospitales, tiene de fondo un problema mucho más grave. Los sectores que históricamente se atendían en los mismos, parecen haber quedado excluidos totalmente de cualquier tipo de cuidado formal. O en todo caso, el contacto es tangencial, en situaciones de mucha urgencia donde la posibilidad de acción de se encuentra bastante limitada. A esto se la agrega el agravamiento de los niveles de padecimiento subjetivo producido por las condiciones sociales de extrema pobreza y marginación que los vuelve sumamente vulnerables. A mayor vulnerabilidad y desamparo, parece haber mayor descuido por parte del Estado.

CONCLUSIONES

La viabilidad de la ley.

La investigación de la que partió este trabajo, se propuso estudiar las representaciones de algunos de los actores que pertenecen al campo de la salud mental, específicamente un grupo de profesionales. Estudiar el modo en que los mismos representan la salud y la enfermedad mental y sus modos de cuidado se postuló como una vía para la generación de hipótesis en cuanto a la posibilidad de implementar la Ley de Salud Mental de la

Ciudad de Buenos Aires y en consecuencia, los cambios en el sector que la misma supone.

La ley involucra un importante cambio ideológico para pensar la salud mental dado que entre los diferentes lineamientos que enuncia figura la promoción de prácticas comunitarias, el pasaje a un nuevo modelo asistencial que sustituya el hospitalocéntrico, la adecuación de los recursos ya existentes y la articulación con otras áreas y sectores.

Postula también el funcionamiento integrado de una red de atención de salud mental que debe ser construida, para lo cual es necesario transformar los efectores ya existentes. A esto se le suma la importancia que se le da al logro de la participación comunitaria en cuanto a la continuidad de la atención de las personas con padecimiento mental.

Dejando de lado el análisis crítico del texto de la ley, su implementación implicaría cambios a nivel del sistema de salud, en cuanto al trabajo en salud mental. Los protagonistas más directos en primera instancia serían los profesionales, encargados a través de sus prácticas de materializar las modificaciones en el sector.

En principio, los profesionales parecen estar muy resistentes a cualquier tipo de cambio. Resistencia que podría leerse como defensiva, en tanto implica la negación de perder los espacios ganados hasta ahora, a la vez que por otro lado hay un registro de lo insostenible de la situación.

El momento actual posee características propias pero reproduce una constante histórica: la brecha cada vez más profunda entre la letra de la ley y las normas y lo que acontece en la realidad cotidiana. Especialmente en cuanto a la falta de regulación y control por parte del Estado del cumplimiento de las leyes. Con esto aludimos a los múltiples fracasos de intentos previos de cambios desde el gobierno y desde algunos sectores de profesionales acotados, que no lograron adquirir poder político suficiente.

La nueva ley hasta el momento no logró ser reglamentada si bien el plazo para hacerlo caducó. Pareciera que la posibilidad de implementarla encuentra gran resistencia en los profesionales. De hecho consideramos que sin un trabajo previo, respetando los tiempos políticos ideológicos previos a un cambio estructural como propone la ley, la misma no es viable.

Para finalizar, recurrimos a Bourdieu quien para pensar la complejidad de lo social, desarrolla la idea de que en las sociedades diferenciadas, el espacio social está constituido por un conjunto de “campos” relativamente autónomos, que poseen su propia lógica y en los que se ponen en juego diferentes tipos de capital. Sostener la autonomía relativa del campo de salud mental, implica situar también su dependencia de

otros campos, como el jurídico, el económico y el político. Consideramos que la posibilidad de una dinámica diferente dentro de la organización del campo, no parece ser una situación que se logre a corto plazo. Dado los atravesamientos que condicionan el sector, sin una modificación previa a nivel país, parece muy difícil modificar el sector.

Ante la gravedad de la situación política e institucional que atraviesa la Argentina, las mejoras en el sector salud y salud mental, no pueden efectuarse si no es través de un proyecto colectivo que involucre varios campos y dentro de estos, múltiples actores. En caso contrario el panorama a futuro es desalentador, en tanto del profundizase la situación actual llegaríamos a una fragmentación casi insalvable entre los que logran permanecer dentro del sistema y los que fueron expulsados del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Arce, Hugo E. "Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina". Serie financiamiento del desarrollo N° 59. CEPAL Naciones Unidas. Julio de 1997.
- Belmartino, S., Bloch, C. "Evolución histórica del Sector Salud en Argentina". Cuadernos Médicos Sociales N° 70, abril de 1995, Rosario.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L., "Respuestas. Por una antropología reflexiva". Editorial Grijalbo, México, 1995.

- Galende, E. “Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica.” Paidós. Buenos Aires, 1994.
- Galende, E. “De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual”. Paidós, Buenos Aires, 1997.
- Galende, E. “Perspectivas en Salud Mental en Argentina para la próxima década” Seminarios Expertos O.P.S. – FLACSO. Mayo de 1991.
- Jodelet, Denis “La representación social: fenómenos, concepto y teoría.” Cáp. 13 de Psicología Social. Paidós, Barcelona 1985
- Laurel, A. “La Salud: De derecho social a mercancía” en Nuevas Tendencias y Alternativas en el sector salud. Universidad Autónoma Metropolitana de México 1ª. Edición. Agosto de 1994.
- Souza Minayo, M.C. “El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud”. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1995.
- Stolkiner, Ay otros. “Reforma del Sector Salud en Argentina” Doc. Laboris presentado en el Taller sobre Reforma en América Latina en el VII Congreso. De ALAMES y XI Congreso de IAHP. La Habana, Junio de 2000.
- Stolkiner, A y otros. “El proceso de Reforma del Sector Salud en Argentina” Doc. Laboris. Taller de Reformas Comparadas, VIII Congreso de Alames y XI Congreso de la IAHP, Cuba, junio 1999.
- Stolkiner, A. y otros. “Tiempos posmodernos, ajuste y salud mental” en “Políticas en Salud Mental.” Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994.
- Testa, M. “Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación. (el caso de salud)”. Argentina, Lugar Editorial, 1995.

- Testa, M. "Estrategia, Coherencia y Poder en las propuestas de salud" en Cuadernos Médico Sociales, CESS, N °38. Diciembre 1986.

- Testa, M. "Estrategia, Coherencia y Poder en las propuestas de salud" (Segunda Parte) en Cuadernos Médico Sociales, CESS, N °39. Marzo 1987.

- Testa, M. "Pensar en Salud", Argentina, Lugar Editorial, 1997.

- Tenti Fanfani, E.y otros "Estado Democrático y Política Social". Eudeba, Buenos Aires, 1989.