

CUIDADOS EN LA URGENCIA

¿Es posible sostener una mirada integral
de la salud en el ámbito de la urgencia?
Reflexiones en torno a la dimensión
del cuidado como promotor de salud

Por Belén De Lellis, Carolina Rojtenberg y Daniela Varela

Belén De Lellis. Licenciada en Trabajo Social (UBA). Integrante del equipo interdisciplinario de salud mental de guardia del Hospital Gral de Agudos Dr. C. Durand. Realizó la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) en el área programática del Hospital Piñero. Docente de Planificación en contextos Regionales y Nacionales Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA (Argentina).

Carolina Rojtenberg. Licenciada en Psicología (UBA). Psicóloga de planta permanente del CeSAC N° 16 y CeSAC N°30. Integró el equipo interdisciplinario de salud mental de guardia del Hospital Gral de Agudos Dr. J. M. Penna, desde el año 2016 al 2018. Realizó la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) en el área programática del Hospital Penna. Docente de Salud Pública Salud Mental II, Facultad de Psicología, UBA.

Daniela Varela. Licenciada en Trabajo Social (UBA). Integrante del equipo interdisciplinario de salud mental de guardia del Hospital Gral de Agudos Dr. E. Tornú. Realizó la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) en Área Programática del Hospital Tornú. Referente docente de práctica profesional de Taller Nivel IV de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA (Argentina).

“Las teorías del cuidado contienen un reconocimiento sin precedentes de la vulnerabilidad como una condición común de la humanidad.

Lo que define al ser humano es su dependencia con los demás. Esto se opone al valor neoliberal de autonomía”

Molinier, 2015.

Introducción

El siguiente escrito surge a partir de la necesidad de tres trabajadoras de la salud mental que veníamos con un recorrido similar de experiencia en Atención Primaria de la Salud (APS) en el ámbito comunitario y que luego nos encontramos trabajando en el ámbito de la urgencia de tres hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). El encuentro con el espacio hospitalario y las características de la guardia generaron interrogantes acerca de cómo incluir la mirada o recorrido adquirido en el primer nivel de atención en este nuevo ámbito y las tensiones que se derivan de esos intentos. A partir de esto, se fue configurando un espacio de encuentro en el cual fuimos poniendo en común las cuestiones que nos interpelaban de la nueva

tarea desempeñada, encontrándonos con similares inquietudes que fuimos desplegando. Este proceso fue superando el relato catártico para dar lugar a un espacio de reflexión sobre la práctica.

En ese marco aparece la propuesta de la escritura como modo de elaboración y de brindar mayor consistencia al espacio construido. “La escritura ofrece una posibilidad para evaluar, ponerle nombre a las cosas, implicarse en lo que uno hace y, sobre todo, cuidarse a sí mismo y no sentir que todo lo que hace se lo lleva el viento” (De la Aldea, 2000: 2). En este sentido, la pregunta por el cuidado propio y ajeno, en tanto perspectiva teórica, práctica y ética, guió nuestras reflexiones. Paulatinamente fueron tomando forma algunas de las siguientes preguntas: **¿Cómo se incluye la perspectiva del cuidado en nuestras intervenciones?, ¿cuáles son las lógicas que se ponen en juego en el trabajo en la urgencia?, ¿de qué herramientas disponemos para cuidarnos y poder cuidar a otrxs en contextos atravesados por múltiples vulneraciones de derechos?**

Conceptos y Preconceptos

Para indagar acerca de los modos en que la dimensión del cuidado puede desplegarse en el ámbito de la urgencia, es necesario atender primero a algunos conceptos y preconceptos que nos atraviesan en nuestro trabajo cotidiano. Resulta pertinente, entonces, cuestionarnos sobre las concepciones de salud que se ponen en tensión en la práctica.

Una definición de salud ampliamente difundida y aceptada es la que se desarrolla en la Declaración de Alma-Ata sobre APS, que establece que la salud es

un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (OMS, 1978: 2).

Esta definición constituye un gran avance al incorporar la noción de derecho, así como la mirada intersectorial. Sin embargo, de la mano del movimiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana es posible ir aún más allá cuestionando las categorías sociales utilizadas para incorporar “lo social” y, simultáneamente superar el pensamiento dicotómico que separa la salud-enfermedad como estados antagónicos, “para poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, también dinámico y procesual, de la salud-enfermedad” (Stolkiner y Ardila, 2012: 61).

En este sentido, una perspectiva integral sobre la salud implica considerar el entrecruzamiento de procesos biológicos, ambientales, económicos, políticos, ideológicos, culturales y subjetivos. En consonancia con este análisis, las respuestas a dichos problemas desde el sector salud deberían estar integradas en “una práctica simultánea de las distintas instancias de atención, lo que incluye tanto la promoción de la salud y la prevención de enfermedades como las prácticas asistenciales curativas y reparadoras” (Bianco, J. y Grigaitis, L., 2005).

El ámbito de atención de la urgencia que se implementa en el sector de guardia de los hospitales pareciera ser exclusivamente el de lo curativo y reparador. Es el espacio al que llega lo urgente, lo perentorio, lo que no puede esperar. En tanto lo curativo y reparador parecería estar del lado de lo biológico u orgánico, es decir aquello que involucra al cuerpo, encontramos en este contexto -muchas veces incluso por parte del personal de salud- una mirada que lejos de pensar a la salud de

modo integral, la piensa centrada en los procesos y procedimientos médicos.

Esta situación genera que se torne en un nivel de atención de la salud que muchas veces olvida que los pacientes, además de cuidados médicos específicos, requieren cuidados centrados en su integralidad como personas. Nos referimos a la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Así nos encontramos con que, sólo por poner algunos ejemplos, en los servicios de urgencias muchas veces no se cuenta con mantas ni con elementos de higiene, así como tampoco con elementos que amenicen las internaciones, que en ocasiones se hacen en una cama de internación pero en otras se transitan en una camilla de un box de guardia, incluso durante varios días, lo que termina generando efectos iatrogénicos.

Frente a ello, nos preguntamos cómo podemos sostener una perspectiva integral de salud en el ámbito de la urgencia.

El concepto de Promoción de la Salud (OMS, 1986) nos puede ayudar a complejizar la mirada al ampliar aún más la conceptualización de salud, afirmando que “los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud”. Enfatiza además la participación efectiva y concreta de la población en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la puesta en marcha de estrategias de planificación en salud (OMS, 1986).

En esta línea, Czeresnia identifica que la salud pública se plantea como responsable de la Promoción de la salud pero gira sus prácticas en torno al concepto de enfermedad. La autora sostiene que “La idea de promoción se refiere al fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud” (Czeresnia, 1999). En este sentido incorpora la dimensión política y de conflicto para pensar la salud con una perspectiva de construcción colectiva que podemos entender en términos de construcción de ciudadanía. Floreal Ferrara nos ofrece una definición de salud que retoma esta mirada ubicando así la responsabilidad del Estado:

La salud (...) no tiene nada que ver con esa definición como completo estado de bienestar físico mental y social... Nuestra definición de salud es que el hombre y la mujer que resuelven conflictos están sanos. La salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad. Y por otro lado, estoy convencido de que siempre que uno hable de salud, no hay perspectiva de otra salud que aquella que construye el Estado (Floreal Ferrara, 2005).

Asimismo, Czeresnia aporta otro desarrollo que resulta fundamental para el abordaje que aquí nos proponemos. Plantea que las prácticas de la salud pública “tienden a no tener en cuenta la diferencia entre el concepto de enfermedad -construcción mental- y el enfermar -experiencia de vida-, produciéndose la "sustitución" de uno por otro” (Czeresnia, 1999).

La propuesta es permitirnos que forme parte de la escena el aspecto sensible de la salud-enfermedad que viene siendo descartado por el discurso científico, poder desarrollar la interacción de sensibilidad y pensamiento para el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Es en la relación entre el acontecimiento del fenómeno concreto de enfermar, la palabra del paciente y la del profesional de la salud, donde se produce la tensión, en referencia a la cuestión que aquí se destaca. Ésta se sitúa entre la subjetividad de la experiencia de la enfermedad y la

objetividad de los conceptos que le dan sentido y propone intervenciones para lidiar con semejante experiencia (Czeresnia, 1999). En tanto experiencia subjetiva es imposible aprehenderla, sin embargo contamos con algunos conceptos o herramientas que nos permiten una aproximación a su complejidad, entre ellas el concepto de cuidado.

Algunas conceptualizaciones en torno al cuidado -I-

Tal como mencionamos anteriormente, las tres autoras coincidimos en nuestros antecedentes de formación. Realizamos nuestra formación profesional orientada al desarrollo de acciones y proyectos en salud con eje en la Educación, Prevención y Promoción de la Salud, en el marco de la salud pública-colectiva y la estrategia de atención primaria de la salud, desde un enfoque de salud integral. En este sentido, veníamos de un espacio en el que la reflexión sobre la práctica y la pregunta por el cuidado era lo que guiaba nuestras intervenciones y al comenzar a trabajar en el ámbito de la urgencia nos encontramos con un espacio donde, como desarrollaremos más adelante, el centrarse en los procedimientos resulta tentador por su aparente eficiencia defensiva.

De esta manera, la dimensión del cuidado apareció interpelando nuestra tarea, teniendo en cuenta que ésta es justamente una de las dimensiones que usualmente aparece como eludida o subestimada en las prácticas de salud en el contexto de urgencia.

Etimológicamente, en español el cuidado recoge dos aspectos, el subjetivo —el cuidado como preocupación, responsabilidad, disposición (lo que en inglés se traduciría como *care about*)— y el material —el cuidado como acción, ocupación (en inglés *care for*)—. Cuidar, asimismo, se diferencia de curar, que poseería una acepción más médica (Molinier, 2016).

El contexto de la urgencia invita a “curar”, como si su única función fuera la de resolver, atender el alivio sintomático de quien consulta muchas veces con una premura, donde el curar parecería escindir del cuidar.

El cuidado puede considerarse una condición humana fundamental (Heller, 2001) en tanto no sólo es necesario para la supervivencia en los primeros momentos de la vida, sino que constituye y caracteriza a los seres humanos.

De esta manera, Chardón y Scarímbolo (2011) definen al cuidado como un sistema de actividades destinado a promover, sostener la vida y la calidad de vida de las personas, caracterizado por la construcción de un lazo social tierno que tenga en cuenta la posibilidad de "alojar" al otro en acto.

Hablar de un lazo social tierno nos remite a los aportes del psicoanalista argentino Fernando Ulloa, que define a la ternura caracterizada por tres condiciones fundamentales: la empatía, el miramiento y el buen trato. A partir de ello,

“podría proponerse cierto fundamento ético común a cualquier práctica definida como cuidado: se trata del reconocimiento del otro como semejante -como sujeto de derechos- cuya dignidad impide que sea tomado como objeto, cosa, instrumento o mercancía” (Michaelwicz, Pierri, Ardila-Gomez, 2014).

El cuidado aparece entonces como obvio en la mayoría de las relaciones humanas (en cuidados parentales, por ejemplo), pero en este vínculo particular como lo es la relación médicx-paciente o,

para ser más justas, trabajadorxs de la salud-usuarixs, parecería que es posible suprimirlo o cancelarlo.

Sin embargo, según Merhy (2008), médico sanitarista referente de la corriente de la salud colectiva brasileña, quienes utilizan el Sistema de Salud no reclaman conocimiento tecnológico en su atención sino otrx que lxs escuche, lxs aloje, reclaman falta de interés, sentirse desamparadxs, desprotegidxs, desinformadxs. El autor plantea que el modo actual de trabajo de lxs profesionales de la salud se estructuró en base a un alejamiento de los intereses de lxs usuarixs con intervenciones centradas en las tecnologías duras, a partir de un saber estructurado que se reduce a la producción de procedimientos. Así, afirma que el sistema de salud está constituido en base a un modelo *corporativo-centrado* y propone un pasaje de éste hacia un modelo *usuario-centrado*.

Para explicar esta afirmación, el autor menciona tres tipos de tecnologías que intervienen en el trabajo en salud. Las tecnologías duras son herramientas, maquinarias e instrumentos (el tomógrafo, el bisturí, el libro de guardia o instrumentos de registro, etc). Las tecnologías blandas-duras, incluyen conocimientos profesionales que las personas fueron adquiriendo a lo largo de su práctica, que implican un saber-hacer bien estructurado, organizado y protocolizado (la clínica médica, la epidemiología sanitaria, el saber de la psicología o psicólogo o del trabajo social, etc). Por último, la tecnología blanda es aquella que se produce en el trabajo vivo en acto, en el encuentro entre dos personas, y donde se crean efectos intersubjetivos.

Según este autor, es esta última tecnología sobre la que tenemos que volver nuestra mirada, ya que toda intervención de lxs trabajadorxs de la salud con lxs usuarixs se da necesariamente en el marco de un proceso de relaciones. En este encuentro se ponen en juego las expectativas y producciones de cada unx. Allí pueden producirse relaciones de confianza, de responsabilización mutua, de acogida, de aceptación que facilitan las intervenciones. Es importante aclarar que el territorio de las tecnologías blandas no es un campo específico de ninguna profesión sino la base de la actuación de todas.

En este sentido, si bien los tres tipos de tecnologías están presentes y son necesarias en las intervenciones, cuando la tecnología blanda se somete a la lógica de la dura, se encarecen sustancialmente las acciones de salud, tornándose en un sistema costoso y poco resolutivo. Así, Merhy plantea que es tecnología blanda es la que debe regir las prácticas en salud. De esta manera, el modo en que ésta opera en el interior del sistema de salud en relación a las otras tecnologías -es decir si ella es comandada o comandante de las otras tecnologías- definirá el sentido del modelo asistencial.

Reconociendo prácticas de cuidado en salud

“...la transformación del paciente en objeto no es un hecho circunstancial y aislado, sino que es el reconocimiento de que un paciente -cualquier paciente y también cualquier persona- es al mismo tiempo un sujeto y un objeto”

Testa, 1993

A partir de estas conceptualizaciones es posible preguntarnos por aquellos actos o situaciones que muchas veces damos por sentados en la práctica, casi como accesorios o complementarios y que, sin embargo, se tornan fundamentales a la hora de pensar las intervenciones.

Nos referimos al ejercicio de reconocer como cuidadoras a las prácticas que se nos presentan.

En primer lugar, como desarrollamos en puntos anteriores, es necesario un posicionamiento político que entienda que las condiciones de vida determinan el proceso de salud- enfermedad-atención-cuidado. En este sentido, considerar los determinantes sociales del proceso-salud-enfermedad-atención-cuidado permite comprender que los sujetos se encuentran inmersos en una comunidad, en un contexto específico, social, económico, político, ambiental, cultural, lo cual es fundamental al momento de intervenir y a la hora de dar indicaciones que puedan poner en práctica los sujetos.

A continuación se torna necesario reflexionar acerca de las condiciones macro institucionales en las que nos desenvolvemos y si éstas favorecen o no el desarrollo de acciones cuidadoras.

La accesibilidad de lxs usuarixs al sistema público de salud, en este caso a la guardia, es un punto clave a tener en cuenta; central para pensar cómo llegan las personas a las que atendemos. Nos encontramos así con el uso de la guardia por la escasez o la dificultad en el acceso a turnos de atención programada (ecografía, control clínico, especialidades médicas) o a admisiones para dispositivos de problemáticas específicas (como ser adicciones, hospital de día, salud mental en general); el uso del sistema de salud para suplir fallas en políticas públicas sociales (personas en situación de calle, adultos mayores a la espera de un tercer nivel, situaciones de vulnerabilidad social); los largos tiempos de espera para ser atendidxs en la guardia misma. Se trata de reconocer que existe en muchas oportunidades una lógica expulsiva en nuestro sistema de salud que condiciona nuestro encuentro con lxs usuarixs.

En este sentido, una vez que ingresa la persona a la guardia nos preguntamos cómo es atendida esa demanda, cómo se construye ese vínculo que ya viene atravesado -para quien concurre- por las condiciones descritas; de qué manera reproducimos esas condiciones o nos diferenciamos y damos lugar a un vínculo diferente. Tener en cuenta el contexto aporta a pensar una mirada más integral del otrx y su problema y, en consecuencia, posibilita un abordaje más eficiente.

El concepto de ruta crítica, muchas veces usado para pensar el recorrido de las mujeres víctimas de violencia, puede ayudarnos en este sentido. La ruta crítica refiere

al camino que arman las personas y/o colectivos sociales que transitan el sistema de salud al enfrentarse a una respuesta inadecuada o inexistente. El concepto incluye asimismo el efecto de desconocimiento de derechos e instituciones que puedan prestar atención adecuada e integral a tales necesidades, de manera tal que los sujetos/as quedan excluidos/as de las instituciones mencionadas” (Tajer, 2006).

Este concepto puede equipararse a lo que Eduardo Menendez llama la “carrera del paciente o carrera del enfermo” que articula diferentes formas y hasta sistemas de atención con el objetivo de hallar una solución a sus problemas. Es decir, constituye lo que hacen y usan los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos (Menendez, 2003).

Tener en cuenta que existe un recorrido de las personas previo a nuestro encuentro y que el mismo puede estar atravesado por múltiples vulneraciones de derechos constituye en sí mismo un acto de cuidado, ya que nos posiciona de un modo distinto frente al otrx y su padecimiento. Contar con esta información y contemplarla al diseñar las estrategias de intervención favorece respuestas más integrales e integradas. Por ejemplo, reconducir al usuarix a un efector o dispositivo en el que tiene una experiencia previa positiva puede ser tan importante como no derivarlo a un efector en el

que haya tenido una mala experiencia. Del mismo modo, contactar otras instituciones o actores que vienen interviniendo con los sujetos contribuye a construir una mirada más abarcativa acerca de su proceso de salud enfermedad. Esta misma perspectiva es la que debería primar al momento de pensar cómo se dan las altas. De más está decir que gestionar derivaciones asistidas o acompañadas es un acto de cuidado que colabora en la continuidad de la asistencia. Aquí cobra relevancia la distinción entre ser derivadx y quedar a la deriva.

Como mencionamos anteriormente, nuestro sistema de salud está más orientado a la atención de la enfermedad que a la salud propiamente dicha. El espacio de la urgencia está especialmente diseñado para este fin. Sin embargo, trabajar en torno a la salud, a los aspectos saludables de las personas que transitan este espacio, ayuda a correr la mirada del paciente para reubicarla en el “sujeto”, dando lugar a los aspectos sensibles de la salud y la enfermedad tal como menciona Czeresnia y, de este modo, poder acercarnos a un sistema *usuario-centrado* en el que los procedimientos se apoyen y subsuman a las tecnologías blandas (Merhy, 2008).

Si bien hay situaciones estructurales que superan nuestro campo de gobernabilidad, existen pequeños movimientos que podemos hacer en función de, por ejemplo, humanizar la estadía del paciente en su paso por la guardia. Estos pequeños movimientos, “casi inefables” como diría Molinier, suelen ser difíciles de evaluar y a veces sólo cobran sentido en una larga temporalidad o de manera inesperada (Molinier, 2015). En este sentido, la posibilidad de nombrar estos actos ayuda a sistematizarlos.

Nos encontramos con situaciones en las que a la espera de una derivación, lxs pacientes pueden permanecer varios días en la guardia general en una modalidad de internación transitoria. Esto puede implicar pasar varios días en una camilla, sin ropa de cama ni abrigo, donde las luces y los ruidos (sirenas, máquinas, personas) son constantes las 24 horas, siendo atendidxs por diversos equipos de salud.

Teniendo en cuenta las características mencionadas, resulta fundamental basar las prácticas procedimentales en prácticas de cuidado a fin de evitar los efectos iatrogénicos que pueden desprenderse de esta situación. Presentarse con lxs pacientes, llamarle por su nombre, favorecer los espacios de privacidad (por ejemplo mediante el uso de biombos), poner a disposición elementos de higiene y aseo personal, facilitar el acceso a duchas.

La internación en lugares sin ventanas donde las luces nunca se apagan, muchas veces altera la noción del tiempo, no pudiendo diferenciarse el día de la noche, de modo que cualquier elemento que facilite esta distinción (relojes, radios, TV) contribuye a evitar estos efectos reconectando con el afuera.

Asimismo, la posibilidad de contar con elementos de recreación, esparcimiento, como libros, revistas, música, elementos de dibujo, pone en funcionamiento procesos creativos y sublimatorios que representan una “salida psíquica” de la internación. Particularmente la lectura permite crear un espacio de intimidad en un espacio público como lo es la internación y contribuye a recrear ese espacio íntimo que favorece la restitución de la “posición de sujeto” (Petit, 2001).

Los actos de cuidado, como los mencionados, no deben confundirse con actos de amor o de caridad sino que constituyen parte del trabajo. Tal como lo planea Molinier, el cuidado no es una moral de los buenos sentimientos, “implica un esfuerzo, unos «know-how» un saber hacer, una cooperación y una deliberación” (Molinier, 2015). “Preocuparse por el cuidado implica, por tanto, considerar sus condiciones organizativas y materiales, es decir, ocuparse, lo que específicamente conlleva una división del trabajo” (Molinier, 2016).

Otro punto en el que quisiéramos detenernos tiene que ver con el manejo de la información. El hecho de brindar información también es una forma de subjetivar al paciente o a su familia/referentes. En la práctica de salud la persona se somete a un conjunto de evaluaciones, intervenciones sobre su cuerpo, revisiones de las que es objeto. A partir de ello de ello se extrae información para un eventual diagnóstico, por lo que se vuelve necesario devolverle algo de esa información en función de restituirle el lugar de sujeto. Acceder a información sobre su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado les permite a lxs usuarixs y sus familias comprender mejor lo que les sucede y favorece acciones de autoatención -2- (Menéndez, 2003) más adecuadas para su padecimiento.

Por un lado, esto implica tener en cuenta cuáles son las concepciones de lxs usuarixs acerca de aquello que les sucede y de las medidas terapéuticas propuestas, entendiendo que estas concepciones pueden estar atravesadas por su historia de vida, el contexto socio cultural, entre otros. Por otra parte, considerar el modo en que transmitimos las indicaciones, explicar los motivos por los que se hace determinado procedimiento y no otro, favorece la adherencia al tratamiento. Para esto se hace necesario dar lugar a la voz del usuarix, habilitar un espacio de confianza en el que puedan desplegarse dudas, temores, dando lugar a la repregunta e incluso al cuestionamiento.

Asimismo, el tipo de respuesta que demos ante el no cumplimiento de las indicaciones (es decir si ésta es condenatoria, culpabilizadora o receptiva y comprensiva) determinará las conductas futuras de lxs pacientes, tanto en relación a su afección como acerca de a su relación con el sistema de salud.

Cada encuentro con lxs usuarixs puede ser una oportunidad única para trabajar sobre su PSEAC y en torno a prácticas de prevención y educación para la salud. Más aún, vale destacar que hay personas que, ya sea por sus condiciones de vida o de trabajo o por otros condicionantes, su único contacto con el sistema de salud es a través de la guardia. El concepto de oportunidad perdida nos recuerda que cualquier acercamiento al sistema de salud constituye una oportunidad para indagar acerca de otras problemáticas -diferentes al motivo manifiesto de consulta o de ingreso a la urgencia- aprovechando al máximo ese contacto para trabajar preventivamente sobre otros aspectos que puedan ser condicionantes de riesgo para la salud (Berner y otros, 2009).

Antes de finalizar este apartado, corresponde hacer una referencia a la Ley de Derechos del Paciente 26.529 (así como a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 - Argentina) que destacan el derecho al Consentimiento Informado que rige para todas las prácticas de salud, en las que lxs pacientes tienen el derecho a recibir información clara, precisa, adecuada y comprensible acerca de su proceso de salud-enfermedad-atención.

En esta línea, consideramos que todo acto de promoción de derechos se enmarca en una perspectiva de cuidado. Hacemos referencia aquí a toda acción que tienda a la difusión, apropiación y ejercicio de los propios derechos por parte de lxs usuarixs, así como al reclamo frente a su vulneración.

Informar a lxs pacientes acerca de sus derechos y los organismos que intervienen para su cumplimiento representa un acto de cuidado en relación a las situaciones de lxs pacientes como así también hacia nosotrxs, lxs trabajadorxs de salud, en tanto nos corre del lugar de responsables directos o absolutos de dicha vulneración, ubicando las posiciones en la cadena de responsabilidades y enmarcando los límites de nuestra intervención. Frente a la falta de respuesta o funcionamiento inadecuado de algunos dispositivos institucionales de cuidado, nos preguntamos: ¿qué efectos tiene esta situación para lxs trabajadorxs de la salud?, ¿con qué herramientas contamos para hacerle frente?, ¿qué nos pasa con el sufrimiento del otrx?, ¿cómo nos cuidamos?

Dimensión del cuidado de lxs trabajadorxs

Es esta dimensión probablemente la que dio inicio a este espacio: la necesidad de pensar en el cuidado de nosotras a fin de poder pensar en el cuidado de lxs otrxs.

Comenzamos nuestros encuentros relatando distintas escenas que mostraban cómo el trabajo en la urgencia nos atravesaba, escenas que hablaban del sufrimiento de otrxs pero que al narrarlas se veía con claridad que también hablaban de nuestro sufrimiento al abordarlas.

Todas coincidíamos en que algo teníamos que hacer con ese sufrimiento para no “enfermar”, pero también coincidíamos en que era saludable que nos afectaran las situaciones con las que trabajamos, dado que si no pasaríamos a abordarlas desde lo que consideramos el opuesto al cuidado, la indiferencia. “Acorazarnos” constituye un riesgo latente, ya que -como expresamos anteriormente- resulta sin dudas tentador refugiarnos en los procedimientos para preservarnos, es decir, abocarnos únicamente a las tecnologías duras o blandas-duras cuando las situaciones con las que trabajamos nos ¿afectan, superan, trastocan?

Como expresa Molinier, “la devaluación del cuidado está muy profundamente enredada con la práctica de evitar una dimensión de la experiencia humana: el cuidado genera sufrimiento, malestar, asco, miedo, emoción, excitación, tristeza, y a veces odio” (Molinier, 2015).

Un mecanismo defensivo que aparece con frecuencia entre lxs trabajadorxs de la salud tiene que ver con evitar pensar al sujeto de la asistencia como semejante. Molinier describe estas defensas como la construcción de un sistema de representaciones despectivas en relación con lxs usuarixs y compartidas en el equipo.

“Estas defensas alterizan a los pacientes (o sea limitan las posibilidades de identificación) o justifican su desprecio. No son dignos de ser bien cuidados. Por ejemplo, son responsables de su desgracia (como los alcohólicos, drogadictos, personas que han hecho un intento de suicidio). O porque son parte de un grupo étnico que supuestamente exageraría el dolor, o porque “ya no tienen nada en la cabeza” o son « vegetales » (Alzheimer). En realidad, estas defensas están funcionando bastante mal porque impiden dar sentido al trabajo en la medida en que el trabajo se haría para gente que «no vale nada»” (Molinier, 2015).

No es posible dejar pasar aquí una referencia al psicoanalista argentino Fernando Ulloa cuando describe el Síndrome de Violentamiento Institucional (SVI) (Ulloa, 1995). El SVI hace referencia en primer lugar al modo en que quienes trabajan en instituciones altamente burocratizadas ven afectado el sentido de su tarea, perdiendo eficacia responsable y habilidad creativa. Ulloa explica que el resultado sobre lxs usuarixs de la institución es la pérdida del buen trato, entendiendo por esto la pérdida del interés por su singularidad, ya que “frente a este desinterés por lo propio, mal puede alguien prestar atención considerada a la actividad y al decir de los otros”.

El SVI, según explica el autor, está compuesto por tres síntomas.

En primer lugar se advierte una fragmentación en el entendimiento entre las personas que conforman la institución, que conspira contra la posibilidad de un acompañamiento solidario entre ellas. “Cada uno parece refugiado aisladamente en el nicho de su quehacer, sin que esto suponga en modo alguno una mayor concentración en la actividad; en todo caso, implica lo contrario”.

El segundo síntoma se trata de la renegación, que desconoce las condiciones contextuales en las que se vive y trabaja, provocando un enajenamiento paulatino.

A esa fragmentación y alienación enajenante se suma un tercer síntoma, constituido por el desadueñamiento del propio cuerpo (caracterizado por variadas formas de astenia, desgano y cansancio). El autor explica entonces cómo el trabajador, víctima de esta violentación, se constituye en un reproductor de ella frente a los demás.

En base a lo dicho, visualizamos aquí dos posibles alternativas o posiciones. Aquella más defensiva, que de alguna manera naturaliza las situaciones de maltrato o indiferencia y nos ubica dentro de esa cadena de descuido-maltrato que va en detrimento de lxs usuarixs y de nosotrxs mismxs; o una posición de resistencia frente a esa lógica que propone acciones basadas en las tecnologías blandas, centradas en lxs usuarixs, reconociéndolxs como semejantes y como sujetos de derecho. Esta segunda posición requiere una actitud proactiva para nuestro propio cuidado.

Queremos detenernos aquí en un punto que consideramos central para pensar el cuidado de lxs trabajadorxs: el trabajo en equipo.

“En general es muy difícil cuidarse solo; cuando uno trabaja en un equipo es necesario generar un dispositivo de equipo para poder compartir, socializar, discutir, pelear y también comprender qué está sucediendo” (De la Aldea, 2000).

El trabajo en equipo es un modelo que implica pensar con otrxs, nos ayuda a compartir las decisiones y por ende las cargas que nuestro trabajo conlleva. Un verdadero trabajo en equipo nos protege de la fragmentación, riesgo latente y constante en nuestro ámbito de trabajo.

Un equipo de trabajo en el que unx pueda estar en confianza y sentirse contenidx resulta tranquilizador. Poder dudar en equipo y reflexionar sobre las estrategias a seguir es lo que nos permite hacerlo con seguridad. Aporta una visión más amplia de las situaciones con las que trabajamos para lograr pensarlas desde una perspectiva integral. Asimismo, facilita el reconocimiento de las propias limitaciones profesionales, disciplinares y personales, al poder apoyarnos en otrxs.

Consideramos que el trabajo en equipo no está dado sino que es algo que se construye y es necesaria una actitud proactiva para sostenerlo. Un requisito fundamental para lograrlo es la existencia de acuerdos de trabajo, explícitos e implícitos, que apunten a un horizonte en común. En este sentido visualizamos algunas acciones que favorecen el trabajo en equipo. Un ejemplo pueden ser los espacios de reflexión sobre la práctica donde se habilite la puesta en común no sólo en relación a la tarea sino también la posibilidad de expresar sentires, malestares, frustraciones, así como la valoración o reconocimiento de las buenas prácticas. Otra acción que puede favorecer el trabajo en equipo es la generación de espacios de formación dentro del ámbito laboral, así como presentar trabajos académicos en forma conjunta. Fuera de la tarea que nos convoca, el compartir con lxs compañerxs de trabajo instancias recreativas o de esparcimiento puede generar vínculos que trascienden lo laboral, mejorando el clima de trabajo.

Retomando la alienación enajenante planteada por Ulloa, es importante tener en cuenta las condiciones de trabajo con las que nos desempeñamos, dado que éstas constituyen el mundo de posibilidades y limitaciones con las que trabajamos. Las condiciones laborales favorecen o dificultan prácticas de cuidado. Contar con estabilidad laboral, un salario digno, que se respeten nuestros derechos laborales, son condiciones básicas que hacen al cuidado de lxs trabajadorxs.

La participación en los espacios colectivos de defensa de los derechos de lxs trabajadorxs es la principal herramienta con la que contamos para nuestro cuidado y el de nuestrxs compañerxs.

La estabilidad laboral colabora en la consolidación de grupos de trabajo. Contar con las herramientas y recursos necesarios permite tomar medidas terapéuticas en función de las necesidades de lxs usuarixs y no sólo de los recursos disponibles.

No podemos dejar de mencionar la importancia del armado de redes, que facilita el intercambio de saberes, recursos, estrategias, diversas modalidades de resolución, favoreciendo prácticas de cuidado tanto para lxs usuarixs como para lxs propixs trabajadorxs.

Apostamos así a que la construcción de espacios colectivos de trabajo en los que podamos pensar estrategias en conjunto y, en definitiva, mejorar los marcos de cuidado en los que nos desempeñamos, contrarreste el desgano y el desgaste que el trabajo en soledad produce para dar lugar a prácticas creativas, comprometidas y centradas en lxs usuarixs.

Reflexiones finales

A lo largo de este proceso reflexivo nuestra práctica se vio interpelada, animándonos a cuestionar aquellos modos instituidos de trabajar y de pensar que reproducimos; nos sumergimos en debates y lecturas que fueron enriqueciendo las discusiones.

Fue necesario reafirmar la perspectiva integral de salud desde la que nos posicionamos, que considera a los aspectos sociales, biológicos, económicos, políticos, ideológicos, culturales y subjetivos como determinantes del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado. Asimismo, esta perspectiva reconoce la dimensión subjetiva de este proceso, atendiendo a su aspecto sensible. Frente a las características propias del trabajo en la urgencia, la pregunta que atravesó nuestras reflexiones fue justamente cómo sostener esta perspectiva integral en dicho ámbito. El concepto de cuidado nos sirvió como guía en el intento de dar respuestas, dando lugar al surgimiento de nuevas preguntas: ¿cómo se incluye la perspectiva del cuidado en nuestras intervenciones?, ¿cuáles son las lógicas que se ponen en juego en el trabajo en la urgencia?, ¿de qué herramientas disponemos para cuidarnos y poder cuidar a otrxs en contextos atravesados por múltiples vulneraciones de derechos?

A partir del recorrido realizado, visualizamos dos alternativas o posiciones en relación a las prácticas en salud. La primera, que identificamos como corporativo-centrada, se apoya predominantemente en los procedimientos y opera defensivamente naturalizando situaciones de maltrato o indiferencia hacia lxs usuarixs. Frente a ella, la otra alternativa reconoce la dimensión sensible de la salud, propone acciones basadas en las tecnologías blandas, centradas en lxs usuarixs, reconociéndolxs como semejantes y como sujetos de derechos. Esta segunda posición nos habilita un abordaje más integral de los sujetos, incorporando los aspectos saludables de las personas en la atención.

La dimensión del cuidado es parte constitutiva en el PSEA, de modo que el ámbito de la urgencia -al ser un eslabón más dentro de la cadena de atención de salud- no escapa a su consideración. Aún más, los actos de cuidado no son un campo específico de ninguna profesión sino la base de la actuación de todxs, constituyen parte del trabajo como tal.

En este sentido, es el Estado quien debe garantizar el cumplimiento del derecho a la salud, lo cual incluye generar condiciones organizativas y materiales de trabajo que habiliten prácticas basadas en una perspectiva integral de salud.

Como vimos, no es posible cuidarse solo, necesitamos de otrxs. A nivel de lxs usuarixs, el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado se transita mejor cuando se puede contar con redes de contención y apoyo. En el nivel de lxs trabajadorxs, implica la posibilidad de trabajar en equipo

y reflexionar en conjunto. En el nivel de las políticas públicas, se hace necesario profundizar el trabajo en red y la articulación intersectorial, una cuenta pendiente del sector salud.

La producción de este escrito nos permitió salir del relato anecdótico para poder elaborar teóricamente algunos interrogantes y para poder ponerle palabra a otrxs. El espacio de intercambio generado a partir de los encuentros constituyó en sí mismo una instancia de cuidado, revelando en la propia experiencia la potencia de la reflexión en conjunto. Nos permitió ir reconociendo e identificando algunas prácticas que se presentaban como cuidadoras en el trabajo cotidiano. La idea ha sido socializarlas e invitar a otrxs a hacerse preguntas y enriquecer la reflexión. Sabemos que en el marco de lo que implica el ritmo del trabajo en la urgencia y las lógicas que allí imperan, esto se vuelve un desafío, pero apostamos a seguir construyendo con ese horizonte.

Notas

-1- Para profundizar la conceptualización de la dimensión del cuidado ver Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez; S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de investigaciones, Volumen XXI, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

-2- El autor entiende por autoatención a “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (Menéndez, 2003).

Bibliografía

Bang, C. (2014) *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Psicoperspectivas, 13(2), 109-120.

Berner, E. y otros (2009) *Adolescencia Un Servicio Amigable para la Atención Integral de la Salud*. FUSA 2000. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Bianco, Jorge & Grigaitis, Laura (2005). *Atención primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales*. En: Revista Salud y Población (4): 14 – 21.

Bleichmar S. (2011) *La construcción del sujeto ético*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Chardón MC, Scarímbolo G (2011). *En busca de nuevas categorías para pensar en salud. El cuidado y sus transformaciones*. En: Blasco M. et.al. Salud pública, prácticas integrales de cuidado y su construcción social. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Czeresnia, D. (1999) *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*. Este texto es una versión revisada y actualizada del artículo "The concept of health and the difference between promotion and prevention", publicado en los Cuadernos de Salud Pública.

Recuperado de:

http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia__dina__el_concepto_de_salud_y_la_d

iferencia_entre_prevenccion_y_promocion_.CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCIÓN.pdf

De La Aldea, E. (2000) “*Algunas ideas que debemos tener en cuenta los trabajadores de la salud mental*”. Fragmentos extraídos de una serie de clases dictadas por Elena de la Aldea durante el año 2000.

Ferrara, F. (2005) Desgrabación de clase teórica de Salud Mental en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en el año 2005.

Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica (2013). Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la salud.

Heller A. (2011). *On the concept of care*. En Pinheiro R, Gomes da Silva A. Ciudadanía no cuidado. O Universal e o común na integralidades das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC.

Ley 153/99. “Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires”

Ley 26.529/2009 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”.

Ley 26.657/2010 “Ley Nacional de Salud Mental”

Menéndez, E. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciencia & Saúde Colectiva, 8(1), 185-207.

Merhy, E. (2008). *La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud: una discusión del modelo asistencial y de la intervención en su modo de trabajar la asistencia*. Recuperado de: http://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/140

Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de investigaciones, Volumen XXI, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Molinier, P. (2015) *Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible?* Revista Topia. Mise en ligne mars 2015. Recuperado de: <http://www.topia.com.ar/articulos/salud-y-trabajo-trabajadores-hospitalarios-cultura-gestion-cultura-del-cuidado-%C2%BFuna>

Molinier, P. (2016); Matxalen Legarreta Papeles del CEIC <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.16084> vol. 2016/1 [presentación] ISSN 1695-6494 “SUBJETIVIDAD Y MATERIALIDAD DEL CUIDADO: ÉTICA, TRABAJO Y PROYECTO POLÍTICO” UTRPP EA 4403, Université Paris 13 SPC; ** Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitate

Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370es/s21370es.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.

Petit, M. (2001). *Lecturas: del espacio íntimo al espacio público*, México, FCE.

Stolkiner A. y Ardila, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas:*

consideraciones desde el pensamiento de la medicina social. Salud Colectiva latinoamericanas. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, XXIII, (101), 52-56.

Tajer, D. et al (2006) *“Ruta crítica” de la Salud de las Mujeres. Integralidad y equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en la Ciudad de Buenos Aires.* Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de investigaciones / Anuario de investigaciones / Vol XIV / Año 2006.

Testa, M. (1993) *El Hospital visto desde la cama del paciente.* Salud, Problema y Debate, Año V, N° 9, Buenos Aires.

Ulloa, F. (1995) *Novela clínica psicoanalítica.* Buenos Aires, Paidós.