

## **EJE TEMATICO 4**

Balances y perspectivas sobre las políticas públicas en la región

### **TITULO**

**Estrategias de de atención en Salud Mental ¿qué lugar para los referentes  
vinculares?**

### **AUTORES**

BOLOGNIA, Tamara Yanel  
KEES BAHL, Alexis  
REÁTEGUI, Nadia Ayelén  
ULLASTRE, Jimena

### **MAIL DE REFERENCIA**

ullastrejimena@gmail.com  
nadia\_reategui@yahoo.com.ar

### **INSTITUCIÓN**

HIEAyC Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero

## **Introducción**

Lo que nos motiva a hacer esta reflexión son las situaciones que vemos en nuestro quehacer cotidiano ejerciendo el Trabajo Social en un hospital neuropsiquiátrico público de la Provincia de Buenos Aires.

Las reformas que plantea la Ley Nacional de Salud Mental se han traducido en una creciente responsabilización de las familias y una tendencia hacia desresponsabilización del Estado. En el actual contexto de crisis del Sistema de Salud, en el cual las personas no cuentan con instituciones que les garanticen la atención, apoyo y seguimiento adecuado; y las estrategias que los y las profesionales han desarrollado se ven agotadas, se hace necesario un trabajo interdisciplinario e intersectorial para constituir apoyos que no se centren exclusivamente en lo familiar-vincular como forma de afrontar el padecimiento psíquico.

Problematizaremos esta situación del análisis del contexto actual y la revisión de categorías como Apoyos, Circuitos Flexibles, Provisión de cuidados, familia y proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

## **Planteamiento del problema**

Como profesionales de la salud mental, vemos cotidianamente cómo, ante la insuficiencia de respuestas por parte del Estado a la necesidad de atención a los padecimientos psíquicos, se va profundizando una tendencia por parte de los equipos de salud a colocar como principal responsable del cuidado de los pacientes a las familias.

Este es un proceso que, si bien existía en la modalidad de asistencia a la salud mental, se viene agudizando desde la implementación de la Ley 26.657. Si bien se trata de una ley que pretende mejorar las condiciones de atención de la salud mental haciendo una fuerte crítica a la lógica manicomial, la misma se viene materializando en el cierre paulatino del tercer nivel de atención (hospitales neuropsiquiátricos) pero no así en un fortalecimiento y/o creación de dispositivos alternativos. Esta falencia en la implementación ha dado como resultado la reducción de la capacidad de respuesta del Estado y de los equipos que componen al sistema público de salud. Como las instituciones públicas no logran garantizar la atención, se apela cada vez con más frecuencia y vehemencia a que los referentes vinculares “se hagan cargo” es decir, *se ocupen casi en soledad de proveer los cuidados necesarios.*

Esta dinámica tiene dos caras de interés para nuestro análisis. En primer lugar, se presupone desde los equipos (de los que formamos parte) que el/los referentes (familiares, amigos, vecinos, etc.) poseen una relación que los implica afectivamente con la persona con padecimiento psíquicos (en adelante PCPM) y que están en condiciones de brindar los cuidados necesarios. Esto quiere decir que se idealiza al grupo de referencia y a la comunidad, suponiéndolos libres de conflicto y se les impone el deber de *querer hacerse cargo*, de recibir a la persona, etcétera. En este sentido, *se recurre a una suposición de carácter moral que, en las entrevistas, se convierte en mandato*. Esta suposición es tan fuerte que en el común de los casos hace que no se indague lo real de esas relaciones: cómo es la relación entre el/los referentes y la PCPM, si quieren o pueden proveer esos cuidados, cuál es su situación económica-laboral (si tiene recursos económicos, si trabaja doce horas por día, etc), qué información manejan en relación al padecimiento, qué estrategias se han dado previamente para enfrentarlo.

En segundo lugar y en relación a lo que hemos visto anteriormente, el criterio para recurrir a esta responsabilización de los referentes es una forma (precaria) de dar “alguna respuesta” ante la necesidad de las personas que consultan. Esta forma de atender la demanda no tiene que ver con un criterio de calidad en la atención, sino con un “hacer lo que se puede” ante la ausencia de dispositivos. Lo que da por resultado esta situación es que se fortalece la refilantropización de la política pública, donde el supuesto amor familiar debe suplir a las instituciones de cuidado estatal. No se trata de una complementación de los cuidados, sino de una desresponsabilización del Estado y una responsabilización exclusiva del entorno familiar.

En función de esto, desarrollaremos la presente reflexión intentando problematizar el lugar que se le da a los referentes con el fin de construir intervenciones desde el trabajo social para recuperar la forma en que el padecimiento mental es vivido por los mismos. Vemos la necesidad de reconstruir esta relación al interior de los equipos de salud y de cara a los referentes. En el primer caso, intentaremos problematizar la concepción de referente/familia/comunidad/cuidados que se reproduce en los equipos de salud y aportar a complejizar la misma. En el segundo caso, profundizaremos en la necesidad de recuperar las experiencias y estrategias de quienes ocupan el lugar de referentes como medio para ampliar la noción de cuidado/apoyos.

### **Contextualización.**

Quienes escribimos nos desempeñamos como Trabajadores Sociales en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero, La Plata. Nos

encontramos o hemos transitado la residencia de nuestra profesión en este hospital (dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires), lo cual nos ha permitido insertarnos en los equipos de trabajo de distintos servicios, entre los cuales serán pertinentes para este trabajo la Guardia de Salud Mental, los servicios de Agudos Hombres, Agudos Mujeres, Subagudos y de Rehabilitación (también conocido como “salas de crónicos”).

Nuestro hospital es un hospital público del tercer nivel de atención, y es de referencia a nivel provincial tanto por su especialidad como por su hospital general, referente de accidentología y maternidad. Por este nivel de referencia, y a pesar de haberse regalmentado la regionalización del hospital en el año 2014<sup>1</sup> por la cual se limitó la internación psiquiátrica a la población de la región sanitaria XI, el hospital neuropsiquiátrico recibe una fuerte demanda de las regiones sanitarias V y VI, de otras provincias y de países limítrofes.

En los últimos años se ha producido una serie de transformaciones en el hospital y su modalidad de atención que podemos relacionar directamente con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y la intervención judicial realizada al mismo a raíz de una denuncia presentada por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) por las violaciones a los Derechos Humanos a las que se ven sometidas las personas internadas. El hospital se encuentra, para empezar, en una situación de emergencia en términos edilicios y de escasos recursos materiales y humanos. Sumado a esto, el informe redactado por el CELS hizo pública la cantidad de “muertes por causa dudosa” y un sinnúmero de negligencias en el cuidado de las personas internadas<sup>2</sup>.

Esto, muy escuetamente mencionado para la gravedad del asunto, ha generado históricamente movilización y reclamos por parte de los trabajadores. Lo mismo puede notarse en los dispositivos alternativos que los profesionales han creado a lo largo de los años para mejorar la atención y el debate sobre la desmanicomialización que en nuestro hospital nació décadas antes de la sanción de la ley. Podemos leer que el informe y la denuncia realizados por el CELS pudieron hacer visibles y públicas estas

---

<sup>1</sup> En el mes de Junio de 2014 a partir de la resolución nº 002025 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se limita la internación en nuestro hospital a las personas de la Región Sanitaria XI.

<sup>2</sup> *“Debe señalarse que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado que, en atención a la situación de especial vulnerabilidad de los privados de libertad y la consecuente posición de garante del Estado respecto de sus derechos fundamentales, existe la presunción de considerar responsable al Estado por la muerte o lesiones que exhiba una persona que ha estado bajo la custodia de agentes estatales”.* Corte IDH. Caso Cabrera García y Montriél Flores 2010. Párrafo 134.

discusiones y situaciones, confirmando en gran medida el *vox populi* que circulaba en la sociedad sobre *el manicomio*.

Las reformas posteriores en el hospital Alejandro Korn han respondido a las presiones realizadas por la justicia luego de que quedase en evidencia su desidia. Así, vemos que se realizaron medidas aisladas para responder a las exigencias legales <sup>3</sup>y no como producto de un plan estratégico de adecuación a una nueva forma de atención de mayor calidad.

Esta ausencia de un plan estratégico puede contemplarse tanto a nivel del hospital como a nivel ministerial provincial y nacional. Desde la redacción de la Ley Nacional de Salud Mental no se ha tendido a adaptar el sistema de salud en base a los principios que la misma expresa: por el contrario, se ha reducido la atención en el tercer nivel, se ha restringido la atención por región sanitaria, pero no se han creado nuevos dispositivos que absorban esa demanda que antes se atendía, en este caso, en nuestro hospital. Es decir, si bien se ha avanzado en *el cierre* o la disminución del manicomio, no se han creado espacios de atención en el primer nivel, no se han creado servicios de salud mental en los hospitales generales, ni se han generalizado los nombramientos de equipos interdisciplinarios en los centros de salud existentes. Ahora bien... ¿qué se genera con este nuevo contexto de atención a la salud mental?

### **Desarrollo**

Lo que vemos desde nuestra inserción en el hospital es que el derecho a la salud se ve vulnerado: el sistema público reduce su capacidad de atención y brinda *una atención pobre para pobres*, los profesionales de otras regiones se ven inundados de una demanda para la cual sus instituciones no han sido adaptadas: internaciones psiquiátricas, tratamiento ambulatorio con controles regulares, provisión de medicación para una población creciente, centros de día, casas de medio camino, atención y asesoramiento en torno a beneficios sociales, políticas de vivienda y/o refugios, etc. Se evidencia que faltan equipos interdisciplinarios, recursos, dispositivos y una nueva educación generalizada sobre el padecimiento mental.

En resumidas cuentas, se acentúa una situación de violencia institucional hacia los profesionales y hacia los usuarios. Para los profesionales existe una nueva demanda muy diferente de la que se generaba previo a la ley, pero no se ha generado desde el Estado una reforma que nos permita responder a esa nueva demanda con

---

<sup>3</sup> Se cerró el Servicio de Atención en Crisis para su refacción; se armó un nuevo equipo de pocos profesionales para atender la demanda de toda la población de crónicos –aproximadamente 600 personas–; se reabrieron los Consultorios Externos pero con turnos acotados, etc.

nuevas herramientas y recursos, con lo cual el trabajo cotidiano es una frustración constante, un callejón con cada vez menos salidas. Para quienes demandan atención, se genera la ausencia de respuestas y la circulación por diversas instituciones, las derivaciones sin fin y el desgaste económico y vital que todo esto conlleva. El fenómeno que más nos problematiza cotidianamente es que, ante la falta de respuestas institucionales, los profesionales nos vemos cada vez más en la necesidad de recurrir a estrategias *familiaristas* o sea, en las intervenciones profesionales (tanto en la guardia de salud mental como en las salas de internación) cuando no se puede garantizar una internación porque el servicio está sobrepoblado, o cuando no hay turnos para consultorios externos, en fin cuando no podemos dar una respuesta y la persona que consulta tiene un referente, se apela a que el mismo se responsabilice de la totalidad de los cuidados, de la supervisión del tratamiento y en casos puntuales, del *control estricto* sobre el paciente.

Como plantea Pautasi este fenómeno es un reflejo de las características de la política pública desde la década del noventa, donde el Estado tiende a minimizar sus funciones trasladando responsabilidades propias a las personas, familias y comunidades. No es un caso aislado el de nuestro hospital sino que responde a una dinámica estatal generalizada.

Un elemento que profundiza lo problemático de esto es el lugar pasivo que se le da a los referentes (de más está decir a los pacientes): en las entrevistas (en el mejor de los casos) se les da indicaciones sobre cómo cuidar *correctamente* a una PCPM, cómo supervisar la toma de la medicación, se le dan pautas de alarma para que consulten antes de una descompensación; pero no se escucha lo que han construido previamente como estrategias de cuidado para esa persona, en base a las particularidades de su vida cotidiana. Ante esta situación y en este contexto, el no escuchar las estrategias y la historia de las personas no es una *no escucha* ingenua, es un silenciamiento dirigido hacia una clase que reclama y expresa lo que es la locura en contexto de pobreza, un problema de tal complejidad que el Estado en lugar de resolver busca acallar. Y en este contexto, nuestra escucha tampoco es ingenua. *¿Quién mejor que los oprimidos se encontrará preparado para entender el significado terrible de una sociedad opresora? ¿Quién sentirá mejor que ellos los efectos de la opresión? ¿Quién más que ellos para ir comprendiendo la necesidad de la liberación?*<sup>4</sup>.

Vemos una necesidad de profundizar nuestro conocimiento sobre esas personas que cuidan a los pacientes. Cabe preguntarnos... ¿Qué actores institucionales son

---

<sup>4</sup> FREIRE, Paulo. *Pedagogía del oprimido*. Editorial Siglo XXI. Buenos Aires. Pág. 40.

necesarios para ocupar el lugar de apoyo? ¿Qué forma deben tomar los dispositivos orientados al acompañamiento de PCPM? ¿Qué condiciones son necesarias para que una persona pueda constituirse en referente/cuidador/apoyo? ¿Qué herramientas son necesarias para ocupar ese lugar? ¿Cuáles podemos aportar los profesionales? ¿Qué lugar se les está dando en la planificación del cuidado en este momento desde los equipos de salud?

### **Posibles conclusiones**

En este contexto existe un fuerte vaciamiento de la atención pública a la Salud Mental que requiere especial atención de los profesionales para construir estrategias de intervención críticas. Es necesario que el proceso de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental genere dispositivos comunitarios alternativos a la modalidad de atención asilar que actualmente se encuentra en proceso de desmantelamiento; y no constituya un *segundo desamparo* para las PCPM y sus referentes.

Para esto proponemos pensar las estrategias de intervención y acompañamiento, partiendo de la noción de apoyos planteada en la CDPD, que nos permite problematizar y desnaturalizar la figura de “la familia” o referentes familiares, como únicos “responsables” de la provisión de cuidados.

Entendemos que, para ello, resulta necesario incorporar el concepto de intersectorialidad en la construcción de las estrategias, implicando esto una coordinación de distintos actores que participan articuladamente en las tareas de cuidado. Esta noción implica romper con la idea filantropizante del “amor familiar”, y la concepción tutelar del Estado.

Hasta que no haya un presupuesto acorde a lo que la reforma que la ley 26.657 requiere y se garantice un sistema público de calidad para atender los problemas de salud mental de toda persona que lo requiera, el manicomio público seguirá siendo la única respuesta disponible para los sectores más vulnerados. Respuesta que sólo dará una *atención pobre para pobres* y con eso ocultará la complejidad del padecimiento mental en la pobreza y de la pobreza en sí. Hasta que no se realice una reforma psiquiátrica, los neuropsiquiátricos serán un manto que pretende tapar la contradicción fundamental de esta sociedad entre explotadores y explotados. Y mientras tanto, los profesionales seguiremos intentando estrategias de salvataje para los que puedan escapar por los agujeros de ese manto y luchando por una sociedad que les garantice sus derechos y dignidad a todos sus integrantes.