

VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

Los trabajadores de la salud en la trama del contexto exclusor.

Alberto Bialakowsky, Ernestina Rosendo, Delia Franco, Cecilia Lusnich, Mercedes Gomitolo, Graciela Pasarello, Mercedes Patrouilleau, Ariel Diaz, Nora Bardi, Omar Navarro, Pedro Santillán.

Cita:

Alberto Bialakowsky, Ernestina Rosendo, Delia Franco, Cecilia Lusnich, Mercedes Gomitolo, Graciela Pasarello, Mercedes Patrouilleau, Ariel Diaz, Nora Bardi, Omar Navarro, Pedro Santillán (2004). *Los trabajadores de la salud en la trama del contexto exclusor. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-045/763>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA TRAMA DEL CONTEXTO EXCLUSOR

Alberto Bialakowsky* , Ernestina Rosendo* , Delia Franco* , Cecilia Lusnich* ,
Mercedes Gomitolo** , Graciela Pasarello** , Mercedes Patrouilleau**

Ariel Diaz, Nora Bardi, Omar Navarro, Pedro Santillán*** .

E-mail: albiala@mail.fsoc.uba.ar

Nos proponemos abordar los procesos de trabajo del sector enfermería en instituciones de internación de salud mental, en el marco de los procesos de exclusión y extinción social contemporáneos. El escrito surge del trabajo de co-producción entre el equipo de investigación UBACyT (S 015) y trabajadores enfermeros del Hospital Borda, desarrollado desde el año 2002. Desde una perspectiva institucional y laboral, analizaremos los saberes y las prácticas desplegados por los enfermeros en la atención de los padecimientos sociales y subjetivos que se registran en las instituciones de internación, identificando las principales limitaciones y obstáculos en el trabajo cotidiano.

El tema propuesto se basa en una metodología cualitativa (observaciones participantes, entrevistas en profundidad, análisis de datos secundarios y relevamientos epidemiológicos), la cual se enmarca en un proceso co-productivo de investigación y producción de conocimientos entre investigadores, estudiantes de la Carrera de Sociología y trabajadores enfermeros.

Los resultados alcanzados se orientan hacia una reflexión sobre el método en sus diferentes niveles de profundidad implícito en los procesos de trabajo analizados, y la propuesta de un contramétodo alternativo transdisciplinario.

PRESENTACIÓN

Las transformaciones macrosociales agudizadas en el transcurso de la década del 90 en América Latina en general, y en Argentina en particular, han sido centro del debate y producción científica de las Ciencias Sociales en los últimos años. En este marco de discusión existe un elevado nivel de consenso en relación con las transformaciones evidenciadas en las antaño instituciones públicas centralizadas, universales y ciudadanas propias de los Estados de bienestar como consecuencia de las mutaciones económico-sociales, políticas, laborales y culturales acontecidas en las tres últimas décadas en los países de nuestra región. Así, las instituciones estatales presentan en la actualidad cualidades propias de procesos de fragmentación, reducción y debilitamiento pero, sin embargo, conservando aún su poder de intervención y de producción de lo social.

En esta coyuntura el Estado asume una forma cóncava menos visible, es decir opuesta a la convexidad prominente, visible, keynesiana de intervención social para el desarrollo de la economía.

La transformación de las instituciones estatales y sus posibilidades de intervención en y con la comunidad con la cual interactúa se acompaña de las propias transformaciones en la estructura social y del empeoramiento de sus condiciones de vida alcanzando en la actualidad niveles extremos.

Tal como lo afirma Z. Bauman (2003), algunas de las particularidades más preocupantes de la era “posmoderna” resultan ser la fluidez y extraterritorialidad del poder, el fin de la era del compromiso mutuo y la desintegración de las densas redes sociales. Pero esta noción sobre la “fluidez (líquida) de la política” se corresponde con una parte del desarrollo social donde se acentúan los rasgos de la sociedad disciplinaria, la coacción por medio del control reticular, el biopoder y el autocontrol (M. Hardt y A. Negri, 2002). Se contrasta y se complementa con el control poblacional del desalojo, la criminalización, el incremento de las inversiones en seguridad y represión (L. Wacquant, 2001; Z. Bauman, 2004), los nuevos guetos de los *underclass* y la territorialización (incluso de los sectores superiores y sus barrios cerrados).

En esta idea variaría la concepción de desterritorialización, las poblaciones en desalojo tienen fronteras muy precisas en su desplazamiento, ya sea por inaccesibilidad para el traslado, como las fronteras entre barrios (peligrosos), o la imposibilidad de circular sin ser distinguidos por su condición de diferentes. Se produce un éxodo (en sentido metafórico) del mercado y de lo social y al mismo tiempo no hay lugar para migrar; se produce un proceso de extrema territorialización en el campo local. La expulsión y la territorialización explican los padecimientos y el sin sentido, sin rumbo posible, del proceso de exclusión-extinción social.

El fenómeno clave en lo que va del siglo XXI resulta ser entonces el proceso de exclusión social, productor de una población des-asalarizada, territorializada y superfluitada con dudosas proyecciones sobre su supervivencia; fenómenos que en la actualidad encuentra puntos extremos en la existencia de procesos

mortíferos que pueden conceptualizarse como extinción social. Sin embargo, lejos de comprobarse un retiro o vacío de las políticas estatales, pese a las políticas de ajuste implementadas desde la década del 80, se verifica que las dinámicas de exclusión y extinción social se encuentran atravesadas por prácticas institucionales públicas.

En el campo específico de la salud pública argentina tampoco debemos perder de vista tres procesos acontecidos en las últimas tres décadas: 1. el pasaje de una racionalidad política keynesiana a una neoliberal, donde el nuevo rol del Estado se vincula estrechamente con el funcionamiento del mercado; 2. las transformaciones sociales y económicas consecuencias del mencionado pasaje; 3. un nuevo perfil de las políticas sociales que implica reformas en el sistema de salud.

En el marco de un juego sinérgico entre el deterioro de las condiciones de vida de gran parte de la población y el empeoramiento de su situación de salud, se evidencia una situación de creciente desigualdad de la población en el acceso a los servicios de salud y, aun, la inaccesibilidad de los sectores sociales más excluidos, conformando uno de los problemas más serios del sistema de salud y que más preocupa a sus trabajadores (R. Tafani, 1996).

La situación de los trabajadores de la salud pública no ha evidenciado menores efectos “colaterales” provenientes de las políticas de ajuste y, en el caso específico argentino, por el proceso de descentralización iniciado a principios de los 80 con la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias y de éstas a las administraciones municipales.

En este contexto de crisis del sistema de salud público, de precarización de las relaciones laborales y de nuevas exigencias de calificación, conjuntamente con el

aumento del volumen de la demanda de atención y la fragilización y empobrecimiento de la población asistida, uno de los actores del sector de la salud mental más afectado por los procesos actuales que los determina son los enfermeros de las instituciones de salud mental con internación.

En el presente trabajo nos detendremos entonces a analizar cómo los procesos de exclusión-extinción social determinan tanto la conformación de nuevos padecimientos sociales en la población como también a los procesos de trabajo del sector enfermería en instituciones públicas de internación de salud mental. El análisis surge del trabajo de co-producción entre el equipo de investigación UBACyT (S 015) y trabajadores enfermeros del Hospital Borda, desarrollado desde el año 2002, y de un trabajo investigativo en la mencionada institución basado en una metodología cualitativa (observaciones participantes, entrevistas en profundidad, análisis de datos secundarios y relevamientos epidemiológicos). Esta metodología se enmarca en un proceso co-productivo de investigación y producción de conocimientos entre investigadores, estudiantes de la Carrera de Sociología y trabajadores enfermeros.

TRANSFORMACIONES EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Históricamente, la asistencia del padecimiento mental ha girado alrededor de la figura del hospital psiquiátrico. Las críticas modernas a la lógica manicomial, que se remontan a mediados del siglo XIX, se centran fundamentalmente en la violación sistemática de los derechos humanos de los pacientes. En el aspecto clínico-terapéutico también se cuestiona el rol patógeno de la institución como causa de cronicidad. Los cuestionamientos y debates acerca de las posibles

alternativas al tratamiento clásico de la enfermedad mental también interrogaron acerca de las funciones sociales del encierro manicomial como única alternativa posible y contemplan la necesidad de la externación, el tratamiento contextual y la incorporación de nuevas dimensiones tales como el entorno social, la familia y el trabajo.

Tanto en la teoría como en la práctica, la revisión del modelo asilar se inicia en el período de la posguerra con un fortalecimiento en la década del 60 en distintos países^a, a partir del denominado 'movimiento antipsiquiátrico'. Sustentan las bases de este movimiento: la crítica al modelo asilar-manicomial, la crítica al modelo médico-psiquiátrico hegemónico, la incorporación de categorías provenientes del campo psicológico y social en el análisis de la problemática de la salud-enfermedad mental, la incorporación de variables estructurales en la construcción de la problemática institucional, la revisión de las relaciones de poder institucional. A partir de estas críticas y desarrollos, las tendencias de reforma se orientan hacia diversas direcciones y enfoques; sin embargo, los intentos por revelar la síntesis entre trama social y trama médico-institucional podrían considerarse como parte de los elementos más importantes en común entre las diferentes vertientes.

En cuanto a los antecedentes locales recientes^b, podemos rescatar dos experiencias que, en nuestro país, constituyen grandes hitos en el intento de poner en marcha un modelo diferente al de la institución psiquiátrica cerrada, estos referentes no agotan, en absoluto, los desarrollos críticos que se han dado históricamente, pero constituyen modelos 'paradigmáticos' en cuanto a las transformaciones introducidas o en lo que hace a la expresión del reconocimiento legal de la necesidad de cambios en los enfoques respecto del área de la salud

mental así como también a la construcción de redes de mayor o menor grado de formalidad en la que se fueron constituyendo espacios de debate al respecto, los cuales tuvieron sin duda alguna gran incidencia en las reformas que se intentan introducir en el ámbito de Capital Federal.⁶

El proceso de 'desmanicomialización' llevado a cabo en la provincia de Río Negro se basa en tres grandes líneas de trabajo: la modalidad curativa promocional, la modalidad terapéutica testimonial (grupos institucionales de alcoholismo) y las patrullas (prácticas comunitarias a distancia de los lugares habituales de trabajo de los profesionales y técnicos). Rescatamos algunas ideas centrales al modo de trabajo que se fue construyendo en tanto develan un accionar basado en criterios teóricos que no dejan de hacer referencia - crítica - a muchas de las dimensiones que vemos operar actualmente en la institución manicomial tradicional y toma en cuenta una conceptualización de la 'locura' muy distante de aquella que quedó naturalizada con el modelo alienista.

En el año 1993, en la Provincia de San Luis, se puso en marcha un programa de transformación del Hospital psiquiátrico de San Luis, con el objetivo de convertirlo en una institución de agudos. Los intentos de revertir las consecuencias que conlleva la institucionalización llevaron a crear nuevos espacios terapéuticos, normalizar las admisiones, iniciar la reinserción social de los pacientes crónicos a nivel familiar y social:

Respecto de la situación actual en la Ciudad de Buenos Aires, en su propia Constitución, sancionada en el año 1996, se introduce una concepción innovadora en el campo analizado, así como de los conceptos utilizados para referirse al sufrimiento psíquico, en tanto que en el Artículo 21 del Capítulo II - relativo al Area

de Salud - se explicita que “Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradicarán el castigo, propendiendo a la desmanicomialización progresiva, creando una red de servicios y de protección social”.

La Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, promulgada en el año 2000 y reglamentada a principios del año 2004, parte expresamente del reconocimiento de la salud mental como un proceso en sus determinaciones histórica, culturales y sociales, y de la necesidad de desarrollar enfoques que apunten a la construcción de redes de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria.

Es así que el énfasis quedó puesto en la Salud Mental como un derecho de las personas, derecho a la identidad, a un tratamiento humanizado, a la integración social, a la no discriminación. Significa un paso inicial para la reestructuración de la atención psiquiátrica, basada en un eje esencial, la reinserción social del paciente. Las acciones y espacios de prevención, promoción y rehabilitación se definen como los pilares del sistema, dando prioridad a las acciones que apoyen el entorno socio-familiar y las de carácter ambulatorio.

No obstante las innovaciones introducidas en el orden de lo legal, las características tradicionales de la red de salud mental permanecen intactas, en la práctica las distintas instancias funcionan como compartimentos estancos, con escasa o nula vinculación entre sí. La red se compone esencialmente de tres figuras institucionales: el hospital psiquiátrico, los servicios de salud mental en

hospitales generales y los centros de salud mental comunitarios. El camino propuesto por la mencionada ley en el sentido de transformar al encierro en espacio terapéutico requiere recursos materiales, recursos humanos, capacitación, y una clara política de salud de alcances intersectoriales, aspectos que aún no han entrado en el debate; sin duda alguna un avance interesante, pero el sistema permanece inalterado.

NUEVOS PERFILES DE CONSULTANTES, NUEVAS DEMANDAS

En el marco de los efectos devastadores de los procesos neoliberales de la década del 90, y como corolario la crisis de finales del 2001, se produjo un nuevo perfil sociodemográfico de la población consultante en las instituciones públicas de salud y también la conformación de nuevas demandas y nuevos perfiles patológicos: *“Yo veo, que ahora se está modificando en el aspecto que antes venía, viene igual gente indigente pero, ahora veo que se está incrementado la presencia de personas de otro nivel social, de otro nivel sociocultural, porque ya no viene tanta gente indigente sino que también viene también gente que son contadores, gente que son profesionales (...) viene gente que realmente han sido empleados de Bancos, han sido contadores, gerentes, tienen otro nivel educacional”*. (enfermera, 33 años de antigüedad en el Borda)

Es desde mediados de la década del 90 que se registran estas transformaciones en la población consultante, ahora conformada básicamente por la presencia en el hospital público de la clase media que ha perdido sus ingresos y, como contrapartida, por la existencia de sectores sociales que ya no llegan a la institución o que les resulta cada vez más dificultoso hacerlo. La crítica coyuntura

analizada supone entonces en el sistema de salud público argentino esas dos grandes consecuencias para las instituciones públicas de salud, y que son claramente identificadas por los trabajadores de la salud pública por la incidencia que tienen en los límites y posibilidades de intervención.

Ahora bien, a los problemas del aumento del volumen de la demanda por la consulta de los sectores medios empobrecidos y las dificultades de acceso de los sectores sociales más excluidos, debemos sumarle tres dificultades anexas que determinan de manera crítica los procesos de trabajo del sector enfermería. Por un lado, la situación se agrava por las dificultades en el sostenimiento de los tratamientos una vez que los pacientes compensados son externados lo cual redundaría en un elevado índice de recaídas y reinternaciones; en segundo término, la imposibilidad de dar el alta clínica porque los internos no tienen a dónde ir ni manera de sustentarse económicamente; y en tercer lugar, la ya mencionada precariedad de las relaciones laborales actuales del sector enfermería y que serán analizadas más adelante en este trabajo. Los entrevistados se expresan sobre estas dificultades en los siguientes términos: *“Pero hay muchas cosas que están permitidas que no se deberían permitir. Es decir, yo creo que a veces se pierde el objetivo de que esto es un hospital. Y se pierden como sucede el día de hoy con las escuelas. El objetivo es atender a una cantidad de gente y dar de alta; las escuelas, educar. Es decir, hoy esto se ha transformado desde hace mucho tiempo en una institución social, de contención, que no se pueden ir, porque no tienen a nadie afuera que los ayude. Y en toda esa cosa se ha transformado como vos escuchas a las enfermeras decir, por ejemplo ‘y pobre, hay que dejarlo, esto es su casa para ellos’. Y no es su casa”*. (enfermera, 10 años de antigüedad).

Estas situaciones son definidas por los trabajadores como “casos sociales”, producto de los procesos de exclusión social; conforman una de las particularidades actuales más conflictivas para las instituciones de salud, para las intervenciones terapéuticas y para el proceso de trabajo de los enfermeros quienes asisten de manera impotente al ciclo continuo de “internación-externación-reinternación” y a procesos de cronificación.

Una segunda particularidad de la población consultante es que la institución recibe cada vez más una población definida como “joven” que en promedio tiene alrededor de 25 años y que presenta problemas de adicciones (drogas, psicofármacos y alcohol); constituyendo ésta una de las patologías prevalentes que recibe la institución y que se encuentra directamente vinculada con los procesos sociales contemporáneos y la falta (e imposibilidad) de contención familiar.

El trabajo con problemáticas referentes a las adicciones conlleva nuevos riesgos (ej. de ello, el trabajo con personas con rasgos psicopáticos y la presencia de H.I.V) y requiere de nuevas estrategias de abordaje y nuevos conocimientos en el intento de establecer un vínculo con los pacientes en cuestión: *“Pero vos imaginate que quieras o no quieras la demanda es mayor, quieras o no quieras son personas que tenés que tratar. Es distinto el dialecto, por ejemplo, el modo de hablar, tenés que hablar distintos idiomas porque hay códigos dentro de la droga, y uno no está en eso y hay que actualizarse (...)De 8 años a esta parte es otra la patología a la que uno se enfrenta, es adicción, o adicción que trae el paciente que es psicópata, dentro de los psicópatas hay que empezar a trabajar más esa parte, que no es fácil trabajarla”.* (enfermero, 10 años de antigüedad).

Si bien entonces las prevalencias aún refieren a Psicosis y esquizofrenia también se presentan en aumento otro tipo de patologías como las adicciones, las psicopatías, las depresiones por dificultades económicas y la “pobreza”, en la medida que muchas internaciones tienen como actores a indigentes que sobreviven en las calles y muchas altas, tal como referimos anteriormente, no se efectivizan por la falta de recursos y de un lugar para vivir.

En síntesis, los procesos de exclusión-extinción social actuales se encuentran determinado tanto el perfil y volumen poblacional que asiste a las instituciones públicas de salud como también la conformación de “nuevas patologías” o problemáticas que hoy las instituciones de salud mental deben abordar (adicciones, depresiones por falta de trabajo, atención y contención de la indigencia). Las implicancias en los procesos de trabajo del sector enfermería refieren tanto a la aparición de nuevas situaciones de riesgo (pacientes con H.I.V., situaciones de violencia estrechamente vinculadas con la presencia de adicciones) como también al incremento del trabajo por la presencia de tres variables convergentes: el aumento de la demanda, las tareas o funciones de asistencia social que recaen sobre la institución (internaciones prolongadas y extendidas por razones ajenas a problemas médicos) y la magra retribución económica de los enfermeros que se ven motivados (obligados) a la realización de horas extras que prácticamente duplica la jornada laboral.

LAS CONDICIONES FLEXIBLES DE TRABAJO Y EL PADECIMIENTO DEL TRABAJADOR

En este apartado la intención reside en interrogar a la institución manicomial en relación con su intervención en los padecimientos resultantes de los procesos sociales de exclusión contemporáneos; en especial en la interacción entre las condiciones de trabajo actuales, la situación de “emergencia” de las demandas en Salud Mental y el padecimiento del trabajador de enfermería, producto de esta coyuntura contextual.

El supuesto sobre el cual se funda este análisis evidencia que el trabajo en salud mental resulta paradigmático, en tanto que el proceso de trabajo y el proceso terapéutico se articulan de manera que, por un lado el proceso de trabajo queda oculto y silenciado, y por otro, sus soportes –la dominación organizativa- se constituyen en un entramado de mortificación y sufrimiento, tanto para el paciente como para el trabajador; puesto que en esta especificidad se entabla “el trabajo de un hombre sobre otro hombre que implica una particularidad que compromete mucho más al trabajador dada la relación de proximidad, de proxioidad que se establece entre él y su objeto de trabajo” (Bialakowsky y otros, 2000: 241): *“les dijimos a los médicos, ustedes se creen que son... ustedes se creen que nosotros tenemos que hacer 8 latitas por día de conserva en 8 horas de trabajo, bárbaro, las hacemos en dos y nos podemos ir a casa porque hicimos las 8 latitas. Pero no es así, estas son personas, son sujetos, el paciente es una persona y no son capaces de correr (refiere a la ausencia de profesionales), mi compañero casi se muere ...”*

Las transformaciones operadas en el año 1992 (traspaso del Hospital Borda a la jurisdicción de la Ciudad de Buenos Aires), suponen, de manera encubierta, una extensión de la jornada laboral para los trabajadores de la salud mental, a partir de

la implementación del sistema de módulos (“adicionales opcionales”) que deriva en jornadas laborales de más de 12 hs. con la finalidad, por parte de los trabajadores, de generar mayores ingresos y, desde el Gobierno de la Ciudad, en paliar la falta de personal hospitalario. Los enfermeros refieren a la adopción de los módulos en términos de salidas individuales, por lo que se deduce que la flexibilización laboral opera en la institución en dos sentidos: por una parte, en relación con la carga horaria, desregulándola e incrementándola; y por otra, flexibilizando la relación salarial trabajador- empleador (Estado). En este sentido, se instala una elección ficcional a costa de la propia salud y padecimiento del trabajador: *“Yo por ejemplo, anteriormente tenía treinta módulos acumulados, y resulta ser que ahora llego con lo justo, anteriormente venía los sábados, venía los domingos. Pero con el tiempo es una cuestión que se desgasta (...) sábado y domingo son mis francos. O sea, teóricamente, pero si de repente ves que se te termina la tanda de módulos, vos entras a modular en cualquier lado, y te dicen: por favor, vení (ironiza).”*

Dicha sumatoria de horas laborales, entre otros condicionamientos, implica una inversión de las reglas de regulación laboral desmaterializando el colectivo como instrumento reivindicatorio (A. Bialakowsky, E. Rosendo, 1998), generando una subjetividad mortificada resultante de la dominación organizativa.

La precarización de las relaciones laborales, la excesiva carga del trabajo y el trabajo en soledad (ausencia de un equipo de supervisión y contención), configuran algunos de los rasgos definitorios que hacen a la producción del malestar del trabajador enfermero.

En una misma línea de análisis, debemos considerar la tensión e impotencia proveniente del trabajo de intervención sobre las complejas dimensiones que constituyen los actuales padecimientos, y la imposibilidad de aprehender la existencia de lo social como posibilidad de intervenir sobre el cambio social; desarrollándose una “opacidad social que actúa como imposibilidad” (Bialakowsky y Hermo, 1997: 152).

En este sentido, los enfermeros utilizan el término “hospitalitis” o “bordarización”^d haciendo referencia a la necesidad de permanencia en el hospital de los sujetos que responden al nuevo perfil consultante: *“Hay gente que se hospitaliza, como le decimos se ‘bordariza’, es una manera de decir (..), se queda por el tema de que están cómodos o sea no tienen que andar luchándola afuera, más allá de su enfermedad ¿No? Porque tiene una enfermedad por algo ingresó acá en el hospital (..) se sienten cómodos en el hospital, tienen alguien que los atienda, les falta algo y lo tienen, la medicación la tienen en el día, alguien que dentro de todo los escucha, los atiende, ayudan, trabajan en el hospital en lo que pueden, (..) ayudan al enfermero, se hacen un lugar de pertenencia en el hospital, tienen (..) un grupo al cual pertenecen. Y después los crónicos que son los pacientes que no tienen... que están muy deteriorados, eso es de terror... y nos mata a todos.”*

El término “bordarización” alude también a los trabajadores de salud. Pero aquí, el término adquiere otra connotación refiriendo al deterioro por las condiciones de trabajo y a la negación de tal situación: *“El miedo a pasar la barrera del otro lado, el miedo al contagio de la enfermedad... que recibas el mismo trato”*

La “bordarización” que describen los enfermeros refiere al proceso mediante el cual los límites que definen dentro de la institución a las distintas categorías de incluidos / excluidos, enfermero/ paciente, sano/ enfermo, se vuelven difusos:

“(un enfermero) hizo un infarto masivo, pero para mi es un acoplado de una serie, el diagnóstico en realidad nunca se supo. Se murió en el servicio. Tuvimos que socorrerlo nosotros con los pocos elementos que hay, no llegaba a los 50 años. Ayer hizo un año. Eso fue re traumático. Después otra compañera, una doctora que también trabajaba con nosotros (...) Yo me acuerdo que eso fue la primera vez que me llevó a pensar a mí, hablando brutaemente, he visto morir pacientes y uno que se me ahorcó en este servicio estando yo de noche, también que se me ahorcó pero logré salvarlo, (...) o sea para mi fue un alivio porque me salvé de descargas judiciales. Bueno, (...); también una satisfacción, bueno, salvé a alguien por lo menos. Pero lo de este doctor me llevó a pensar... ¿Quién nos protege en la institución? Si te caes en la escalera ¿Quién te va a rescatar? Porque no hay una ambulancia... no funciona el ascensor, no tenemos camilla.”

REFLEXIONES FINALES

Sin duda la década del 90 ha significado un quiebre de la sociedad integradora a partir del trabajo-empleo. Desde entonces y hasta la actualidad, el contexto social se caracteriza por el riesgo del “mundo de los *sin trabajo-empleo*” y su consecuente nuevo perfil de salud-enfermedad: el mundo flexibilizado – superfluido- determina tanto a la sociedad contemporánea como a las

relaciones laborales al interior de las instituciones públicas. Así, los procesos de trabajo y la propia salud de sus trabajadores también se encuentran atravesados por las particularidades de la dinámica social hoy.

Frente a esta gran mutación social las instituciones y sus trabajadores encarnan la contradicción del sistema: integrar y curar por mandato del paradigma tradicional o correspondiente a la etapa keynesiana, y/o reproducir el desalojo complementado en extremo con medios represivos; la palabra de las víctimas sólo puede ser escuchada, si lo es, en la medida que resulte sintomática y se ajuste a la cadena taylorista al interior y al exterior de las instituciones. Las instituciones y los procesos de trabajo institucionales no cuentan con instrumentos que les permitan avanzar sobre las cadenas causales sociales, institucionales y culturales.

El saber reduccionista se ajusta perfectamente a la cadena de montaje interinstitucional y entre sus cortes se realiza la imposibilidad de la atención al traumatismo que produce el desalojo en términos subjetivos y colectivos. Hoy, la comprensión de los padecimientos en toda su complejidad requiere involucrar tanto a la enfermedad, al sistema asistencial y al contexto social de producción. Los enfermeros, como muchos trabajadores de frontera, para tratar padecimientos pueden observar estos procesos pero se encuentran en la encrucijada de reformular su práctica, su teoría y su institución, algo así como romper el extrañamiento del proceso de trabajo que lo liga a reproducir el extrañamiento en la producción de lo social y subjetivo del desalojo hacia la extinción. Es decir que variar el paradigma para atender a los nuevos padecimientos significa transformar el paradigma de atención que los incluye y los proyecta dentro de un mismo proceso. El cambio remite entonces no sólo a una transformación del paradigma

científico vigente, sino también al rol del Estado en relación con sus instituciones públicas y, por ende, a las formas de intervención al interior de las mismas.

En este contexto, el trabajo coproductivo entre investigadores y trabajadores de la institución resultó un espacio de encuentro en la reflexión y comprensión de la profundidad de las transformaciones actuales, permitiendo a su vez un diálogo que interpela y produce alternativas a los procesos de des-colectivización:

*“Luego de trabajar por mucho tiempo, años, y en ocasiones solo, 12 horas diarias en este servicio, mi guardia de 6 horas más otra guardia extra que son nuestros módulos, pidiendo a la jefatura en muchos reclamos, que aunque sea la guardia extra me asignaran a otro servicio para no estar tanto tiempo expuesto a lo antes mencionado por el desgaste que ello implica. Mis pedidos no fueron oídos, aduciendo al famoso **“No hay a quien mandar, vos podés, vos sabés”**.(...)”*

Después de muchas idas y vueltas se logró conseguir el pago doble de los módulos y también reducir el tiempo de permanencia en el servicio, pero luego de un compromiso común, los compañeros no lograron sostener dicho compromiso, por ende, el logro se perdió... Mi sentimiento de frustración fue muy grande, mi angustia por no entender fue tremenda. Me preguntaba si los enfermeros no creen que sus proyectos de mejoras puedan llevarse a cabo. Me preguntaba si el enfermero en salud mental perdía coherencia por trabajar en el ámbito en que estamos. No encontraba respuesta. Mi sentimiento de frustración y bronca duró bastante tiempo, hasta que el grupo de trabajo que coordina este encuentro me hizo pasar de la frustración a una reflexión, si se quiere a una proclama: con el saber científico que tienen los licenciados y los que se profesionalizan, con el saber empírico que tenemos los que estamos con el paciente, nos da autoridad

para crear, (crear) y llevar a cabo proyectos de mejora para enfermería. No debemos boicotearnos, ni permitir que nos boicoteen, no debemos silenciarnos, ni permitir que nos silencien. El enfermero puede, si sabe.” (Relato de coproducción, Hospital Borda, 2004).

BIBLIOGRAFÍA

- Basaglia, Franco. et al (1978): *Razón, locura y sociedad*, Madrid, Ed. Siglo XXI.
- Bateson, Gregory (1992): *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Ed. Planeta.
- Bauman, Zygmunt (2003): *Modernidad líquida*, México D.F, Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Zygmunt (2004): *La sociedad sitiada*, Argentina, Fondo de Cultura Económica.
- Bialakowsky, Alberto; Lusnich, Cecilia y Rosendo, Ernestina (2000): "La institución manicomial: los silencios sociales en el proceso de trabajo", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. 46 N° 3, Buenos Aires.
- Bialakowsky, Alberto, Lusnich, Cecilia y Faraone, Silvia (2002): "Proceso de trabajo en insituciones de salud mental: soportes laborales, sociales y subjetivos". En: Bialakowsky, A.; Lezcano, A. y Senén González, C. *Unidad en la diversidad. Estudios laborales en los 90*, Buenos Aires, Eudeba.
- Castel, Robert (2004): *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?*, Buenos Aires, Manantial.
- *Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, 1996.
- Cooper, D. (1974): *Psiquiatría y anti-psiquiatría*, Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Hardt, Michael y Negri, Antonio (2002): *Imperio*, Buenos Aires, Ed. Paidós.
- *Ley Nº 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, 2000.
- Mannoni, Maud (1998): *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, México, Siglo XXI.
- OPS/OMS (2004), 38^a *Sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo*, Observatorio de Recursos Humanos, Washington D.C.
- *Reglamentación de la Ley Nº 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, 2004.
- Tafani, Roberto (1996): *Privatización, subcobertura y reforma competitiva en salud*, Córdoba, Argentina, Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Wacquant, Loïc (2001): *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*, Buenos Aires, Ed. Manantial.^e

* Director e integrantes del equipo de investigación UBACyT “Exclusión-extinción social y procesos de trabajo institucionales. Dispositivos de intervención transdisciplinarios”, Instituto de investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

** Cursantes del Taller de investigación “Exclusión social, nuevos padecimientos y procesos sociales de trabajo”, Carrera de Sociología, Fac. de Cs. Sociales, UBA.

*** Enfermeros del Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José T. Borda.

^a Véase Cooper, 1974; Bateson, 1992; Mannoni, 1998; Basaglia, 1978.

^b Si bien en este trabajo el recorte histórico abarca la última década, es necesario destacar la experiencia desarrollada por el Dr. Mauricio Goldemberg en los años 60 y la creación del primer servicio de psicopatología en un hospital general, el Policlínico de Lanús. La postura subyacente significaba toda una reorganización institucional, la creación de consultorios de atención ambulatoria, la participación comunitaria, y uno de los primeros intentos de abordaje interdisciplinario de los problemas de salud mental con la incorporación de profesionales de otras áreas, psicólogos, antropólogos, etc.

^c La década del 90 también significó, en el área de Salud Mental, un complejo proceso de descentralización y fragmentación plasmado, por ejemplo, en el desmantelamiento de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud en el año 1990 y en la desregulación de las Obras Sociales en el año 1994. Quedó así desarticulada toda posibilidad de contar con estadísticas globales y la responsabilidad de las políticas implementadas recayó sobre los gobiernos locales.

^d El término “bordarización” remite a la palabra Borda; es un constructo resultante de los encuentros del dispositivo de coproducción investigativa entre enfermeros, sociólogos y estudiantes de Sociología.

^e