

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Percepciones sobre salud: un estudio de caso en refugio MIDES

Gisel Collazo
Tutora: Celmira Bentura

2019

AGRADECIMIENTOS

Porque una vez leí que cada uno somos producto de las personas con quienes nos hemos cruzado en la vida y lo que hemos compartido y la enseñanza que nos han dejado, y porque no quiero dejar a nadie fuera de esto, les AGRADEZCO a todos los que han sido y son parte de mi vida y a todos ellos/as se la DEDICO.

INDICE

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 4 |
| ASPECTOS METODOLOGICOS | |
| 1.-Tema..... | 4 |
| 2.- Objetivos general y específico..... | 5 |
| 3.- Antecedentes..... | 5 |
| 4.- Estrategias Metodológicas..... | 6 |
| | |
| ENCLAVE INSTITUCIONAL | |
| MIDES..... | 9 |
| Programa Calle..... | 9 |
| Características Centro 25 de mayo (nivel I)..... | 13 |
| | |
| <u>CAPITULO I</u> | |
| Disciplinamiento y biopoder..... | 15 |
| <u>CAPITULO II</u> | |
| Salud, medicalización y prevención..... | 20 |
| | |
| REFLEXIONES FINALES | 30 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 33 |

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye la monografía final correspondiente a la Licenciatura de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (UDELAR).

Se enmarca en un estudio de caso en el Centro 25 de mayo (refugio) gestionado por OSC Otras Manos en convenio con el MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) perteneciente al Programa Calle.

En este trabajo de tesina de grado, el interés radica en conocer las percepciones de Salud desde la visión de los trabajadores que intervienen en dicho centro.

El análisis del tema se enfoca en la atención de la salud de los usuarios del mencionado Centro. Parece existir un lenguaje común, donde las palabras “Salud” o “Atención Primaria” ocupan un lugar central como lineamiento del Programa Calle, pero cuando se pronuncian o escuchan adquieren un sentido diferente según el sujeto implicado, ya que en las mismas se develan/esconden diversas concepciones teóricas. Como también el significado y la percepción que le brinda cada trabajador/a del equipo que se entrevista.

La selección de este tema se fundamenta en el interés que provoca en la estudiante estatemática, con el objetivo de brindar insumos para discernir los posibles cambios que favorezcan un mejor desempeño en el accionar del equipo.

Objeto de estudio: Las diferentes percepciones de salud del equipo técnico en el centro 25 de mayo.

Objetivo General:

- Identificar las concepciones de salud en los discursos de los técnicos del equipo, en Centro 25 de mayo perteneciente al Programa Calle año 2018.,

Objetivos específicos:

- Analizar conceptos de salud implicado en el discurso de los técnicos.
- Analizar procesos de disciplinamiento por parte del equipo.
- Enumerar acciones del equipo técnico que posibilitan la atención en salud.

Antecedentes

Aquí reconstruyo los antecedentes que existen respecto a la temática objeto de mi trabajo, entendiendo la importancia que estos tienen para la producción de cualquier proyecto de investigación, ya que implica reconocer que ningún trabajo empieza de cero, aceptando que “para determinados objetos de estudio (...) existe ya una historia investigativa que puede señalar al investigador los caminos andados” (Rockwell;1987: 14), y que por lo tanto es necesaria esta búsqueda para rastrear qué es lo que se ha podido conocer hasta el momento y a su vez observar los “vacíos o aquellos campos de una problemática que aún no han sido trabajados” (Achilli;2002:7).

Por lo expuesto anteriormente se realiza una búsqueda donde se ha encontrado que hay tesis referidas a personas en situación de calle; mayoritariamente sobre el tema salud mental, no encontrándose sobre salud en un centro MIDES específico.

En el presente trabajo se utiliza la metodología cualitativa porque permite indagar los puntos de vista, los significados, y conocer el testimonio de los diferentes integrantes del equipo.

Se realiza una investigación de análisis de caso, a través de un diseño metodológico cualitativo de carácter descriptivo y exploratorio.

La recolección de datos primarios se realiza por medio de entrevistas semi-estructuradas a distintos integrantes del equipo técnico. Se considera importante realizar entrevistas de este tipo, dado que sirven de guía, pudiéndose realizar en el momento, otras preguntas que surjan de las respuestas que el entrevistado aporta.

En lo que respecta a los datos secundarios, se realiza análisis y selección de datos relevantes para el abordaje del tema seleccionado. Recurriendo para esto una búsqueda de bibliografía de producciones que sirvan como insumo, se utiliza otros documentos: Protocolo de atención Programa Calle 2018, Normas de convivencia en Centro 25 de mayo, entre otros. Herramientas que se utiliza para comprender el fenómeno de la realidad social en estudio.

Teniendo en cuenta la estructura de dicho documento, se plantea en la introducción el objeto de estudio, objetivo general y específico, así como también la metodología utilizada, dejando claro el propósito del mismo.

Seguidamente se presenta el enclave institucional, se realiza una descripción del encuadre institucional donde se ubica el presente estudio de caso. Comenzando por describir sobre la creación del MIDES, el Programa Calle, los niveles de atención, enfatizando en el nivel I de atención, donde se encuentra inserto el centro 25 de mayo, objeto de análisis. Se plantea el plan de trabajo esperado para dicho nivel diversificado en áreas. Para finalmente realizar una descripción del Centro 25 de mayo.

En el capítulo I, se procede a utilizar las categorías de análisis, disciplinamiento y biopoder que a partir del análisis de las entrevistas aparecen como determinantes.

En el capítulo II, se exponen diferentes concepciones de salud, desarrollando también prevención

y medicalización, considerándose categorías teóricas relevantes para el desarrollo del tema, vinculadas con las desarrolladas en el capítulo I.

En ambos capítulos se transcriben fragmentos de las entrevistas realizadas, justificando la elección de las categorías utilizadas.

Para concluir se esgrimen reflexiones final a modo de cierre del documento.

ENCLAVE INSTITUCIONAL

La situación de calle constituye una problemática que a partir del aumento de su visibilidad pública, principalmente en la ciudad de Montevideo, se ha convertido en un tema de preocupación en la agenda estatal desde hace algunos años. De esta manera, desde la administración pública se han desarrollado distintos esfuerzos para responder a dicha situación, que interpela al gobierno y la ciudadanía como la expresión más extrema de exclusión social. (Ciapessoni, 2013).

En primera instancia, asociado a los planes de invierno (Plan Frío Polar), el primer intento de intervención pública focalizada en esta población aparece con una fuerte impronta de la emergencia. Posteriormente con el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES) desarrollado desde MIDES, cuyo objetivo se dirige a atender situaciones de extrema pobreza, se comienzan a absorber gradualmente algunas de las funciones que se venían desarrollando desde el municipio, implementando algunas modificaciones: una de ellas reside en la extensión de la atención que estaba limitada a los meses de invierno, pasando a funcionar de manera continua (Chouhy, 2006:25).

MIDES

El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) es creado el 21 de marzo de 2005 Ley N° 17.866 tiene como competencias: “ Coordinar las acciones, planes y programas intersectoriales, implementados por el Poder Ejecutivo para garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales a la alimentación, a la educación, a la salud, a la vivienda, al disfrute de

un medio ambiente sano, al trabajo, a la seguridad social y a la no discriminación”¹, .

“Implementar, ejecutar y coordinar Programas de Atención a la Emergencia Social, mediante la cobertura de las necesidades básicas de quienes se hallan en situación de indigencia y de extrema pobreza, buscando el mejoramiento de sus condiciones de vida y su integración social”.²

Programa Calle

El Programa Calle, anteriormente llamado Programa de Atención a las Situaciones de Calle (PASC) tiene como objetivo contribuir a la reinserción socio-cultural y laboral de las personas y familias en situación de calle.

Cuenta con centros de atención 24 horas para mujeres con niños, niñas y adolescentes y centros nocturnos para hombres solos y mujeres solas. De noviembre a mayo funcionan 48 centros (43 en Montevideo y el resto en Canelones, San José y Maldonado) con cupo para 1445 personas.

A partir del 15 de mayo y hasta el 31 de octubre de 2018 se reciben tres personas más por cada centro y se abren 2 centros de contingencia con capacidad para 50 personas cada uno. Con esta medida se llega a 1660 cupos en los meses más fríos.

El Programa propone un sistema con Niveles de Atención. La diferencia del trabajo a realizar en cada Nivel está en el énfasis que se ponga en las distintas actividades a desarrollar. A continuación se presentan las actividades mínimas que se deberán realizar en conjunto con la persona que ingresa a un Centro de Atención, proveniente de los Dispositivos de Captación y Derivación (Puerta de Entrada, Equipo Móvil, Puerta de Entrada Ley de Faltas) .

¹ Ley N° 17.866 Creación del Ministerio de Desarrollo Social. Art. 9, Inciso C.

² ídem anterior, inciso F.

En el Nivel I, al que se hace referencia en este trabajo coloca énfasis en los aspectos referidos a la obtención de la documentación necesaria para que la persona pueda comenzar su proceso de inserción en las diferentes redes (trabajo, salud, sociales, etc.). Asimismo, en las situaciones de consumo problemático de sustancias, se realizarán las coordinaciones correspondientes, así como el acompañamiento de las personas en el tratamiento de diferentes afecciones tanto físicas como mentales.

Considero importante reseñar lo que desde el Programa Calle se plantea como Plan de trabajo.

Nivel Individual - De acuerdo al diagnóstico se elaborará una estrategia de intervención a corto y mediano plazo, en conjunto con la persona, teniendo en cuenta sus necesidades y potencialidades particulares, para el mejoramiento de sus condiciones de vida. En este punto es decisivo, generar compromisos de acción de carácter individual, de forma tal que sean los propios participantes con el apoyo técnico e institucional, quienes proyecten y desarrollen su camino de egreso.

El plan deberá incluir metas y logros esperados progresivamente. Cuando se verifique que se han cumplido o se encuentran en proceso de hacerlo, se evaluará junto al supervisor del Centro, la derivación del usuario/a a otro Centro y/o egreso definitivo del Programa.

Es importante que dicho plan considere las situaciones singulares de la vida de las personas (educación, trabajo, salud, vivienda, vínculos y dinámica familiar, etc.). Es decir, deberá apuntar a la problematización y generación de acciones en las siguientes dimensiones:

-Documentación y acceso a prestaciones: Se garantizará que todas las personas accedan a la documentación básica (cédula de identidad, carné de salud, carné de asistencia, credencial cívica,

etc.) y a las prestaciones que correspondan (Asistencia a la Vejez, prestaciones de BPS, etc.).

-Salud: Se desarrollarán acciones de prevención y atención de la salud integral de cada persona así como actividades de promoción de hábitos saludables. Se deberán realizar acciones para la tramitación de carné de salud, carné de vacunas, carné de asistencia, como forma de garantizar la salud integral.

Se promoverá la adquisición y fortalecimiento de hábitos vinculados con la higiene, alimentación y cuidado de la salud y se facilitará el acceso a los servicios de salud.

-Actividad Física: Se organizarán y potenciarán instancias donde se desarrollen actividades físicas en sus más amplias expresiones: deportes, gimnasia, danza, entre otras.

-Educación: Se promoverán y planificarán acciones para que las personas se integren a propuestas socio-educativas. Esto supone el abordaje directo con la persona sobre este tema, así como las acciones de acompañamiento y coordinación con las instituciones y/o propuestas educativas.

Se facilitará el acceso a propuestas educativas formales y no formales a través de la realización de actividades en el Centro y en coordinación con otros programas.

-Trabajo: Se desarrollarán acciones orientadas a promover el ingreso y/o sostén en el mercado laboral de las personas así como la adquisición de hábitos y estrategias vinculadas a esta dimensión y acompañamiento en la búsqueda y sostenimiento del empleo.

Se trabajará en torno a la administración de los recursos económicos por parte de la persona,

orientado a la promoción de acciones de egreso sustentables.

Se trabajará la vinculación a programas de inclusión laboral y fortalecimiento de las capacidades para el trabajo.

-Vivienda: Se realizarán las acciones, en conjunto con la persona, para el acceso a planes y políticas de vivienda. Se llevarán a cabo las coordinaciones pertinentes para facilitar el acceso a las alternativas habitacionales.

También se generarán y planificarán otras posibilidades de solución habitacional, promoviendo el desarrollo de procesos de autonomía e integración que permitan el egreso sostenido y sustentable de la persona.

- Cultura: Los equipos deberán participar y/o colaborar con propuestas de carácter cultural, talleres de expresión, canto, etc. Actividades vinculadas al desarrollo personal a través de la cultura como otra de las dimensiones fundamentales en el desarrollo pleno e integral de los derechos de las personas.

-Vínculos y redes sociales: Generar procesos de inclusión que permitan la re vinculación de redes familiares, sociales, laborales, etc. Se realizarán acciones tendientes al fortalecimiento de las redes familiares si existieran, así como de promoción de otras redes sociales y comunitarias.

Se deberá fomentar la construcción de espacios de disfrute y desarrollo de la persona que respondan a intereses y necesidades de la misma.

Se promoverán vínculos saludables entre los integrantes del centro planificando y desarrollando

acciones con el fin de concretar este objetivo”³.

CARACTERISTICAS CENTRO 25 DE MAYO Nivel 1.

El centro 25 de mayo es gestionado por la OSC Otras Manos, se encuentra ubicado en la calle 25 de Mayo 288 esquina Colón. Funciona de manera nocturna todos los días de 18:00 a 09:00hs. Excepto los domingos que permanece abierto todo el día.

El equipo de trabajo se encuentra conformado por: una coordinadora, una Psicóloga, una Estudiante Avanzada de Trabajadora Social, un enfermero, 8 educador/as, 2 retenes (son quienes cubren los días faltantes de los educadores) y una auxiliar de limpieza. Es importante destacar que un año antes a que se efectuaron las entrevistas para realizar este trabajo, hubo modificaciones en el equipo. Solicitado en la última licitación efectuada por el Programa Calle, cambios en los perfiles, siendo excluyente la preparación académica y 1 año de experiencia. Los cambios a grandes rasgos se detallan a continuación: El coordinador pasó de tener primaria completa a 80% de una carrera universitaria en el área social aprobada. Los educadores/as de contar con primaria completa se le solicitó secundaria completa, psicóloga recibida, enfermero recibido y estudiante avanzado en trabajador/a social con tesis pendiente.

Este cambio en los perfiles de los integrantes del equipo se menciona como importante en las entrevistas realizadas, porque genera transformaciones en la forma de trabajo. Visualizándose un proceso paulatino de mayor participación e incorporación de todas las opiniones de los funcionarios en general y de los usuarios en la toma de decisiones, dejando de ser arbitrario (anteriormente en su mayoría era dominio del coordinador).

Se desprende del análisis de las entrevistas, que a pesar de los cambios en la calificación del equipo, y cambios en la forma de trabajo, no ha habido cambios en la mirada que hace el equipo

³ Extraído de Protocolo de atención en calle 2018.

sobre la salud, dichos integrantes mantienen una mirada disciplinadora.

Atiende una población masculina, mayores de 18 años, con capacidad de 30 personas .⁴

La alimentación que se entrega es cena y desayuno, otorgada por delibest⁵.

Los perfiles de la población que se atiende es variada: diferentes edades, consumo problemático de sustancias legales e ilegales (llevando a un deterioro físico y síquico), altos niveles de inestabilidad en el plano laboral, fragilidad en los vínculos primarios, haber crecido en ambientes familiares disfuncionales (figura paterna descripto como alcohólico, ausente en los primeros años de vida), a nivel educativo un gran porcentaje escasa formación (primaria completa e incompleta, analfabetos), situaciones por violencia doméstica, egreso de sistema penitenciario, patologías psiquiátricas, entre otras.

Se trabaja fuertemente en el área de la salud, vínculos, educativo-laboral, redes, participación, etc. Las principales acciones que realizan en el centro son: Solicitar, realizar, acompañar y hacer seguimientos en controles médicos. Tramite de documentación. Se realiza talleres sobre diversas temáticas (educativas, laborales, culturales, etc). Apoyo en inserción, educativa- laboral y Participación en Redes interinstitucionales con el fin de integrarlos socialmente. Participación de eventos culturales. Gestión de prestaciones sociales. Contacto con redes primarias y secundarias.

⁴ Con excepción de invierno donde el cupo llega a 33 personas.

⁵ Empresa terciarizada en convenio con INDA.

CAPITULO I

DISCIPLINAMIENTO Y BIOPODER

El presente capítulo tiene como cometido brindar un acercamiento teórico a las principales mediaciones y determinaciones que atraviesan el tema de investigación.

En el marco de la razón dialéctica, las determinaciones serían lo que se ha dado en llamar las categorías analíticas, o sea, los constructos teóricos abstractos que van dando luz a las concreciones en el análisis reflexivo; las mediaciones, serían aquellas determinaciones que en un momento dado adquieren tal relevancia que transversalizan el objeto en proceso de delimitación. Son los constructos medulares en un momento dado (ya sean en la lógica de investigación como en la de exposición), que dan cuenta de elecciones singulares del investigador según el proceso de delimitación del objeto. (Míguez, 2014, p.10).

En éste sentido primeramente se enfatiza en biopolítica, el poder del disciplinamiento y o adiestramiento del cuerpo de Michael Foucault, para en segundo lugar ensamblar, éstos conceptos con los resultados de las entrevistas realizadas.

En relación a ello también es pertinente sumar los aportes de Mitjavila donde el enfoque de riesgo se rige por la intención del “disciplinamiento” poniendo el eje en la conducta del usuario en relación a su salud, “el discurso de riesgo, especialmente cuando enfatiza en los estilos de vida sirve como un efectivo agente foucaultiano de vigilancia y control” (Mitjavila 1999)

“(…) ha habido, en el curso de la edad clásica, todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. Podrían encontrarse fácilmente signos de esa gran atención dedicada entonces al cuerpo, el cuerpo se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican “ (Foucault 2008: 158.)

Continuando con lo planteado por Foucault es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que

puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado.

“(…)a estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de su fuerza y le impone una relación de docilidad-utilidad a lo que se puede llamar “disciplina” (Foucault 2008: 159.)

(…)se conforma una política de coerciones que constituye un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de sus elementos, de sus gestos, de su comportamiento. El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, y lo recompone. Una “anatomía política”, que es así mismo una “mecánica de poder”, define como se puede apresar el cuerpo de los demás, no simplemente para que ellos hagan lo que desea, sino para que opere como se quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se les determina. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos “dóciles”. (Foucault 2008: 160).

Retomando lo planteado por Mitjavila

La medicina, y especialmente la clínica, se han convertido en uno de los tipos de saber que se construyen a expensas de formas de coerción y de técnicas disciplinarias para la subordinación de los cuerpos (…). El saber individualiza porque convierte a los individuos en casos, los cuales son simultáneamente objeto de estudios y de poder, son examinados, medidos, descritos, comparados, clasificados y juzgados (Mitjavila (29) apud Foucault 1977).

Vinculado a lo que se ha planteado considero importante agregar el concepto de Michael Foucault de biopolítica o biopoder, se trata de un poder que no solo amenaza con desposeer de propiedades y en última instancia de la vida, sino de controlar la vida, de hacerla crecer,

organizarla y optimizarla.

Para Foucault el biopoder⁶ se empezó a ejercer de dos formas diferentes pero contactadas entre sí: la disciplina del cuerpo (surge a mediados del siglo XVII) y los controles de la población. La disciplina del cuerpo se centran en hacer fuerte y útil un cuerpo individual entendido como maquina, lo ejercen instituciones como la educación y o el ejercito. Los controles de la población (surgen a mediados del siglo XVIII) se centran en la especie, se estudian los cuerpos. Se estudian los cuerpos en tanto que soportes de procesos biológicos colectivos.

Lo anteriormente planteado se puede visualizar en el centro 25 de mayo donde existe un reglamento de normas de convivencia. En este se explicita todo lo relacionado a horarios de ingreso, horarios de cena, desayuno, formas de relacionarse con los demás beneficiarios y el equipo, cantidad de pertenencias que pueden ingresar, obligatoriedad de ducharse, cantidad de personas que pueden salir a fumar en horario del centro, obligatoriedad de realizar controles médicos, entregar medicación indicada por el médico una vez que ingresan, las que serán exclusivamente preparadas por el enfermero y suministrada por el equipo y tomada frente al mismo, obligatoriedad participación en asambleas, entre otros.

Este es entregado a cada beneficiario una vez que ingresa permanente, la cual tiene que cumplir. Por medio del reglamento se “moldea” a los beneficiarios para que se adapten a la institución, evitando las sanciones que se pueden presentar en caso de incumplimiento.

Si analizamos el reglamento con lo planteado por Michel Foucault sobre el disciplinamiento, se observa claramente la imposición que hay de parte del equipo, donde los beneficiarios tienen que cumplirlas, imponiéndose así una relación de docilidad- utilidad. A tal punto y a manera de ejemplo hay beneficiarios que desconocen la medicación recibida, no pudiéndose apropiarse de su

⁶ Surge a partir de diversos avances en la tecnología que culminaron justo antes de la Revolución Francesa permitieron alargar y mejorar la vida al tiempo que controlarla mejor.

dosis y el nombre de ésta, siendo el beneficiario un mero intermediario entre lo que el médico tratante prescribe y el enfermero que es quien la tiene y la suministra, generando una relación de dependencia y sumisión.

Si bien esa imposición existe, considero también necesario analizarla en función de quienes son los administradores y ejecutores del centro, en éste caso el equipo. En todo ámbito de la sociedad existe reglas y normas a las cuales todos/as tenemos que adaptarnos y regirnos por ellas para poder vivir en sociedad. En éste caso también existen, las cuales fueron realizadas en función a situaciones que iban surgiendo en el día a día y se considero necesario ponerlo como regla para poder lograr una mejor convivencia., y en el caso de no cumplirlas existe una sanción. El educador entrevistado plantea que:

“(...) que existen tipos de sanciones en el refugio pero por un tema de convivencia, como que llegar a una medida de sanción (...)” (entrevista realizada a integrantes del equipo - educador - en setiembre de 2018).

Retomando el concepto de biopolítica o biopoder donde se trata de un poder que amenaza con desposeer, se visualiza que el no cumplimiento con realizar controles médicos reiteradas veces conlleva a quedarse en calle por un noche. En relación a ello comentan que:

“En nuestro centro si luego de una cantidad de veces el beneficiario se niega a realizarse los controles médicos se lo sanciona con un día, en el cual la persona no puede entrar al centro” (entrevista realizada a integrantes del equipo - educador - en setiembre de 2018).

Problematizando esto se puede observar un poder impuesto a personas extremadamente vulnerables, donde se coarta el derecho a elegir sobre su salud, dado que quedarse en la calle implica también un sinnúmeros de riesgos como son exposición a los robos, violencia, detenciones, contraer enfermedades, accidentes, etc.

En oposición a esto también se observa que hay personas con enfermedades mentales complejas, las cuales es necesario que concurran a consulta con psiquiatra y que tomen la medicación, de lo contrario, sería imposible que pudieran concurrir al refugio, dado que en caso de producirse una descompensación, podría generar violencia, dificultándose la convivencia en el centro.

Sobre esto una entrevistada relata:

“Hay casos que trabajamos con problemas de salud mental complejos y si no estarían compensados, no podrían estar acá, porque no tenemos recursos humanos ni la capacidad, ni la formación para abordar éste tipo de personas. , porque como yo digo no somos ni una sucursal de Vilardebò, entonces, lamentablemente no nos queda otra que trabajar con la persona y hacerlo tomar la medicación ”. (Entrevista realizada a integrantes del equipo - educadora - en agosto de 2018).

Retomando lo que plantea Foucault debiopolítica o biopoder, se trata de un poder que no solo amenaza con desposeer de propiedades y en última instancia de la vida, sino de controlar la vida, de hacerla crecer, organizarla y optimizarla. Se visualiza claramente el centro 25 de mayo como ámbito de disciplinamiento, la importancia de que se aplica el poder para controlar la vida, pero también en éste caso para organizar el centro y lograr que un beneficiario pueda mantenerse dentro de éste, teniendo un equilibrio mental que le permita convivir con 29 personas diferentes.

CAPITULO II

SALUD, MEDICALIZACIÓN Y PREVENCIÓN

Como se adelantó en la introducción, en este capítulo se desarrollaran los conceptos de salud, medicalización y prevención, considerando que éstas mediaciones transversalizan y enriquecen junto a disciplinamiento y biopoder el objeto de estudio planteado en este trabajo.

Considero de relevante importancia comenzar por hacer referencia al concepto de salud, el cual no es algo univoco, existen múltiples definiciones que encierran los distintos aspectos del término, los cuales son producto del momento histórico en el que fueron concebidas.

La OMS(Organización Mundial de la Salud) definía la salud como “ausencia de enfermedad”, se realizaban controles médicos cuando se presentaban síntomas que lo requerían con la finalidad de curarlo. Se restringen a buscar causas biológicas, el modelo de atención está enfocado en la “cura” o “soluciones” a las enfermedades, interviniendo desde la perspectiva racional tecnológica procedimental sobre un cuerpo enfermo.

Entre sus características se encuentran:” el individualismo, que coloca al sujeto en un rol pasivo y subordinado; la ahistoricidad y asociabilidad que lleva a concebir por separado a lo biológico y lo social, negando toda influencia de este último en la enfermedad; el biologismo que es el que posibilita ver a la enfermedad como una totalidad, sin tener en cuenta la “historia social de los padecimientos” (Menéndez, 2005; 3 apud Di Pato, M. 2016:13).

En el año 1946 la OMS realiza una redefinición del término, expresando que la salud es *un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS: 1946).

A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La

Organización Panamericana de la Salud aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona, incorporando aspectos mentales y sociales como elementos componentes de la misma. Se comienza a considerar lo social como determinante de las condiciones de la vida.

De las entrevistas realizadas a los técnicos se desprende que la mayoría acotan la salud en realizar la gestión para tener una cobertura, controles médicos y suministrar la medicación:

“(...) Pudiendo ser referenciado un médico general que tenga de cabecera en base a la necesidad del ingreso, si necesita ver un especialista pueda ser derivado, poder realizarse un chequeo general al menos uno al año y bueno eso abre diferentes abanico para poder una memoria para nosotros que trabajamos con ellos y para el resto de los profesionales sobre el estado de salud básico con el chequeo general, con la visita del médico”(entrevista realizada a integrantes del equipo - enfermero - en agosto de 2018).

En el marco de las entrevistas se presenta una excepción; la visión integral de la salud:

“(...) derecho fundamental de las personas, el derecho a la vida, y bueno poder pensar a las personas que están en éste centro como un ser bio-sico-social, nos habla de ésta área que es la salud, que es fundamental”(entrevista realizada a integrantes del equipo – Lic. En Psicología - en setiembre de 2018).

Si bien las percepciones del equipo, en su mayoría no visualiza la salud en su dimensión bio;psico social se puede verificar que se realizan múltiples intervenciones que refieren a todas estas áreas como son Gestión de trámite de documentación (gestión de C.I., gestión cobertura salud, credencial cívica, etc). Participación en talleres sobre diversas temáticas (educativas, laborales, culturales, etc). Apoyo en inserción educativa laboral y Participación en Redes

interinstitucionales con el fin de integrarlos socialmente. Participación de eventos culturales. Gestión de prestaciones sociales. Contacto con redes primarias y secundarias.

Si bien en éstas áreas se trabaja interdisciplinariamente, no se incorpora como tal por el equipo, pero son consecuentes con la propuesta que tiene el protocolo de atención al beneficiario del MIDES; compartimentadas en áreas específicas descritas en el protocolo de intervención.

Respondiendo en la misma lógica, de transformar los riesgos naturales del vivir “en factores de riesgo”, se desencadena un proceso de medicalización.

En las ciencias sociales la medicalización suelen referirse a “los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos, dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado una mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Menéndez apud Mitjavila, 1988:2). Los problemas sociales se han codificado en términos de salud y enfermedad, destacándose como norma “invasora”, resultando que las diversas facetas de la vida cotidiana (alimentación⁷, ocio, trabajo, etc) pasan a ser juzgadas exclusivamente desde éste ángulo.

En este sentido, Ortega (2008) expresa que,

Los procesos de medicalización de la vida social constituyen un aspecto central de la modernidad. Dichos procesos hacen referencia a la permeación y dominio del imaginario

⁷ La alimentación en el centro es brindada por Delibest, empresa en convenio con INDA, es planificada por una nutricionista, otorgando diferentes menús, que el equipo puede solicitar a MIDES, y este a INDA, en función de que el médico tratante del beneficiario, explicita en una receta que dieta es necesaria para su diagnóstico, ejemplo hipo sódica, diabética, etc. *“Otra cosa muy importante que va acompañado de la salud es la alimentación. El centro recibe todos los días comida de Delibest, preparada por nutricionistas, incluso hay excepciones como comida para diabéticos, hipertensos, etc.”.*

Si bien la alimentación que se brinda en la cena es acorde a lo solicitado por un médico, al quedarse en calle el resto del horario del día dependerá de si puede o tiene dinero para continuar con los cuidados necesarios para realizar una dieta balanceada y considerada necesaria. Así retomando el concepto de bio-psico-social de la salud, se evalúa la dimensión social, en cuanto el cuidado que ellos tengan dependerá no solo de la voluntad de continuar con dicha dieta, sino también, del dinero y las posibilidades que cuente para obtener/comprar los alimentos que deberían.

colectivo por el saber y el poder médicos (Portillo, 1993:17), imponiéndose en dominios de la vida de los individuos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina en términos de salud/enfermedad, comportamientos que permanecían en otras áreas de la vida social. Esto significa una intervención creciente en las relaciones sociales en nombre de la salud y el ejercicio de ciertos controles en esos ámbitos que anteriormente eran externos a su influencia. El espacio social pasa a ser controlado en nombre de ciertos objetos que son traducidos como pasibles de ser abarcados por el campo médico. (p. 27).

Esta visión medicalizadora y no integral, se refleja en las respuestas brindada por los técnicos, donde los controles médicos y el suministro medicación “colonizan” la intervención de los beneficiarios del centro 25 de mayo. No logrando visualizar las intervenciones que se hacen en otras áreas como recreación, educativo- laboral, didácticas, vincular, etc.

En cambio, si se piensa que el objeto de conocimiento es el proceso salud-enfermedad cuidado, se lo analiza desde una mirada socio histórica no reducida a lo biológico y por tanto la intervención se realiza con (y no sobre) un sujeto determinado socialmente, donde se establecen vínculos para la mutua comprensión y construcción de problemas de salud. El modelo de gestión de salud apunta a la promoción y prevención, con una mirada democrática y participativa, anclada en la comunidad en que vive ese sujeto.

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

A la hora de prevenir cualquier enfermedad la Organización Mundial de la Salud (OMS) define 3 niveles:

- **La prevención primaria:** evita la adquisición de la enfermedad (vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.).

En las entrevistas se desprende que en el centro se trabaja la prevención primaria en salud:

“(...) tienen que realizar un examen de baciloscopia (para descartar que tengan tuberculosis).... Se trata de que todos se bañen todos los días, problemas con la higiene... y también trabajar la higiene del lugar de mantener la limpieza (...)”(entrevista realizada a integrantes del equipo - educadora - en agosto de 2018).

“ (...) en cuanto a la higiene, que es un tema que evoca mucho a éstos centros se viene trabajando, ya que las personas una vez que ingresan lo primero que tienen que hacer es ducharse, tema que se ha trabajado fuertemente” (entrevista realizada a integrantes del equipo - coordinadora - en setiembre de 2018).

“ (...) también trabajar la higiene del lugar de mantener la limpieza, que colaboren con las tareas, muchos no tienen ningún habito de higiene, de limpieza, muchos no agarraron una escoba en toda su vida, y bueno se trata de trabajar eso, y de que aprenda(...) Se lo aborda tiene que ver también con un tema de salud colectiva,(...)”(entrevista realizada a integrantes del equipo - educadora - en agosto de 2018).

“ También se han hecho talleres, ejemplo resucitación cardiaca, donde no solo se capacita el equipo sino también los beneficiarios donde no ., talleres con el enfermero, trabajo social, la psicóloga, en cuanto a algunas enfermedades, etc” (entrevista realizada a integrantes del

equipo - coordinadora - en setiembre de 2018).

Se observa a partir de las entrevistas realizadas se efectúan acciones que tienen que ver con la prevención primaria, como son a modo de ejemplo examen de baciloscopia, cuidado de la higiene personal y del centro, realizar la vacunación, talleres informativos. Estas acciones son necesarias e imprescindibles al momento no solo del cuidado personal, sino también del resto que convive con esta población, con los integrantes del equipo que trabajan en éste centro, y para la sociedad toda, considerando que lo educativo es una herramienta necesaria para la adquisición de hábitos que en ocasiones por encontrarse en situación de calle (no es excluyente) se han perdido, o a veces por diferentes situaciones en que sus vidas se han visto transversalizadas por un sinnúmero de dimensiones no se han aprendido. Por esto son todos los integrantes del equipo (educadores, enfermero, psicóloga, trabajadora social, coordinadora y auxiliar de limpieza) los encargados de lograr que los hábitos de higiene se crean, reconstruyan y se realicen para lograr que tengan un lugar limpio y digno donde vivir y que ellos lo visualicen como tal. Con la finalidad de que cuando los beneficiarios egresen del programa, y/o participen en otros ámbitos a los que ellos concurran puedan aplicar lo aprendido, y lograr no ser estigmatizados por la sociedad.

- **La prevención secundaria:** va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.

Para poder detectar una enfermedad a tiempo, es necesario realizar controles médicos. En el centro se solicita que se realicen:

“(…) muchas personas vienen de muchos meses, me atrevería a decir años, y a veces nunca han tenido una consulta con medicina general, nunca se han hecho ningún examen, ya sea examen de laboratorio, o algún examen específico, donde quizás pudieron haber solucionado temas de salud o paliar enfermedades que hoy en día están más avanzadas. Entonces el hecho de que la atención no solo es apaliar la situación actual, sino también como método de prevención (…)”(entrevista realizada a integrantes del equipo - enfermero - en agosto de 2018).

- **La prevención terciaria:** comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidadas e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

“(…) hay personas con patologías psiquiátricaspero el problema es que hay personas que vienen descompensadas y que es imposible tenerlas dentro del refugio si esas personas no están compensadas con medicación”.(entrevista realizada a integrantes del equipo – Lic. En Psicología - en agosto de 2018).

En los manuales de la OMS se define el enfoque de riesgo como el método para medir las necesidades de atención de un grupo específico.

Robert Castel plantea que las estrategias preventivas, basadas en el enfoque de riesgo que se desarrollan en la actualidad, suponen la disolución de la noción de sujeto “lo que es reemplazado por una combinatoria construida de factores, los factores de riesgos ”(Castel, 1986: 220).

“Paso de una clínica del sujeto a una clínica epidemiológica: el examen pericial puntual y diversificado sustituye a la relación concreta médico-enfermo ” (Castel, 1986: 225).

Para paliar esa brecha a la que hace referencia Castel entre médico- paciente, el Centro 25 de mayo, cuenta con una educadora que realiza acompañamientos a las consultas médicas,

“(…)una educadora que realice los acompañamientos al hospital, que para mí es muy importante, primero que los médicos tienen una figura visible del equipo, un referente que vea que los beneficiarios están en situación de calle y no andan solos (...)” (entrevista realizada a integrantes del equipo - coordinadora - en setiembre de 2018).

También una autora resalta que:

La medicina actual se ha relegado al nivel tecnocrático por lo cual se busca erradicar los síntomas sin profundizar en las causas, entendiendo al organismo como una maquina en la que hay que reparar sus partes. Así cada especialista se ocupa de una de esas partes sin que nadie se ocupe de la globalidad. Esta profunda especialización al interior de la medicina da cuenta de una fragmentación del saber propio de la modernidad.

(Bentura, 2009).

Los acompañamientos los realiza una educadora (previa valoración del equipo), quien tiene conocimientos de su estado actual de salud: si se ha realizado controles anteriormente, si tiene una enfermedad diagnosticada, si toma medicación, consumo problemático, situación social, etc. Su función es de acompañar, apoyar, informar, solicitar pases, es quien transmite la información de un especialista a otro, etc.

La atención médica, al concurrir los beneficiarios acompañados, se ha valorado como positiva dado que se ha observado una mayor dedicación porque se “visualiza” una persona representando una institución, que en éste caso es MIDES.

En oposición a ellos, en las entrevistas manifiestan que a los usuarios que se los acompaña tiene una previa valoración del equipo, pero en ningún momento manifiestan el echo si se le pregunta a los benenficiarios si quieren y/o desean ser acompañados, imponiéndose de èste modo también

un poder instaurado en la forma de trabajo.

Se puede concluir según de lo aportado en las entrevistas, que el equipo tiene una mirada sobre salud medicalizada y no integral quedando relegado todo el trabajo realizado en las diferentes áreas (trabajo con vínculos, documentación, prestaciones, trabajo en redes, participación en diferentes ámbitos barriales, etc) a salud y específicamente a los controles médicos y suministro de medicación.

De esto se desprende procesos de disciplinamientos que se realizan en el centro, donde por medio de un reglamento de normas de convivencia se aplican sanciones si estas no se cumplen.

Ese disciplinamiento controla múltiples aspectos que hacen a la permanencia de los beneficiarios en el centro, como son: horarios de ingreso, de cena, para fumar, para mirar la televisión; cantidad de pertenencias que pueden ingresar al centro; obligatoriedad en participar de asambleas, talleres, de ducharse, realizar controles médicos; entre otros.

Entonces, medicalización y disciplinamiento son dimensiones que se entrelazan y transverzalizan el objeto de estudio de éste trabajo.

REFLEXIONES FINALES

A modo de cierre, es menester realizar algunas reflexiones que surgen del proceso de elaboración del presente documento.

Para comenzar cabe destacar que se han analizado dos conceptos de salud, los cuales son producto de diferentes momentos históricos, en donde por un lado, se visualiza y trabaja la salud en tanto el termino salud-enfermedad donde se acota a seguimiento y controles médicos y por otro lado, una visión integral de salud donde se dimensiona sus aspectos bio-psico-social.

En las entrevistas se refleja que la mayoría de los integrantes del equipo perciben la atención en salud medicalizada y no integral, quedando relegado aspectos sociales importantes para el proceso de las personas en situación de calle que se encuentran viviendo en el Centro 25 de mayo, como son : documentación, vivienda, vínculos, alimentación, etc. Aspectos que son esenciales para poder egresar del Programa.

Se puede visualizar que si bien todos los aspectos que hacen a la personas un ser bio-psico-social se trabajan como aéreas dentro del centro 25 de mayo, están compartimentadas, quedando como aspectos que no tienen que ver con atención en salud o no se las observan como parte de esto. Coincidiendo con los lineamientos que plantea el MIDES.

Solo en una entrevista se dimensiona este aspecto donde se puede observar la atención en salud como integral.

Por otra parte, se desprende de lo abordado en esta investigación, es importante destacar que son muchas las acciones que realiza el equipo para posibilitar la atención en salud a modo de enumerarlas, contar con un enfermero y enfermería con todos los materiales necesarios en el centro, coordinaciones con centros de salud, solicitar controles médicos, realizar

acompañamientos a controles médicos, se realizan talleres educativos, prevención en cuanto a la higiene, seguimiento en cuanto tener vacunas vigentes, etc.

Estas acciones que se efectúan se pueden realizar porque el centro 25 de mayo cuenta con un reglamento de convivencia el cual se le entrega a cada beneficiario cuando ingresa permanente el cual detalla normas a cumplir. Si bien esas normas son necesarias para lograr una mejor convivencia, también se puede visualizar en las entrevistas acciones que se aplican cuando no se cumplen; observándose claramente procesos de disciplinamiento que aplican los trabajadores del centro 25 de mayo.

Considere importante utilizar el concepto de Michael Foucault debiopolítica o biopoder, donde se pone énfasis en controlar la vida, de hacerla crecer, organizarla y optimizarla. Así en el centro se puede discernir claramente se ejerce un control sobre las personas por el solo hecho de estar institucionalizadas y tener que cumplir con reglamentos que está instaurado, y que en el caso extremo si no se cumplen hay una sanción. Ejerciendo un control sobre cada beneficiario en el ámbito de la salud, como también en todas las dimensiones trabajadas con cada beneficiario.

Según lo que plantean los entrevistados la sobrecarga de trabajo, el exceso de demanda, determina que el tiempo disponible para cada beneficiario sea escaso, siendo difícil establecer las verdaderas necesidades y o causas de su problema, y de conocer las posibilidades de autocuidado. Traduciéndose prioritariamente a la prescripción de medicamentos y en controles médicos fomentando la medicalización. La sobrecarga de trabajo es una forma esgrimida para no realizar algunas actividades y justificar la forma de realización de otras.

Se observa como urgente una reflexión colectiva del equipo sobre hacia donde los conduce la ruta trazada, en la forma de trabajo de los integrantes del equipo 25 de mayo, las consecuencias de medicalizar la vida, y sobre, que lineamientos utilizar los distintos actores implicados para

reconducir dicha situación, dado que se puede observar que la medicina penetra en los más recónditos espacios de la sociedad expandiéndose y penetrándose en todo el tejido social.

En el momento actual el derecho a la salud se está convirtiendo en un peligroso objeto de consumo y no se está lejos de un horizonte indeseable en el que la sociedad viva de manera insana por su desmedida preocupación por la salud. Existiendo una dependencia de la medicina que incapacita a las personas para cuidarse a sí mismas, y una disminución de la tolerancia al sufrimiento y al malestar. Considero importante que el equipo pueda reflexionar en torno al derecho a la salud, y al derecho que tiene cada persona para poder elegir de forma autónoma y libremente según su voluntad.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar, L. (1992): “La hechura de la políticas”. Miguel A. Porrúa Editores, México.
- Abraham, A. (2002), “La población en situación de calle”. Trabajo Social Nero. 26.
- Bentura, Celmira: La sutil y aparente “ingenuidad” del concepto de riesgo en el campo de la salud. En : Revista Fronteras N° 5.
- Borrás, V. Casotti, A. González, C. Sáenz, V. (2012). Investigación social aplicada: El caso del programa de atención a la situación de calle. p. 1. DINEM - MIDES. Recuperado de: <http://www.sociologia.com.uy/2013/trabajos/176.pdf>.
- Chouhy, G. (2006): Personas en situación de calle o sin techo: privaciones diferenciales y trayectorias. Monografía final de grado, FCS, Udelar, Montevideo.
- Castel, R. 1986: De la peligrosidad al riesgo. Marial de Sociología crítica. Ed. De la Piqueta.
- Ciapessoni, F. (2013): “Recorridos y desplazamientos de personas que habitan refugios nocturnos”. Tesis de maestría en Sociología, FCS, Udelar, Montevideo.
- Ciapessoni, F (2009): Ajustes y desajustes: debates conceptuales sobre las poblaciones sin domicilio. En: El Uruguay desde la Sociología VII. Depto de Sociología- FCS, Udelar.
- Foucault, Michel. 1999. Nacimiento de la medicina social. En: Estrategias del poder. Ed. Paidós. España.
- Foucault, Michel. 1999. “Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina”. En: Estrategias de Poder . Ed. PaidosEspana.
- Foucault, Michel. (2008): Vigilar y castigar. Nacimiento de la prision. Ed. Siglo XXI Editoras Argentinas S.A.

- OMS “Salud y derechos humanos” - <http://www.who.int/es>.
- DECLARACIÓN DE ALMA-ATA DE 1978. Salud para todos.
- Giorgi, V. (2004). “De “Sujeto Sometido” a “Sujeto de Derecho””. Educación social y políticas públicas. Recuperado de: www.inau.gub.uy/biblioteca/sujetogiorgi.pdf
- Ley N° 17.866 Creación del Ministerio de Desarrollo Social.
- Medina, M. (2017.). *Protección social en salud : el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay*. EN: Fronteras n.10, pp. 115-128.
- Míguez, M. N. (2014) *Metodologías de investigación desde la razón dialéctica*. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social - RELMIS. N°7. Año 4. Abril-Septiembre 2014. Argentina: Estudios Sociológicos Editora.
- Ministerio de Desarrollo Social. Protocolo de atención en calle 2018.
- Mitjavila, M. El saber médico y la medicalización del espacio social. Depto de Sociología, F.C.S. doc 33.
- Mitjavila, M. El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad. Revista de Ciencias Sociales N° 15.
- Mitjavila, M. M. 1999” e O risco as estrategias de medicalización do espacio social: Medicina Familiar no Uruguay 1985-1994
- Ortega Cerchiaro, E. (2003.). *El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.
- Ortega, E. (2008) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad*

uruguay en el periodo neobatlista. Montevideo: Trilce.