

Papel emergente de la Psicología en Organizaciones Sanitarias en Uruguay

*Estudio de las prácticas psicológicas en el mutualismo montevideano a
partir de las nuevas prestaciones en salud mental*

Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Social

Autor: Emiliano Escudero

Director de Tesis: Prof. Adj. Dr. Eduardo Álvarez Pedrosian

Director Académico: Prof. Agdo. Lic. Tommy Wittke

Agosto de 2015

Montevideo, Uruguay

Resumen

El estudio realiza una revisión crítica de las prácticas psicológicas en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo a partir de ejecución del Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental. Desde la perspectiva de los actores involucrados se explora el proceso de implementación, las características de las prácticas y el papel que asume la psicología en el campo de la salud y en la sociedad. Se realizaron 20 entrevistas a psicólogos, psiquiatras, personal clásico del campo de la salud e informantes calificados. De los nudos problemáticos identificados se destacan prácticas de gestión que imposibilitan un cambio de modelo de atención, servicios desbordados por una demanda masiva en salud mental, acotadas interacciones interdisciplinarias. Los límites de las prestaciones y el control administrativo de los procesos dificultan el abordaje del malestar del usuario, propiciando la creación de estrategias para superar estos límites. Las modalidades grupales se presentan como el futuro del mutualismo aunque son considerados como menos productivas que los abordajes individuales. Una de las tareas que se esboza para la psicología es la reformulación de la posición dependiente y demandante del usuario de salud al implicarlo en su malestar, descomprimiendo la saturación de otros espacios de los servicios de salud. Al mismo tiempo se identifica un efecto de psicologización de sectores de la población ajenos previamente a las prácticas psicológicas. Se tiende a asimilar las prácticas psicológicas a las prácticas médicas, con el riesgo de reducir la salud mental a una parte más en las que se divide el cuerpo desde la mirada médica. Se espera que el estudio propicie procesos de discusión desde la psicología, en tanto la diagramación de sus prácticas responde a necesidades organizacionales y gubernamentales que despiertan una vivencia de ajenidad en los psicólogos con relación a los criterios establecidos.

Palabras clave: Práctica Psicológica, Organización Sanitaria, Producción de Subjetividad.

Abstract

The study makes a critical review of psychological practices in the Institutions of Assistance Medical Collective of Montevideo since executing the Plan of Implementation of Mental Health benefits. From the perspective of the actors involved, the implementation process, the characteristics of practices and the role psychology assumes in the field of health and society is explored. 20 interviews were made with psychologists, psychiatrists, classic personal of health field and qualified informants. Of the identified problematic nodes stand management practices that prevent a change of care model, services overwhelmed by a massive demand in mental health, delimited interdisciplinary interactions. The limits of the benefits and management control of the processes hinder the approach of the user discomfort, leading to the creation of strategies to overcome these limits. The group modalities are presented as the future of mutuality but are considered less productive than individual approaches. One of the tasks outlined for psychology is the reformulation of the dependent position and demanding user of health, by implicate him in his distress, decompressing the saturation of other areas of health services. At the same time an effect of psychologizing population sectors previously outside psychological practices is identified. It tends to assimilate psychological practices to medical practices, with the risk of reducing mental health to a part in which it divides the body from the medical gaze. It is expected that the study fosters discussion processes by psychology, while the layout of their practices responds to organizational and government needs that arouse an experience of strangeness in psychologists regarding the criteria.

Keywords: Psychological practice, Health Organization, production of subjectivity.

Agradecimientos:

A Eduardo por tutorear el trabajo, por la confianza en mi estilo, y por mostrarme modos de habitar la Academia en los cuales se pueda sostener un pensamiento interesante.

A Tommy por la dirección académica del trabajo, compartiendo el dictado de cursos, coordinando el programa que integramos, y debatiendo directamente sobre el contenido de la Tesis.

A quienes participaron del estudio, transmitiendo generosamente sus experiencias y asumiendo el desafío de ejercer una crítica.

A la Comisión Académica de Posgrados por la beca.

A los compañer@/x/os/as del Programa de Psicología de las Organizaciones y el Trabajo y del Instituto de Psicología Social.

A los compañeros del Centro Félix Guattari, de la Escuela Freudiana de Psicoanálisis y de Espacio Lacaniano, por los años de estudio compartidos.

A mi familia y amigos, salú!

Índice

| | |
|---|-----------|
| <i>Resumen</i> | 2 |
| <i>Abstract</i> | 3 |
| <i>Índice</i> | 5 |
| <i>Índice de Tablas</i> | 7 |
| <i>Siglas</i> | 7 |
| Capítulo 1- Introducción | 8 |
| 1.a- <i>Presentación del Problema</i> | 8 |
| 1.b- <i>Objetivos</i> | 10 |
| 1.c- <i>Antecedentes y presentación del Plan.</i> | 11 |
| 1.c.I- <i>Psicología y Psicólogos en el campo de la salud</i> | 11 |
| 1.c.II- <i>Características del Plan</i> | 13 |
| 1.c.III- <i>Información disponible sobre la implementación del Plan</i> | 17 |
| Capítulo 2- Marco teórico | 22 |
| 2.a- <i>Caja de herramientas para pensar el Papel Emergente de la Psicología.</i> | 22 |
| 2.b- <i>Subjetividad y Sujetos</i> | 27 |
| 2.c- <i>Campo de la salud</i> | 30 |
| Capítulo 3- Metodología | 36 |
| 3.a- <i>Perspectiva metodológica</i> | 36 |
| 3.b- <i>Trabajo de Campo</i> | 39 |
| 3.c- <i>Análisis y presentación de resultados</i> | 40 |
| Capítulo 4- Implementación del Plan | 42 |
| 4.a- <i>Problemas inerciales de Gestión Sanitaria</i> | 42 |
| 4.b- <i>Demanda masiva en Salud mental</i> | 47 |

| | |
|--|------------|
| 4.c- Ajustes a nivel de los Servicios de Salud _____ | 50 |
| 4.d- Diálogos entre Psicología y Psiquiatría a partir del plan _____ | 59 |
| Capítulo 5- Prácticas Psicológicas _____ | 64 |
| 5.a- Recepción, priorización, derivación y difusión en los Comités _____ | 65 |
| 5.b- Atención Psicoterapéutica masiva _____ | 70 |
| 5.b.I- Gestión de los tiempos psíquicos. Aión y Cronos _____ | 72 |
| 5.b.II- Gestión de la Demanda y la Relación Psicoterapeuta-Paciente _____ | 74 |
| 5.b.III- Gestión de información psicológica _____ | 79 |
| 5.c- Grupos: lo nuevo _____ | 83 |
| 5.d- Estrategias en los Límites del Plan y sus Organizaciones _____ | 87 |
| 5.d.I- Con población no objetivo _____ | 88 |
| 5.d.II- Con población objetivo _____ | 91 |
| 5.d.III- Pensar con otros _____ | 96 |
| Capítulo 6- Papel emergente de la Psicología _____ | 100 |
| 6.a- El problema de las posiciones subjetivas en la transformación de modelo del campo de la salud _____ | 100 |
| 6.b- Incorporación cautelosa de la Psicología _____ | 109 |
| 6.c- Singularización del Poblador Objetivo _____ | 113 |
| 6.d- Efecto multiplicador _____ | 116 |
| Capítulo 7- Consideraciones finales _____ | 125 |
| Referencias _____ | 131 |

Índice de Tablas

*Tabla 1.a- Prestaciones en Salud Mental para Niños/as y Adolescentes*_____ 15

*Tabla 1.b- Prestaciones en Salud Mental para Adultos*_____ 16

Siglas

SNIS- Sistema Nacional Integrado de Salud

PIPSM- Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental

PNSM- Programa Nacional de Salud Mental

ASSE- Administración de los Servicios de Salud del Estado

IAMC- Institución de Asistencia Médica Colectiva

CPU- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

IAE- Intento de Autoeliminación

Capítulo 1- Introducción

1.a- Presentación del Problema

El estudio realiza una revisión crítica de las prácticas psicológicas que se desarrollan en las organizaciones sanitarias del sector de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a partir del 2011 con la puesta en marcha del Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental (PIPSM) elaborado por el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública (MSP). La aparición del PIPSM marca un punto de inflexión en el relacionamiento histórico de la Psicología con el campo de la Salud en Uruguay, del cual es escasa la información disponible.

La tesis propone un estudio que se enfoca en la actualidad de las prácticas psicológicas. Desde la perspectiva de los actores involucrados se explora el proceso de implementación, las características de las prácticas y el papel que asume la psicología en el campo de la salud y en la sociedad a partir de estas prácticas. El enfoque incluye una comprensión cualitativa de las condiciones y tensiones en que se desarrollan las prácticas, como también un intento de problematizar cómo funciona la psicología en los procesos de producción de subjetividad a partir de las experiencias que se rastrean.

El sistema de atención a la salud se encuentra desde el 2005 en proceso de transformación con la implementación del SNIS. En este marco las IAMC en tanto efectoras del SNIS para permanecer en el sistema debieron incorporar a su estructura una serie de prestaciones en las cuales la Psicología posee un rol significativo. Esta situación precipita una serie de movimientos a nivel de las Organizaciones Sanitarias, tanto en readjudicación de tareas a los Psicólogos que desempeñaban su práctica en las mismas como aceleración de la incorporación de Psicólogos para cubrir la demanda que las prestaciones abren.

La Psicología en este escenario afronta un proceso de organización del trabajo materializado en políticas de gestión. Además de atravesar el proceso de gestión, la Psicología se despliega en un terreno donde el saber médico posee históricamente un peso determinante. En este encuentro con el campo médico se ponen en juego los fenómenos de medicalización de la sociedad y la

salud, mercantilización de la salud, la legitimación del poder médico en las relaciones que sostienen los integrantes de la organización.

Este doble encuentro, con la organización del trabajo y con el campo médico, da lugar a la emergencia de un papel de la Psicología singular a esas condiciones específicas de producción sostenido en los sentidos que los actores construyen a partir de su experiencia.

Al visualizar este escenario se formulan las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo han sido los procesos organizacionales en la puesta en marcha del plan?
- ¿Qué singularidades adquieren las prácticas psicológicas en esta modalidad de organización del trabajo?
- ¿Qué papel adquiere la psicología en estas condiciones de producción? O ¿Cómo funciona la psicología en los procesos de producción de subjetividad que acontecen en los dispositivos del campo de la salud a partir de la implementación de las nuevas prestaciones?

1.b- Objetivos

Objetivos Generales

1. Contribuir a la comprensión y problematización del papel emergente de la Psicología en las Organizaciones Sanitarias desde la perspectiva de actores involucrados en la ejecución de las nuevas prestaciones determinadas en el PNSM.
2. Conocer las fortalezas y las tensiones del proceso de implementación del PNSM experimentadas por los actores involucrados en la ejecución de las nuevas prestaciones en IAMC

Objetivos específicos

1. Conocer los procesos de ajuste de diseño implementados por los servicios de salud desde la experiencia de los actores
2. Indagar las posibilidades y desafíos que encuentran los psicólogos en sus prácticas
3. Comprender los sentidos que los actores construyen sobre el papel de la Psicología en las Organizaciones Sanitarias.

1.c- Antecedentes y presentación del Plan.

1.c.I- Psicología y Psicólogos en el campo de la salud

Diversos estudios describen dificultades para la práctica psicológica en Organizaciones Sanitarias; baja claridad en el rol, respuestas con exigencia de brevedad atravesadas por la lógica de consumo y sin posibilidad de involucrarse en el malestar del paciente, pacientes medicalizados que también exigen lo breve, imposibilidad de expresar opiniones en los equipos de trabajo, tensiones emergentes de las diferencias de paradigmas de los profesionales, asunción de un saber moral que opera desde una lógica policial, respuestas que acentúan la dependencia de los pacientes, baja comunicación entre psicólogos dificultando la capitalización de experiencias, e incluso una actitud conformista en muchos psicólogos ante estas dificultades (Alcántara, 2006; Rodríguez, 2010; Meurer, Aguiar, 2011)

En Chile Rodríguez (2010) publica su trabajo “Complicada e implicada: analizando los 'pliegues' de la práctica profesional de una psicóloga en una institución hospitalaria” Estudia a partir del análisis de su práctica en una organización sanitaria los obstáculos que se le presentan a un psicólogo para el desempeño de sus tareas. De sus resultados se destaca la poca claridad que tienen los psicólogos sobre su rol, y en tanto es un rol otorgado por los otros profesionales, apunta la necesidad de que ellos también sepan qué hace un psicólogo para ajustar los requerimientos que le realizan. El trabajo en equipo en salud mental presenta dificultades,

“no se puede expresar abiertamente una opinión disidente en cuanto a la dirección de la cura (Si es que podemos hablar realmente de cura) no se tiene incidencia real en las decisiones de los tratamientos indicados, no se puede pensar en profundidad los casos...hay que asumirse como ejecutor de órdenes o de lo contrario, creativamente, hacerse un espacio donde no existe, como en el caso del pasillo, e inventar estrategias sobre la marcha para nadar contra la corriente institucional.” (Rodríguez, 2010, p. 57-58)

Encuentra que las lógicas organizacionales y las jerarquías en juego “*fuerzan al psicólogo a actuar desde una lógica de control policial...actuando a favor de la resistencia de los pacientes de*

cambiar.” (Rodríguez, 2010, p. 58) acentuando la dependencia y asumiendo un saber moral sobre el otro, lo cual sería una fuente de estrés y frustración para el psicólogo. Señala la dificultad para abordar situaciones de crisis desde un espacio de escucha que no imponga una solución rápida. Plantea la importancia de generar espacios para hablar sobre las prácticas en función de elaborar los altos niveles de angustia con los cuales se trabaja.

Meurer y Aguiar (2011) realizan una investigación que titulan “A Clínica Psicoanalítica na Saúde Pública: Desafíos e Possibilidades”. Estudian la viabilidad de la práctica psicoanalítica en la salud pública y en particular a partir de la hegemonía de la medicina es estos espacios. Se arriba a la idea de que la lógica del consumo imprime a las prácticas una exigencia de resolución rápida que no deja tiempo para “*involucrarse con su malestar, buscar sus causas, la construcción de nuevas formas de lidiar con ello, asumir la responsabilidad.*” (Meurer, Aguiar, 2011, p. 48) El paciente debe adaptarse, someterse al tratamiento, suprimir sus síntomas y estar sin conflicto ni sufrimiento, a lo cual el psicoanálisis resiste en tanto sostiene “*la imposibilidad de erradicar el sufrimiento, y apostar por la singularidad del sujeto en lugar de la robotización de los individuos.*” (Meurer, Aguiar, 2011, p. 48) Plantean que en el trabajo clínico del psicoanalista se atraviezan estos fenómenos, y que el usuario medicalizado demanda también lo breve y la erradicación de los síntomas. Concluyen que a pesar de las dificultades, la clínica psicoanalítica es viable y oficia como resistencia a las lógicas del discurso hegemónico en las instituciones de salud.

En Brasil también contamos con el antecedente de la tesis “A construção de um lugar para a psicologia em hospitais de Sergipe” (Alcántara, 2006) . En la misma se historiza la incorporación de la psicología en los hospitales de Brasil y particularmente en Sergipe. Se destaca, además de las tensiones emergente por diferencias de paradigmas en los profesionales en las instituciones de salud, la baja comunicación existente entre psicólogos, lo cual dificulta la capitalización de las experiencias, de los avances y los errores. También encuentra como dificultad una actitud conformista en muchos de los psicólogos entrevistados por ella.

Benavides (2005) en su artículo “A psicología e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces?” desarrolla una crítica a la separación entre clínica y política para analizar las estrategias de las políticas públicas y el papel de la psicología en ellas. Plantea que la psicología puede contribuir en el entrecruce de 3 principios para la construcción de políticas públicas en salud; el principio de inseparabilidad de lo subjetivo-clínico de la política, en el devenir autónomo de los sujetos y en la transversalización de saberes para los abordajes. (Benavides, 2005, p. 23)

Se toman como antecedentes también las propuestas de Bleger (1966) quien propone una psicohigiene donde las prácticas dejen la centralidad del Hospital y se desarrollen en las comunidades. Por otra parte Calatayud (1999) con sus propuesta de una Psicología de la Salud y Saforcada (2010) planteando una Psicología Sanitaria como posicionamientos posibles del psicólogo en el campo de la salud, alternativos a devenir una práctica anexada a la práctica médica.

1.c.II- Características del Plan

En Setiembre del 2011 se puso en marcha en Uruguay el “Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud” (PIPISM), elaborado por el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública (MSP). Dicho Plan se enmarca en un proceso de transformación general de las prestaciones de los servicios de Salud inaugurado por la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

En el Plan se enfatiza que la salud mental es un componente imprescindible de la salud integral, historizando las inequidades y prejuicios que la han atravesado. Desde la comprensión del enfermar como un fenómeno social y no sólo individual, se aspira que estas prestaciones en Salud Mental repercutan en la persona, pero también en la familia, la sociedad y el resto del sistema de salud. La dimensión económica sobreviene a las fundamentaciones, desde la perspectiva de que el *“promover actitudes saludables, de responsabilidad y compromiso en los diferentes ámbitos” genera un ahorro del gasto y descomprime “los requerimientos en otros niveles de atención que resultan muy onerosos”* (MSP, 2011, p. 6). En este marco, la atención psicológica es planteada como un derecho que debe integrarse a las prestaciones universales de salud.

Para el SNIS la inclusión de las prestaciones implica:

“1. Abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con las especificidades correspondientes a la niñez y adolescencia y por otra parte al adulto, incluyendo los aspectos instrumentales, psicológicos y sociales. 2. Que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud. 3. Priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables. 4. Actuar sobre aquellas situaciones más frecuentes para contribuir a facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes. 5. Poner el acento en

aquellos motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia cuya atención puede actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia y/o muerte prematura. 6. Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.” (MSP, 2011, p. 8)

Se priorizan como líneas de acción la *Promoción de Salud*, la *Prevención primaria de trastornos mentales* y el tratamiento de *usuarios con Enfermedad Mental y su Rehabilitación Psicosocial*. Las prestaciones se distinguen en 3 modos de abordaje y además se divide las prestaciones para niños y adolescentes por una parte y para adultos y jóvenes por otra. El modo 1 refiere a atención grupal, gratuito y con límite en 16 sesiones anuales (12 en niños y adolescentes), el modo 2 brinda atención individual, de pareja, familia o grupal hasta 48 sesiones anuales (24 en niños y adolescentes) con un copago preestablecido; mientras que el modo 3 es similar al modo 2 pero con un copago menor, siendo posible además en este modo una renovación de hasta 144 sesiones. Se establecen para cada modo poblaciones objetivo (Ver Tabla 1.a y 1.b)

Se implementa la creación de un Comité de Recepción, el cual

“a) Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo. b) Podrá indicar la prestación del Modo o la derivación que considere pertinente. c) Deberá evaluar y resolver el reingreso o la renovación de la prestación en los casos correspondientes. d) Generará instancias de intercambio, seguimiento y otras vinculadas a la tarea.”(MSP, 2011, p. 25)

En relación a los técnicos, se estipula que:

“a) En todos los casos los títulos deberán estar debidamente registrados y habilitados por el MSP. b) En un plazo no mayor a 5 años todos los técnicos deberán tener una formación específica y documentada, relativa al campo temático en el que intervengan. c) Se propiciará que los técnicos que conforman los equipos de trabajo, mantengan reuniones periódicas en lo atinente a las tareas. d) Deberán realizar coordinaciones con otros técnicos que pudieran estar a cargo de la atención de los usuarios especialmente en el área de la Salud Mental.” (MSP, 2011, p. 24)

Sobre los usuarios de los servicios se establecen una serie de normas sobre asistencia y especialmente inasistencias, estableciendo los mecanismos por los cuales perderían el derecho a la atención.

Tabla 1.a- Prestaciones en Salud Mental para Niños y Adolescentes.

| | Modo 1 | Modo 2 | Modo 3 |
|-----------------------------|---|---|---|
| Objetivo | Realizar intervenciones grupales, o grupos talleres | Brindar atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia | Proporcionar atención psicoterapéutica individual y/o grupal |
| Población objetivo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Padres (o familiares) con hijos en edad pre-escolar, escolar y adolescente (grupos-talleres de orientación en desarrollo y crianza). 2. Padres (o familiares o referentes afectivos) con hijos con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista. 3. Adolescentes (Espacios de intercambio). 4. Embarazadas primerizas. 5. Puérperas primerizas y/o pareja parental primeriza. 6. Madres dentro del primer año postparto con indicios de depresión. 7. Educadores y cuidadores de niños de la primera infancia (Grupos-talleres de orientación). 8. Niños con dificultades en la inserción escolar. 9. Niños con indicación de intervenciones quirúrgicas (psico-profilaxis quirúrgica). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Madres deprimidas en el primer año de vida del niño. 2. Niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje. 3. Niños y adolescentes con problemas situacionales y/o adaptativos: situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano o referente afectivo, separación de los padres, migración, dificultades de relación con pares, portadores de enfermedades orgánicas crónicas e hijos de personas con enfermedades mentales severas y/o adicciones. 4. Niños que tengan una intervención quirúrgica de alta complejidad. 5. Niños y adolescentes con IAE. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades de aprendizaje específicas no resueltas en el Modo anterior. 2. Situaciones de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar no resueltas en otros niveles del sistema de salud. 3. Discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista. 4. Consumo problemático de sustancias psicoactivas (cocaína y pasta base de cocaína) 5. Trastornos disruptivos. 6. Trastornos del humor. 7. Trastornos de ansiedad. |
| Cantidad de sesiones | 12 | 24 | 48-144 |
| Costo | Gratis | Copago | Copago |

Tabla 1 b- Prestaciones en Salud Mental para Adultos

| Adultos | Modo 1 | Modo 2 | Modo 3 |
|-----------------------------|---|--|--|
| Objetivo | Realizar intervenciones grupales | Brindar atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal | Proporcionar atención individual y/o grupal |
| Población objetivo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Familiares o referentes afectivos de personas con Uso Problemático de Sustancias (cocaína, pasta base de cocaína). 2. Familiares de usuarios que tengan diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave (F20 o F31 respectivamente según la clasificación CIE 10) 3. Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana). 4. Usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año. 5. Personas en situación de violencia doméstica. 6. Docentes de enseñanza primaria que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral. 7. Docentes de enseñanza secundaria y técnica que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral. 8. Personal de la salud, que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Usuarios con IAE. 2. -Usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive y, -Docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF), docentes de enseñanza secundaria y técnica y trabajadores de la salud | <ol style="list-style-type: none"> 1. Usuarios con Consumo Problemático de Sustancias: cocaína, pasta base de cocaína. 2. Usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP). Comprende a portadores de Psicosis Esquizofrénica y Trastorno Bipolar (F20 y F31). |
| Cantidad de sesiones | 16 | 48 | 48-144 |
| Costo | Gratis | Copago | Copago |

1.c.III- Información disponible sobre la implementación del Plan

El Programa Nacional de Salud Mental ha presentado resultados y evaluaciones del Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en las cuales se observa un crecimiento sostenido en la cantidad de beneficiarios de la atención, pasando de 5352 beneficiarios en mayo de 2012 a 8997 en mayo de 2014 (PNSM, 2014). Se destacan como fortalezas el compromiso de equipos de gestión y referentes, la búsqueda de estrategias creativas para resolver problemas, atención a poblaciones no priorizadas por el plan (PNSM, 2013). Como debilidades se señalan dificultades para conformar grupos en todos los modos debido a los modelos de los técnicos, la falta de recursos humanos capacitados, la demanda del usuario y la confidencialidad especialmente en el interior del país. Se indican también como dificultades los criterios en el registro de las prestaciones, falta de recursos humanos para gestión o atención, abandonos o inasistencias de los usuarios y baja difusión del plan, entre otros (PNSM, 2013) Se plantean como desafíos *“Asegurar la Universalidad de la cobertura asistencial; Continuar trabajando por la Equidad en el Sistema; Facilitar el Acceso a los servicios; Mejorar la oferta asistencial, incorporar más problemáticas de salud a las prestaciones; Mejorar la Calidad de la Asistencia con acciones específicas tendientes al Control de calidad: Fiscalización y Evaluación de Resultados; Fomentar la Complementación de servicios; Fortalecer el trabajo intersectorial, la participación de actores sociales, la capacitación de los Recursos Humanos, el trabajo comunitario y en territorio”* (PNSM, 2014) En cuanto a la capacitación de RRHH en la presentación del 2013 se especificaba que apuntaría a intervenciones breves y trabajo en grupo (PNSM, 2013)

En paralelo al Plan de implementación de prestaciones en salud mental se instrumenta un Plan nacional de prevención para el Suicidio para Uruguay 2011-2015 (MSP) elaborado por una comisión honoraria con integración de varios Ministerios y la UdelaR. Este Plan de prevención para el Suicidio involucra a las prestaciones en Salud Mental, propiciando una serie de ajustes para dar un lugar prioritario a la atención y seguimiento de los IAE.

La aparición del Plan suscitó apreciaciones diversas de distintos actores. La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU), quienes adoptan un apoyo crítico al Plan, señalan en un comunicado sobre la situación de las prestaciones ciertas dificultades en la implementación: *“alta deserción de pacientes, problemas en la derivación, resistencia a las modalidades grupales, necesidad de definir claramente el concepto de IAE, integración del alcoholismo como patología adictiva, delimitación del concepto de trastorno mental severo y persistente, etc.”* (Sibils, 2012, p. 2)

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad de la República se han planteado diferencias en relación al Plan, en tanto las prestaciones:

“están fuertemente individualizadas. En su momento, le hicimos saber al Ministerio de Salud Pública que nos parecía que estábamos perdiendo la oportunidad de propiciar intervenciones psicológicas grupales en el ámbito educativo, en equipos de trabajo, a nivel de empresas públicas y privadas. Obviamente que eso implica asumir otras complejidades, pero nos parece que hay una dimensión social, grupal, que el SNIS debería considerar. La salud, en algunos aspectos ha desarrollado una concepción comunitaria, grupal o de determinantes más allá del sujeto y, en las prestaciones, suele tender a propiciar un abordaje individualizado. Obviamente, hay momentos en que el abordaje debe estar centrado en aspectos del sujeto, pero creo que tiene que poder dialogar con otro tipo de intervenciones. Me parece que ahí hay una potencia que el SNIS no está sabiendo utilizar suficientemente” (Leopold, 2013)

La Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) realiza una fuerte crítica al Plan tanto por la reducción de las prácticas psicológicas en salud mental a su modalidad psicoterapéutica, señalando que no es posible saber de antemano si la atención generará efectos psicoterapéuticos o de otra clase, así como la utilización de criterios medicalizados en la descripción y categorización de los malestares subjetivos así como la prescripción del procedimiento para su resolución (CPU, 2011). Señalan que el cuerpo subjetivo no puede ser abordado desde las categorías médicas, en tanto el diagnóstico y la prescripción del tratamiento dificultan que el sujeto que padece se apropie de su proceso de salud-enfermedad, generando un:

“Sujeto pasivo, ‘paciente’, más proclive a reproducir en automático criterios médicos....Las prácticas psicológicas que propone el Ministerio están densamente estructuradas con procedimientos y mecanismos que tienden a expropiar el poder de las personas para producir su restablecimiento, curación o mejoría” (CPU, 2011, p.11)

Esmoris (2011) en una nota periodística recoge las críticas realizadas por la CPU e incluye consideraciones del MSP sobre las mismas. Citan al entonces Director del Programa Nacional de Salud Mental, Hebert Tenenbaum, quien señaló que en 100 años las mutualistas *“nunca hicieron nada porque no les interesa la salud mental. Entonces, una vez que el gobierno las obliga a hacer algo, hay un gremio de psicólogos que tendría que estar protegiendo a la población y en vez de eso se pone piedras en el camino”* (Tenenbaum, 2011, citado por Esmoris, 2011, p. 4) Se aprecia

que las críticas fueron desestimadas desde el Ministerio de Salud Pública del Uruguay por considerarlas un reclamo corporativo que atenta a la posibilidad de atención en salud mental a sectores postergados de la sociedad. Esta desestimación conduce a la exclusión de los criterios técnicos que sustentan las críticas, como se aprecia en la respuesta a la crítica sobre los criterios medicalizados del Plan: *“los médicos también atienden a la población y le salvan la vida. ¿Desde cuándo ser médico es una mala palabra?”* (Tenenbaum, 2011, citado por Esmoris, 2011, p. 4)

Desde el Centro Felix Guattari (2011) se entiende que la definición de población objetivo, el monitoreo de las prácticas y la realización de estudios epidemiológicos constituyen los principales puntos que sostienen la concepción del Plan de atención a la salud mental. Se advierte el riesgo de que las prácticas psicológicas en estas condiciones devengan un instrumento de control social, partes de estrategias de gobierno en las formas del capitalismo actual, ilustrando este posible camino al interrogar si *“¿se exigirá en un futuro mediato el diagnóstico psicológico a los ciudadanos que tengan el carné de salud?”* (Centro Félix Guattari, 2011) En el mismo sentido considera que nombrar como Salud Mental y no, por ejemplo, vida subjetiva indica una concepción propia del saber médico delimitando el campo de posibilidades de las prácticas psicológicas donde:

“Las clasificaciones, y aún más la prioridades parecen ser concisas, claras, no dejando espacio para situaciones que por su complejidad, sean inclasificables. El entramado de los ítems del plan nos deja sin mucha alternativa que abra algún tipo de problematicidad sino más bien parece llevar al lector a quedar en una obediencia a un plan que se debe cumplir como parte de una estrategia que pretende generar la ilusión de algo colmado.” (Centro Félix Guattari, 2011)

Cwaigenbaum y Hoffnung (2013) señalan que el trabajo del psicólogo en IAMC implica tomar en cuenta el despliegue de las múltiples transferencias que establece el paciente con los distintos actores y con el servicio en sí:

“Hay un tercero en el contrato, al cual no estamos acostumbrados en la práctica privada...Es más estamos hablando de usuarios y no de pacientes. Esta definición implica que el paciente siente que tiene un derecho que puede reclamar, que el pago de los honorarios queda en manos de un intermediario, que el deseo real de análisis muchas veces no tenga la fuerza necesaria como para poder hacer un proceso aun breve como está previsto...al ser una institución de salud, mucha gente consulta por la urgencia...pero

no tiene después real deseo de tratamiento a posteriori (Cwaigenbaum y Hoffnung, 2013, 43)

Observan que el propio terapeuta establece relaciones transferenciales con el servicio y podrían entorpecer el trabajo psicoterapéutico, depositando *“en la institución sus propias demandas regresivas de protección y cuidados.”* (Cwaigenbaum y Hoffnung, 2013, 44)

Un antecedente de investigación muy importante, el cual surge durante el trabajo de campo del presente estudio lo constituye la tesis doctoral de Beatriz Fernández Castrillo (2014) donde realiza un estudio del proceso de implementación del Plan en el período 2012-2013 como parte de nuevas políticas en Salud Mental en el Uruguay. Ubica a la Salud Mental como parte de los Derechos Humanos y en un sentido integral de salud, considerando que el Plan se perfila a la transformación social, disminuyendo las desigualdades en accesibilidad y *fomentando “el bienestar por mediación de vínculos saludables del sujeto consigo mismo, con los demás y con el espacio material y de convivencia social que lo contiene”* (Fernández, 2014, sección Conclusiones) Esta orientación es matizada al considerar el alcance de sus propósitos, en tanto:

“no es una ley de Salud Mental ni se trata de una reforma del sector psiquiátrico. El sistema de atención preexistente ha quedado intacto y el decreto 305/011 solo obliga a adicionar una serie de prestaciones básicas de prevención y cuidados en Salud Mental en el primer nivel de atención. El proceso de revisión política y de gestión en la atención a la Salud Mental en el Uruguay, no constituiría en sí mismo un proceso de reforma de la matriz de bienestar sino que sería una reorientación de las políticas, dado que el sistema precedente ha quedado intacto” (Fernández, 2014, sección Conclusiones)

No obstante la autora entiende que a pesar de estas limitaciones lo más probable es que no se retorne a las viejas modalidades de atención, en tanto se ha alcanzado un consenso por parte de todos los actores de que la salud mental compromete los Derechos Humanos. Su estudio incluyó tanto los servicios de ASSE como las IAMC, señalando que no ha dado resultados la complementariedad público privada que requiere la estrategia del Plan. A nivel de ASSE destaca que se han creado Unidades de Salud Mental en todos los efectores del país, designando coordinadores de servicio y referentes de temáticas específicas, generado abordajes grupales y dispositivos de rehabilitación. Señala que las IAMC en general se han restringido a cumplir estrictamente con las mínimas prestaciones exigidas:

“El problema es que la lógica de gestión de las mutualistas desde hace un par de décadas se traslada de los principios de organización sin fines de lucro a la lógica empresarial de minimizar gastos e incrementar el capital. Entendemos que esto conspira contra la “vocalización reformista” de las nuevas políticas, ya que estas instituciones, al parecer pretenden seguir sosteniendo esta última ecuación, cumpliendo mínimamente con los requerimientos exigidos por el PIPSM-SNIS en la medida que este fuera capaz de sanear sus estados contables.” (Fernández, 2014, sección Conclusiones)

Considera que una insuficiente formación en planificación estratégica en los servicios de salud en el primer nivel de atención constituye un riesgo para la reproducción del modelo médico hospitalario o de la práctica privada de consultorio. En este sentido indica que los informes de evaluación de las prestaciones *“son de cuestionable calidad... presentan datos cuantitativos muchas veces contradictorios”* (Fernández, 2014, sección Conclusiones) Por lo cual sugiere generar mecanismos de evaluación que supere el *“control organizacional que burocratiza las prácticas y desarrollar una cultura de evaluación estratégica, de menor peso persecutorio que las contenidas en las planillas que deben completar las IAMC.”* (Fernández, 2014, sección Conclusiones)

Señala el impacto que estas reformas tienen en profesiones como la Psicología y Psiquiatría, donde el pasaje del ejercicio liberal de la profesión al desempeño en servicios de salud impone reglamentos y controles que constriñen las prácticas y propician cuestionamientos metodológicos, éticos y políticos. Advierte también que los intereses corporativos de estas profesiones pueden resistir a las transformaciones:

“Pareciera sobrentenderse, que el impacto de estas políticas se encuentra supeditado a las relaciones siempre tensas entre los distintos grupos de interés que disputan los beneficios derivados de los procesos de la mercantilización, que moviliza enormes réditos económicos sectoriales propios del capitalismo avanzado... [...]...El riesgo es, como se intenta mostrar en este estudio, que en el terreno de las prácticas, surjan procesos sociopolíticos que en la suspicacia, nos vuelvan a los agentes implicados, cómplices de un perverso modelo social, económico, político y ético que en lugar de “disminuir la brecha histórica de desigualdades sociales”, las profundice creando nuevos estamentos de una sociedad cada vez más fragmentada.” (Fernández, 2014, sección Conclusiones)

Capítulo 2- Marco teórico

2.a- Caja de herramientas para pensar el *Papel Emergente de la Psicología.*

La interrogante sobre el papel que adquiere la psicología en un contexto determinado remite a problematizar cómo funciona la psicología en los procesos de producción de subjetividad. Esta formulación enmarca al estudio en la Psicología Social, es decir “*una perspectiva de pensamiento crítico, un campo de saberes y prácticas sobre la producción de subjetividad*” (Brustin, Protesoni, 2002, p.52) La consideración de la Psicología Social como perspectiva y no como disciplina, lo cual aparece como característico de lo que se conoce como la tradición rioplatense en Psicología Social, sostiene la posibilidad de una producción de conocimiento donde convergen distintos desarrollos conceptuales sin edificar una disciplina. Esto implica que antes que delimitar un objeto discreto de estudio y extraer de él toda la verdad que esconde, pretensión del positivismo en la ciencia, se trabaja a partir de la formulación de problemas, de campos de problemas, donde las actividades de investigación permitirán producir niveles de visibilidad. La dirección del análisis se construye en las insistencias que el campo refleje y las problemáticas que lo atraviecen, lo cual implica pensar desde un criterio problemático (Fernández, 2007), es decir que:

“el problema no es una pregunta a resolver sino que los problemas persisten e insisten como singularidades que se despliegan en el campo...[por ello]... sus posibles desarrollos mantendrán como ejes preguntas abiertas que operan como recurrencias que en sus insistencias aspiran a delinear método” (Fernández, 2007, p.29)

Al pensar en campos de problemas los aportes conceptuales que se sistematizan en este apartado no constituyen teorías a validar o refutar, por el contrario operan como herramientas para pensar los problemas que las propias teorizaciones han hecho posible formular (Fernández, 2007) En este sentido se entiende el marco teórico más que como un territorio delimitado a-priori, como una caja de herramientas en el sentido foucaultiano. La noción de caja de herramientas constituye aquí la representación de un posicionamiento en la producción de conocimiento que

no opere disciplinado en el sentido de determinación jerárquica instituida de proposiciones. Según Fernández, la caja de herramientas permite *desmontar las teorías evitando su cristalización en cuerpos de doctrinas; abrir visibilidad y consiguiente enunciabilidad, permitiendo nuevas teorizaciones; pensar problemas y no instituir sistemas, pensar sin anular los aportes unidisciplinarios pero relativizando los efectos de verdad que éstos suelen instituir, y recuperar la potencia enunciativa de nociones teóricas que la certeza de sus sentidos comunes disciplinarios pudiera haber erosionado* (Fernández, 2007, p.33-34)

Para lograr en este estudio trabajar en campo de problemas no se parte de, ni se llega a, una definición de qué es la Psicología. Es decir, para este estudio, psicología es aquello sobre lo cual recae el nombre, toda práctica nombrada como psicológica será aquí considerada como siéndolo. Por lo tanto se hablará de Psicología aun cuando se trate de Psicoanálisis, Psicología Médica, Psicósomática, etc., estableciendo precisiones cuando resulte oportuno. La multiplicidad de sentidos que se construyen en torno a la Psicología permiten ubicar su papel emergente como campo de problemas.

La expresión *Papel emergente* sobre la cual se decide trabajar para organizar el análisis intenta ser una formulación que no reduzca la comprensión de la Psicología en las Organizaciones Sanitarias a su prescripción de tareas, así como no desconocer esta prescripción. La idea de *Papel* contiene al menos dos dimensiones diferenciables sólo con fines analíticos. Por una parte, incluye el *rol* que adquieren las prácticas psicológicas a nivel de las organizaciones de salud, de qué se ocupan, cómo lo realizan, en qué condiciones, qué interacciones se establecen con otros campos de saber, etc. Pero al mismo tiempo al hablar de papel de la Psicología se aspira a trazar líneas que permitan comprender y problematizar la o las *funciones sociales* más amplias, en tanto campo de saber que genere efectos de verdad modulando procesos sociales que exceden a la práctica en una prestación concreta.

Este papel es adjetivado como *emergente* en tanto se comprende que la implementación de las nuevas prestaciones inaugura un cambio significativo en los modos en que la psicología se ha vinculado con el campo de la salud y sus organizaciones, así como en la accesibilidad social al encuentro con Psicólogos para resolver diversas problemáticas. En este sentido las características que adquiere la Psicología, su papel, no pueden deducirse exhaustivamente de lo pautado, sino que operan produciendo sentidos tanto las condiciones concretas en que las prácticas se desarrollan como las estrategias inéditas que desarrollan los actores. La idea de emergente puede asimilarse al concepto que Pichón Riviere (2006) incorpora para comprender el proceso

grupal que se desarrolla a través de la Técnica Operativa de Grupos; en tanto el emergente constituye lo que se produce a partir de un cambio en el estado de cosas incorporando elementos implícitos al contenido explícito del grupo. La incorporación de las prestaciones en salud mental mediante la decisión Estatal de instituir esta política pública genera un cambio en el campo de relaciones que se compone por servicios de salud, psicólogos, otros profesionales, usuarios, etc., y los roles y las funciones que adquiera la Psicología emergerán de estas condiciones concretas de producción.

La coexistencia en este estudio de los dos objetivos generales, el papel emergente y la comprensión del proceso y las prácticas, implica que son indisociables al realizar un acercamiento al campo de problemas. Se tenderá a comprender el papel que asume la psicología, es decir cómo funciona en los procesos de producción de subjetividad, a partir del conocimiento de las prácticas y el proceso de implementación de las nuevas prestaciones. Así mismo, las características del proceso y las prácticas pueden ser comprendidas desde el lugar que está llamada a ocupar la psicología en el campo de la salud; en tanto los propósitos del estudio no se reducen a una aspiración instrumental que aumente la efectividad en relación a los propósitos establecidos. Los propósitos del Plan en sí mismos son tomados como construcciones socio-históricas que pueblan un campo de problemas atravesado por múltiples inscripciones, deseantes, históricas, institucionales, políticas, económicas, etc (Fernández, 2007)

De lo anterior se comprende que el estudio constituye una aproximación crítica a la actualidad de las prácticas, acercándose a la ontología del presente propuesta por Foucault (2013). Asistimos en los últimos años a un crecimiento inédito del reconocimiento social que posee la Psicología. Si este desarrollo exponencial de las prácticas psicológicas en las organizaciones sociales es considerado atendiendo a la multiplicidad de factores que se conectan para producir determinadas perspectivas y modalidades como prevalentes, se comprende la relevancia de generar condiciones para un ejercicio crítico de la Psicología sobre sí misma. En este estudio el ejercicio de la crítica pretende ubicarse desde una “actitud de balance” (Pulido-Martínez, Sato, 2013), es decir:

“...investigar el papel y las operaciones de la psicología de manera tal que se puedan examinar el conocimiento que se produce, las prácticas derivadas, las actuaciones de los psicólogos y las apropiaciones que de la psicología hacen aquellos a quienes afecta, más allá de posiciones polarizadas que ven en la aplicación de la psicología una cuestión de progreso, modernización y liberación, o de aquellas que ven en su aparición y crecimiento

una manera contemporánea de defender el statu quo, de ejercer el control y promover la subordinación en los ámbitos laborales.” (Pulido-Martínez, Sato, 2013, p. 2)

Históricamente se ha descrito a la Psicología como una disciplina marginal, relegada, en lucha permanente por su reconocimiento y legitimación. Este proceso se acompañó por la diseminación de críticas sobre los procesos sociales donde el trabajo sobre las dimensiones subjetivas no era considerado. Estas dimensiones subjetivas aparecen por momentos nombradas como aspectos emocionales, afectivos, mentales, cognitivos, etc, que quedarían por fuera de la consideración del proceso de aprendizaje de un estudiante en ámbitos educativos, de los procesos de trabajo que desarrollan los trabajadores, de la estabilidad y enfoque de un deportista, etc. Actualmente pocos se atreverían a subestimar la dimensión subjetiva, psíquica, emocional, afectiva, etc, del acontecer cotidiano singular y colectivo. Junto con la caída de los grandes relatos de la modernidad se ha ido naturalizando la certeza en la existencia de una parte no racional en la motivación de las conductas humanas, en los pensamientos, en las emociones y sentimientos, en las manifestaciones físicas. Más aún, los saberes producidos desde las psicologías, lejos de caer en inoperancia por desuso, han sido incorporados desde principios del siglo XX en estrategias mercadotécnicas de persuasión y control de la masa poblacional con fines comerciales y/o político-partidarios. Algunos autores trabajan en función de producir una historización de la Psicología que se aparte de la tradicional victimización colectiva que acusa aquel lugar marginal de la disciplina, nucleándose bajo la nominación de Psicología Crítica (Parker, Rose). Rose llega al extremo de afirmar que el siglo XX fue el siglo de la Psicología en tanto “Ajudou a construir a sociedade em que nós vivemos e também o tipo de pessoas em que nos transformamos¹” (Rose, 2008, p. 155)

Pulido-Martínez y Sato (2013) sistematizan cinco formas que adquiere el ejercicio crítico sobre la Psicología y sus prácticas en relación con el mundo del trabajo y la gestión organizacional; una crítica instrumental, una contra-hegemónica, una ideológica, una de gobierno y una geopolítica:

Crítica instrumental: Se formula desde las perspectivas prevalentes o hegemónicas, buscando hacer de la psicología un instrumento más preciso, efectivo y eficaz en el cumplimiento de los propósitos prevalentes o hegemónicos, sin ser éstos incluidos en la crítica.

¹ “Ayudó a construir la sociedad en que vivimos y también el tipo de personas en que nos transformamos” (Traducción propia)

Crítica contra-hegemónica o contra-psicologías: Este tipo de críticas se formulan desde perspectivas psicológicas no hegemónicas hacia las hegemónicas, señalando carencias o inconvenientes que justifican la composición de una nueva perspectiva que se presenta como con mayor pertinencia académica, científica y política “al considerar nuevos temas, otras categorías y distintos abordajes...las contra-psicológicas buscan complementar, competir y reemplazar las maneras de concebir y de intervenir propuestas por la psicología convencional.” (Pulido-Martínez, Sato, 2013; 5)

Crítica Ideológica: Se formulan indicando el efecto de ocultamiento de las condiciones sociales de existencia que posee la aplicación de los discursos psicológicos, la psicologización de problemas que no son de orden psicológico. En el mundo del trabajo esta crítica de corte marxista señala la presentación de problemas psicológicos individuales (motivación, satisfacción, etc.) que reemplazan o dificultan la comprensión de los problemas políticos y de poder inherentes a la contradicción capital-trabajo.

Crítica de Gobierno: Estas críticas remiten a la producción de subjetividad resultante de las prácticas psicológicas, moldeando o acondicionando a los sujetos para un mejor desarrollo de las estrategias de gobierno.

Crítica Geopolítica: Se formula en al menos dos sentidos. Por una parte se critica la utilización irreflexiva de perspectivas y técnicas psicológicas en contextos diferentes a aquellos donde fueron producidas, promoviendo una actitud técnica de “como si” los problemas fueran iguales. Por otra parte estas críticas se formulan en relación a la conquista de nuevos espacios de intervención de la psicología, problematizando el fenómeno y evitando asumir una “*actitud celebrante..(que)...considere la diseminación de la psicología como una cuestión exclusiva de progreso, modernidad y bienestar*” (Pulido-Martínez, Sato, 2013; 11)

Si bien estas formas de crítica a la Psicología han sido sistematizadas específicamente para pensar las relaciones que la psicología establece con el mundo del trabajo, encontramos útil su incorporación para el análisis de las relaciones que la psicología establece con los diferentes ámbitos en los que se incorpora.

2.b- Subjetividad y Sujetos

“Porque yo es otro. Tanto peor para la madera que se descubre violín”

(Rimbaud, Cartas al Vidente, 1871)

La implementación de las prestaciones en Salud Mental a partir de una política pública nos muestra al Estado Uruguayo ocupándose del sufrimiento de parte de su población. Este punto, angular en nuestro campo de problemas, será considerado desde los desarrollos conceptuales de Michel Foucault en tanto estrategia de Gobierno que propicia la formación de Dispositivos en los que se efectúan relaciones de saber-poder y en esta efectuación producen subjetividad y una interioridad que compone al sujeto (Foucault, 1990, 2006, 2007, 2009)

Foucault al plantear el concepto de Gubernamentalidad incorpora y reorganiza sus investigaciones sobre las relaciones de saber-poder en la construcción de la sociedad, realizando una lectura de las estrategias de Biopoder desde una perspectiva más amplia que incluye la relación entre Estado y población (Foucault, 2006) Con gubernamentalidad se refiere a:

“la gubernamentalidad implica la relación de uno a sí mismo, lo que significa precisamente que, en esta noción de gubernamentalidad, apunto directamente al conjunto de prácticas a través de las cuales se pueden constituir, definir, organizar, instrumentalizar, las estrategias que los individuos en su libertad pueden establecer unos en relación a otros. Individuos libres que intentan controlar, determinar, delimitar la libertad de los otros, y para hacerlo disponen de ciertos instrumentos para gobernarlos.” (Foucault, 1984)

El Biopoder, o poder sobre la vida, se configura a partir de la constitución de los Estados modernos como estrategia para mantener un cierto orden social (Foucault, 2007) Se desarrollan dos tecnologías de poder:

La Biopolítica: apunta a la población en tanto mása, trazando líneas de homogeneidad que permiten su control y gestión a partir de instrumentos como la estadística y la economía.

La Anatomopolítica: apunta al individuo a través de técnicas disciplinarias sobre el cuerpo para optimizar y regular su funcionamiento.

En su seminario Seguridad, territorio y población (1978/2006) donde Foucault introduce el concepto de gubernamentalidad, muestra un desplazamiento del diagrama disciplinario hacia uno económico liberal. El punto clave de este pasaje radica en la necesidad de producir sujetos con capacidad de autorregular sus comportamientos sin necesidad de una vigilancia permanente.

Deleuze (1999) señala que los establecimientos tradicionales del diagrama disciplinario ya no poseen su capacidad de controlar y gestionar la vida de la población, mientras que sus posibles reformas simplemente aplazan el momento de su derrumbe y desaparición. En cambio en las sociedades de control es el propio sujeto quien asume la autorregulación de sus conductas y sus pensamientos.

Este ejercicio del poder sobre la población y los individuos se efectúa en Dispositivos. Para Foucault el dispositivo es una red que se establece entre elementos heterogéneos, ya sea discursivos o no (instituciones, leyes, enunciados científicos, espacios físicos, etc), haciendo funcionar a partir de su conexión relaciones de poder que se sostienen en determinados tipos de saber. La disposición en red del dispositivo funciona distribuyendo posiciones de sujeto posibles a partir de determinada estrategia de poder (García, 2011)

Agambem (2011), a partir de los planteos de Foucault, entiende que dispositivo es todo aquello que tiene capacidad de “capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones de los seres vivos” (Agambem, 2011, 257). En esta perspectiva el sujeto sería lo que resulta de la relación cuerpo a cuerpo entre los seres vivos y los dispositivos, donde un mismo ser vivo o sustancia puede dar lugar a muchos procesos de subjetivación a partir del tránsito por distintos dispositivos (Agambem, 2011)

Deleuze (1990) entiende al dispositivo como máquina para hacer ver y hacer hablar inscrita en determinado régimen histórico de visibilidades y enunciación. Esto implica que los dispositivos se transforman en la medida que mutan los diagramas de poder de la sociedad. El dispositivo como espacio donde se efectúan las relaciones de saber-poder. El saber se compone por líneas de enunciabilidad y líneas de visibilidad, pero su posibilidad de existencia depende de cómo se articule con relaciones de poder, es decir, en su capacidad de afectar en relaciones de fuerza. Es esta articulación la que se despliega en los dispositivos mediante procesos de sujeción aplicados sobre el ser vivo. Los procesos de sujeción operan mediante estrategias de poder tanto biopolíticas como anatomopolíticas, indicando posiciones posibles en las cuales el sujeto puede producirse. Constituye una fuerza del afuera que se pliega y compone una interioridad, al sujeto

(Deleuze, 2005). En este sentido un dispositivo es un régimen social productor de subjetividad y por tanto productor de sujetos sujetos a un orden del discurso cuya estructura sostiene un régimen de verdad (García, 2011).

La variabilidad en lo que un dispositivo produce se debe a que, simultáneamente a las tecnologías de poder que sujetan y moldean al sujeto según ciertos estratos (Deleuze, 2005) del saber hegemónico en determinado momento socio-histórico, Foucault identifica una nueva dimensión donde el sujeto se relaciona consigo mismo y se despliegan lo que llamó tecnologías del yo:

“permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia, o con ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad.” (Foucault, 1990, 48).

Por lo tanto una dimensión de la subjetivación queda sujeta a la relación saber-poder mientras otra dimensión escaparía a esta relación mediante el cuidado de sí permitiendo al sujeto construirse a sí mismo como sujeto ético (Foucault, 2009) Foucault toma las prácticas griegas de gobierno de sí y cuidado de sí para rastrear una dimensión de esa interioridad que se produce como pliegue del afuera que adquiere independencia de las relaciones de poder y los estratos del saber (Deleuze, 2005; Foucault, 2009) No obstante se señala que esta dimensión derivada de las relaciones de poder y de saber, la relación consigo mismo, es reintegrada al afuera, incluida en los diagramas de poder y *“la subjetivación del hombre libre se transforma en sujeción”* (Deleuze, 2005, 135)

“por un lado la sumisión al otro mediante el control y la dependencia, con todos los procedimientos de individuación y de modulación que el poder instaure...por otro lado, el apego de cada uno a su propia identidad mediante la conciencia y el conocimiento de sí.” (Deleuze, 2005, 135)

Wittke (2005) señala que la aparición del dispositivo empresa en el mundo del trabajo propició modos de subjetivación donde el sujeto aspira a alcanzar éxito y estima por sí mismo, a diferencia de la continuidad laboral e identidad que se establecían como finalidad en los dispositivos disciplinarios, siendo este movimiento correlativo a un modo de sujeción donde disminuyen los niveles de vigilancia exterior y es la propia interioridad plegada la que asume la autorregulación de los procesos, una sujeción que propicia una autorregulación compulsiva (Wittke, 2005)

“¿Habrá pues que concluir que la nueva dimensión abierta por los griegos desaparece, se adapta a los dos ejes del saber y del poder? ...Siempre existirá una relación consigo mismo que resiste a los códigos y a los poderes...la subjetivación, la relación consigo mismo, no cesa de traducirse, pero metamorfoseándose, cambiando de modo, hasta el extremo de que el modo griego es un recuerdo bien lejano. Recuperada por las relaciones de poder, por las relaciones de saber, la relación consigo mismo no cesa de renacer, en otro sitio, de otra forma” (Deleuze, 2005, 136)

Esta transformación incesante de la relación consigo mismo propicia que en la propuesta de esquizoanálisis de Deleuze y Guattari presten especial atención a las llamadas líneas de fuga, es decir composiciones inéditas que rompen con los estratos del saber y las líneas de fuerza del poder. Esta ruptura como producción de la subjetivación resistente puede ser rápidamente capturada y reterritorializada en el diagrama de poder de lo social, el cual desde la lectura esquizoanalítica es el capitalismo como plano de inmanencia que articula y da consistencia a lo existente (Deleuze, Guattari, 1985, 1988).

2.c- Campo de la salud

La salud es uno de los grandes campos que estructuran la vida cotidiana en la sociedad, propicia modos de organización, imaginarios en relación a la composición del sí mismo, gradientes de intereses, preocupaciones y urgencias; en definitiva, codifica y estratifica modos de ser y estar en el mundo. Foucault (1983) ubica a fines del siglo XVIII el surgimiento de la Medicina moderna

Se identifica un momento en que el poder de curar, antes disperso en diferentes prácticas sociales, se centraliza en la figura del médico. Barrán es contundente, *“entre 1900 y 1930, la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó”* (Barrán, 1993, p. 153) Por medicalización de la sociedad se entiende la *“...permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos”* (Portillo, 1993, p. 27), llegando, la medicalización, a ser uno de los rasgos de la identidad cultural más representativos.

Barrán, al estudiar la medicalización de la sociedad uruguaya, explica el proceso en tres niveles que funcionan como hipótesis en su investigación. En primer lugar sucede un cambio en la sen-

sibilidad, pasando de *“la preocupación por el enfermar a la obsesión por la salud (...) la entronación de la salud como Bien significó dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo”* (Barrán, 1992, p. 11) Este cambio de sensibilidad en relación al cuerpo y la construcción social de la salud como un valor condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización, dando lugar en el entramado social al segundo nivel del proceso; el poder médico y su rol creciente en el tratamiento de la enfermedad. El tercer nivel refiere al saber médico, en particular, *“la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico”* (Barrán, 1993, p. 253)

Portillo (1993) afirma que la medicina tiene:

“un valor de uso, un valor de cambio, un valor de signo y...un valor fractal...ya no hay referencias claras, el valor irradia en todas direcciones, en todos los intersticios. El valor de la medicina es más que el intercambio mercantil, es más que la dimensión simbólica, es efectivamente un valor que llena todos los intersticios de la cotidianidad...es también totalitario y sobre todo normalizador, disciplinador” (Portillo, 1993, p. 18)

Bayce (1993) siguiendo los planteos de Hebert Spencer, entiende que el poder y el prestigio médico adviene en la sociedad para ordenar los aspectos de la vida cotidiana que no eran alcanzados por el poder militar y el religioso, como parte del proceso de:

“incremento de la diferenciación y especialización funcional y estructural, que desarrollan las sociedades en su trayectoria histórica, como manera de aumentar la eficacia y eficiencia de su adaptación al entorno externo y al desenvolvimiento y cambio de necesidades endógenas” (Bayce, 1993, p.212)

Este desarrollo de la medicina es entendido por Ivan Illich como uno de los efectos de la industrialización sin límites de la sociedad (Illich, 1975) Tomando de la mitología elementos para figurar sus análisis, considera que el anhelo de ambrosía, inmortalidad, trae como resultado la aparición de la Némesis Médica

“Némesis médica es más que todas las yatrogénesis clínicas juntas, más que la suma de mal ejercicio y encallecimiento profesionales, negligencia, mala distribución política, incapacidades médicamente decretadas y todas las consecuencias de ensayos y errores médicos. Es la expropiación de la capacidad del hombre para afrontar la adversidad por un

servicio de mantenimiento que lo conserva equipado a las órdenes del sistema industrial”
(Illich, 1975, p. 207)

Desde esta perspectiva Illich distingue una yatrogenia clínica (dolor, enfermedad o muerte a causa de la asistencia médica), una yatrogenia social (organización industrial reforzada por políticas de salud) y una yatrogenia estructural (reacciones personales al dolor, la enfermedad o muerte incapacitadas por intervención médica; autonomía vital del pueblo restringida por conductas e ilusiones apoyadas médicamente). Como se aprecia en la idea de yatrogenia social aparece una fuerte crítica a las políticas públicas que buscan resolver problemas del campo de la salud pero implementan sus acciones en la transformación y desarrollo de las organizaciones que, según el autor, producen esos mismos problemas.

“Que la salud haya de decaer con el aumento de prestación de servicios sanitarios solamente no lo previenen los administradores de la salud, precisamente porque sus estrategias son resultado de su ceguera ante la inalienabilidad de la vida” (Illich, 1975, p. 218)

Desde una perspectiva que se apoya en los planteos de Illich, Georges Canguilhem se aleja de concepciones de salud en tanto bienestar o equilibrio, introduciendo ideas como apertura al riesgo y a enfrentar infidelidades del medio; critica todo planteo que conduzca a una cierta cientificidad en el concepto de salud y reivindica su carácter vulgar, en tanto toda captura científica de la salud favorecería el desarrollo industrial (Illich) y colocaría a los sujetos en dependencia al saber (Caponi, 1997).

Foucault (1996) analiza la economía política de la medicina y el doble movimiento del mercado por englobar el cuerpo humano; en primer lugar la medicina encargada de dar a la sociedad individuos fuertes manteniendo y reproduciendo la fuerza laboral, y en segundo lugar el papel mercantilizado de la salud dió la posibilidad a la medicina de producir directamente riqueza en tanto *“constituye un deseo para unos y un lucro para otros”* (Foucault, 1996, p. 81) La salud se convierte en objeto de consumo y se introdujo en el mercado, pero un aumento en el consumo médico no *“elevó de manera correlativa y proporcional el nivel de salud...[...]...los que realmente obtienen la mayor rentabilidad de la salud son las grandes empresas farmacéuticas....sostenida(s) por la financiación colectiva de la salud y la enfermedad, por intermediación de las instituciones del seguro social que obtienen fondos de las personas que obligatoriamente deben protegerse contra las enfermedades.”* (Foucault, 1996, pp. 81-83) Considera que los médicos se dan

cuenta que se están convirtiendo en *“simples distribuidores de medicamentos y medicación...intermediarios casi automáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente”* (Foucault, 1996, p. 83)

Actualmente el prestigio incuestionado del médico no posee las mismas características, el desarrollo de terapias alternativas cada vez más aceptadas por los colectivos y un desarrollo sistemático de críticas al sistema médico sostenido en la lógica de consumo y derechos de consumidor, es entendido como produciendo un efecto de desmedicalización, *“disminuye la dependencia con respecto al sistema biomédico, promueve una mayor autogestión de los sujetos o pacientes”* (Romero, 2006, p. 32)

Menéndez (1985), intentando desarrollar herramientas para propiciar un cambio paradigmático en la atención a la salud en la sociedad, sintetiza una serie de rasgos de la práctica médica en lo que describe como Modelo Médico Hegemónico (MMH), al cual antepone y propone el desarrollo de un Modelo Antropológico alternativo. El MMH lo caracteriza como biologicista, a-histórico, a-social, individualista, excluyendo al usuario del acceso a los conocimientos del saber médico y con una tendencia a escindir la teoría de la práctica. Considera que éste modelo se encuentra en crisis debido al aumento de los costos de atención, del consumo de equipos y fármacos, iatrogenia, ineficacia, productividad y rendimiento antes que calidad, lo curativo por sobre lo preventivo, entre otros. Como se mencionó, Menéndez propone un Modelo Antropológico Alternativo que se oriente a resaltar la importancia de reconocer y legitimar las particularidades culturales de los colectivos y la puesta en juego del saber popular en el desarrollo de las estrategias en salud a partir de una democratización del saber médico. Así mismo encuentra en el núcleo familiar o comunal un potencial espacio para un primer nivel de atención, lo cual debe acompañarse de un cuestionamiento institucional sobre los efectos de control y normatización de las prácticas curativas (Menéndez, 1985).

Saforcada (2010) propone la distinción de dos paradigmas de atención a la salud. El Paradigma individual restrictivo se sostiene en saberes mono o bidisciplinarios que se centran en la enfermedad, donde el ser humano sería el nicho de la enfermedad, descontextualizando al individuo con una orientación rehabilitadora tras la remisión de la enfermedad. El paradigma social-expansivo se desarrollaría desde un saber multidisciplinario centrado en el proceso de salud, donde el ser humano es una instancia del proceso salud-enfermedad dentro de un ecosistema amplio, y es sobre este ecosistema en el que habita el ser humano hacia donde se orientarían las prácticas. La Medicina clínica que ubicaría en el paradigma individual restrictivo, mientras que la Medicina

social representaría el paradigma social expansivo donde el Estado tendría el rol de garante del cuidado de la salud de la población apoyado en información epidemiológica y desarrollada desde prácticas integrales. (Saforcada, 2010)

La incorporación de las prácticas psicológicas en los servicios de salud introducen la dimensión organizacional como línea de análisis Tomando el enfoque de autoorganización desarrollado por Etkin y Schvarstein (1989), se visualiza una *autonomía* propia de las organizaciones en tanto sistemas y su capacidad de permanecer *invariantes* en sus rasgos de *identidad* como defensa de las perturbaciones del medio. Estos rasgos de identidad componen una singularidad que es específica y diferencia a la Organización de las demás Organizaciones (Etkin, Schvarstein, 1989). La transformación de los rasgos de identidad es posible, pero implica la disolución de la Organización anterior y creación de una nueva (Etkin, Schvarstein, 1989, p. 156) Estos rasgos de identidad invariantes se materializan a través de una Estructura, es decir “*la forma concreta que asume una organización en un aquí y ahora concretos.*”(Etkin, Schvarstein, 1989, p. 157) Los hechos observables en las organizaciones serían manifestación de la estructura cuando pueden ser comprendidos en la trama relacional de sus componentes y se inscriban en un marco de cohesión, de lo contrario se consideran contingencias o perturbaciones (Etkin, Schvarstein, 1989) La clausura opera sobre los procesos de significación y simbolización que desarrolla la organización para preservar su autonomía y continuidad manteniendo defensivamente una coherencia interna,

“otorga significados a los significantes en el proceso de simbolización. No sólo crea nuevas palabras para nuevos conceptos, no sólo otorga significados singulares a conceptos de orden general....sino que además permite seleccionar de los flujos de información aquello que es relevante y descartar por tanto lo que es superfluo” (Etkin, Schvarstein, 1989, p. 229)

El centro gravitatorio de estas ideas radica en el concepto de Autopoiesis propuesto por Maturana y Varela (1994) La autopoiesis refiere a la propiedad de un sistema de producirse a sí mismo. Plantean que:

“Una máquina autopoietica es una máquina organizada como un sistema de procesos de producción de componentes concatenados de tal manera que producen componentes que: i) generan los procesos (relaciones) de producción que los producen a través de sus continuas interacciones y transformaciones, y ii) constituyen a la máquina como una unidad en el espacio físico” (Maturana y Varela, 1994, p. 69)

Wittke (2007, 2009) entiende a las Organizaciones desde la concepción de Dispositivo de Foucault, por lo tanto la Organización sería una tecnología de producción de subjetividad, de modulación de órdenes simbólicos. De este modo podemos plantear que el diseño de los servicios de salud opera una diagramación del cuerpo del sujeto. En el modelo biologicista se tiende a modalidades de diagramación del cuerpo por partes, donde el sujeto debe suprimirse para ser abordado por el saber experto. Mientras que el modelo preventivo-integral se tiende a una no escisión del cuerpo y el sujeto adquiere protagonismo en el cuidado de sí. Wittke (2015) señala que en la práctica médica el sujeto es colocado entre paréntesis para poder abordar su enfermedad. El sufrimiento no es objeto de trabajo directo sino que es parte de las condiciones y medio ambiente de trabajo, es decir constituye una carga psíquica. En los modelos preventivos el sujeto adquiere protagonismo, por lo tanto el sufrimiento adquiere otro lugar en el proceso de trabajo. En este sentido resulta importante indagar de qué modo se incorpora la psicología para abordar el sufrimiento y hasta dónde, por la autopoiesis y sus efectos de clausura, será conducida a adiestrarse en la mirada médica. Resulta pertinente señalar que el movimiento que realiza el campo de la salud de un modelo curativo a uno preventivo es correlativo al movimiento que se da en la organización del trabajo del modelo fabril al modelo empresarial, donde la característica principal en cuanto a los modos de subjetivación radica en la autorregulación del sujeto.

Capítulo 3- Metodología

3.a- Perspectiva metodológica

El presente estudio contiene una revisión crítica del proceso de implementación del PIPSM y del papel emergente de la Psicología en estas condiciones de producción. Esta revisión crítica se realiza a partir de los sentidos que construyen los actores involucrados en las nuevas prestaciones, lo cual motiva que estudio se realice recurriendo a metodologías cualitativas de investigación. Este tipo de metodologías permiten trabajar desde un diseño flexible donde artesanalmente se busca comprender la realidad desde los marcos referenciales de los sujetos y los colectivos (Taylor y Bogdan, 1992) La investigación cualitativa como *“una actividad situada que localiza al observador en el mundo. Consiste en un set de prácticas materiales interpretativas que hacen al mundo visible. Estas prácticas transforman al mundo”* (Denzin y Lincoln, 2003, pp. 4 -5, citados por Sisto, 2008). Luego de la crisis de los paradigmas positivistas la investigación cualitativa realiza un cambio en la relación con el otro en la producción de conocimiento, pasando de una extracción de datos existentes en el sujeto que es tomado como objeto a un proceso de producción dialógica entre dos sujetos en posiciones distintas (Sisto, 2008). Es de la relación entre investigador y participante que emerge la producción, *“el otro ha pasado de ser una entidad pasiva de la cual el investigador experto recolecta los datos (los significados) sin contaminarlos, a un copartcipe en la construcción de una verdad participativa, única verdad posible de ser alcanzada”* (Sisto, 2008, p. 133) De este modo los niveles de comprensión del presente estudio se alcanzan a partir de la problematización que se realizara en diálogo entre investigador y participantes sobre la actualidad de las prácticas psicológicas en el marco indicado. Esto se vincula con una comprensión participativa en el transcurso de una investigación dialógica, como plantea Bajtin (1982, citado por Sisto, 2008). La investigación dialógica requiere la participación activa tanto del investigador como del participante desde sus posiciones subjetivas, *“participan con todo lo suyo, con su historia de subjetivación, con su cuerpo, en definitiva con su ser situado y concreto, en el proceso de investigación”*. (Sisto, 2008, 124)

En este sentido resulta un dato significativo que el presente trabajo es realizado por un psicólogo estudiando prácticas psicológicas a partir del diálogo con otros psicólogos y otros actores relevantes del campo. Para realizarlo se toma de la etnografía el ejercicio de extrañamiento para el acercamiento a la realidad a conocer (Pedrosian, 2011) El extrañamiento permite captar las singularidades de sentidos que se despliegan en el campo heterogéneo de lo social sin acomodar los emergentes a categorías analíticas definidas y fijadas a priori, donde un dato que podría ser estadísticamente insignificante adquiere relevancia en un análisis cualitativo. Esto implica poder asombrarse ante lo inesperado considerando que *“el asombro es un efecto del extrañamiento, en tanto este es la experiencia prosaica de ruptura con lo dado”* (Pedrosián, 2011, p33) Para producir conocimiento de este modo resulta necesario *“estar simultáneamente dentro y fuera, en la frontera, para fomentar una ruptura que sea a la vez una articulación con lo existente.* (Pedrosian, integralidad, p. 69) En este sentido Álvarez (2011) vincula la producción de conocimiento a partir de la experiencia de extrañamiento con la propuesta de una ontología del presente (Foucault, 2013)

Foucault (2013) afirma que Kant ha fundado las dos tradiciones en filosofía crítica moderna que se mantienen en tensión hasta el presente. Por un lado una analítica de la verdad que estudia las condiciones de posibilidad de producción de conocimiento verdadero, y por otro lado una ontología del presente que sería fundante del modo de reflexión que Foucault desarrolló (Foucault, 2013). Este modo de interrogación crítica *“plantea las siguientes preguntas: ¿Qué es nuestra actualidad? ¿Cuál es el campo actual de experiencias posibles?...un pensamiento crítico que tomará la forma de una ontología de nosotros mismos, una ontología de la actualidad”* (Foucault, 2013, p. 69)

Según Deleuze (2005) saber, poder y sí mismo son tres ontologías, tres dimensiones irreductibles pero implicadas, que no establecen condiciones universales y por tanto son históricas; *“las condiciones nunca son más generales que lo condicionado, y tienen valor por su propia singularidad histórica”* (Deleuze, 2005, 148) Estas condiciones son problemáticas y varían con la historia:

“Presentan la manera en que el problema se plantea en tal formación histórica: ¿qué puedo saber, o qué puedo ver y enunciar en tales condiciones de luz y de lenguaje? ¿Qué puedo hacer, qué poder reivindicar y qué resistencias oponer? ¿Qué puedo ser, de qué pliegues rodearme o cómo producirme como sujeto?...el ‘yo’ no designa un universal,

sino un conjunto de posiciones singulares adoptadas en un Se habla, Se ve, Se hace frente, Se vive” (Deleuze, 2005, 149)

El pensamiento crítico que propone Foucault constituye el movimiento por el cual el sujeto puede interrogar la verdad a la cual es sujetado en los procesos de gubernamentalidad, es decir que tiene como función *“la desujeción en el juego de lo que se podría denominar, con una palabra, la política de la verdad”* (Foucault, 2013, pp. 10 y 11) Este alejamiento que realiza Foucault de la filosofía crítica que desarrolla una analítica de las posibilidades de un conocimiento verdadero, lo llevan a plantear su propuesta crítica como no trascendental, sino genealógica en su finalidad y arqueológica en su método (Foucault, 2013):

“Arqueológica...en el sentido de que no intentará determinar las estructuras universales de todo conocimiento o de toda acción moral posible; sino ocuparse de los discursos que articulan lo que pensamos, decimos y hacemos, como otros tantos acontecimientos históricos. Y esta crítica será genealógica en el sentido de que no deducirá de la forma de lo que somos lo que nos es imposible hacer o conocer; sino que extraerá, de la contingencia que nos ha hecho ser lo que somos, la posibilidad de no ser, de no hacer, o de no pensar, por más tiempo, lo que somos, lo que hacemos o lo que pensamos” (Foucault, 2013, pp. 91-92)

En este sentido, no se aspira a resolver el problema de estudio formulado, sino a ampliar los límites del entendimiento sobre el mismo, rastrear la multiplicidad de nudos problemáticos envueltos en el fenómeno social definido y generar mayores niveles de visibilidad. Se pretende generar un registro de la actualidad de las prácticas psicológicas que se desarrollan en el marco del PIPSM a partir de la forma en que son problematizadas por los actores involucrados, propiciando en el mejor de los casos procesos colectivos de discusión estratégica sobre los rumbos que adquieren las prácticas derivadas de un saber ecléctico, el saber Psicológico. Se busca de este modo contribuir en el desarrollo crítico del modo en que se relaciona la psicología con las organizaciones sanitarias, así como de la multiplicidad de operaciones que realiza en el cuerpo social. Es en este punto donde encuentra validez el conocimiento presentado, en tanto como sintetiza Sisto:

“Los criterios de validez que formula la actual perspectiva cualitativa son desarrollados en tanto criterios que permitan la conversación entre una comunidad de interpretes, para ‘engranar y elaborar un diálogo complejo e interesante y para crear un espacio para un

discurso compartido' (Lincoln, 2002, p. 328) en la elaboración de 'una contribución al entendimiento que permita cambios relevantes en las prácticas sociales' (Gergen y Gergen, 2003, p. 586)." (Sisto, 2008, p. 128)

3.b- Trabajo de Campo

El trabajo de campo del presente estudio se desarrolló entre mayo y diciembre de 2014. Originalmente el proyecto apuntaba a realizar un estudio de caso del proceso de una IAMC efectora del SNIS, pero luego de cinco rechazos se decidió cambiar la estrategia. Esto condujo a contactar directamente con actores involucrados en las prácticas y a partir de allí acceder a los participantes mediante la técnica de bola de nieve. Esta modalidad permitió acceder a experiencias de 3 IAMC de Montevideo.

La muestra es intencional en tanto se compone por los actores implicados en la ejecución de las nuevas prestaciones en Salud Mental de una Organización Sanitaria efectora del SNIS. Participaron en el estudio:

Actores involucrados en la ejecución de las prestaciones:

- 10 Psicólogos: 6 son funcionarios contratados del servicio y 4 son contratados como empresa unipersonal. De los 6 funcionarios, 4 integran Comité de Recepción. Cada uno se desempeña en 1 o más modalidades de atención, entre las experiencias de los 10 se logra conocer aspectos de todas las modalidades de atención.
- 2 Psiquiatras: Integran comité de recepción. No son Psicoterapeutas.

Actores del campo de la salud no involucrados directamente en las prestaciones (Se indagaron los sentidos que construyen en torno a la Psicología y el impacto percibido de las nuevas prestaciones):

- 1 Médico Internista
- 1 Enfermero

- 1 Cardiólogo.

Se entrevistó además a 5 informantes calificados:

- Psic. Luis Giménez, especialista en Psicología de la Salud Comunitaria
- Psic. Berta Varela, especialista en Psicología Médica
- Dr. José Portillo, especialista en Medicina Social y Pediatría
- Dr. Gustavo Rivero, especialista en Gestión de Servicios de Salud
- Psic. Álvaro Hernández, ex integrante de la Mesa Ejecutiva de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

La técnica utilizada fue la entrevista semidirigida orientada por los objetivos del estudio pero al mismo tiempo abierta a explorar aspectos inesperados que surgieran en el encuentro. Como se señaló en la sección anterior esta investigación dialógica generó los espacios para que los participantes logaran problematizar la actualidad de las prácticas psicológicas.

El proceso incluyó una revisión de información secundaria, publicaciones académicas y notas de prensa relacionadas a las nuevas prestaciones que fueron surgiendo en el proceso de trabajo. También fue necesario sostener un autoanálisis de las experiencias de implicación en el campo, en tanto el investigador es un psicólogo con experiencia de intervención e investigación en organizaciones sanitarias y de atención clínica, permitiendo la actitud de extrañamiento que se describía en la sección anterior.

3.c- Análisis y presentación de resultados

A partir de la perspectiva metodológica y el modo de trabajo de campo utilizado la cantidad de información reunida excedió los límites previstos para el estudio. Para abordar su análisis se desarrolló un proceso de fragmentación de los textos mediante un análisis de contenido que permitió reagrupar luego para una comprensión de los puntos más significativos integrándose en secciones más generales. En la priorización de contenidos se tomaron los puntos que insistieron

en su aparición en distintas entrevistas, así como aquellos que de su singularidad fue posible comprender aspectos significativos pero inadvertidos en otros relatos. Los fragmentos de entrevista que aparecen citados especifican si se trata de un Psicólogo, Psiquiatra, Médico Internista, Enfermero o Cardiólogo. En el caso de los Psicólogos se especifica si son funcionarios o no y si integran un Comité de Recepción o no, cuando resulta pertinente por el contexto temático. No se identifica a cada participante con una codificación singular.

Los resultados se presentan como un ordenamiento posible de los nudos problematizados por los entrevistados, en tanto “*en el acto de la comprensión se lleva a cabo una lucha, cuyo resultado es un cambio y un enriquecimiento mutuo*” (Bajtín, 1979c/1982, p. 364, citado por Sisto, 2008)

Se expone a continuación el modo en que se presentan los nudos problemáticos:

En primer lugar se aborda el proceso de implementación del PIPSM (Capítulo 4), donde se identifican una serie de modos de gestión de los servicios de salud que tienden a obstaculizar la transformación del modelo de atención en salud (4.1), se visualiza una demanda masiva en atención a la salud mental precipitada a partir del PIPSM (4.2), se exploran los procesos de ajuste realizados por los servicios de salud para lograr implementar el PIPSM (4.3) y se detallan los espacios en que se dan interacciones entre Psicólogos y Psiquiatras en el marco de las prestaciones (4.4)

En segundo lugar se focaliza sobre las características y los desafíos de las prácticas psicológicas a partir del PIPSM (Capítulo 5), abordando las prácticas que se desarrollan en los Comité de Recepción (5.1), la atención psicoterapéutica que se desarrolla ante la masividad de la demanda (5.2), los grupos como el elemento más novedoso en el territorio de las IAMC (5.3), así como las estrategias que los actores despliegan ante los límites del Plan y los límites de la Organización (5.4)

En tercer lugar se trabaja el papel emergente de la Psicología (Capítulo 6), donde se plantean las posiciones subjetivas de los distintos actores del campo de la salud como un problema para la transformación de modelo de atención (6.1), se señala el modo cauteloso en que el PIPSM incorpora a la Psicología al campo de la salud (6.2), se ubica como tarea de la Psicología la singularización de la población objetivo, analizando cómo la escucha se compone como tecnología anatomopolítica (6.3) y se rastrean qué sentidos de la psicología se instalan en los procesos de producción de subjetividad (6.4)

Capítulo 4- Implementación del Plan

Para comenzar la presentación de resultados se tomará como eje principal la primera interrogante planteada:

¿Cómo han sido los procesos organizacionales en la puesta en marcha del plan?

En cuatro secciones se indagará en torno a:

- a. Problemas inerciales de Gestión Sanitaria;
- b. Demanda masiva en Salud Mental;
- c. Ajustes a nivel de los servicios de salud;
- d. Diálogos entre Psicología y Psiquiatría a partir del Plan

4.a- Problemas inerciales de Gestión Sanitaria

Para comenzar la presentación de resultados planteamos cuatro rasgos de la gestión de organizaciones sanitarias que se identifican como puntos que imprimen una inercia de funcionamiento sostenido en los rasgos tradicionales del campo. Estos rasgos se presentan en las nuevas prestaciones en Salud mental y dificultan o incluso impiden la transición de un modelo de atención a la salud curativo-biologicista donde el sujeto es objeto disciplinado dependiente de la intervención experta a uno preventivo-integral donde el sujeto se reapropia de su proceso de salud-enfermedad, tal como se pretende desde los principios que orientan los cambios que intentan realizarse en el Uruguay. Estos rasgos son: 1- Tensión Administrativo-Científico; 2- Subestructuras y atomización de las prácticas; 3- Corralito mutual y portabilidad; 4- Metas prestacionales.

Un punto de tensión dentro de la dinámica de funcionamiento en las organizaciones sanitarias refiere a la fuerte división establecida entre la gestión administrativa y lo científico técnico. Es una tensión donde las prioridades y los criterios se oponen, donde la efectividad de una parece

ir en desmedro de la efectividad de la otra. El desarrollo de la medicina a través de la continua especialización y especificación procesos de abordaje que se escinden del resto ha propiciado que el modo de organización adquirido podría describirse como Diversificada (Mintzberg, 1991). Esto implica una serie de suborganizaciones generalmente ligadas a especialidades o procesos que actúan con una relativa autonomía con respecto al resto, pero coordinadas centralmente por la dirección de la organización. Según Mintzberg, las suborganizaciones dentro de una organización diversificada tienden a adquirir rasgos de Maquinal, esto es, una burocratización y estandarización de procesos y registros en función de facilitar, o hacer posible, su coordinación central. En este punto es donde en el ámbito de la salud se desarrolla un aparato administrativo sumamente complejo y con una perspectiva de lograr una eficiencia que permita la continuidad de la organización. No obstante estos criterios administrativos se encuentran en tensión con los criterios profesionales, *“no sabes cómo entorpece lo administrativo es una inmensa máquina burocrática que no se preocupa por la salud”* (Cardióloga). La característica necesaria de organización profesional implica que el abordaje del padecimiento debe ser definido a partir del saber del profesional, tendiendo a que la regulación administrativa interceda lo menos posible. Ambas aspiraciones conviven en la experiencia cotidiana de las mutualistas, dejando al profesional en situación de tensión en relación al cumplimiento de las exigencias administrativas o actuar según sus criterios profesionales, donde en muchos casos implican acciones contrapuestas. El peso que posee lo administrativo para concretar o aplazar la atención de un usuario produce un malestar en los profesionales en tanto los criterios para determinar el momento adecuado de una intervención deberían ser técnico-profesionales. Surge una crítica a la gestión desde el Derecho a la atención, donde se establecen algunos plazos máximos para determinados procedimientos, en tanto es posible que el derecho a la atención se cumpla, es decir se atienda en los plazos establecidos, pero que esa espera por mínima que resulte administrativamente puede ser nociva para el usuario. En diálogo con Gustavo Rivero, especialista en gestión de servicios de salud, explicaba que lo administrativo y lo técnico:

“en ocasiones son rivales, en ocasiones tienen poca comunicación o ninguna. Los procesos que las vinculan no están en un nivel de conciencia, son automáticos, no tienen objetivos. Cada sector produce lo que produce sin saber cómo impacta sobre los otros sectores, parecen dos repúblicas aparte, la república administrativa y la república técnico científica. Normalmente no existe comunicación o la que existe es informal, es social, se pueden establecer vínculos, amistosos afectivos, puede haber casamientos, noviazgos,

grupos asociados por una idea social comun, pero no hay comunicación formal.” (2014, informante calificado)

Las organizaciones sanitarias son percibidas como muy formales, rígidas, sin flexibilidad a los cambios del entorno. Esto nos lleva al segundo rasgo identificado, la proliferación inagotable de subestructuras dentro de los servicios de salud y una consecuente atomización de las prácticas. Los sectores dentro de cada organización aparecen compartimentados, ocupados en los procesos que les corresponden sin alinearse a objetivos que nucleen a todos los trabajadores de la salud. No habría una estrategia que oriente las acciones ni una claridad de hacia dónde se dirigen, “*se vive como un transcurrir*” nos describía Rivero, mientras la Cardióloga señalaba que “uno siempre ve un pedacito” Esta compartimentación parece estar en sintaxis con el modo en que se ha desarrollado el saber médico, desde una lógica de especialización que escinde lo específico de lo integral. La Cardióloga nos transmitía percibir una relación inversa entre especialidad e integralidad en el posicionamiento del profesional, “*cuanto más sabe de las enfermedades, menos acepta que está tratando a un ser humano que le pasan cosas*”.

En este escenario rígido y compartimentado, los procesos de comunicación se ven resentidos, incluso en los que hacen a las posibilidades de seguimiento profesional del proceso del usuario a través de distintos espacios.

“Eso la planificación de la salud no lo ve, el médico tratante no está convocado a ver alguien cuando se interna, es más, parece hasta que molestará. Dicen las nurses que tienen orden de pedirte la documentación a ver si realmente lo estas atendiendo. Se cuida mucho que no vayas a ver la historia de un paciente que no es tuyo, como si de alguna manera hubiera una posesión de los pacientes. Eso da para mucho, porque ahí entra el celo profesional, que un médico te dice que no tiene por qué decirte qué hizo con un paciente, o ver por qué le preguntás, a dónde querés llegar.” (Cardióloga)

Cada Organización sanitaria es considerada una efectora de un sistema mayor que las contiene y articula, el SNIS, por lo cual la aspiración es a un funcionamiento en red y cooperativo que permita la optimización de los recursos y la posibilidad de movilidad del usuario. Esta posibilidad implica directamente al Modelo de Gestión que se implemente. En la reforma de la salud, las transformaciones en el Modelo de Gestión han estado centradas en la participación de los usua-

rios en los espacios de decisión y dirección. Según nos transmite Gustavo Rivero no se ha priorizado lo suficiente el diseño del Sistema de Información el cual constituye un elemento clave en la gestión de la red de efectores.

“Con este diseño no se puede trabajar en red. Trabajar en red significa rediseñar una oferta que le permita al usuario tener derecho a la portabilidad y transversalidad del sistema. Es lo contrario al corralito. Usted es usuario del sistema, no de la mutualista esta u otra, usted no está en la plantilla, no está en la cartera de ninguna de las instituciones, usted está en la cartera del sistema... Es un tema que pasa primero por la implementación de la historia electrónica única, tener acceso en cualquier lado, generar información, y que todos puedan tener acceso en tiempo real a su historia, sus documentos.” (Gustavo Rivero, 2014, informante calificado)

Las historias clínicas actualmente se encuentran bajo custodia de la prestadora de salud a la cual el usuario está afiliado, y sus posibilidades de recibir atención se reducen a las redes que esta propia prestadora posea. La gestión de los servicios de salud aparece descripta como poco profesionalizada, sin comprender si son organizaciones de servicios o de producción (Gustavo Rivero). Los objetivos se presentan difusos y tradicionalmente la forma de gestión estaba direccionada por lineamientos del mercado:

“la industria marcaba muchos rumbos, al proveer ciertas tecnologías, era la que iba generando unos cambios por introducción de tecnología. Parecería que muchas organizaciones de salud eran gestionadas más desde fuera que desde adentro... hoy por hoy la salud no está en un mercado competitivo, sino en uno de estrategia cooperativa” (Gustavo Rivero, 2014, informante calificado)

El nuevo modelo coloca al usuario en el centro de la gestión intentando disminuir los efectos de una gestión movilizadora por las variaciones en el mercado, priorizando una política de salud por sobre la regulación de la circulación económica. Se aspira a no superponer prestaciones que generan ineficiencias, la multiplicación de recursos centralizada. No obstante al interior de las organizaciones este cambio de perspectiva parecería no haberse consolidado lo suficiente, conservando los modos de gestión que se pretende superar.

Este rasgo de la gestión sanitaria, el corralito mutual y su neutralización de todo intento de atención en red a la salud, se expresa en las nuevas prestaciones donde en relación a una situación

de malestar se encuentran involucrados más de un usuario que pueden no pertenecer a la misma mutual:

“si el familiar no es socio de la mutualista. Por ejemplo en un IAE, el grupo de padres y familiares, el paciente hizo un intento, pero el familiar...tiene que ir a su mutualista...Damos por hecho que la mutualista tiene que tener ese taller, el de familiares de pacientes que hicieron un IAE” (Psicólogo)

El cuarto rasgo identificado refiere a la definición de metas prestacionales, lo cual es considerado como un error de estrategia por el Psicólogo de la Salud Comunitaria Luis Giménez. La visibilidad de la transformación, de los avances en la transformación, se alcanza a partir del cumplimiento de metas prestacionales. Al mismo tiempo, el cumplimiento de las metas prestacionales queda ligado al financiamiento:

“Es una mirada excesivamente economicista del cambio de modelo. Pensando que las organizaciones van a buscar cumplir las metas porque eso los beneficia económicamente. Es un razonamiento típicamente tecnocrático. Presupone que el otro va a hacer lo que yo supongo que tiene que hacer para lograr el resultado. En cambio, el otro, es un sujeto que tiene sus propios planes, sus propias lógicas y sus propias prioridades. Entonces en la disyuntiva de decir la verdad de la dificultad que tiene el cumplimiento de las metas o presentar las cosas de tal manera que parezca como que cumple las metas aunque en realidad no se esté avanzando en el modelo, no hay ninguna duda de cuál va a ser la opción. Los datos van a ir diciendo que cumplió con las metas prestacionales, a veces desfigurándolo o a veces desvirtuándolo” (Luis Giménez, 2014, informante calificado)

Esta situación aparece ejemplificada en un protocolo para la detección de casos de violencia doméstica, tal como nos relataba la Cardióloga;

“ en las historias clínicas de las mujeres un administrativo coloca un sello con un signo positivo y negativo, cada cierta cantidad arbitraria de historias según le parezca a él, y a esa persona hay que interrogarla sobre violencia doméstica. Entonces, si encontrás el sello y no está el sí o no de violencia doméstica hay una omisión y el médico que lo ve lo tiene que hacer... Los médicos lo sentimos como muy vacío de contenido, da lugar a una conversación que a veces no sabemos ni tenemos herramientas para manejar...además

la mayoría tienen trabas para ir, porque no lo manifestaron ellas, es algo que se le pregunta.” (Cardióloga)

La legitimación de la perspectiva integral en salud y la APS como estrategia ha alcanzado un lugar preponderante, de hegemonía, de modelo a seguir, de lenguaje a utilizar para describir las acciones aunque estas acciones no sean, según perciben los entrevistados, congruentes con dicho modelo. Este mecanismo de ligar el cumplimiento de las metas prestacionales al financiamiento parece tener el riesgo de acentuar la disociación o la distancia que se percibe entre el relato que se realiza de la situación de la atención a la salud y las características que adquieren en concreto las prácticas. “Los datos van a ir diciendo que cumplió”, es decir este mecanismo de generar visibilidad en el estado del proceso de transformación puede conducir a evaluaciones que no reflejan lo que pretenden. Giménez percibe esta situación como una subestimación del rol que poseen las dimensiones subjetivas, culturales, en el cambio de modelo. Según nos relatan los entrevistados las expectativas en relación a los servicios de salud, el posicionamiento de los trabajadores y la demanda de la población, continúa reproduciendo el modelo tradicional. Así mismo, como se ha visto en esta sección, las tecnologías de gestión de la salud no se orientan a transformar los modos de producción de subjetividad.

4.b- Demanda masiva en Salud mental

La oferta de prestaciones en salud mental generada a partir del PIPSM se encontró rápidamente con una demanda masiva por parte de los usuarios.

“Hay una demanda fuerte de la población hacia la psicología, ese es un dato nuevo, o relativamente nuevo. En otros tiempos estábamos acostumbrados en el ámbito de la psicología, a que se diga que la gente le tiene miedo a los psicólogos o los psicólogos son para los locos. Había cierto prejuicio acerca de si decías que ibas al psicólogo, cómo te iban a ver, los miedos y las resistencias, todo eso era un discurso muy frecuente en estos ámbitos.” (Luis Giménez, 2014, informante calificado)

Prejuicio, miedo y resistencia aparecen como los descriptores del lugar que ocupaba la psicología en la sociedad hace no mucho tiempo, percepción que se reitera en distintas entrevistas realizadas. Actualmente pareciera que esta situación se ha transformado al punto de ser, la psicología,

masivamente demandada desde territorios heterogéneos. Incluso la percepción que tienen los entrevistados es que se prefiere consultar con un psicólogo antes que con otras especialidades de la salud, fundamentalmente referido a la psiquiatría asociada a los efectos de la medicación y el poco tiempo que el profesional le dedica al usuario-paciente. Giménez entiende que por una parte el aumento exponencial de psicólogos en la sociedad uruguaya es uno de los motivos que han propiciado este cambio, siendo uno de los países con más psicólogos por habitante.

“sobre todo en capas medias y altas, como típico universitaria, en esos sectores que tienen también un fuerte peso en la configuración de una matriz cultural de una sociedad. La psicología está muy presente... ¿Qué familia de clase media no tiene en sus redes familiares un estudiante o un psicólogo recibido?...Pero también sectores que no tienen tantas redes familiares personales vinculadas a la universidad, más excluidos, no son resistentes a la intervención de los psicólogos. Incluso son más requeridos en muchos servicios que otros profesionales. Esto va construyendo cierta percepción de lo cotidiano”
(Luis Giménez, 2014, informante calificado)

La presencia cotidiana de la Psicología, a través de los psicólogos, oficia como uno de los motores en el proceso de naturalización de la disciplina. En este sentido la médica Internista que entrevistamos nos decía; *“Desde que me recibí en el (década del 80) ha ido aumentando la participación de los psicólogos en todo, en todo.”* El rol de la psicología en la salud es percibido como clave y se considera que debería ser permanente, señalando una baja cantidad de psicólogos presentes en los distintos espacios de trabajo de la salud. Su pertinencia en el campo se presenta como indiscutible por varios entrevistados, indicando que es de *perogrullo* el sentido de su práctica. *“No cabe duda de los aspectos psicológicos de la enfermedad, es tan estúpido que no vale la pena detenerse mucho rato en esto.”* Más allá de esta dimensión de obviedad, aún se perciben resistencias o actitudes de rechazo hacia la Psicología desde algunos actores de la medicina. Este rechazo es asociado fundamentalmente a dos factores: por una parte lo generacional, donde las nuevas generaciones de médicos parecerían tener mayor receptividad hacia los aportes de la Psicología e integrada a sus representaciones de lo que es la atención a la salud; por otra parte la diferencia entre especialidades, donde resultaría más difícil la integración de la psicología en *“quizás las especialidades donde la práctica de lo que hay que hacer o no hacer es más directa, más contundente”* (Médica internista)

Esta situación adquiere relevancia al analizar el tránsito que realiza el usuario por los distintos espacios de la organización sanitaria, y cómo éste tránsito incide en la construcción de sentidos

que el usuario realiza en relación a su malestar y la posibilidad de recibir atención psicológica. Según nos graficaba la Cardióloga, una colega al derivar un paciente a psicología le indicaba *“usted está mal de la cabeza, cuando resuelva ese problema veremos lo otro, de operarse del corazón, pero usted está mal, no puede venir a hacerme perder el tiempo porque yo lo tengo que atender del corazón”*

El saber médico, encriptado en un lenguaje que no se interesa en diseminarse, ha posicionado a los usuarios de los servicios de salud como ignorantes en relación a su malestar (Foucault, 1983, Barrán, 1992, Illich, 1975). El proceso de atención médica se desarrolla abordando la manifestación del malestar y aplicándole una serie de filtros hasta que es configurado como un problema pertinente de atención, o desestimado por impertinente. El campo de la salud se ha posicionado desde estos lugares en relación a la sociedad permitiendo la consolidación y legitimación de su poder, propiciando la dependencia ante la expropiación (Illich, 1975) del cuidado de sí. Esa misma delegación del cuidado de sí que permitió la expansión de la medicina moderna se convierte en un problema para la medicina actual ante el desdibujamiento de otras estructuras de sujeción social, propiciando una demanda social que desborda los propósitos que se establecen los servicios de salud; aspecto sobre el que profundizaremos más adelante (ver capítulo 6.a)

Una Psiquiatra nos describe cómo percibe el modo que se presentan las demandas de atención en salud mental:

“(Los pacientes) ponen en el psiquiatra o en el psicólogo como el que los va a salvar de todas las situaciones, entonces es como una demanda asemejando a la del bebé con la mamá, el bebe recién nacido, es una demanda permanente donde no hay día, no hay hora, es como que uno tiene que estar ahí permanentemente para esa persona. Hay que poner muchos límites. Uno lo ve cada día más como esa demanda permanente de que tenés que solucionarle la vida, que la mamá sea distinta, que el papá sea distinto, hasta de vivir en una casa mejor. ... El profesional ahí no está bien visto porque empezás a plantear los límites... como si fueras la gran mamá o el gran papá que les va a solucionar toda la vida... es una forma de descargar en alguien algo que ellos no solucionan.” (Psiquiatra, integrante de Comité de Recepción)

La posición de bebé recién nacido que describe la psiquiatra parece captar algunos elementos claves del problema. Cuando al bebé le pasa algo es la madre la que le da forma al malestar, el bebé y su malestar son atravesados por un lenguaje a partir del cual se logra realizar algo para

alcanzar la calma. No obstante el nuevo modelo de atención a la salud que se aspira a instalar requiere que la posición de la población no sea de “bebé demandante”, sino la de un sujeto que se apropia de sus procesos de salud y participa activamente en la construcción de estrategias de resolución de problemas. Como vimos, aún no se instala este modo de cuidado de sí, y parecería ser que la Psicología despierta una expectativa en relación a lograr modificar esta situación.

4.c- Ajustes a nivel de los Servicios de Salud

Con la aparición del Plan los servicios de salud debieron incorporar el diseño de atención psicológica pautado, adecuándolo a las estructuras previas existentes. Este proceso se vió acelerado al intentar gestionar y resolver una fuerte demanda que comenzó a producir largas listas de espera. Esto constituye un primer punto significativo, la oferta de prestaciones en salud mental permitió dar visibilidad a una gran demanda de atención presente en la sociedad. Para la interrogante del presente capítulo interesa comprender la presión que ejerció la población usuaria sobre los servicios en busca de atención psicológica, sumada a la presión que desde el MSP se ejerce por brindar esta atención ajustada a ciertas pautas prefijadas y condicionantes en relación a la continuidad del financiamiento Estatal.

Previo a la implementación del Plan las prácticas psicológicas tenían un alcance poblacional reducido, condicionado por la derivación de un Médico Psiquiatra. Los profesionales de distintas especialidades y servicios al detectar en algún usuario que existían aspectos de su problemática vinculados a lo psicológico, derivaban al usuario a una consulta psiquiátrica. Varios de los psicólogos entrevistados ejercían su práctica de atención psicológica en las mutualistas desde antes de la aparición del plan, uno de ellos nos describe cuál era el lugar del Psicólogo y cómo se experimentaba el vínculo con los Médicos cuando ingresó a principios del siglo XXI:

“En ese momento éramos 5 o 6 psicólogos ahí adentro, nos miraban como bicho raro, te veían por los pasillos y pensaban “y este qué hace acá”. Pelear un consultorio era siempre una tranza, porque el medico siempre tiene prioridad. El ninguneo de los médicos era tremendo, médicos que no te registraban y de repente hacía meses que trabajabas en el consultorio de al lado y no sabían quién eras. Era difícil, veías que no contabas con mucho apoyo. Yo trabajaba en equipo con un médico y cuando llamaban a reuniones con el

consejo directivo...llamaban al médico, no llamaban a los dos, sin embargo éramos los dos responsables...[...]...No había mucho control tampoco, era acotado en el tiempo pero como había poca demanda uno trabajaba a piachere. Tengo que reconocer que nunca hubo, no se inmiscuyó, no sé si por respeto o como éramos pocos y a la mutualista no le significaba mayor esfuerzo, mientras hiciéramos las cosas bien no pasaba nada” (Psicólogo)

Se aprecia en estos pasajes que el lugar de las prácticas psicológicas era reducido y limitado, dando lugar a relaciones de poder que reproducen el clásico lugar hegemónico de la figura del médico en los ámbitos sanitarios. Como contraparte del lugar reducido y limitado, las prácticas se describen como libres de controles, dando lugar a que el entrevistado se interrogue si era resultado de una actitud respetuosa de la organización hacia los criterios profesionales o si respondía a una ausencia de interés e integración de los propósitos que posee la atención a la salud mental.

Tras la institucionalización del PIPSM la Psicología adquiere un nuevo protagonismo en los servicios de salud, pasando a constituirse en prestaciones de acceso directo sin necesidad de derivación médica. Acercándonos al 2011 la capacidad de atención había crecido y *“cubría a toda la población, el que la necesitaba era atendido, si era derivado por un especialista, a cualquier edad, tenía derecho a la prestación.” (Psicólogo)* Los entrevistados destacan que el buen funcionamiento previo del servicio fue una base fundamental para incorporar las modificaciones. Una de las modificaciones que se destacan refiere a la reformulación de los propósitos de la atención psicológica en los servicios. Sus propósitos se encontraban limitados previamente por la cantidad de Psicólogos disponibles y por la forma de acceso a través de la derivación del psiquiatra. El Plan establece una serie de metas prestacionales relacionadas a la definición de una Población Objetivo, la cual sería destinataria de las prestaciones en salud mental (Ver Tabla 1 a y b). Estas metas prestacionales se alcanzarían mediante un diseño donde los pedidos de atención acceden al servicio de Psicología a partir de la derivación interna desde algún otro servicio de la mutualista o, lo que constituye una novedad, a partir de la iniciativa del usuario directamente. El pedido es recibido por la sección administrativa, la cual asigna un horario de consulta con el Comité de Recepción donde se define si se lo deriva a alguna de los modos en que se organizan las prestaciones en Salud Mental (Ver Tabla 1 a y b). La accesibilidad que establece el Plan no es universal, se concentra exclusivamente en un aumento del acceso a la atención psicológica para la población objetivo.

En este escenario los servicios de salud tomaron dos actitudes distintas. Unos incorporaron las prestaciones tal como se encuentran descritas en el plan y continuaron con la forma de trabajo anterior, con lo cual abarcaban a la población que no queda comprendida en la población objetivo. En estos casos, las consultas psicológicas mantienen un costo de entre \$700 y \$900 (pesos uruguayos), lo cual es bastante mayor al costo de las consultas en las nuevas prestaciones en psicoterapia, alrededor de \$250 para el modo 2 y \$80 para el modo 3.

En cambio otros servicios de salud decidieron concentrar sus esfuerzos en cumplir las metas prestacionales o asistenciales establecidas en el Plan, servicios donde *“se sigue a rajatabla lo que dice el ministerio, a rajatabla”* (Psicólogo). En estos servicios acontece sobre la accesibilidad un doble movimiento de apertura y restricción. Por una parte la apertura se dio al permitir el acceso a la atención psicológica a sectores de la población que difícilmente accedieran previamente, siendo definidos como prioritarios, brindando prestaciones de un costo menor. Por otra parte la restricción se establece a partir de la línea que divide a la población objetivo de la población no objetivo, quienes quedan por fuera de los criterios que definen a la población objetivo no tienen posibilidad de recibir atención en las mutualistas que asumieron *“a rajatabla”* el plan. Esta restricción constituye un punto que es resaltado por los entrevistados como uno de los principales problemas en la instrumentación del plan:

“Hoy día se restringió a lo que es la pauta del ministerio, personas menores de 25 años, funcionarios de la salud, docentes, personas con trastornos mentales severos, o adictos, o víctimas de violencia. Lo cual trae problemas también porque mucha gente viene con la expectativa de tener psicoterapia, pero si no entra en esos criterios lamentablemente no se le da el servicio.” (Psicólogo)

“Incluso los pacientes que han sido atendidos en otros momentos van ahora y se encuentran que hay un montón de requisitos, y encuentran que por la edad no pueden acceder a la psicoterapia, y hay quejas, obviamente, siempre hay quejas” (Psicólogo)

“No le brinda atención a gente que antes le brindaba. Son las trampas de estas cosas, ¿no? Las instituciones quedan ligadas a los reglamentos y no a otros criterios.” (Psicólogo)

“Para nosotros como profesionales, por ética, de que no estamos acostumbrados a cosas que sean tan arbitrarias y que no tienen un sustento teórico clínico que a esta persona

que no puede parar de llorar, que no se puede levantar de mañana y que tiene 35 años no se le puede dar un servicio de psicoterapia.” (Psicólogo)

Problemas y quejas como efecto de las exclusiones del plan, se perciben como *trampas* que en las que los criterios administrativos se imponen frente a los criterios técnico-científicos o profesionales al momento en que se produce el encuentro entre el servicio y el usuario. En el último extracto citado anteriormente se hace referencia a los casos de adultos mayores de 25 años que presentan rasgos de depresión. La exclusión de la depresión dentro de la población objetivo es uno de los puntos que más llama la atención a los entrevistados, considerándolo *ilógico y contradictorio* al tener en cuenta que puede constituir un riesgo de posible IAE, lo cual constituye una de las situaciones priorizadas incluso dentro de la población objetivo a partir de la aparición del Plan Nacional de Prevención al Suicidio (2011).

La exclusión de la Depresión en los procesos de asistencia constituye uno de los aspectos con los que los actores debieron componer su mirada, criterios instituidos que se anteponen a los técnico-profesionales. Fue necesario reinventar la mirada generando una efectivización de las clasificaciones instituidas, una codificación de criterios que se proponen clasificar los pedidos de atención y organizarlos en distintas modalidades de atención (ver Tabla 1). Este aspecto del plan es fuertemente criticado desde algunas perspectivas por considerar que reproduce una mirada médica sobre las prácticas psicológicas y sobre el sufrimiento de los usuarios, “una rejilla de clasificación que impide la escucha de la demanda” (Hernández, informante calificado).

Al indagar sobre el proceso de incorporación de los nuevos criterios los entrevistados destacan que el buen funcionamiento previo sirvió de base para lograr una adecuación efectiva:

“En realidad había una muy buena organización en ese momento de la parte de psicología, el servicio, la jefa que teníamos en ese momento estaba capacitada en RRHH y lo manejó excelente. Tuvimos encuentro en la sala de actos, nos explicó todo, a todos, no sólo a los que íbamos a integrar los comité de recepción, sino a todos estos psicólogos que estaban para psicoterapia que te decía eran un montón. Se implementó perfecto.” (Psicólogo)

“lo que nos pasaba es que sobre la marcha íbamos viendo ‘ah este es un modo dos, este un modo 3, si es un taller es modo 1’... era difícil aprender todas las prestaciones nuevas que había.. la cuestión era la cantidad de talleres que había, para pacientes, familiares usuarios.” (Psicólogo)

El espacio diseñado donde se realiza esta diferenciación y clasificación de pedidos es el Comité de Recepción, integrado por un Psicólogo, un Psiquiatra y a veces un Trabajador Social. Los Comité de Recepción se conformaron a partir de la reformulación de prácticas preexistentes:

“nosotros ya derivábamos a psicoterapia, Hacíamos una consulta psicológica, una consulta más bien de recepción, recibíamos al paciente y veíamos si hacíamos derivación a psicoterapia o no, es decir, ya había un previo filtro a psicoterapia...ya estábamos entrenados en la consulta de recepción. El comité de recepción funciona, es de recepción, resolvés en el momento para dónde va el paciente, junto a una psiquiatra” (Psicólogo, integrante de Comité de Recepción)

Como se señaló anteriormente, al implementar las nuevas prestaciones hubo un incremento exponencial en la demanda de los usuarios, exponiendo a los servicios de Psicología a una situación de desborde en relación a sus capacidades previas. Esta situación implicó la aparición de listas de espera y una actitud cauta desde los Comité de Recepción:

“Se era más estricto al momento de hacer las indicaciones, había que ser mucho más selectivo al principio hasta que dieran con un poco la capacidad de técnicos para responder a tanta demanda, eso fue lo que más costó. Después había una estructura grande, y estaba organizado, no vi que hubiera dificultades a la hora de trabajar.” (Psicólogo, integrante de Comité de Recepción)

Para alcanzar un cierto equilibrio interno fue necesario que los servicios de salud incorporen entre el año 2011 y el 2012 una gran cantidad de psicólogos:

“al principio hubo que tomar muchísimos psicólogos, apenas empezó la reforma lo que vi es que no daban abasto, costó mucho esto de entender y captar toda la demanda que había. Hubo que ampliarse demasiado, eso fue difíciloso.” (Psicólogo)

En uno de los servicios se relata que pasaron de ser aproximadamente 15 psicólogos a más de 100. Entre los psicólogos que se desempeñan en el servicio la menor cantidad, unos 30, son funcionarios, el resto son contratados como empresa unipersonal debiendo facturar sus servicios en función de la cantidad de consultas que realicen en el mes. Existen algunos casos donde la modalidad contractual es mixta, funcionarios que facturan por consultas de atención psicoterapéutica por fuera de sus horas contratadas Cuando se indaga cómo ingresaron a los servicios las respuestas se repiten refiriendo a algún familiar o conocido que ya era funcionario y facilitó

su ingreso, tanto así que otra forma de selección se transforma en anecdótica; *“pero una amiga entró por llamado, cuando arrancó el plan.”* (Psicólogo) En cuanto a la remuneración aparece disconformidad en la mayoría de los entrevistados, en tanto el valor hora de trabajo es menor al arancel fijado por la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay y también considerablemente más bajo que el valor hora de las demás especialidades dentro de los servicios de salud. Esto en algunos casos conduce a que *“lo que hace es dedicar una parte mínima de sus horas a la mutualista y el resto de sus horas a lo privado que es en definitiva lo que económicamente más reeditúa.”* (Psicólogo). En otro caso se reflexiona que *“el plan se pudo implementar por los bajos sueldos que los psicólogos están dispuestos a aceptar”* (Psicólogo). Se hace referencia a una debilidad gremial en Psicología, con grandes dificultades de hacer prevalecer ciertas pautas de defensa de las condiciones de trabajo.

“los modos de contratación, son muy dispares, hay cierta inequidad. En cada institución hay distintos modos de contratación, habría que trabajar como gremio. Para los psicólogos nos implica, si bien para muchos es una mayor inserción laboral, económicamente implica darse cuenta que no son los mismos honorarios que la clínica privada.” (Psicólogo)

Uno de los psicólogos entrevistados relata cómo fue su ingreso, entendiendo que consistió en un ejercicio de descompresión de la demanda que recaía sobre el servicio:

“fue horrible, fue una locura. Contrata 20 o 25 profesionales porque tienen listas de espera interminables. Entonces nos juntan en el salón de actos y nos dicen ‘Bueno, ¿quiénes están dispuestos a trabajar de esta forma? Lo que tienen que hacer es agarrar estas hojas que están acá, hay listas de pacientes con número de teléfono, tienen que trabajar con 20 pacientes, llamarlos y decirles que ahora sí hay un profesional asignado para trabajar con usted’ Yo acepté...siendo un recién egresado y nuevito, y sin barba, acepté esas condiciones, me llevé la hoja a mi casa y me puse a llamar, yo a llamar a los pacientes, yo a llamar a aquellas personas que habían pedido hace algún tiempo la prestación. ‘Hola mire, soy psicólogo, lo llamo de (servicio de salud), sé que usted hace un tiempo llamó a (servicio de salud) para pedir un profesional, bueno, soy yo (ríe), acá estoy’. Para mí fue loco, una locura hacer ese trabajo y empezar de esa forma.” (Psicólogo)

Luego de este inicio, cuando la demanda comenzó a ser controlada y se redujeron las listas de espera, se dejó de implementar este procedimiento en que es el psicólogo quien llama al paciente para iniciar la prestación, pasando a derivar directamente desde el comité de recepción a los

distintos psicólogos. Ahora bien, otra dificultad que se presenta en este escenario refiere a las diversas formaciones y experiencias que poseían los psicólogos que comenzaban a trabajar bajo estas características:

“la principal (dificultad) es la falta de formación específica, por ejemplo, hay grupos coordinados por gente que no tiene formación, eso es una dificultad. Se hace lo que se puede pero no es lo que debería ser... Si no tenés formación, le podés meter muchas ganas e intentar formarte por tu cuenta, pero implica un problema” (Psicólogo)

Ante esta situación emerge la idea de Foco, de abordaje psicoterapéutico focal, como la definición de esta forma de trabajo de atención psicológica. Si bien no aparece en el PIPSM mención alguna a esta perspectiva, o subdisciplina, la misma logra instalarse y arraigarse en la representación de la práctica; *“hicimos una formación en psicoterapia focal, que es en realidad lo que trabajamos nosotros.” (Psicólogo)* Los servicios realizaron procesos de capacitación para los psicólogos en relación a esta perspectiva de abordaje, *“para todos, obligatoria. No fue muy profundo pero bueno, sirvió” (Psicólogo)*. Esta región dentro de las formas de saber en Psicología comenzó a trazar líneas de homogeneización en los profesionales:

“las nuevas tendencias obligan a formarse en cuestiones de abordajes focales. Gente que puede venir del psicoanálisis, de la gestalt, de lo cognitivo-comportamental, pero que empiezan a leer y formarse en cuestiones de abordaje focal, intervención puntual” (Psicólogo)

Esta perspectiva implica:

“tratas de trabajar de una forma focalizada... tengo un plan de trabajo, son 48 sesiones y tengo que cumplir con eso, y tengo que tratar de ayudar a esa persona y buscar generar algún tipo de cambio. Y brindar herramientas como para cuando se terminen esas 48 sesiones la persona, el paciente, pueda salir fortalecida y enfrentarse solo, no? Caminar sólo, soltarle la mano al terapeuta y tratar de seguir sólo” (Psicólogo)

Por otra parte, en algunos servicios se generó una sección administrativa específica para gestionar las prestaciones en Salud Mental. Se señala que fue necesario capacitar a los funcionarios en su especificidad:

“Supuso un cambio importante tanto para el personal administrativo, son los primeros que reciben las situaciones, es el primer acercamiento de la persona, con el administrativo

que le da hora y le tiene que explicar de repente que hay determinados procedimientos establecidos por el ministerio, establecer esos criterios con la gente, también la importancia de la urgencia de la consulta...implicó un entrenamiento, a veces cuando un compañero administrativo de repente deja de trabajar en el sector e ingresa una nueva hay que transmitirle todo esto. Hay un factor de estrés laboral también de situaciones difíciles de manejar.” (Psicólogo)

Este primer contacto entre el administrativo y el usuario adquiere características que hace que los psicólogos consideren que ése es el momento en que comienza el abordaje del malestar del usuario:

“lo que pasa en psicología, que la consulta empieza abajo. Digo abajo porque está abajo en el edificio la administración, arriba los consultorios. Ya vienen súper angustiados y les dicen ‘no, necesito ver ya un psicólogo, necesito ya porque me pasó esto...’ y empiezan, no? Vida y obra de todo lo que le pasa. Hay gente muy capacitada porque hay muchos estudiantes de psicología...Alguno puntualmente que habla de más, o aconseja, lo contraindicado lo hacen, pero muy puntual, funciona muy bien y son muy respetuosos.” (Psicólogo)

La sección administrativa se encarga, además de la recepción de los usuarios, de llevar un control de las horas ocupadas y disponibles de los psicólogos para asignar pacientes. En este sentido se relata que el pedido desde los servicios a los psicólogos de destinar más horas para la atención de pacientes es permanente debido a lo masivo de la demanda.

“si habilito 40 lugares más en mi consultorio, en 1 mes me lo llenan. Cuando aviso de un paciente que terminó o no viene más, no pasa más de una semana para que otro paciente es derivado. Incluso se me pide que habilite algún espacio más, porque la demanda es brutal, es gigante” (Psicólogo)

Por otra parte, la administración controla también las asistencias de los pacientes, quienes pierden el derecho a la atención ante dos inasistencias consecutivas.

“hay un reglamento, un reglamento que se les da cuando accede a la psicoterapia, donde plantea que más de dos faltas sin aviso pierde el tratamiento. Esto es muy difícil porque nos manejamos con un sistema que el paciente saca la orden y nos trae la orden, entonces se lleva una planilla allá donde dice el nombre del paciente y la cantidad de sesiones

que lleva. Si el paciente no va a sacar la orden, no figura en la planilla. Nosotros a su vez tenemos que llevar una planilla todos los meses donde figuran las asistencias. Y a veces no coincide, porque algo que para mí es una inasistencia a ellos no les figura...el problema que se nos ha generado es con pacientes que abandonan y como nosotros no podemos darles de baja hasta que pasan 3 sesiones, esas tres órdenes las perdemos. Queda la hora vacía y además perdí 3 órdenes. El tema de las faltas hay que manejarlo con un criterio un poco elástico. No es lo mismo un paciente que por sus características tiende a faltar... es lo que intentamos transmitir a la parte administrativa, que dos más dos no son cuatro. Hay que tener cierta elasticidad...pero en general funciona, por lo general no se le da de baja a un paciente sin consultarnos” (Psicólogo)

En las modalidades grupales de atención se va controlando la cantidad de usuarios que asisten:

“te preguntan, que pasa que en tal grupo un día vinieron 4, otro día vinieron 8, hubo un día que vinieron 2’...y cuando decae se hace una reunión, se cita a todos los del servicio, Si durante un mes a un grupo van 2 personas se cierra y se abre en otro horario, para ver si ahí va más gente, si no se cierra del todo...Los que somos funcionarios estamos tranquilos porque las horas las tenés aseguradas, el asunto son la gente que factura.” (Psicólogo)

Los psicólogos en las modalidades psicoterapéuticas llevan una planilla de registro de las asistencias de los pacientes, la cual es remitida al MSP para el monitoreo permanente de las prestaciones. Este registro *“es súper estricto, hay un control exhaustivo de asistencias, se sabe todo, quién vino, quien no, número de intentos de autoeliminación por mes, número de llamadas....es muy riguroso, para nosotros psicólogos acostumbrados a estar más descontractados es como raro” (Psicólogo)* Este registro es vivido por los entrevistados como un factor de agotamiento laboral cuyos propósitos aparecen con gran ajenidad en relación a los propósitos de su tarea singular, lo cual remite a la no articulación de propósitos en común entre la dimensión administrativa y la dimensión técnico-profesional señalada anteriormente.

“Fijate qué increíble. Nosotros tenemos una parte administrativa muy grande de control de las asistencias para el Ministerio, lleva una parte administrativa importante, ‘este paciente vino el 7, cambió tal para el 12’ hay que reconstruir cada paciente todos los meses. Pero es muy formal...No hay una supervisión más cercana. También nos cuidaría un poco

a nosotros. Porque todos los controles tienen como una doble vía, también me cuida...creo que debería haber más control” (Psicólogo)

Esta necesidad de un mayor control de las prácticas surge en diversas entrevistas, pero un control técnico que les aporte para mejorar el trabajo que realizan en tanto el control administrativo como fue señalado se presenta ajeno a concepción de tarea que sostienen los profesionales.

4.d- Diálogos entre Psicología y Psiquiatría a partir del plan

Las prestaciones en salud mental implican el trabajo de Psicólogos y Psiquiatras fundamentalmente. Si bien en el Plan se incluye la participación de Trabajadores Sociales, su presencia es muy baja. Se identifican 4 instancias en las cuales se desarrolla en algún nivel una interacción entre Psiquiatras y Psicólogos: 1- Comité de Recepción, 2- Coordinación de Grupos, 3- Interconsulta, 4- Historia clínica. De éstos espacios nos enfocaremos en esta sección sobre las interacciones en los Comité de Recepción y la Interconsulta, mientras que sobre los Grupos y las Historias clínicas se abordará principalmente en el siguiente capítulo (Ver Capítulo 5).

El trabajo entre Psiquiatras y Psicólogos en los Comité de Recepción es percibido como adecuado, un buen funcionamiento donde las diferencias de criterios contribuyen a una comprensión más integral sobre la situación del usuario que consulta, logrando de este modo indicaciones más ajustadas. Particularmente se indica la importancia de la presencia del Psiquiatra en la detección de situaciones de alto riesgo. Es relevante señalar que en todos los casos se transmite un buen vínculo laboral y personal entre Psiquiatra y Psicólogo, donde se produce una adaptación por afinidad que previene la aparición de confrontaciones entre saberes.

“regularmente trabajo con la misma psiquiatra, a menos que esté de licencia y ahí van rotando...desde un comienzo me llevé bien... ella es muy dinámica y trabajamos bastante similar. A veces, ya después de 3 años nos miramos y con dos palabras nos entendemos. Entonces empezar de nuevo con otro colega me complicaría mucho. Hemos logrado conocernos y aprendimos a trabajar, es una construcción...es mi amiga, tiene años trabajando, una fenómeno, intercambiamos bárbaro, cada uno desde lo suyo respetándonos muchísimo. No está eso hegemónico de, no psicoterapia no, tenés que tomar medicación, con ella no me pasa.” (Psicólogo, integrante de comité de recepción)

Esta misma participante plantea que durante la consulta es el Psicólogo quien conduce la entrevista:

“Después que yo hago la entrevista más abierta ella se encarga de reunir unos datos, sobre todo para despejar si es necesario una consulta con psiquiatra...’¿el niño está alimentándose?, ¿duerme o tiene dificultades para conciliar el sueño?, el tema de lo conductual, si está agresivo, si se golpea o si golpea a los demás, el tema atencional. Algunos aspectos de despeje que hay que hacer en algún momento de la entrevista, bueno, los hace ella al final” (Psicólogo, integrante de comité de recepción)

No obstante, en tanto el servicio tiene una capacidad limitada de atención pasa a ser necesario priorizar qué situaciones derivar, aún dentro de las que sería pertinente la derivación. Al momento de priorizar es donde las diferencias de criterios pueden transformarse en un problema a resolver en el poco tiempo que dura la entrevista, es decir 30 minutos. Así mismo, no en todos los casos se logra un funcionamiento tan aceitado como el señalado recién:

“a veces es difícil llevar la entrevista y no superponernos, no pisarnos, no hablar una encima de la otra, eso a veces marea y confunde un poco al paciente. Yo tengo un modo de trabajar que es más abierto, si bien pregunto qué los trae no estoy todo el tiempo preguntando, que es lo que los psiquiatras hacen ‘¿cómo duerme? ¿Cómo come.” todo lo perinatal que es importante pero que hace que sea todo muy tun tun tun tun, muy directivo y a veces se pierde un poco la esencia de la demanda, tenemos muchos datos pero no llegamos a entender bien por qué está ahí, por qué ese día y no antes” (Psicólogo, integrante de comité de recepción)

Otro espacio donde interactúan Psiquiatras y Psicólogos es en la coordinación de las modalidades grupales de atención. Si bien ya funcionaban algunos grupos en los servicios de salud con participación de Psicólogos, relacionados por ejemplo a consumo problemático de sustancias o violencia doméstica, el PIPSM abrió una diversidad de modalidades grupales inédita y se señala que son muy pocos los profesionales formados en abordajes grupales. Esto conduce a que lejos de propiciar una confrontación entre saberes, quienes llevan adelante los grupos se ubican desde una posición donde cualquier idea aporta, venga del campo de saber que sea. (Esto será retomado en el siguiente capítulo, 5.c)

Donde efectivamente se presentan dificultades en la articulación entre el trabajo del Psicólogo y el Psiquiatra es en la interconsulta, es decir en la posibilidad de analizar en conjunto el proceso

de un paciente que realiza un tratamiento psiquiátrico a la par que el psicológico. Estas dificultades no refieren a una confrontación de saberes, sino que responden a cómo es organizado el trabajo en cada modalidad, particularmente presentan una temporalidad diferente. En el abordaje que realiza el Psicólogo cuenta con 45 minutos semanalmente para trabajar con el paciente y la finalización del proceso se encuentra prefijada. En el caso de los Psiquiatras trabajan 15 minutos mensualmente con cada paciente, sin finalización prefijada. Una Psiquiatra entrevistada planteaba esta dinámica:

“nosotros en policlínica de repente en 2 horas tenemos que ver 12 pacientes, entonces si, es complicado para nosotros hablar con los 12 psicólogos. Vemos muchos pacientes por mes. No quiere decir que todos los psicólogos estén llamando todo el tiempo. Yo particularmente hablo. Si alguien me dice ‘mirá mi psicólogo te manda su número porque quiere hablar contigo’, bueno, hablo, no tengo problema.” (Psiquiatra, integrante de Comité de Recepción)

Esta dificultad en el modo de organización del trabajo es percibida por los Psicólogos, quienes señalan que la mala comunicación no responde a un “ninguneo” por parte de los Psiquiatras. Un Psicólogo señalaba en el mismo sentido:

“Me he llevado grandes decepciones y sobre todo imposibilidades de poder hablar. El psiquiatra de la mutualista es un bicho terrible, es esa persona que ve 40 pacientes por día uno atrás del otro y que repite medicación y que no sabe nada en realidad. Entonces si un día llamo a uno de los psiquiatras de mis pacientes y le digo para coordinar, no va a saber de qué le estoy hablando, pero de ninguna manera. Lo tengo que llamar a la hora que sé que va a ver al paciente para que así sí agarre su historia clínica en el momento que está ahí y que me diga algo, sino no puedo, no me sirve, es un esfuerzo estéril...Ojo, cuando el psiquiatra es particular, privado, me llama por teléfono, le manda cartitas con los pacientes para que me la den a mí y nos podamos comunicar. En esos casos sí. El problema es cuando está inserto en la locura de la psiquiatría de mutualista.” (Psicólogo)

Ante estas dificultades en la comunicación entre Psiquiatras y Psicólogos es el paciente quien se encarga de transmitir a cada uno la visión del otro, aunque no en los casos que el paciente tiene los recursos para hacerlo.

“el vínculo con la medicina es muy puntual, he tenido buenas experiencias, otras no tanto, no puedo decir que hay diálogo. Se da algo particular, el diálogo está mediado por el

paciente, no entre los técnicos. Ahí el paciente pasa a generar un rol de catalizador, ellos, van y cuentan cómo van con el otro, entre los dos técnicos evalúan sin diálogo...pero funciona. Está bueno, porque el paciente de última se hace cargo de su propio proceso” (Psicólogo)

Otra dificultad para la coordinación entre Psicólogos y Psiquiatras en el seguimiento de un caso radica en la rotación de Psiquiatras en las policlínicas:

“a mí me facilita cuando el proceso es con un mismo psiquiatra, si cambia a los dos meses...volver a explicar, eso pasa seguido y complica. También por los pacientes, generan cierta confianza y esperan ver a su psiquiatra los atendió y se encuentran otro.” (Psicóloga)

La rotación de Psiquiatras, junto con los otros factores de organización del trabajo, constituye una dificultad que puede implicar directamente un riesgo para el paciente. En este sentido transcribimos a continuación una viñeta clínica que fue relatada por un Psicólogo:

“A mí me paso un episodio muy triste, estaba atendiendo una pareja, él tenía un trastorno narcisista de personalidad muy importante y todo se sostenía de su labor profesional, se estaba jubilando y estaba entrando en crisis, todo eso se caía. Yo lo veía semanalmente y veía que estaba complicado. Le pedí que viera al psiquiatra. La psiquiatra que lo veía hacía años estaba con licencia por enfermedad, entonces siempre lo veían suplentes, cada vez que iba lo veía uno diferente. Además él, por su personalidad, era de ocultar información al psiquiatra, conmigo desarrollaron un buen vínculo y me contaban mucha cosa. Lo mandé con una nota para el psiquiatra. Me dijo quién era, yo cuando vi quien era me preocupé, pero bueno, le voy a mandar una nota lo más explícita posible. Ni la leyó. El paciente no fue medicado como debía haber sido, al menos desde mi punto de vista. Intenté coordinar con psiquiatría para que tuviera una nueva consulta antes de tiempo. A la cual él no fue, y todo terminó con que tuvo un accidente de tránsito, de esos que te dejan dudas si fue un accidente. Falleció en el accidente. Para mí fue, una situación muy dolorosa, ahí falló eso, la comunicación entre miembros de un mismo servicio, porque estamos en el mismo servicio, se supone que trabajamos para lo mismo.

Investigador: ¿cómo te enteraste que no lo leyó?

Participante: él me lo dijo, ella le dijo que no, que le gustaba ver ella y no lo que teníamos nosotros para decir. Yo intenté coordinar otra consulta con otro psiquiatra que fuera de

mi confianza, y no fue, y a los pocos días me llamó la esposa que había tenido ese accidente. Para todos fue un accidente, yo que conocía la interna me quedé con dudas, me quedé con dudas de si hubiese sido bien atendido, qué hubiese pasado”

Lo que nos interesa de ésta viñeta es cómo la organización del trabajo dificulta los procesos de interconsulta al grado de constituirse en un riesgo, es decir con efectos iatrogénicos, y no tanto adentrarnos en un análisis clínico de la situación del paciente. Por otra parte aparece una percepción de falta de interés desde los Psiquiatras hacia los aportes que pueden realizar los Psicólogos en la atención de los pacientes, aunque permanentemente estas actitudes son singularizadas previniendo transmitir una generalización, “es con algunos, muy identificados, ha entrado una camada importante de psiquiatras nuevos, jóvenes, muchos con formación terapéutica, lo cual ayuda porque tenemos una forma de comunicarnos diferente.” (Psicólogo) Aunque no todos los Psicólogos concuerdan en el beneficio que significa la formación en psicoterapia del Psiquiatra, en un caso nos planteaban “el peor psiquiatra es el que cree que sabe psicoanálisis y se mete, prefiero el más duro que medique y listo.” (Psicólogo) Una situación que es descrita como violenta de parte de un Psiquiatra a un Psicólogo ubica la interacción en la comunicación a través de la historia clínica del paciente:

“No puedo concebir que un psiquiatra le haga una crítica salvaje en una historia clínica del paciente. Eso es una falta ética. Sabiendo que el paciente accede, escribir que no está en absoluto de acuerdo con el planteo terapéutico y que además considera que es una barbaridad, en la historia clínica del paciente, eso está de menos, es muy fuerte. Eso, el paciente no lo ve, si quisiera lo ve. Pero sí lo ve todo el resto de los médicos que trabajen con el paciente. Y que un colega de ellos maltrate al psicólogo de esa forma, no es bueno para nadie.” (Psicólogo)

Surge también la percepción de que algunos Psiquiatras se mantienen renuentes a integrar los aportes que podría realizar la Psicología, lo cual se percibe en los comités de Recepción cuando algunos usuarios manifiestan que el Psiquiatra no les quería dar el pase a Psicología, aunque este pase ya no sea necesario, “los pacientes te dicen “no me quiso dar el pase, porque dice que no me va a servir para nada la terapia” y te llegan esos cuentos, de que el psiquiatra es negativo a la terapia.” (Psicólogo, integrante de Comité de Recepción) No obstante en líneas generales se percibe una apertura de parte de los Psiquiatras a los aportes de los Psicólogos, donde incluso le consultan a sus pacientes sobre su tratamiento psicoterapéutico y promueven que no lo abandonen.

Capítulo 5- Prácticas Psicológicas

En el capítulo anterior se analizaron los movimientos acontecidos a nivel organizacional para la implementación de las prácticas, articulando las experiencias relatadas por los entrevistados. El diseño permitió una efectiva puesta en marcha en los servicios de salud de prácticas de atención psicológica, más allá de sus posibilidades y límites. En este capítulo enfocaremos la una problematización de las prácticas que tienen lugar en estas condiciones de producción. Para este capítulo es importante señalar que los entrevistados lograron asumir la tarea de realizar un ejercicio crítico sobre sus propias prácticas. Se presentarán los puntos de vista relevados en las entrevistas a los psicólogos, articulando elementos que aportan las entrevistas a los psiquiatras y otros trabajadores de la salud.

Resulta pertinente señalar que las prácticas que se estudian no abarcan la totalidad de prácticas que la psicología realiza en el campo de la salud. La Psicología Médica ha sido la modalidad que históricamente ha estado más presente en las Organizaciones Sanitarias, sin embargo:

“Los aspectos que tienen que ver con Psicología Médica casi no han sido contemplados por las nuevas prestaciones de salud mental. Solamente en los menores de 25 años, dicen psicoterapia con enfermedades orgánicas y psicoprofilaxis quirúrgica en niños... Los pedidos de consulta son mayores en la población que no está cubierta. Cualquier persona, una oficinista que tiene una depresión, episodio depresivo mayor con ideas de autoeliminación, no está cubierto por el sistema. Tiene que intentar” (Berta Varela, 2014, Informante calificada en Psicología Médica)

En este fragmento se señalan también ciertas exclusiones del plan que resultan problemáticas en las prácticas, sobre las cuales trabajaremos en el capítulo. Por otra parte la Psicología ha desarrollado una perspectiva de trabajo en salud desde una Estrategia de Atención Primaria en Salud, tendiente a disminuir la centralidad del Hospital como espacio de atención e implementar prácticas en las comunidades. En la entrevista con el Psicólogo Luis Giménez nos señalaba que el Plan:

“Tenía puntos que hablaban de ese nuevo modelo y aspectos de permanencia del antiguo modelo, esa tensión entre lo nuevo y lo viejo también está presente en el plan. La propia

persistencia de la categoría Salud Mental, un plan en Salud Mental, ¿qué pasa con todas las dimensiones psicológicas en relación a la salud en general? No queda inserto ahí, no queda del todo claro cómo se inserta ahí. Algunas prestaciones creo que apuntan a un modelo distinto, hay como un énfasis en el plan, en lo discursivo digamos, en las actividades de promoción de salud, en los talleres, en los espacios colectivos, que pueden ser interesantes, y hay algunos aspectos que parecen muy centrados en las prestaciones psicoterapéuticas. En reducir a lo psicoterapéutico el terreno de los psicólogos en el área de SM. Cierta tendencia de trasladar como modelo la clínica privada, está pensada para un sector de la población en determinadas condiciones muy particulares. Eso no funciona, era previsible que no funcionara y creo que no va a funcionar. Eso ya está en el plan. No es sólo un defecto de la aplicación del plan sino que está metido en el plan...modalidades de abordaje de esa demanda son inapropiadas para el primer nivel. ...Tiene que ver con la modalidad de trabajo, las características de la población, el tipo de respuestas que espera y el tipo de respuestas que recibe. Es una especie de engendro que desgasta muchísimo, que lleva mucho tiempo, mucha energía, y da muy pocos resultados.”

Tampoco se incluyen los psicodiagnósticos dentro de las prácticas que propician las nuevas prestaciones, lo cual es significativo en tanto existe baja claridad a nivel social sobre las diferencias entre un proceso psicodiagnóstico y un proceso psicoterapéutico. Por lo tanto se presentarán a continuación las prácticas psicológicas en los Comité de Recepción, en Psicoterapia y en Grupos, cerrando el capítulo con las estrategias que los entrevistados realizan para resolver situaciones que no quedan contempladas en lo previsto del Plan.

5.a- Recepción, priorización, derivación y difusión en los Comité

Como se señaló en el capítulo anterior (ver Diálogo entre disciplinas) los Psicólogos integran los Comité junto a un Psiquiatra, y en pocas ocasiones con un Trabajador Social. Veíamos que la adaptación mutua por afinidad contribuye a la no confrontación de perspectivas. Esto condujo en algunos casos a generar una división del tiempo de consulta, donde en una parte el psicólogo instrumenta una escucha activa y en otra parte el psiquiatra indaga directivamente. Una situación así la relacionamos más a una sumatoria de herramientas, y no una nueva síntesis entre ambas

perspectivas. Los momentos de confrontación se presentan en las interacciones con algún suplente del psiquiatra, donde la adaptación por afinidad no opera y las diferencias adquieren mayor presencia.

Previo a la aparición del Plan ya se realizaban actividades de recepción de pedidos de atención y su posterior derivación a alguna de las opciones de atención que poseían, las cuales como vimos eran muy acotadas en relación a las inauguradas por el Plan. Estos comité de derivación pasaron a formalizarse como Comité de Recepción donde:

“La función es recibir al paciente en una única entrevista de media hora, recibir la consulta, escuchar la demanda y hacer la indicación que nos parezca más pertinente... Dentro de lo que es psicología hay muchas opciones de derivación. Varias cuestiones como para contemplar, analizar y resolver en poco tiempo.” (Psicóloga integrante de Comité de Recepción)

Al igual que el Plan divide las prestaciones entre las destinadas a Niños y Adolescentes y las destinadas a Adultos, se crean Comités de Recepción diferentes para uno y otro caso. Se señala que para niños y adolescentes existe una amplia oferta de prestaciones, incluso se indica un criterio que permite abarcar prácticamente cualquier situación, el cual es:

“Niños y adolescentes con problemas situacionales y/o adaptativos: situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano o referente afectivo, separación de los padres, migración, dificultades de relación con pares, portadores de enfermedades orgánicas crónicas e hijos de personas con enfermedades mentales severas y/o adicciones.” (PNSM, 2011, p 6)

Más allá de las especificaciones planteadas en este criterio, el uso cotidiano lo redujo a problemas situacionales y adaptativos:

“hay un ítem del modo 2 que te llegan el 99 % de los pacientes, que es niños y adolescentes con problemas situacionales y/o adaptativos....más amplio que eso....yo estoy ahí! Son crac ¿no? dijeron, tenemos que burocratizar esto, cómo lo hacemos? busquemos categorías bien generales.” (Psicólogo que no integra Comité de Recepción)

La situación difiere en los Comité de Recepción de Adultos, donde se ponen en juego los límites de la Población Objetivo señalados en el capítulo anterior. Por lo tanto se percibe que las prácti-

casos en el Comité de Recepción de Adultos tienen mayor riesgo de generar frustración en los profesionales, dando lugar a algunas de las estrategias en los límites que describiremos al final del capítulo (5.d). En tanto las nuevas prestaciones no son universales, la principal tarea de los Comités consiste en priorizar los pedidos de atención. Si bien el PIPSM establece los criterios de derivación, de las entrevistas surge que los profesionales ponen en juego otros criterios no formalizados en el Plan. Incluso se percibe que *“se puede derivar por ser población objetivo y no por lo que está pasando, entonces ahí uno se cubre”* (Psicólogo integrante de Comité de Recepción). Esta crítica hace referencia a que en la mayoría de los casos la información que releva el Comité de Recepción no es incluida en el proceso que se desarrolle posteriormente, reduciendo todo lo transmitido por el usuario a un cierto criterio de derivación. No obstante en el encuentro los psicólogos evalúan una dimensión no establecida en el Plan y de difícil estandarización: los “momentos psíquicos”:

“Más allá de las necesidades de la institución, a mí me resulta importante evaluar si es un momento para ese niño para hacer una terapia, porque tal vez no es el momento,. Uno a veces escucha y se da cuenta que hay que esperar un poco, si es un duelo muy reciente y está en una posición muy defendida. A veces no es el momento de empezar como a abrir y sacudir. También eso, evaluar, más allá de que uno tenga ese recurso y pueda darle la psicoterapia, si es bueno o no el momento adecuado para ese niño para hacer la indicación y que empiece el proceso.” (Psicóloga integrante de Comité de Recepción)

En el mismo sentido, la mirada desde el Comité de Recepción se enfoca en las posibilidades del usuario de sostener el tratamiento al que se lo derive, particularmente al momento de derivar a un Modo 3:

“En modo 3 ya es más crónico y son 3 años con renovación anual, igual cada 6 meses hacemos una reevaluación. Ahí ya tenemos otros tiempos, que tiene otras dificultades. Al tener demasiado tiempo a veces hace que nosotros seamos muy cautos a la hora de derivar a un tratamiento a largo plazo, porque nos parece también que es mejor empezar, probar 6 meses, ahí en 6 meses reevaluar el modo y ver si realmente hubo adherencia al tratamiento. Hay situaciones que no se justifica un tratamiento tan a largo plazo.” (Psicóloga integrante de Comité de Recepción)

La posibilidad de sostener el tratamiento indicado no pasa sólo por la “adherencia al tratamiento”, la dimensión económica es otro factor a tener en consideración:

“Muchas veces, uno plantea una derivación a una psicoterapia, es una prestación que tiene un costo, menor al privado, pero para mucha gente es un escollo al acceso. A veces el criterio económico sigue siendo un problema para mucha gente. Esto termina en que algunos espacios más pensados para la prevención, porque no tiene costo, la derivación va hacia ahí aunque no sea lo más indicado para ese tipo de situaciones” (Psicólogo integrante de Comité de Recepción)

Por lo tanto se aprecia que los integrantes de los Comité de Recepción introducen al menos dos criterios no formalizados al momento de derivar, por una lado la posibilidad de “adherencia al tratamiento” donde un punto particular lo constituye el momento psíquico en que se encuentra el usuario, y por otra parte las posibilidades económicas de pagar la prestación. Como se mencionaba anteriormente la información y las consideraciones sobre la consulta de un usuario que realizan los integrantes de los Comité no son transmitidas a los psicólogos que llevarán adelante la prestación:

“En los pases intentamos ser bastante claros en lo que nos parece que escuchamos, psicoterapia con orientación a la mamá, cuando vemos que hay que trabajar lo vincular, vemos que la mamá tiene dificultades en la puesta de límites, o que hay cosas que son más del mundo adulto que del niño en sí, tratamos de aclarar. Lo que pasa es que los psicoterapeutas no tienen nunca acceso a eso. No tienen acceso no, cuando el paciente es derivado va al consultorio, no tiene la historia clínica, tiene el pase que nosotros hacemos. Hay algunos datos, no todos. El terapeuta tendría que ir hasta (Organización Sanitaria) para pedir al historia clínica a ver si hay otros elementos...pero en general no se hace porque es muy engorroso para ellos.” (Psicólogo, integrante de Comité de Recepción)

Esta dificultad en la comunicación entre los integrantes de los Comité y los psicólogos que ejecutan la prestación se da igualmente en el sentido inverso:

“no tenemos mucha posibilidad de obtener devoluciones de los terapeutas, de si la derivación estuvo bien, estuvo mal, porque no estamos teniendo instancias de intercambio.” (Psicólogo, integrante de Comité de Recepción)

Sobre la ausencia de instancias de intercambio volveremos más adelante, en tanto constituye una fuerte demanda por parte de los actores entrevistados. En uno de los servicios que se logró

conocer algunos elementos del funcionamiento de las prestaciones, incorporan al proceso la exigencia al terapeuta de formular el caso en un breve informe y establecer la orientación que tomará la atención psicoterapéutica.

“el psicoterapeuta tiene que hacer una formulación del caso, tiene que escribir en la historia clínica un breve resumen de la historia y sobre qué temas o cuáles serán los focos terapéuticos. Tiene que consignar en la historia cómo va desarrollando esos focos. Y al final escribe un informe del tratamiento, breve. Eso sería una forma de ir observando, es una suerte de evaluación y autoevaluación del proceso y de sí mismo.” (Psicólogo, integrante de Comité de Recepción)

La percepción de los Psicólogos que no integran los comité de recepción coincide en señalar que es *lógica* la existencia de los Comité teniendo en cuenta el nivel de demanda de atención y la necesidad de identificar a la Población Objetivo. Así mismo señalan:

“se juega mucho el perfil de cada profesional. Hay comités que atienden muy bien a la gente, derivan bien, escuchan, se toman su tiempo. Y hay comités que de pronto te llega alguien a seguimiento y empezás a hablar y es docente, si es docente le corresponde psicoterapia no seguimiento. Pasan esas cosas, que el comité se morfó preguntarle en qué trabajaba” (Psicólogo, no integrante de Comité de Recepción)

“Funcionan bien. No dan en el clavo a veces, y lo entiendo, porque me parece que es un trabajo....salvo que seas un capo de la semiología y de la escucha, y un analista del carajo, en una única sesión resolver cuál va a ser el futuro del paciente, si lo mejor es que trabaje grupalmente, psicoterapia, o seguimiento, me parece desmedido.” (Psicólogo, no integrante de Comité de Recepción)

“en algunos la derivación no es pertinente para un trabajo con un psicólogo. Una derivación por dificultades de aprendizaje no es para un psicólogo, o en todo caso si hacer una evaluación psicodiagnóstica, pero no un trabajo clínico con la familia...” (Psicólogo, no integrante de Comité de Recepción)

Los errores en algunas derivaciones, considerados por los psicólogos entrevistados, no representan la mayoría de las situaciones y entienden que progresivamente se va ajustando el funcionamiento de los Comité.

Por último es importante señalar la tarea de difusión que asumen los Comité. Esta difusión refiere por una parte a las características del Servicio, la posibilidad de acceso directo no está incorporada aún por los usuarios y en muchos casos consultan previamente a un Psiquiatra o Pediatra para obtener la derivación. En otros casos, no ignorando la posibilidad de acceso, el desconocimiento se percibe como más dirigido a la Psicología en sí como disciplina en el campo de la Salud. Este desconocimiento es asociado en varias entrevistas a ciertos rasgos en común de los usuarios de las prestaciones:

“La gran mayoría de las personas que llegan no están en el ambiente de la psicoterapia como para saber a dónde ir. No te olvides que nosotros, tenemos un altísimo porcentaje que viene por FONASA y son de los estratos económicos de medio para abajo, entonces el acceso a la psicología es algo totalmente novedoso para ellos. Entonces van al psiquiatra primero, porque es lo que conocen, y el psiquiatra los deriva al servicio de psicología. Muchas veces no tienen muy claro por qué fueron derivados...no les explica demasiado en qué les puede beneficiar, nosotros tratamos de hacerlo. En el comité intentamos hacerlo, pero tenemos un tiempo acotado, muchas veces las problemáticas absorben el tiempo que tenemos” (Psicólogo, integrante de Comité de Recepción)

Las precarias situaciones socio-económicas de muchos de los usuarios propician que algunos integrantes de Comité se interrogue si es pertinente asistir mediante estas prestaciones o generar otras estrategias; *“A veces llegan situaciones que si bien tienen que ver con sufrimiento psíquico, el trabajo tendría que estar apuntalado más en las condiciones que determinan ese sufrimiento” (Psicólogo, integrante de Comité de Recepción)* Es posible pensar que la posibilidad de incluir un Trabajador Social en los Comité apuntaba a contemplar esta función, si bien no queda explicitado desde el Plan. Estos planteos muestran que las tareas de difusión desde los Comité pasan tanto por las características y procedimientos del servicio, como por los *beneficios* de la atención Psicológica y sus límites.

5.b- Atención Psicoterapéutica masiva

El alcance social de la atención psicoterapéutica tuvo un crecimiento de magnitudes inéditas en el país a partir de la implementación del plan. Para lograrlo se genera un doble movimiento que

implica tanto la decisión de tomar a las organizaciones sanitarias para su implementación como también un diseño de atención con una serie de prescripciones que establecen el campo de posibilidades de abordaje y trabajo con el sufrimiento del paciente. Esta estrategia de atención psicoterapéutica masiva conduce a las prácticas psicológicas a desarrollarse en un escenario donde se encuentran con los mencionados problemas inerciales de gestión sanitaria (ver Capítulo 4). Una de las principales tensiones señaladas por los entrevistados refiere a las dificultades que implican para el trabajo clínico los procesos administrativos que se desarrollan en la gestión de las prestaciones. Se aprecia en este punto una reproducción de del conflicto entre criterios profesionales y criterios de gestión que se manifiestan en general en las organizaciones del campo de la salud, entre los cuales no acontecen proceso de racionalización que permitan articular propósitos en común.

Si bien los condicionamientos al trabajo en la salud por procesos administrativos se presentan como atravesando las distintas prácticas y saberes, nos centraremos en este apartado a comprender cómo se actualiza esta tensión en las prácticas psicoterapéuticas. En la actividad cotidiana los psicoterapeutas realizan un registro de asistencia de los pacientes, indicando si las inasistencias poseen justificativo ya que de lo contrario a la tercera falta el usuario pierde el derecho a la prestación. Esta tarea de registro es descrita por los entrevistados como desgastante y sin un sentido clínico sino de control y seguimiento por parte del Ministerio de Salud Pública.

“me implica un trabajo extra, no de psicólogo pero sí de administrador... es realmente agotador, es un trabajo extra no remunerado, no profesional, molesto, ni siquiera me pagan las hojas y la tinta (ríe). Yo al principio me esmeraba y escribía cuestiones de cómo venía el paciente, de evolución y eso...quería que ellos vieran cómo estaba trabajando. Me parecía que tenían que saber cómo trabajaba, cuál era mi cabeza, conocer con qué clase de profesionales están trabajando. Pero después me di cuenta que era absolutamente al pedo porque ese control era simplemente la asistencia, si iba o no iba. Es como una lógica de economía de recursos gigantesca.” (Psicólogo)

Las planillas de registro constituyen, en la mayoría de las experiencias indagadas, el modo de visibilidad que adquiere la práctica por fuera del proceso que involucra al terapeuta y al paciente. Como vimos en la sección anterior, en un servicio de los que tuvimos acceso se ha generado

una instancia de visibilidad donde los psicoterapeutas deben formular el caso. Ahora bien, además del registro de asistencias, las prácticas psicoterapéuticas se encuentran en el entramado de procesos de gestión organizacional:

“ el campo de la clínica desde el mutualismo privado es complejo. Implica pensar un más allá de la clínica. Implica el pensar cómo llegan mis pacientes al consultorio, cómo es que están ahí, como llegaron a sentarse y hablar conmigo. Está bien, siguen siendo encuentros entre personas, encuentro entre analista y analizante. Pero me parece que hay un eje transversal que me pasa por arriba, que es toda esa parte, toda esa maquinaria burocrática que hace que el paciente llegue ahí. Porque limita y determina parte del trabajo. Está bien, puedo decir que yo en el encuentro con el paciente trabajo como quiero y hago lo que quiero, me manejo con libertad, pero hay determinados aspectos que me parece transversalizan ese encuentro particular con el paciente.” (Psicólogo no integrante de Comité de Recepción)

La dimensión administrativa en juego en las prácticas lleva a una entrevistada a expresar que *“sentís que empieza a distar lo que haces de lo que entendés que es el trabajo clínico”*. (Psicóloga no integrante de Comité de Recepción) Para conocer los modos en que las prácticas de gestión operan en los procesos de atención psicoterapéutica presentaremos los relatos de los entrevistados separándolos de modo que facilite su comprensión en tres grandes aspectos gestionados: el tiempo psíquico, la relación psicoterapeuta-paciente y la información psicológica.

5.b.1- Gestión de los tiempos psíquicos. Aión y Cronos

El tiempo constituye un punto que fue problematizado por todos los entrevistados, fundamentalmente referido a las prestaciones en Modo 2 que establecen 6 meses de atención en niños y adolescentes y 1 año en adultos, mientras que en el Modo 3 son 3 años de atención. En algunos casos considerando que si bien la delimitación de la duración de los tratamientos no es lo ideal, preponderan la posibilidad de generar el mayor alcance posible de las prestaciones:

“Lo ideal sería que no hubiera un límite, que eso lo marcara el terapeuta y el paciente. Pero bueno, por las características del plan, no sé si está bien, pero es adecuado para darle posibilidad a todo el mundo, a todos los usuarios que lo requieran.” (Psicólogo)

En otros casos sin desconocer la necesidad de delimitación para el alcance del acceso a la atención, lo señalan como una de las principales dificultades para desarrollar un proceso psicoterapéutico. Este tiempo prefijado de resolución del tratamiento parecería ser un factor que no contempla aquello sobre lo cual trabaja la atención psicoterapéutica, es decir la temporalidad psíquica funcionaría de otro modo:

“Por un lado los tiempos lógicos institucionales y por otro los tiempos psíquicos del paciente. Lógicas que no se llevan muy bien y que en ningún momento me parece que se cruzan, pueden aproximarse. ¿De qué hablo puntualmente? Que me digan cuánto tiempo puedo trabajar con el paciente, cuántas sesiones específicamente lo puedo ver. Es extraño, es como el Aión y el Cronos, son cosas distintas. Eso termina influyendo en el trabajo” (Psicólogo)

En el fragmento de entrevista citado se percibe que la delimitación temporal en sí misma se compone como un factor con ajenidad al trabajo clínico, más allá de las dimensiones de esa delimitación. Es decir que para los terapeutas el no poseer el control de la duración del tratamiento genera una base desde la cual ya no cuentan con las posibilidades de desarrollar su práctica en función de sus criterios profesionales, sino que estos criterios profesionales deben adecuarse a un entorno limitante.

“arrancás la prestación con una fecha de vencimiento, cuando en la clínica eso es un sinsentido, es una paradoja. Que vos ya sepas cuando vas a terminar antes de conocer al paciente.” (Psicólogo)

“Hay procesos que requieren un no tiempo delimitado. Si bien podríamos poner a todos los procesos en esa bolsa, que no se sabe clínicamente cuánto van a llevar, en algunos claramente con 6 meses no haces nada.” (Psicólogo)

“6 meses para trabajar con una familia, sobre todo familias complejas como las que vienen a la mutualista, te da medio como para registrar el panorama, ordenar un poco las cosas, pero no hacer un trabajo muy a fondo.” (Psicólogo)

Los entrevistados nos transmiten que la delimitación temporal funciona como un impedimento a la posibilidad de trabajo clínico, al menos en una porción de los casos. Lo paradójico surge en el hecho de que el tiempo es significativamente más limitado cuanto más logre el usuario posicionarse para desarrollar el tratamiento.

“A veces es muy poco, a veces te sobra. Sobre todo, el que sobra, lo veo asociado a la postura del analizado, cuando no hay demanda, cuando no hay posibilidades de generar algún tipo de postura en análisis, 6 meses es una eternidad.” (Psicólogo)

“Cuando se da el proceso, del me hago cargo, del yo quiero, puedo, todo eso, queda corto el tiempo después. Cuando de verdad se convierten en paciente, es poco.” (Psicólogo)

Se aprecia lo significativa que resulta la tensión existente en la dimensión temporal de la atención psicoterapéutica. Sin embargo es pertinente señalar que todos los entrevistados coinciden en señalar que aún en estas condiciones es posible desarrollar un proceso psicoterapéutico, sobre lo cual volveremos más adelante.

5.b.II- Gestión de la Demanda y la Relación Psicoterapeuta-Paciente

La gestión de los tiempos incide así mismo sobre la relación que se establece entre el psicoterapeuta y el paciente, tanto por predefinir un fin a dicho vínculo como determinando un detrimento en las expectativas que el propio psicoterapeuta tiene en relación a los posibles logros del proceso. Otro elemento del proceso psicoterapéutico que adquiere un trato diferente en este contexto refiere a la demanda, la cual atraviesa instancias de exposición y clasificación previo al encuentro entre el psicoterapeuta y el paciente. Abordaremos en esta sección los relatos de los entrevistados que nos permiten comprender estos procesos y produce que los psicoterapeutas entiendan que las particularidades que acontecen hasta el encuentro con el paciente deban ser especialmente consideradas en tanto condicionarían, en parte, el trabajo. Veremos también cómo los procesos de organización del trabajo se enlazan durante el proceso psicoterapéutico, con atención a la dimensión transferencial.

A partir de la constatación de que algo sucede, de la presencia de un malestar, hasta el proceso psicoterapéutico en sí se desarrolla un proceso organizacional de modulación de la demanda. Un proceso de traducción clasificatoria del malestar que permita una optimización en el uso de recursos y un control estadístico de los padecimientos.

“esta cuestión burocrática y administrativa, de un Estado que tiene que regularse, necesita categorías para manejarse porque claro, no todo el mundo se va a tomar el tiempo de tener una

entrevista con cada persona, entonces necesitamos papeles, papeles que digan cosas. Que diga dónde tiene que ir, por qué, qué le pasa, que justifique un presupuesto, sobre todo.” (Psicólogo)

Este proceso de dar forma al malestar, adjudicación de palabras y construcción de sentidos, culmina en primera instancia en la decisión de permitir o negar el acceso a la atención. No obstante este proceso de modulación de la demanda no se desarrolla únicamente en la deriva que el usuario realiza hasta el inicio de la atención, las categorías del saber psicológico divulgadas en la sociedad funcionan como moduladores del malestar que permiten al menos disminuir los niveles de incertidumbre a los que se enfrenta un sujeto con un problema de difícil localización:

“Ahora tenemos sobrediagnosticado los ataques de pánico. Hay pacientes felices con su diagnóstico y otros que no. “yo sufro de ataques de pánico” “me dijeron que tengo ataques de pánico”, “estoy tratada por ataques de pánico”. 90 por ciento no son. Llegan con ese diagnóstico, siento que les gusta en muchos momentos, lo toman como algo con lo que pueden, con lo que los trae a consulta, los limita pero poco. Un diagnóstico que muchos pacientes se sienten cómodos. “me dijeron que era un esquizofrénico” “ah no,,,,,eso está mal” “pero ataque de pánico, bueno me gusta, está de moda” no les resulta agresivo. Yo trato de ver que le pongan nombre ellos al ataque de pánico, de cuándo se da, ante qué situaciones se produce la ansiedad, las ganas de huir, la paralización, o sea, hay tantos ataques de pánico como pacientes. Bueno veamos qué tipo de ataque de pánico tiene este paciente. Sino es como indiscriminarse, por eso le gusta mucho a los adolescentes, “ataque de pánico igual que mi compañera que se va de clase”

Categorías diagnósticas que brindan comodidad constituyen una base desde la cual comenzar el trabajo, en muchos casos apuntando a su deconstrucción para acceder a la singularidad del malestar. Pero más allá de las categorías del saber psicológico existe una sobredeterminación de las expectativas del paciente en relación a la atención y cómo se posiciona para resolver su malestar que provienen de las propias características de los usuarios de servicios de salud en general, tal como se describe en los siguientes pasajes de entrevistas:

“Porque el paciente de mutualista viene muy cargado, y muy exigente. Como la mutualista tiene ese servicio me lo tienen que dar, y lo tengo que ver ya, y esto es urgente, y para todos todo es urgente.” (Psicólogo)

“Al ser dentro del sistema mutual, mucha gente va la consulta psicológica como si fuera al oculista, con la concepción de me van a curar, una concepción más médica, medicalizada, a veces de mucho inmediatez, hay que explicar que son procesos que llevan su tiempo. A mí me resulta

muy interesante esa tensión de cómo el edificio, la organización, diagrama una transferencia hacia esa consulta...El uso de túnicas blancas para psicólogos, que trajo un cuestionamiento, pah, tenemos que usar túnica, todos los técnicos, entonces de repente entraba un niño a consulta diciendo "mamá me va a pinchar" No sabía si eras un médico...es una cuestión interesante. Me ha pasado de observar los efectos de esas cosas. Con el psiquiatra, si uno de los dos un día no trae la túnica, a dónde va la mirada del paciente. Interesante desde ese punto de vista. Ta, tenemos que usar la túnica." (Psicólogo, integrante de Comité de Recepción)

Al mismo tiempo la derivación desde otros espacios de atención dentro de los servicios de salud imprimen una traslación del modo de relación médico-paciente propios del modelo médico hegemónico, una relación donde el paciente asume un rol pasivo de cumplimiento de las órdenes que establece el profesional. En el siguiente pasaje de entrevista se visualiza desde la percepción de algunos psicólogos cómo esta situación puede resultar al mismo tiempo favorable y contraproducente:

"Participante: Está bueno ir a la mutualista y pasar por algunos lugares y decir "no, vaya al psicólogo". La indicación, que en el modelo médico el paciente respeta mucho, "me mandan al psicólogo, entonces tengo que ir", no es "yo no estaré para psicólogo?" es como que nos da un barniz más de mandato y a veces de mayor respeto por parte del paciente porque lo mandó el médico. Mal o bien, tiene otro camino andado la medicina que nosotros estamos empezando

Investigador: eso lo ves que facilita

Participante: si, el paciente lo toma más como "Tengo que"

Investigador: ¿el proceso se sostiene desde ese lugar?

Participante: bueno, está bueno que después se apropie del espacio, de la demanda, pero creo que es un impulso grande eso,

Investigador: el "tengo que"

Participante: si, la derivación médica es un impulso grande. También tiene sus negativas eso, porque esperan que sea más indicativo, como el médico, "Bueno haga esto, cada 8 horas haga esto" y esperan un poco eso de "qué hago?" y ese es el momento en que se hacen cargo o cae el espacio, cuando ve que tiene que poner más el cuerpo, menos indicación y más Yo... Cuando se convierte en paciente, un poco más activo y menos pasivo que este espacio lo requiere, también cambia mi lugar, de alguien que le va a decir que tiene que hacer a alguien que lo va a ayudar a encontrar qué quiere, qué desea, qué no. Creo que es un movimiento simultáneo." (Psicólogo)

En diversas entrevistas se apunta a una dificultad para trabajar la idea de proceso, es decir, de cambiar la lógica del inmediatismo en la resolución e implicarse en el acto de pensarse a sí mismo con ayuda de otro durante un tiempo imposible de determinar previamente. Aunque, como vimos en la sección anterior, la delimitación temporal de las prestaciones socaba las posibilidades de incorporar otra lógica temporal en la concepción que el paciente construye sobre su malestar, instalando a partir del modo de gestión una errónea idea de predicción resolutive.

“trabajar la idea de proceso, que no es tan fácil, a la segunda o tercer entrevista muchos pacientes me dicen ‘pero a mí no me hace nada, no siento nada, no me sirve’ bueno, eso es idea de proceso. Es difícil de entender, de vivenciar, lo que es un proceso, de andar.” (Psicólogo)

“Parto de la base de que llegan pacientes que no saben cómo se trabaja ahí. ¿Qué es esto tan extraño de sentarme a hablar de mi mismo? ¿Es esto lo que tengo que hacer doctor? ¿hablar de mí? partiendo de esa base. Está bien, tengo que empezar a trabajar desde ahí, y construir desde ahí, es la interrogante del paciente, cuando dice que es esto? venir una vez por semana a hablar de mí? se siente raro.” (Psicólogo)

La asimilación de la atención psicológica a la atención médica, la forma de atención médica correspondiente al modelo médico hegemónico, no puede explicarse únicamente a partir de una posible limitación de los usuarios para captar y asimilar las diferencias. Es la propia organización del trabajo en la atención psicológica la que sostiene estos sentidos, tanto desde el acceso a la prestación como durante su desarrollo:

“nos parece un desastre en realidad que la gente tenga que pasar por 3 técnicos distintos, contando lo mismo, la gente se angustia, eso me parece tremendo pero está implementado así...queda muy encastrada la cancha. De pronto queda muy prendado con alguno de los que los vio, entonces quiere volver con la misma persona, y no se puede, entonces hay problemas con la jefaturas, el tema de que ‘no acostumbren a los pacientes de que siempre van a trabajar con ustedes’ Pero no es que uno los acostumbre a eso!... ‘Bueno eso es tu culpa, si quiere volver contigo es tu culpa, no tenés que acostumbrar a los pacientes’” (Psicólogo)

“es un encuadre forzado para la situación transferencial que tratas como de mantener con ese paciente a pesar de todo esto...No hay posibilidad de reposición ni movimiento ni nada. Ni tampoco de duplicar el número de consultas que pueda necesitar el paciente, no

es "vamos a trabajar dos veces por semana porque el trabajo lo está requiriendo", tampoco. Por otro lado, las justificaciones que tenés que pedir, que me parece que influyen, machucan la transferencia... como decirle al paciente "necesito un certificado médico para justificar tu inasistencia". Son cosas que no tienen nada que ver con el trabajo clínico.... hay cuestiones clínicas que yo no me siento en obligación, o me siento en el derecho de reservarme justificar si un paciente vino o no vino. Capaz hoy no vino porque no tiene ganas, pero entiendo que la sesión pasada fue fuertísima y capaz necesita... a mi no me jode, yo también estoy perdiendo la orden, pero clínicamente lo entiendo. Pues no, hay que justificarlo en la administración si trajo certificado médico" (Psicólogo)

No obstante, al igual que el *barniz de mandato* mencionado anteriormente, la percepción de algunos psicólogos sobre los efectos de la gestión administrativa en el proceso de atención psicológica acarrea no sólo limitaciones e imposibilidades, sino que también facilitaría el trabajo a partir de delegar algunas tareas de las que debería encargarse el propio psicólogo si la atención la realizara por fuera del ámbito mutual. Con esto nos referimos al establecimiento del contrato de trabajo, el valor del espacio y las condiciones para su continuidad, donde aparece un reglamento que se le entrega al usuario previo al comienzo de la prestación. Esta actitud ambivalente en relación a los efectos de la gestión administrativa queda ilustrada en el siguiente pasaje:

"Los prestadores de salud contaminan el vínculo paciente-analista, se genera una triangulación... Pero por otra parte es una gran seguridad para mí, como trabajador, porque uno es un trabajador y es una gran seguridad la mutualista. Te juega en contra pero también es un respaldo. Cuando te tienen que llamar para pedirte algo lo hacen, pero cuando vos llamas para pedir algo responden también. Podes usar esa triangulación y que el tema burocrático lo apreté, a veces cuando se generan algunas ausencias sostenidas, cuestiones que tienen que ver con no entender lo burocrático de la institución, que se lo expliquen ellos." (Psicólogo)

En todas las entrevistas realizadas los participantes coincidieron en que es posible trabajar en estas condiciones, más allá de todos los procesos que atraviesan y *contaminan* la atención se señala la dimensión de la inmanencia del encuentro como con potencia de que acontezca un cambio en las posiciones subjetivas de los pacientes que implique, según los criterios instituidos, una mejora en su salud mental.

“Yo siento estando ahí que la transferencia existe igual a pesar de todas estas trabas, desde lo edilicio, lo administrativo, los cambios de médico, a pesar de todo eso la transferencia existe, y te das cuenta de eso en la clínica en sí, lo que el paciente vibra ahí, lo que pone en juego, lo que dice, los cambios que se producen, queda muy acotado en el tipo de modalidad por el tiempo. La transferencia no sé si es un proceso, un estado, una situación a construir, y 6 meses...en esto no hay tiempo, a veces se produce de una, a veces no, pero se logra. Es algo muy vulnerable y afectado por todas estas otras cosas que son variables que no deberían jugar desde la idea que tenemos de clínica, ideal en la cabeza, es otra historia.” (Psicólogo)

5.b.III- Gestión de información psicológica

Otra categoría problemática de las prácticas psicológicas en las organizaciones sanitarias refiere a la gestión de la información psicológica. Cómo funciona el registro del saber psicológico en procesos organizacionales conectados al proceso psicoterapéutico en sí. En qué lugares se dan los registros, qué tensiones implica, qué usos adquiere, son preguntas que orientarán los fragmentos de entrevista aquí reunidos. Si bien esta dimensión problemática atraviesa al conjunto de prácticas psicológicas en el campo de la salud, en el trabajo de campo realizado fue particularmente abordada por los entrevistados en relación a la práctica clínica, psicoterapéutica.

Partimos de considerar el saber desde la propuesta de Foucault, compuesto por líneas de visibilidad y líneas de enunciabilidad cuya capacidad de producir efectos depende de relaciones de poder. Resulta entonces de importancia comprender las formas de visibilidad que adquiere lo dicho desde las prácticas psicoterapéuticas en procesos que tienen la capacidad de, justamente, hacer decir algo a las prácticas. Para ello nos aproximaremos a las tensiones emergentes en relación a los informes psicológicos, las funciones del diagnóstico y la dinámica de registro en Historias clínicas. El siguiente fragmento de entrevista ilustra cómo se enlaza el saber psicológico producido en el campo de la salud con otros campos de lo social, en este caso lo jurídico-penal:

“Yo trabajé con muchas situaciones judicializadas. Entonces el juzgado de cuarto turno de tal lugar de familia pide informe de tal cosa. Hay un gran agujero ahí. En otros actores profesionales, institucionales, que no tienen que ver con la salud mental, que tienen que

ver con lo legal, lo pedagógico. Desconocen qué es una psicoterapia y te piden un informe psicodiagnóstico, son cosas radicalmente distintas... A veces te pones con ¿qué voy a informar? Porque hay que tener mucho cuidado con el secreto profesional, la psicoterapia es contenido puro. ¿Qué vas a informar? ¿El contenido?...Me di cuenta que en ciertos momentos lo que vos informas, así de drástico, puede definir la vida del paciente. ¿Por qué? Podía definir si se queda con la madre o con el padre, podría definir si internaban a alguien o no, podía definir si repetía un año o no, estás siendo un agente de vida del paciente. Entonces, está re salado,. El primer informe judicial que me pidieron, quedé en blanco. La última vez fue por una situación de violencia social, me llega una paciente que fue abusada por un vecino y tenía síntomas de estrés postraumático, alucinaciones auditivas que remitieron rápidamente. Y mi participación podría definir si el juez mete preso a alguien o no. El juez puso en mis manos si la niña mentía o no mentía, el juez te lo pregunta de esa manera “está diciendo la verdad?”. Fa, tenés que tener un cuidado, qué es la verdad? No te podes poner a teorizar con el juez en ese momento, tenés que atajarte como Muslera, Noier²..... éticamente también, porque si hay un fin en tu trabajo es el bien del paciente, entonces tenés que ser ético. Es complicadísimo.” (Psicólogo)

más allá de los aspectos anecdóticos contenidos en el fragmento anterior, resalta la percepción de incongruencia entre la información que es requerida por actores ajenos al campo de la salud mental en relación a la información que se construye en un espacio psicoterapéutico, *hay un gran agujero ahí*. Así mismo la incomodidad del lugar que le es asignado al Psicólogo en función de los procesos en los que se lo incorpora, en tanto *agente de vida del paciente*. El psicodiagnóstico implica un proceso de trabajo específico diseñado a tal fin, no obstante habitualmente se solicitan informes psicodiagnósticos de cualquier modalidad de práctica psicológica. No es posible en este trabajo articular las discusiones existentes dentro del campo psi en relación a la función del psicodiagnóstico en sí mismo, pero resulta pertinente señalar que varios entrevistados critican su utilización en tanto se reduce a ser una exigencia que activa una ingeniería por la cual se hace transitar al paciente:

“no porque sea una fiel devota del psicodiagnóstico, sino porque es lo necesario para que haya otros movimientos dentro de la institución. En dificultades de aprendizajes por ejemplo, sin un psicodiagnóstico no nos movemos. Al principio tenía mucha reticencia con

² Destacados arqueros de fútbol.

esto, después entendés que lamentablemente sí, hay una articulación de eso que permite habilitar un montón de posibilidades en este sistema que no queda otra.” (Psicólogo)

En algunas situaciones dentro de las prestaciones el diagnóstico psicológico es utilizado para habilitar el acceso a una prestación, pero forzando sus definiciones para adjudicarle al usuario rasgos que corresponden a la población objetivo cuando él no lo es. Consiste en “una jugarreta que te inscriben como si tuvieras un problema mayor al que tenés, y pagás menos” (Psicólogo). En el siguiente fragmento se visualiza una situación en que un usuario no pudo continuar su tratamiento porque la Psicóloga y la Psiquiatra tratantes se resistieron a emplear esta jugarreta:

“una adolescente con varios IAE, con una irregularidad de carácter complicada para la edad, varias internaciones, algún episodio alucinatorio, muchísima medicación. Lo que hice fue comunicarme con la psiquiatra cuando estaba terminando los 6 meses, para decirle que me parecía muy negligente que esta paciente quedara sin atención cuando además estaba haciendo un proceso clínico interesante. La psiquiatra estaba de acuerdo. Pero ahí entras en trabas institucionales, burocráticas. La psiquiatra estaba en una situación complicada porque para plantear que se prolongara la atención de esta paciente, necesitaban un diagnóstico, es una adolescente de 14 años, que a nivel de diagnóstico psiquiátrico presenta características potenciales de desarrollar a futuro un trastorno del humor, pero ella no quería hacer ese diagnóstico y cerrarlo ahora en una chica de 14 años. Lo entiendo. Pero lo necesitábamos para ver si se le otorgaba un cambio de modalidad. Queríamos pasar a un modo 3, donde tienen mucha más cantidad de sesiones posibles, se abarata el costo para la familia, posibilidad de renovar hasta 3 años, mediante informes del terapeuta. Otra historia, más adecuada para esta paciente.

Investigador: pero implicaba establecer este diagnóstico

Participante: sí, un diagnóstico que podamos poner en los formularios que el ministerio va a ver para justificar esa prestación que se le va a dar a esta paciente. En la que estábamos nos pareció lo mejor una aproximación diagnóstica y un informe mío. Hacemos todo ese esfuerzo, va la mamá, el informe, la nota de la psiquiatra, todo al comité. Ese lugar lo dejo apartado, no lo di a otro paciente, lo dejé durante 1 mes y medio, que fue lo que tomó la reunión con el comité, el comité la vio 5 minutos, leyó los informes, y le dio una prórroga de modo 2 de 3 meses. O sea...no es lo que pedimos, no es lo que necesita. Eso es un mal funcionamiento. Entonces en 3 meses vamos a estar en la misma, esta situación no va a cambiar demasiado” (Psicólogo)

Por último se identifica la práctica de registro en las historias clínicas como un punto problemático para las prácticas psicológicas. Los entrevistados con más tiempo de trabajo dentro de los servicios de salud transmiten mayores niveles de naturalización de esta práctica, mientras quienes han ingresado luego de la aparición del PIPSM aún no se *acostumbran*. Quienes son funcionarios recurren a los colegas de Psicología Médica para aclarar dudas, en tanto esta especialidad posee amplia experiencia de trabajo en las dinámicas tradicionales del campo de la salud.

“Tampoco es que hacemos un informe psicológico, ponemos puntualmente cositas, paciente tantos años, motivo de consulta, vive con tal, trabaja en tal cosa, ta. No hacemos una descripción muy detallada de la conflictiva del paciente” (Psicólogo)

“No hay que tachar, algunos datos no los pones, dejar cosas explicitadas para que el que viene indague esos puntos, dejar todo lo que se pueda asentado” (Psicólogo)

“por lo general somos muy cautelosos al momento del registro. Es otro tema que habría que ajustar un poco, si tendría que ser la misma historia clínica o no. Tampoco uno puede separar a la persona, esta es la historia psíquica y esta la historia biológica. Si hay que tener cuidado con los datos, la confidencialidad corre en la historia clínica también.” (Psicólogo)

Un nudo que se presenta en la práctica de atención psicológica consiste en esta necesidad de registrar y la posibilidad de que el paciente acceda y lea lo escrito, en tanto es el usuario el dueño de la historia clínica aunque esté en custodia del servicio de salud al que pertenezca.

“Es extraño que puedan leer sus historias...yo escribiría distinto si la va a ver el paciente o si no, no voy a decir francos elementos propios de la psicosis, ¿qué va a pasar cuando el paciente lo lea? Por ahí tiene una cierta fragilidad pero no está loco y va a creer que está loco, porque no es psicólogo. Incluso lo que hago es una devolución, pero si lee la historia clínica va a encontrar una cosa completamente diferente...si ellos saben lo que pienso, estoy mostrando todas mis cartas, transferencialmente es una cagada. Es como ver las cartas. Si vos le decís todo, te anula....Tenés que escribir pensando en dos personas, en el psiquiatra que lo va a ver y en el tipo.” (Psicólogo)

Si bien cualquier hecho, peripecia, circunstancia de una persona puede ser material de análisis en un proceso psicoterapéutico, en tanto sea utilizado a tal fin, las limitaciones de las prestacio-

nes producen una situación de gran fragilidad en el vínculo transferencial entre paciente y terapeuta, donde alguna de estas exposiciones del registro del terapeuta puede llegar a imposibilitar el trabajo.

“hay veces que pasa que los pacientes piden copia de la historia y te dicen ‘pero por qué puso tal y tal cosa?’ y hay cosas que las tenés que poner porque no te queda otra... porque cuando van al psiquiatra a veces no le dicen

Investigador: ¿y cuando la persona te reclama lo que escribiste?

Participante: le decís que lo tenés que poner porque es lo que le está pasando y es una forma de ayudarlo. Hay gente que le han pasado cosas tremendas, pacientes que los esperaron afuera para increparlos por lo que escribieron en la historia” (Psicólogo)

5.c- Grupos: lo nuevo

Espacios grupales destinados a usuarios con problemas de adicciones, violencia doméstica, entre otros, ya venían funcionando en los servicios de salud con participación de psicólogos en su coordinación. No obstante el nuevo plan abrió un gran espectro de espacios grupales. Existen grupos-taller que tienen un perfil preventivo y se ubican como Modo 1 en el diseño del Plan. Así mismo se proponen grupos para la población definida en Modo 2 y 3, donde el perfil del trabajo grupal es psicoterapéutico. Desde la perspectiva de los entrevistados el trabajo en los grupos constituye un punto *revolucionario* y el más fuerte o mejor logrado en la implementación el plan.

“Yo defiendo mucho los dispositivos grupales porque me parece que tienen una potencia impresionante...En lo grupal es más accesible, el costo es menor, y tiene mayor llegada, es una fortaleza de lo grupal y del FONASA. Antes tal vez se daba en prestaciones más de barrio, más movimiento social, que tampoco creo que llegaba a todo... eso es lo revolucionario del plan...una herramienta que tiene mucha validez para muchas de las consultas que se reciben, del tipo dudas sobre crianza, o encauzar una situación familiar, con el manejo de los padres con los niños, pautas del desarrollo. Dentro de modo 1 para adolescentes está el espacio de intercambio adolescente, funciona en formato taller, se trabaja los cambios en la adolescencia, vínculos entre pares, con padres, instituciones

educativas, y prevención de situaciones de riesgo para ellos. Se trabaja a partir de las demandas del grupo.” (Psicólogo)

“Dicen que es el futuro para el abordaje en el mutualismo, dado la cantidad de personas, la cantidad de población objetivo, los encares grupales serían más, llamémosle, económicos...Esto va a seguir creciendo, me parece que los grupos es como la salida efectivamente económica” (Psicólogo)

La modalidad grupal como *el futuro para el abordaje en el mutualismo* surge en diversas entrevistas fundamentalmente en relación a actividades de prevención, es decir los grupos pertenecientes al Modo 1. Los grupos Psicoterapéuticos (Modo 2 y 3) no han tenido la expansión que se aprecia en los grupos-taller (Modo 1), sin embargo existen algunas experiencias cuyo resultado ha sorprendido a los coordinadores, como en el siguiente caso de un grupo para pacientes con IAE:

“Es bravo, es duro, son casos....como que elegimos los casos, en el entorno de los 30 años, entre 25 y 40, la gran mayoría mujeres, por esto de que las mujeres intentan y los hombres se suicidan. Pero con historias complicadas, historias vinculares muy complicadas, mucha violencia, muchos casos de abuso, situaciones muy complejas, donde no necesariamente están asociadas a la marginalidad, sino también clase media con cierto nivel educativo, ves cada historia que...fa! complicada.

Investigador: ¿Cuál sería la función del grupo, de la psicología o del psicólogo en ese escenario?

Participante: lo que nos planteamos como objetivo es tratar de mostrar una forma diferente de vincularse, a partir de la experiencia grupal, generar vínculos sanos, llegar a mostrar que es posible otra forma de vincularse, y a partir de allí, que haya otra posibilidad de esperanza, de ver la vida como con esperanza. Porque la gran mayoría de las personas que se quieren matar en realidad no se quieren matar, lo que quieren es morir a esas situaciones que genera tanta insatisfacción y tanto dolor, sino no estaría en un grupo de terapia. Tenemos una adherencia impresionante al grupo, hay pacientes que han hecho 5 IAE el último año pero que no faltan ni una vez al grupo. Entonces decís, si esta persona se quisiera matar, ¿qué hace en un grupo de terapia? Eso te da la pauta de que en realidad la persona quiere vivir, lo que pasa es que no sabe cómo y además sufre. Entonces como objetivo terapéutico nos proponemos ayudar a estas personas a descubrir una forma nueva de vincularse, más saludable, más sana, que le permita empezar a

generar otro tipo de vínculos y por ese lado encuentre una forma diferente de funcionar y de vivir. La forma en que se meten y la forma en que trabajan es impresionante, estamos asombrados del compromiso, de la entrega, una cosa altruista de apoyar al otro, darle para adelante, tratar de sacar lo mejor del otro y de uno mismo. A nosotros nos tiene sorprendidos.”

Una de las prestaciones definidas en el PIPSM que no logró funcionar en los servicios a los que se tuvo acceso, y según los entrevistados no funcionaron en ningún servicio de salud, son los grupos para funcionarios de la salud y para docentes. Cuando consultan *van directamente a psicoterapia.*

“estuvieron mal pensados. ...el docente que consulta lo hace por problemas privados, o los problemas laborales los quiere trabajar a nivel individual. Los problemas laborales los docentes probablemente los quieran trabajar en sus centros de trabajo, estrés laboral, tendrían que estar en los lugares de trabajo. El personal de salud, los problemas laborales no los va a querer compartir en un grupo, porque todo el mundo trabaja en varios lugares, sino sería un reguero de pólvora. En cambio es distinto trabajar los problemas laborales en el seno del grupo. Pero llevar una enfermera que vaya al grupo a hablar de los problemas que tiene con la nurse, y que haya una nurse de otro sector en el mismo grupo es como... imposible, tendría que ser en el lugar de trabajo y puntuales para problemas puntuales. Pero hay mucha ambivalencia en el personal sobre si se quiere o no trabajar en grupo. Siempre es un pedido, cuando hay no van...En la institución que estoy yo los grupos estuvieron abiertos y vacíos por meses. No hay demanda y no hay presión del ministerio porque es una cosa general. Ha reunido a los prestadores y se ha discutido, es algo que sale. En un momento alguien del ministerio dijo que los prestadores no habían hecho el esfuerzo suficiente, pero se siguió manteniendo el problema. No es que la gente no se ajuste a lo grupal, no supimos tener una buena oferta”

Un Enfermero entrevistado planteaba que no estaba enterado de los grupos para funcionarios de la salud, a los cuales iría pero no cuentan actualmente con el respaldo por parte de sus jefaturas para dedicar tiempo a esta actividad:

“Capaz una charla dos por tres para fortalecer los grupos, con el personal para evacuar alguna duda, algún problema...nunca se concreta en que digas bueno, dividimos el turno para que puedan ir, o en la media hora una vez a la semana tienen una charla con un

psicólogo. El que lo utiliza lo utiliza personalmente, o el que va ya está loco y se está certificando. No se utiliza para mejorar el servicio, sería la gerencia, los jefes, los que tendrían que utilizar esos servicios” (Enfermero)

En los Grupo-Taller correspondientes al modo 1 sucede en algunos casos una desnaturalización de sus propósitos en tanto acceden usuarios cuyo malestar requeriría otra modalidad pero no pueden sostenerla económicamente, situación que implica la transformación de un espacio diseñado para la prevención en salud mental a uno psicoterapéutico:

“Quizás en algunas situaciones sería mejor una derivación a un dispositivo individual, pero no se puede realizar por el costo...el modo 1 se ha convertido más en un modo 2 que en un modo 1. Porque los adolescentes, se llaman espacio de intercambio adolescente. Ninguno llega con una problemática sencilla, y muchas veces se les da ese espacio porque no pueden pagar y el modo 1 grupal es gratuito. Entonces es más psicoterapéutico que prevención. Si bien está estipulado que el modo 1 grupal es prevención, deviene psicoterapéutico.” (Psicólogo)

En relación a las modalidades grupales de atención Luis Giménez, psicólogo de la salud comunitaria, nos planteaba lo siguiente cuando le consultamos si veía en el PIPSM la prevalencia de alguna corriente psicológica:

“el grupo es una estrategia de intervención, pero está pensado más como una suerte de modalidad, no tanto estrategia, es lo que se define explícitamente como modalidad. Tienen a la homogeneización, en ningún lado plantean una teoría de los grupos homogéneos. Después la gente siente que no tiene herramientas para trabajarlos, los colegas, sienten que no han sido formados en eso, entonces se resisten a hacerlo o lo hacen mal. Ahí puede haber otro implícito, que trabajar en grupo es juntar a la gente y decir tres o cuatro cosas; totalmente en desacuerdo con eso. Pero no puedo decir, bueno hay una teoría ahí, no está explícita pero de alguna forma está. Una cierta desvalorización, en el discurso se lo valora, pero en los hechos hay una especie de desvalorización del grupo, una intervención como de más baja complejidad, tiene una connotación de valor. Juntas a la gente, que la gente hable, comente lo que está haciendo...básicamente como un grupo de ayuda o apoyo, muy desde lo homogéneo. Que me parece que tiene sus riesgos esa forma de trabajo. O por lo menos debería poder permitirse que haya otros tipos de grupos. Capaz en ciertos temas, gente que tiene el mismo padecimiento, si se encuentra

con otros se pasan piques y se apoyan mutuamente en eso...no está mal, no estoy en contra. Pero, ¿por qué no pensar en otro tipo de riquezas en lo heterogéneo? Eso me parece que se pierde en la modalidad. Ahí puede haber un modelo implícito de trabajo.”

Esta desvalorización que señala Giménez es percibida por uno de los psicólogos entrevistados;

“me parece que hay una tendencia gigantesca a resolver rápidamente mandar a psicoterapia. Esto te lo digo desde el lugar de psicoterapeuta grupal, me parece que en los comité mismos, y en los pacientes, de toda esa amplia variedad de grupos que se ofrecen, extremadamente específicos en el tipo de población integrante, una tendencia a considerar el grupo como una segunda opción, una segunda posibilidad detrás de la psicoterapia, eso de que siempre lo individual, el 1 con 1 va a funcionar mejor. El grupo pasa un poco a segundo plano.” (Psicólogo)

La sospecha de que se concibe al grupo como una segunda opción desde los Comité de Recepción, se confirma en otra entrevista mantenida con un Psicólogo que integra los Comité:

“Uno tiende a pensar, al menos yo, que la terapia individual siempre le pueden sacar más provecho, porque tienen todo ese tiempo para poder hablar. Pero a veces cuando hay más dificultades en lo vincular, les aporta mucho esto de tener un trabajo con otros niños. Se juegan un montón de cosas que en lo individual no se llegan a ver.” (Psicólogo, integrante de Comité de Recepción)

Parecería ser que se comienza a sedimentar la idea de que un abordaje grupal es indicado cuando el malestar puede ser identificado como un problema en el modo que interactúa el sujeto, lo cual más que sostener una teoría de grupos implícita se presenta como una carencia de teoría o una simplificación cercana al sentido común

5.d- Estrategias en los límites del Plan y sus Organizaciones

Las nuevas prestaciones en Salud Mental tienen límites, si bien generaron un aumento en la accesibilidad no apuntan a una universalidad en la atención. Esto enfrenta a los profesionales a

resolver, como puedan, las situaciones que se presentan en los límites del Plan y de las Organizaciones donde se desempeñan. La posibilidad de generar estas resoluciones se da en tanto los entrevistados no asumen una posición de técnicos que únicamente ejecutan lo prefijado. Las estrategias aquí reunidas responden, en algunos casos, al margen de libertad de criterio que los actores asumen en función de su compromiso ético, teniendo en cuenta que lo ético en determinados momentos de los procesos puede contravenir los procedimientos establecidos organizacionalmente. En otros casos constituyen estrategias establecidas por el propio Servicio de salud. Organizaremos las ocho estrategias detectadas en el trabajo de campo en función de si se realizan para los pedidos de atención de quienes no quedan incluidos dentro de la población objetivo, o para aquellos que estando incluidos en la definición de población objetivo no logran resolver su necesidad de atención por algún límite de la modalidad de la prestación. Incluiremos una tercera sección dentro de las estrategias enfocada en conocer las posibilidades de pensar con otros las prácticas que los psicólogos realizan.

5.d.I- Con población no objetivo

La definición de la figura de Población objetivo conlleva inmediatamente a la configuración de una Población no objetivo, sin acceso a las prestaciones en salud mental en ninguno de sus modos. Esta definición resulta de estudios estadísticos que indican rasgos comunes que anticiparían un riesgo mayor en materia de salud mental, lo cual no implica que no existan necesidades de atención en quienes no cumplan con estos rasgos.

“Gente que te viene con una depresión brutal que no entendés por qué no es población objetivo, porque sí es población objetivo un IAE, pero una depresión que está el riesgo de un IAE no lo es, y estás trabajando con una persona que tiene ideas de muerte” (Psicólogo)

“Como profesionales, por ética, no estamos acostumbrados a cosas que sean tan arbitrarias y que no tienen un sustento teórico-clínico que a esta persona que no puede parar de llorar, que no se puede levantar de mañana y que tiene 35 años no se le puede dar un servicio de psicoterapia.” (Psicólogo)

Frente a estas situaciones se lograron identificar 4 estrategias implementadas en los servicios de salud; 1- Prestaciones psicoterapéuticas tradicionales; 2- Consulta de Seguimiento; 3- Red informal de derivación externa; 4- Flexibilidad en los criterios.

1- En primer lugar, algunas Organizaciones Sanitarias incorporan las nuevas prestaciones de modo adosado a las prestaciones que ya venían implementando (Ver Capítulo 4). En estos casos los pedidos de atención de usuarios que no cumplen con los criterios de población objetivo son derivados a ser atendidos mediante las **prestaciones psicoterapéuticas tradicionales**, implicando un costo hasta 3 veces mayor que el valor de la orden subvencionada contempladas en el Plan.

2- Otras Organizaciones Sanitarias incorporaron el plan “a rajatabla”, concentrando sus capacidades de atención en salud mental en el cumplimiento de las exigencias del plan y descartando las prácticas que venían realizando, es decir, algunos usuarios que recibían atención psicológica pasaron a no contar con acceso (Ver Capítulo 4). En estas organizaciones se ha implementado una modalidad que se denomina **Consulta de Seguimiento**. La dinámica de trabajo en las consultas de seguimiento reproduce la que funciona en las policlínicas de psiquiatría pero con una consulta un poco más extensa. Es decir, es una consulta mensual de media hora durante un máximo de 6 meses, 6 consultas en total. Esta práctica es caracterizada por los entrevistados como un *parche* ante los límites del PIPSM, para *tapar baches*, una *intervención muy curiosa* que implica un *abordaje muy superficial del conflicto*.

“El seguimiento funciona como una orientación. Porque apunta a ayudar a construir la demanda, a mostrar cuales serían los beneficios de hacerlo (un proceso psicoterapéutico), y orientar a esos servicios de referencia. Y que vayan sabiendo a qué van, porque a veces cuando nos llegan a nosotros no tienen ni idea.” (Psicólogo)

“todos estamos de acuerdo que esto no es lo mejor, y en el seguimiento mismo se trata de orientarlos hacia afuera. No es, ta como tenemos seguimiento hacemos seguimiento, no, el seguimiento se utiliza para ayudar a construir una demanda en caso de que no haya muy clara, y orientarlos hacia afuera” (Psicólogo)

“Yo como profesional me siento bastante limitada, por momentos me da mucha pena no poder ayudar como uno quisiera. Hay veces que sirven, ojo, porque son más de orientación, una madre con un conflicto con un adolescente, orientar un poco porque no tiene mucha idea a que implica la etapa, y por ahí se genera un cambio en ese vínculo y a la

siguiente te dice mirá hice esto me fue mejor, ta, en ese sentido puedes ayudar.” (Psicólogo)

“muchas veces tenés que tener mucho cuidado en qué moves, porque hay cosas que no puedes mover cuando sabes que no lo vas a ver en un mes. Me quedan dudas respecto a la utilidad del seguimiento tal cual está planteado.” (Psicólogo)

“(Los pacientes) lo hacen porque no tienen otra alternativa de acceder a una consulta psicológica. Van porque se sienten contenidos aunque sea un ratito, pero no puedes resolver demasiado, ni generar demasiados cambios, ni transformar demasiado en el paciente. Es un espacio de contención, donde el paciente va y despliega todo lo que siente y ta. Después el mes que viene es un poco como desplegar lo mismo...porque es muy difícil acordarte. No es lo mismo que un paciente de psicoterapia, que lo ves todas las semanas y te acordas perfecto de todo.” (Psicólogo)

Los Psicólogos que se desempeñan en esta modalidad lo describen como agotador, en tanto llegan a ver a 12 pacientes en 6 horas. Surge la paradoja de que en las consultas de seguimiento *“es difícil seguirlo, porque veo muchos pacientes por semana y es muy difícil acordarse”*. La mayoría de los entrevistados se muestra muy crítico con esta modalidad de atención, en tanto parece funcionar en la mayoría de los casos como un espacio de descarga legitimado por su emplazamiento en un servicio de salud y la escucha de alguien vestido con túnica blanca.

3- Veíamos que en las consultas de seguimiento una de las cosas que se intenta realizar es *orientar hacia afuera*, llevando a que se genere una suerte de **red Informal de derivación externa**.

“nosotros para la frustración que se genera en los pacientes que vienen en busca de psicoterapia y muchas veces les tenemos que decir que no, lo que hemos inventado, no inventado, sino implementado, tenemos una lista de centros de referencia, de distintas corrientes, y le damos esa lista, los orientamos, le damos una serie de consultas de apoyo psicológico, como para darles contención hasta que logren un espacio terapéutico. Con las familias es algo parecido, ponerlos en contacto con instituciones que tenga servicios sociales y les den atención” (Psicólogo)

“hay gente que puede acceder a psicoterapia particular, pero son los menos. En general se busca darle el teléfono de instituciones, aunque la mutualista no lo permite, pero a la

interna se maneja eso. Tratar de dar teléfonos de lugares que sean gratuitos, policlínicas, ONGs, lo que sea que la persona se pueda acercar. Pero se supone que no lo podríamos hacer. Es lo único que más o menos...la vuelta que le encontramos.” (Psicólogo)

4- La cuarta estrategia utilizada cuando la necesidad de atención se presenta en alguien que no cuenta con los rasgos estadísticamente definidos para ingresar en alguna de las categorías de Población Objetivo pasa por una **flexibilización de criterios**.

“Ojo, nos manejamos con un criterio bastante elástico, sobre todo los que hace muchos años que estamos adentro tenemos eso de poder dar psicoterapia aunque no entre en la pauta si vemos que de otra forma no podría acceder.” (Psicólogo)

“Uno trata de ser flexible y se hace igual la derivación aunque no sea población objetivo franca, pero puede llegar a serlo.” (Psicólogo)

“Hay alguna excepción, una persona que consideramos que la problemática amerita, no entra formalmente pero se hace la indicación...cuando una persona lo necesita, forzamos un poquito, no tiene 25 y ya tiene 26...bueno. O por la severidad de los síntomas que presenta también derivamos. Tampoco es que lo hagamos con todo el mundo, alguna vez en casos correctamente justificados” (Psiquiatra)

No obstante, al existir un filtro administrativo previo al acceso al comité esta posible flexibilidad se relativiza:

“Pero muchas veces como no son población objetivo ya directamente no van al comité, van a la consulta de seguimiento. Porque cuando vas al comité, previo a eso te dan una planilla en donde te hacen preguntas, si sos personal de la salud, si sos docente, si tenés algún tipo de adicción, si tuviste algún IAE, entonces ahí se hace ya la distinción de cuáles van a comité y cuáles no” (Psicólogo).

5.d.II- Con población objetivo

A diferencia de las situaciones antes analizadas, la población objetivo accede a las prestaciones pero sin embargo al existir límites en muchos casos no es posible resolver la consulta en las condiciones de trabajo pautadas. La mayoría de estas situaciones remiten a la finalización de la

prestación en el modo 2, donde se pautan 24 sesiones para niños y adolescentes y 48 para adultos. En modo 3 esta dificultad no se presenta en tanto tiene la posibilidad de extender durante 3 años la prestación³. Se pudieron identificar cuatro estrategias: 1- Prórroga; 2- Cambio de modalidad; 3- Continuidad en clínica particular; 4- “No venga más”.

1- En las situaciones donde el tiempo no es suficiente existe la posibilidad de solicitar una **prórroga**, lo cual requiere que el psicoterapeuta escriba su fundamentación y sea evaluada por el Comité de Recepción.

“En el 80 o 90 % de casos no puedes trabajar en ese tiempo, entonces pedís las prórrogas, las prórrogas demandan una fundamentación, que se la haces como terapeuta al prestador de salud...Es un trabajo bastante arduo porque la mutualista no está muy dispuesta a dar prórrogas porque la demanda es mucha, se generan listas de espera muy grandes, y se genera un clima institucional de mucha tensión...Lo recibe quien recibe al paciente por primera vez, el comité de recepción...pero no sabes si no lo leyeron 14 oficinistas antes. Hay que tener mucho cuidado. no poner contenido de los procesos, sino la forma, o sea, en el marco de x proceso se demanda tal cantidad de tiempo para trabajar, pero sin entrar en el contenido.” (Psicólogo)

Surge en los pedidos de prórroga el problema de la gestión de la información psicológica que vimos anteriormente en este capítulo (5.b.III).

“Muchos te preguntan directamente si no hay posibilidad de seguir, yo les digo que sí, pero soy muy franca, les digo que no depende de mí y que por lo general no se da una prórroga de más de 8 sesiones, pero si ellos quieren yo lo solicito. Nunca se me ha negado, la extensión, el cambio de modalidad ya es otra historia.” (Psicólogo)

2- Otra posibilidad que se implementa consiste en un **cambio de modalidad**. Habíamos visto en la sección sobre los procesos de gestión de la información psicológica lo que los entrevistados llaman una jugarreta, adjudicando características que no posee el usuario para acceder a alguna prestación, implicando en algunos casos un diagnóstico que justifique el pasaje de un modo 2 a un modo 3 en tanto *sin un psicodiagnóstico no nos movemos* (ver 5.b.III) También puede ocurrir

³ El trabajo de campo del presente estudio se realizó a los 3 años del comienzo de la implementación del PIPSM, lo cual implica que en este período recién estaría finalizando el tiempo de atención de quienes hayan accedido a una prestación en el modo 3 y no hayan abandonado el proceso. En las entrevistas realizadas no surgió ningún caso con estas características.

que de una modalidad se derive a alguien a una modalidad individual, pasando nuevamente por el Comité de Recepción para evaluar la pertinencia de esta recomendación realizada por los coordinadores de la modalidad grupal.

3- Otra estrategia presente consiste en **continuar la atención psicológica de forma particular** una vez finalizado el tiempo de la prestación. Incluso durante una de las entrevistas el Psicólogo recibe una llamada telefónica de una paciente que finalizó el período de su prestación y le solicitaba continuar de forma particular. La posibilidad de continuar la atención psicoterapéutica por fuera de las prestaciones se presenta como un tema difícil y con una gran variedad de opiniones entre los entrevistados. Los siguientes dos fragmentos de entrevista nos ilustran la opinión de quienes no utilizan esta estrategia e incluso se manifiestan contrarios a ella:

“Siempre al final es difícil desprenderse, dice, “yo capaz que después sigo”, no? Como que después quieren seguir particular. Yo trato de no mezclar, lo que es mutualismo es mutualismo y lo que es particular es particular. Pero bueno, es todo un tema el desprenderse. Me han tocado pacientes que hemos generado un muy buen vínculo. Nunca me ha tocado que abandonen en la sesión 20. No, generas un vínculo muy particular, personas que adhieren perfectamente al tratamiento.

“Yo por un tema ético no sigo con pacientes de la mutualista. Si bien no hay una normativa ahora, hubo durante un tiempo una normativa clara de que eso no se podía. Hoy día esa normativa no está, porque es difícil de controlar además. A mí me pasa que al finalizar me preguntan, cómo podemos seguir particular? Y a mí me genera un grave problema eso, porque no puedo cobrarles en particular lo mismo que les cobra la mutualista, y por otro lado se me cae la cara decirles que tienen que pagar tanto más. Entonces prefiero no meterme en ese viaje. Pero si, la gente queda con la expectativa de poder seguir...si uno quiere enganchar al paciente para que siga después tiene las herramientas para hacerlo. Como estrategia personal de mantener el trabajo. Eso me rechina, éticamente no estoy para nada de acuerdo. Entonces yo tengo este tiempo y encaró el proceso de esa forma. Cuando termina el año, hacemos un cierre y después si quiere seguir, hay muchos colegas con los cuales seguir, reiniciar un nuevo proceso.” (Psicólogo)

Del segundo fragmento vemos como la oposición a utilizar esta estrategia se compone en la conjunción de elementos normativos y económicos. La dimensión ética se presenta asociada a una posible persuasión, o incluso manipulación, ejercida sobre el paciente. Mientras que otros

entrevistados han transmitido que la posibilidad de dar continuidad al proceso psicoterapéutico es ineludible si se sostiene un posicionamiento ético con el sufrimiento del paciente. Los siguientes fragmentos corresponden a Psicólogos que sí utilizan esta estrategia, aunque nuevamente lo económico se presenta como dificultad:

“Algunos te da para cerrar y otros te das cuenta que es solo el comienzo. Pero a esos les sugiero que se atiendan individualmente conmigo. El problema del sistema FONASA para los que laburamos ahí es que la mayoría de la gente que viene no tiene recursos para pagarse un psicólogo después, porque no le puedo cobrar 70 pesos la consulta, o 220 si es modo 2.” (Psicólogo)

“Hay que tener cuidado de que no parezca que es un espacio de publicidad de tu clínica privada, te atiendo 6 meses, dejo todo medio fresquito ahí y después te ofrezco mi servicio particular... No es sustentable, tiene un costo mayor. En la clínica particular no es sustentable que sea eso lo que se cobre. Entonces siento eso de trabajarlo con mucho cuidado, porque tampoco es mi idea de trabajo. Siempre que un paciente finaliza, llega al límite, o se termina la prórroga, siempre dejo claro con ellos que mi trabajo y que mi práctica es más allá de la institución en que trabajo, y si llegan a necesitar cualquier cosa pueden buscarme. Tampoco cuando se los digo es como "si quieren contratar mis servicios en la clínica particular", no no, existe la opción, por supuesto, me ha pasado. Pero realmente, el vínculo, lo que se genera entre uno y los pacientes, es más allá de las órdenes que me traen o las pautas que establezca el ministerio, ahí pasa algo que es real, son personas con vidas y problemáticas reales, demandas reales, que traen a mí, a ese espacio que se construye en la labor técnica que estoy, labor profesional mejor dicho. Y eso es salvable cuando toca lo administrativo y pone ese borde a la cuestión, dejo en claro que eso es algo aparte. La gente se va muy agradecida con eso, y me ha pasado que me llamen y los atiendo, han sido 1 o 2 consultas a veces. Dejo la posibilidad y siento que es mi responsabilidad, más allá del tipo de prestación” (Psicólogo).

La utilización de las nuevas prestaciones como un espacio de publicidad por parte del profesional parecería estar asociada a la posibilidad de manipulación sobre el paciente que propiciaba un cuestionamiento ético en uno de los fragmentos anteriores. No obstante se aprecia que la utilización de la estrategia puede implicar un posicionamiento profesional del Psicólogo donde su práctica es más allá de la institución en que trabaja.

Se obtuvo registro de un proceso psicoterapéutico donde el trabajo entre la prestación y lo privado o particular se realizó en simultáneo. Si bien vimos que una limitante del proceso identificada era la imposibilidad de realizar 2 sesiones semanales, en éste caso se superó esa limitación. No obstante este proceso *“es raro, reconozco que es raro. Un día me trae la orden y otro día me trae dinero” (Psicólogo)*

4- Por último, la cuarta estrategia identificada consiste en decirle al usuario **“no venga más”**, es decir finalizar el proceso antes de la culminación temporal prefijada. Esta situación se da cuando el psicólogo evalúa que no es posible trabajar con el usuario en un proceso psicoterapéutico, ya sea porque no tiene los recursos psíquicos para realizarlo o porque la derivación no fue pertinente, advirtiendo un riesgo iatrogénico si no se suspende el proceso.

“el sujeto analizado implica una postura, el análisis implica una postura del sujeto que tenés enfrente. Creo que no todo sujeto puede ser analizado. Estas prestaciones universales te dan una visión muy amplia, porque te llega todo tipo de situaciones, te llega el sujeto que tiene una postura analizable y te llega el que no tiene nada, dentro de los que no tienen nada están los que puedes construir en conjunto y están los que no se puede generar eso. Generalmente son los que abandonan o cerras antes, o recomendas otro tipo de prestación o actividad, haga deporte, toque la guitarra, otro tipo de actividades que no tienen que ver con las prestaciones en salud mental, con la clínica. Cuando no hay demanda, cuando no hay posibilidades de generar algún tipo de postura en análisis, 6 meses es una eternidad. Yo éticamente decido decirle, no venga más niño, niña, señor, señora, familia, podría no hacerlo. Se le está quitando lugar, he tenido la posibilidad de ver como cuando se le genera el lugar a una nueva persona que lo aprovecha con mucha más intensidad que otras. Eso me ha puesto en este lugar de no trabajo porque si con cualquier persona” (Psicólogo)

“En algunos la derivación no es pertinente para un trabajo con un psicólogo...ahí también me tomo la libertad de decir no vamos a estar 6 meses haciéndoles pagar una orden por un tratamiento que no necesitan, volviendo iatrogénica la herramienta de lo que puede ser una intervención clínica a futuro o lo que sea por tener esa marca...porque la demanda no era ahí. Es una característica básica de la clínica que si no hay una cuota mínima de demanda o de deseo, del paciente, analizante, de estar ahí, a futuro se vuelve iatrogénico porque moviliza cosas que no se querían movilizar o que no era pertinente movilizar” (Psicólogo)

“Está lo iatrogénico, hay adolescentes que los mandan porque les va mal, y de repente le va mal porque es un vago, no hay conflictiva familiar ni algo de raíz psicológica profunda, porque al final es como plantear una norma y que el no cumplimiento de esa norma sea algo no saludable, y hay pibes que sencillamente no les interesa. Es una perspectiva esquizoanalítica más de ver qué no funciona en el liceo antes que agarrar al pibe como problema. Estás boxeando con las sombras, no hay nada interesante. El pibe va, lo ves obligado y como que no tiene sentido, y vos tampoco le ves sentido, pero las ordenes siguen llegando y vos seguís atendiendo, hasta que a veces sugerís, bueno, esto ya estaría bien. El problema es que eso le quita no sé por cuantos años...entonces te sentís como que bueno, tiene que salir algo bueno, pero a veces no sale nada interesante porque no hay nada interesante a investigar,”

“No todo es psicológico, no todo requiere un abordaje psicológico, No cualquier paciente es apto para un abordaje psicológico. Hay personas que no tienen recursos, por más que les digas, y les expliques, hagas interpretaciones, señalamientos o les devuelvas cosas, si no tiene recursos no lo agarra y no lo agarra. No estamos para eso, y pasa pila. El cajero de allá dice ‘salió a hacer los mandados vio el cartel de psicología y dijo uh voy a entrar’, y es así. Como está el servicio vamos a usarlo” (Psicólogo)

5.d.III- Pensar con otros

La posibilidad de pensar las prácticas con otros es incluida dentro de las estrategias en los límites del Plan y las Organizaciones en tanto se presenta como una de las principales debilidades que encuentran los entrevistados para el ejercicio de su labor. La función de pensar con otros es al menos doble, tanto en relación a la salud del psicólogo como sobre la calidad de la tarea; *“uno no puede manejar todas las situaciones, por eso está bueno trabajar con otros, funciona como sostén de la práctica, como manera de estar repensando lo que uno hace en lo cotidiano.” (Psicólogo)* Las posibilidades de realizarlo son claramente distintas para los psicólogos que son funcionarios contratados y se encuentran en el mismo local físico, de las posibilidades de los psicólogos contratados que se desempeñan en su propio consultorio. En este sentido señalaba un entrevistado que *“Los que trabajamos dentro de la mutualista, al tener un espacio físico solo para nosotros tenemos muchas chances de charlar, apoyarnos” (Psicólogo, funcionario)* El desgaste percibido por los trabajadores en relación al estar en contacto con las situaciones que transmiten

los usuarios de las prestaciones en salud mental incluye a los administrativos, en tanto constituyen el primer contacto de los usuarios con el servicio y en muchos casos comienzan el relato de su malestar con ellos; *la consulta empieza abajo* (ver capítulo 4.c)

“Estos días estamos hablando de eso que pasa a veces, de situaciones tremendas que se presentan, que ya a los administrativos los dejan muy movilizadas y a nosotros también. Hay situaciones que son horribles y el equipo es lo que sostiene, salís hecho un fleco del consultorio, te agarran 2 compañeros de trabajo y te aguantan la cabeza, porque ves cualquier cosa.” (Psicólogo, funcionario)

“Son cosas que te llevás a tu casa, te quedas pensando, hay cosas que son siniestras” (Psicólogo, funcionario)

No obstante estas instancias en que se aguantan la cabeza se desarrollan en espacios informales, en los pasillos, pero no hay espacios organizados a tal fin. *“Otra de las carencias que tiene, no sé si el plan, pero por lo menos la mutualista, no hay espacios de trabajo entre los colegas. Un espacio de cuidado de los que cuidan, no lo hay.”* Pero quienes no son funcionarios de la mutualista no cuentan con espacios de encuentro con otros, formal o informal.

“Lo que genera ser no dependiente de la mutualista, es que vos no te ves con tus compañeros. No tenés compañeros de trabajo. Sos realmente independiente Ahora no tengo contacto con psicólogos, no recibo un espejo técnico.” (Psicólogo)

“ No conozco a mis compañeros, voy una vez por mes para entregar las órdenes, y aprovecho a entregar las planillas de seguimiento, y listo. Entonces no hay posibilidad de decir muchachos, vamos a juntarnos para exigir algo a nivel gremial, laboral, como grupo de trabajadores. No existe, cambiaría eso, haría jornadas más integrativas de los trabajadores de las instituciones, verle más la cara a los compañeros.” (Psicólogo)

En el caso de un participante del estudio que no es funcionario, además de atender en su consultorio pacientes en modalidad individual, coordina un espacio de modalidad grupal. En esta situación debe ir al servicio *un rato físicamente a coordinar un grupo:*

“Desde ese rol de psicólogo que trabaja en modalidades grupales es que me ha tocado conocer más compañeros dentro de la institución, y desde ahí soy consciente que no hay instancias de trabajo entre nosotros, queda más librado a afinidades entre colegas.” (Psicólogo)

Ahora bien, estas afinidades parecen efectivamente generar instancias de sostén, donde se relata que las diferencias entre corrientes psicológicas no generan dificultades.

“las distintas corrientes no pesa para nada, mucho respeto, yo hago gestalt,, tengo compañeras que vienen del palo lacaniano, otras más de lo vincular. Se ha logrado sortear esas barreras, además llevamos mucho tiempo trabajando juntos, en la gran mayoría. Eso permite que se genere un clima más de amistad y compañerismo, y nos apoyamos mutuamente. La gente que viene de afuera, se mete en ese ambiente” (Psicólogo, funcionario)

“hay gente de distintas corrientes, y enriquece montón. Nosotros siempre teníamos ese prejuicio de venir del psicoanálisis y decir pah, los gestálticos, pah aquella que es conductual, y en el intercambio nos va bárbaro, nos tiramos ideas. Nos pasa que alguno hace suplencia a otro y coordina un tiempo el grupo y enganchas bien. A grandes líneas no hay mayores problemas” (Psicólogo, funcionario)

Con algunos entrevistados se dialogó sobre la posibilidad de que las limitaciones y los niveles de estandarización de los procesos psicoterapéuticos podrían funcionar en desmedro de discusiones profundas sobre las diferentes perspectivas. Resulta significativo que *“todos hacemos psicoterapia individual, de eso no hablamos, de lo individual en general no hablamos, se habla de los grupos y ahí coincidimos muchísimo más.” (Psicólogo, funcionario)* Como vimos en la sección anterior la extensión de modalidades grupales constituyen una de las principales novedades en las mutualistas, siendo coordinadas por psicólogos formados mayoritariamente en abordajes individuales. Por lo tanto la sobre los abordajes individuales no se intercambia en tanto cada uno posee su singular adscripción a determinada corriente, mientras que los abordajes grupales se presentan como más inciertos y la actitud es que toda idea aporta para la conducción del espacio.

En cuanto a pensar la práctica con alguien de mayor experiencia en la labor, ya sea supervisión o análisis de control, queda librado a la iniciativa del propio psicólogo y sus posibilidades económicas.

“Me acuerdo al principio cuando me contrataron, nos dijeron “bueno nosotros sugerimos que ustedes supervisen” y quedó por ahí, Corre por mi cuenta y es una decisión mía. Podría no hacerlo, ver 20 30 pacientes, empezar a psicotizar lentamente y silenciosamente y no darme cuenta.” (Psicólogo)

“me dificulta, es imposible todos los meses supervisar todos los pacientes. Uno trata de leer. Con mi supervisora intento ver 2 pacientes por supervisión, ya habiendo adquirido una dinámica de supervisión con ella, pudiendo hacer foco. De hecho ella también trabaja en las prestaciones y cuando nos juntamos destinamos un tiempo a contarnos lo cansadas que estamos o a preguntarnos como estamos. La supervisión me ayuda mucho, pero es imposible supervisar todo. Idealmente, quisiera poder trabajar, que fuera sustentable para vivir, trabajando con menor cantidad de pacientes y pudiendo dedicar más tiempo a cada paciente. Si pudiera tener 10 pacientes menos, al resto le podría dedicar más tiempo de supervisión y lectura, y hacer una práctica clínica mucho más rica o más tranquilizadora para mí” (Psicólogo, no funcionario)

En uno de los servicios se estaba intentando generar un espacio de formación interna, realizando también tareas de covisión de las prácticas.

“Es lo que estamos peleando, si logramos que la institución nos apoye en ese sentido, ya sea permitiendo trabajar ahí adentro. Porque también es todo un tema, surge como necesidad nuestra, y la institución la toma si quiere. Si bien a la institución le genera un beneficio, convencerlo de que además de tener que pagarnos, van a tener que pagar capacitación o pagarnos un espacio de supervisión, no es sencillo.” (Psicólogo, funcionario)

Sin dudas, el generar espacios de encuentro entre quienes desarrollan las nuevas prestaciones en salud mental con el fin de pensar las prácticas constituye una necesidad importante.

Capítulo 6- Papel emergente de la Psicología

6.a- El problema de las posiciones subjetivas en la transformación de modelo del campo de la salud

En el campo de la salud se vienen realizando distintos esfuerzos por transformar el modelo de atención, que podríamos resumir de uno curativo y biologicista a uno preventivo e integral. Este cambio de modelo encuentra escollos en distintos niveles. Por una parte señalamos al principio del Capítulo 4 una serie de problemas que dimos en llamar inerciales en la gestión sanitaria. Lo significativo de estas modalidades de gestión de la salud que reproducen formas del modelo que se aspira a transformar, es que construyen una trama de lugares posibles a habitar en el campo de la salud. La dimensión organizacional como “tecnología de producción de órdenes simbólicos” (Wittke,2007) y funcionando desde coordenadas coherentes con el modelo biologicista y curativo tiende a perpetuar posicionamientos subjetivos que no funcionan en relación al modelo preventivo e integral.

“El modelo Médico Hegemónico sigue siendo el autoritario, y ahí empieza el problema con el democrático, cuando se desdibuja frente a la exigencia de la sociedad. Me pasó a mi, lo digo, reivindico desde el punto de vista conceptual una cosa y en la práctica cotidiana vos muchas veces ves un problema por reivindicar ese modelo. Porque a la gente no le interesa tener mucha participación, ni autonomía, ni decisión, le interesa la autoridad, el poder otorgado, yo te doy poder para que vos me digas qué hago y dejate de joder con qué le parece, que vamos juntos a pensar, a decidir, no, decime qué hago y chau. Es un poco el razonamiento simplificado y simplista de lo que podrías recoger de muchas situaciones...El médico que no cumple su rol de poderoso, es descalificado por el conjunto de la sociedad... toda la vida me preocupé por darle el alta rápido a los chiquilines en el entendido de que el sanatorio es sólo un recurso extremo y estrictamente necesario. Muchas veces fui malinterpretado, como que me quería lavar las manos, sacármelo de arriba o ahorrarle a la organización 5 pesos....Las expectativas de nadie es que la enseñanza de la medicina sea fuera del hospital, ni de los estudiantes ni de los docentes históricos. Yo hice una carta de renuncia donde hice una crítica muy fuerte a todo ese

doble discurso, que además es extensivo a otras áreas de la Facultad y la Universidad en general, un discurso absolutamente revolucionario y radical con prácticas absolutamente conservadoras (Entrevista a José Portillo, Medicina Social y Pediatría)

Se desprende del planteo anterior la relevancia que tienen las formas que adquiere la demanda de la población hacia el campo de la salud al momento de lograr una transformación de modelo. Estas dimensiones culturales ofician como un anclaje de inercia y reproducción de los viejos modelos. Esta expectativa del rol autoritario y poderoso no se reduce a los intereses de la población en general, posee una fuerte presencia en los espacios formativos. Al dialogar con los referentes seleccionados para este estudio y con los actores involucrados en las prácticas de atención a la salud surge repetidamente una apreciación que refiere a una suerte de distancia entre el lenguaje utilizado y las características que adquieren las prácticas: se habla distinto pero se hace lo mismo. En este sentido, durante la entrevista mantenida con una Cardióloga nos planteaba:

“esa dicotomía entre lo emocional y el cuerpo que hace que estemos siempre buscando la enfermedad y no el sufrimiento de la persona que tiene una enfermedad. Siempre buscamos una enfermedad y tratamos una enfermedad, y aunque se hable un poco distinto que hace unos años atrás, te digo que en la práctica no es así.” (Cardióloga)

La disociación mente-cuerpo fue uno de los puntos fuertes en que la medicina pudo configurar su campo de acción, y su desarrollo delimitando especialidades continuó la lógica de disociación en partes a intervenir. Este modo es criticado por excluir dimensiones determinantes del fenómeno sobre el cual se interviene. Uno de los efectos de este proceso es la dependencia en relación al saber médico por parte de la población, delegando el cuidado de sí al médico y las estructuras sanitarias. La estrategia de APS intenta revertir este aspecto mediante, como veíamos, la participación y una circulación horizontal del saber. La estrategia APS apunta, entre otros objetivos, a resolver el problema de la sobredemanda de los servicios de salud mediante la prevención de la aparición de la enfermedad. La demanda de la sociedad hacia los servicios de salud es descripta como masiva, caótica, infinita y en muchos casos consultas mal realizadas, no pertinentes. Una demanda que desborda las posibilidades de atención de los servicios y que puede entenderse como uno de los efectos de la medicalización, donde el desarrollo de la medicina construye un campo que abarca la totalidad de las manifestaciones de malestar.

“ no se cumplen pautas de sentido común elementales en materia de conservación de la salud, comportamientos autodestructivos. Un ejemplo, salir, volver a las 6 de la mañana totalmente mamado después de tomar un litro de whisky e ir al médico para que me dé algo para el dolor de cabeza. Ese ejemplo simple y tonto podría representar lo que es una actitud más o menos generalizada en materia de reivindicación de los servicios de salud en todas las áreas” (Entrevista a José Portillo, Medicina Social y Pediatría)

Hay un exceso, un desfasaje, un desborde de lo que se espera de la organización sanitaria en relación a lo que ésta se propone realizar, se perciben muchos pedidos como no racionales para los propósitos de la práctica médica. Este exceso, la irracionalidad de los pedidos, empieza a ser visualizado como pertenecientes al campo de lo afectivo o lo emocional de los usuarios. Este desborde, exceso y molestia aún sin nombre en los procesos médicos tradicionales comienza a configurarse como un campo de intervención de las disciplinas psi, psiquiatría y psicología. Estos fenómenos comienzan a recibir nominaciones, se desarrolla un lenguaje que permita hacer algo con ello. En este sentido destacamos dos constructos que han sido necesario configurar para abordar el escenario, por un lado el síndrome de burn out (Añon, et al, 2012) que describe un estado de agotamiento extremo de los trabajadores de la salud y con potencial riesgo de incurrir en prácticas iatrogénicas. Por otra parte, se nomina como pacientes hiperfrecuentadores a aquellos que deambulan entre un servicio y otro con pedidos inespecíficos o no pertinentes y se estudia cómo esta situación desgasta a los médicos y qué estrategias desarrollan para afrontar tales situaciones (Funcasta, 2012). En uno de los servicios *relevados* *“se está generando un centro del dolor, no paliativo, del dolor, son pacientes que deambulan, generan gastos, enlentecen y retrasan el sistema. Ese espacio va a tener una alta carga de psicólogos.” (Psicólogo)* De este modo, a través de la construcción de sentidos de este excedente comienza a configurarse en el ámbito sanitario un campo de intervención psi. Así mismo el propio desarrollo de la perspectiva integral, ligado a la idea de que debe haber organizaciones que brinden atención integral, requiere de la aparición de la psicología en función de alcanzar una cierta coherencia entre la perspectiva y las prácticas.

Por otra parte, parecería ser que la Psicología comienza a convertirse en un saber que opere como referente de certezas ante la incertidumbre sobre el cuidado de sí y de los otros tras la caída de las verdades propias de la modernidad:

“atrás de las demandas a la psicología hay una búsqueda de respuestas a estas incertidumbres de los tiempos actuales....han habido cambios importantes en la subjetividad o

en la cultura de la sociedad uruguaya en los últimos años. Tienen indicadores objetivos, por ejemplo a nivel de la configuración familias, vínculos, los roles, figura paterna, materna, en relación al mundo del trabajo, en relación al tema de lo educativo, el lugar de lo educativo, el papel de las nuevas tecnologías... ha generado distintos efectos. Uno de esos efectos es una cierta pérdida de referencias en una serie de cuestiones que capaz en otros tiempos estaban más claras. Hay una búsqueda de respuestas, se perdieron muchas certezas y hay muchas incertidumbres. “ (Giménez, 2014, informante calificado)

José Portillo realiza un diagnóstico similar al de Giménez:

“En el contexto que se vive del deterioro del sistema educativo, del sistema de valores de los comportamientos sociales, del respeto al contrato social donde se ven cosas insólitas todos los días... Hoy en día no sé si realmente hay una crisis o no de valores, todas las sociedades han hablado de una crisis de valores, que las anteriores eran mucho mejores, empezando por Don Quijote que añoraba la edad media por los valores de los caballeros. Pero sin duda que la posmodernidad ha traído un deterioro bastante marcado de ciertos valores que la modernidad había recuperado. Eso se nota en la convivencia cotidiana, leyendo el diario, hablando con la gente, y en la práctica médica sin dudas.” (José Portillo, 2014, informante calificado)

Aparece un debilitamiento de los mecanismos tradicionales de sujeción, de organización de la vida y codificaciones de las conductas de las personas. Esta situación propicia la aparición de nuevos problemas:

“Acerca de por ejemplo "que es criar un niño", porque parte de las demandas muy importante tiene que ver con la infancia y el lugar de los niños, las problemáticas que presentan los niños en la escuela, niños y adolescentes” (Giménez2014, informante calificado)

“Antes cuando la madre estaba todo el día en la casa y tenía a la madre de ella en la casa, había un saber que se transmitía de boca en boca, se recurría al médico de forma extraordinaria, extra-ordinaria, en cambio ahora todo lo contrario. Todos los temas de la lactancia, a nadie se le ocurría hablarlo con el médico, eran cosas propias de la familia, la vieja sabía, la abuela le decía, se manejaban más o menos bien.” (José Portillo, 2014, informante calificado)

La caída de las referencias que los valores tradicionales brindaban, el desdibujamiento de códigos rígidos de acción social, llevan a Portillo a considerar que *se necesita muchísimo más la institucionalización de los problemas, y en particular todos los temas de salud*. El entrevistado critica con este planteo las ideas de Ivan Illich (1975) en relación a la némesis médica, es decir los efectos iatrogénicos de la institucionalización de los problemas de salud, en tanto no contextualiza las condiciones económicas y culturales en que se desarrollan los procesos. Considera que en los países desarrollados se tiende a desinstitucionalizar los problemas, pero cuentan con los recursos materiales y culturales para resolver complicaciones (por ejemplo un parto en domicilio) Esta situación en conjunto con un ritmo de vida acelerado y sobre estimulado por información heterogénea constante y fundamentalmente diseñada para la promoción del consumo, generan un espacio proclive a la aparición de la psicología como un referente ante el cual formular las diversas interrogantes problemáticas que enfrentan las personas en la vida cotidiana. *“Este modo de convivencia social, está dejando, debilitando la matriz de protección de la sociedad, las redes de protección, y es ahí en esos agujeros donde aparece la psicología, como expectativa por lo menos” (Luis Giménez, 2014, informante calificado)*

Como hemos visto, el proceso de medicalización condujo a centralizar en el saber médico las certezas sobre los modos correctos de conducirse en la vida. La dependencia social en relación al saber médico es uno de los puntos que conduce a un exceso o un desborde dentro de los servicios de salud. Aquí aparece otro sentido en relación a las expectativas de la participación de la Psicología en la Salud, como indica Portillo:

“Hacia la sociedad se podría cumplir un rol de acelerar o promover la maduración psicosocial de la gente, y de cortar un cordón umbilical de una necesidad exagerada y patológica, que es la demanda permanente a los servicios de salud.”

Ahora bien, ¿qué sucede cuando estas demandas acceden a la intervención del campo “psi”? Anteriormente veíamos que una Psiquiatra caracterizaba esta demanda como la de un *“bebé demandante... como si fueras la gran mamá o el gran papá que les va a solucionar toda la vida... es una forma de descargar en alguien algo que ellos no solucionan.” (Psiquiatra, integrante de Comité de Recepción) (ver capítulo 4.b)* Se aprecia en la descripción anterior cómo la inmadurez psicosocial en la formulación de demandas descripta en relación al campo de la salud en general se repiten en los espacios de atención de psicología o psiquiatría. Anteriormente veíamos como las características de la demanda social hacia los servicios de salud constituía un punto de anclaje en el “viejo modelo”, una delegación podríamos decir absoluta del cuidado de sí. Esa misma

delegación del cuidado de sí que permitió la expansión de la medicina moderna se convierte en un problema para la medicina actual, ante el desdibujamiento de otras estructuras de sujeción social. Al intentar comprender cómo podría la Psicología lograr la “maduración psicosocial” y ofrecerse como espacio para resolver interrogantes problemáticas surge la figura del “resto” como objeto de abordaje por la disciplina. Este “resto” se encuentra en relación al exceso y desborde que producen las demandas sobre los servicios de salud. La idea queda gráficamente explicada mediante una propuesta que nos transmite la médica internista, donde en los servicios de emergencia exista un psicólogo que se desempeñe realizando un Triage, es decir una clasificación y selección de las consultas:

“Yo trabajé muchos años en puerta de emergencia, la mayoría de las consultas no son consultas de emergencias, en el sentido de riesgo.... Hace un tiempo en que las emergencias hay alguien que recibe, y yo hace tiempo comenté que eso lo tendría que hacer un psicólogo, recibir a los pacientes y decidir qué es lo que realmente tiene que ver un médico y que el resto lo vea un psicólogo...Esto de los Triage es un intento de separar lo que es emergencia médica de lo que no es. EL 90 % de las consultas no son emergencias.”
(Médica Internista)

En este sentido, la expectativa que surge hacia la psicología es que oficie como una herramienta que filtre los pedidos de los usuarios, permitiendo el acceso a la atención médica en los casos que resulte pertinente y resolviendo los casos impertinentes. Sin embargo la propia entrevistada detecta que llevando esta idea de la psicología abordando el resto puede conducir a otorgarle a la disciplina una capacidad de resolución absoluta:

“No sé cuánto resolverían de verdad esas situaciones, tampoco los psicólogos pueden resolver todo. Muchas veces las cosas son multifactoriales y bueno, pero capaz que sí, en esos niveles, podría haber una participación más básica de los psicólogos y no ser solo interconsulta...No pasa solo en las emergencias, en cualquier consulta o parte de la medicina uno encuentra cosas psicológicas que surgen, que ya te digo, o son el problema o que juega y tiene mucho que ver” (Médica Internista)

Mas allá de este atenuante a la expectativa, el sentido de la psicología encargándose de extraer de las prácticas médicas el ruido y desorden se encuentra presente. Esta adjudicación hacia la psicología podría pensarse como conteniendo aún la disociación mente-cuerpo, donde surge el riesgo de un punto de anclaje en el proceso de transformación de la salud. Este anclaje se daría

al no integrar en la práctica médica la percepción integral del usuario sino que todo lo que refiera a lo no biológico es delegado en el profesional especializado, el psicólogo. De esta forma los procesos de atención a la salud podrían conservar sus rasgos tradicionales y contar con una certeza de qué hacer con los excesos que la población propicie en los servicios, derivar a psicología. En este punto se pone en juego la diferencia trazada por Saforcada en relación a la integración de la Salud Mental en el resto de la Salud, a lo que sería una integración de lo mental en la salud. Se intenta señalar el doble sentido que adquiere el trabajo sobre aquel resto, subjetivo, afectivo, psíquico, emocional. En un caso, la psicología tiende a ocuparse de ese resto permitiendo su escisión del proceso médico. En esta segunda variante se tiende a integrar el resto en los procesos, propiciando una visibilidad del problema que implica tanto lo biológico como lo psíquico.

El particular uso del lenguaje que se percibe, esta distancia entre el discurso legitimado y el acontecer de las prácticas, aparece en juego en uno de los modos de trabajo que surge en congruencia con la perspectiva hacia la cual se intenta avanzar, nos referimos a los equipos de trabajo. Estos equipos constituyen un punto de articulación de diversos elementos del paradigma integral de la salud. No obstante Luis Giménez nos advierte que el término ha sido idealizado:

“se habla de equipo y no siempre hay equipo. Una cierta idealización o mal uso del término equipo. Referencia al conjunto de gente que opera en un centro de salud entonces se habla de equipo de salud, pero no necesariamente trabaja como equipo.” (Luis Giménez, 2014, informante calificado)

Estos puntos nos permiten acercarnos a cómo el lenguaje en salud parece referirse a la forma de las cosas y no a su funcionamiento. Un equipo es tal si el fenómeno observable implica la presencia de varios trabajadores de la salud, más allá de que su dinámica de trabajo no sea correspondiente con esta nominación. Como se mencionó anteriormente, los equipos de trabajo o equipos de salud constituyen una modalidad de atención que reúne diversas características del modelo de atención a la salud que se pretende instalar. Según nos describe Psic. Luis Giménez sobre los equipos de salud que trabajan en la comunidad:

“Lo que veo es que hay mucha diversidad. Hay algunos equipos que realmente han entendido la lógica que hay detrás y que se han insertado en el primer nivel con una vocación de integración a los actores comunitarios, a las redes locales, a las actividades diversas de promoción de la salud y de acción colectiva, articulada con políticas sociales,

educativas. Insertados en una red y entienden esa lógica. Y desarrollan acciones específicas en salud pero insertos en esa lógica. Y hay otros que en realidad lo que están haciendo es una suerte de clínica en la comunidad, básicamente atienden consultas. Pseudoclínica porque ni siquiera llega a ser una intervención clínica, no termina de definirse qué tipo de intervención es. Se recibe a la gente, después de una lista de espera importante en muchos servicios”

Es principalmente en los equipos de salud desde principios de los 90 donde el Psicólogo ha encontrado espacios de inserción laboral en el campo de la salud. Los equipos se han organizado en algunos casos en torno a un objeto específico, por ejemplo en torno al tabaquismo, problemas de nutrición, distintas manifestaciones de violencia, etc. O en torno padecimientos orgánicos donde las repercusiones afectivas y sociales se presentan con mayor visibilidad, por ejemplo pacientes oncológicos, cuidados paliativos, etc. También existen equipos de salud que su condición multidisciplinaria los coloca como espacio de derivación en situaciones donde la categorización del padecimiento se vuelve difusa. Las tareas de los equipos de salud atraviesan los distintos niveles de atención, pero poseen una fuerte impronta preventiva en relación a evitar los efectos iatrogénicos que puede acarrear un abordaje parcializado del problema. Este riesgo de percibir de forma parcial la situación está presente también en las acciones que desarrolle el Psicólogo, donde se describe como necesario que incorpore determinados aspectos de las disciplinas que lo acompañan para alcanzar abordajes integrales. Al respecto la Psic Médica Berta Varela nos sintetiza algunos de los puntos que un Psicólogo debe tener en cuenta al integrarse en un equipo de salud, particularmente en torno a procesos médicos especializados:

“Uno si ocupa un lugar es porque respeta la capacidad del otro de hacer algo y ellos afinan también los criterios por los cuales derivan. Hay determinado saber que hay que adquirir sobre cómo es el procedimiento médico y qué consecuencias tiene para la persona...no ser médico pero sí lenguaje, una noción como la que tendría que tener el paciente. Lo otro es tolerar los límites que la enfermedad tiene. Estar en contacto con personas que se pueden morir, que tienen déficits graves, tener tolerancia a ese tipo de estresores y mantener la sensibilidad a lo largo de los años. También uno puede hacer lo que le pasa a otros especialistas en la salud, que va tomando distancia del paciente, se va insensibilizando y da lo mismo estar delante de una persona o de otra. Entonces tener capacidad de mantener eso. Lo otro tener, o adquirir, son habilidades relacionales y comunicacionales, para entender a la otra gente del equipo y para hacerse entender y tener

cierto manejo de conflictos, de cómo se resuelven los conflictos. La sensibilidad y tolerancia de determinados problemas y aprender determinados conocimientos que no son propios de la profesión. Algunos equipos van llegando a la transdisciplina, pero no son muchos.” (Berta Varela, 2014, informante calificada)

Entonces desde esta perspectiva los equipos de salud se organizan en torno a algún procedimiento médico y sus integrantes deben incorporar elementos del lenguaje médico así como conocer de qué se trata el procedimiento y sus posibles repercusiones en la persona. Por otra parte se advierte la necesidad de mantener la sensibilidad para percibir la singularidad de cada situación y de tolerar los límites que la situación orgánica imprime sobre la realidad y los posibles desenlaces poco felices, tales como la muerte. Se señala que existen dificultades en la organización del trabajo de los equipos, sin horarios destinados a pensar las prácticas, donde las reuniones son un espacio para únicamente coordinar las actividades lo cual tiende a que:

“se generan ciertas inercias en los equipos de trabajo que se van estereotipando y tal vez descartan líneas de trabajo que alguna vez no funcionaron y no vuelven a intentar. Esta inercia y estereotipia bloquea todo intento de generar otra forma de trabajo...[...]...un equipo interdisciplinario, que pensara colectivamente sin perder las especificidades de cada una de las disciplinas, pero pensar colectivamente las intervenciones y buscar articular los esfuerzos. Con todos los procesos que supone comunicación mutua, de interpe-lación mutua, que uno empieza a entender el abordaje del otro” (Luis Giménez, 2014, informante calificado)

Al principio de esta sección se planteaba que desde la perspectiva de Portillo la mayoría de los actores involucrados en el campo de la salud no tiene la expectativa de un cambio de modelo de atención, y en este sentido:

“El equipo es una reivindicación muy buena y muy teórica...en lo más frecuente y en lo cotidiano, el equipo pasa a ser una reivindicación un poco utópica, un poco deseada por unos y por otros....Los equipos me parecen bárbaros para instancias de discusión y de elaboración, de creación de conocimiento, o de adecuación de conocimientos creados en otros lados. Donde lo veo más difícil es en relacionamiento directo con el paciente...cuando la gente se enferma no vengas a joder con el equipo, voy a hablar con uno que me caiga bien y no empieces a joder con que el equipo...no me mandes a uno para otro y otro, vos solucioname todo” (José Portillo, 2014, informante calificado)

En la información reunida en esta sección se aprecia que los sentidos que se construyen en el campo de la salud, las expectativas de los actores, reproducen las características del modelo biologicista curativo propio del modelo médico hegemónico. Esto nos permite afirmar que las posiciones subjetivas constituyen un problema ineludible en las posibilidades de transformación de modelo. No obstante, como se señalara anteriormente, no debe reducirse este problema a un mal entendimiento por parte de los actores, a una limitación en sus capacidades de comprensión de las características del modelo preventivo ni, incluso, una defensa fundamentada de permanencia del modelo curativo. El diseño de las organizaciones del campo de la salud, en tanto dispositivo (Foucault), es decir tecnología de modulación de órdenes simbólicos (Wittke), propicia procesos de sujeción y subjetivación disciplinados al modelo que se aspira a cambiar.

6.b- Incorporación cautelosa de la Psicología

Exploramos en la sección anterior el problema de las posiciones subjetivas en las posibilidades de transformación del campo de la salud y qué expectativas genera la incorporación de la Psicología en función de resolver esta dimensión problemática. En este escenario aparecen las nuevas prestaciones en salud mental, las cuales a partir del estudio nos permiten plantear que se trata de una incorporación cautelosa de la Psicología al campo de la Salud.

En primera instancia se aprecia que el Plan posee un diseño que previene posibles conflictos en la transición paradigmática. Nos referimos a ciertos rasgos que muestran un efecto de clausura que, si bien limitan las posibilidades de acción de las prácticas psicológicas, han permitido una efectiva puesta en marcha de prestaciones inéditas en el país. Esto implica que el diseño del Plan reproduce los problemas inerciales de gestión analizados en el Capítulo 4. Se reproduce la creación de una subestructura organizacional que conduce a una baja interacción entre disciplinas, cada profesional o equipo de profesionales se encuentra abocado a sus tareas puntuales amedrentando las posibilidades de abordajes integrales de los usuarios.

“Hubo dificultades de cosas que no están muy aceitadas con lo que son otros equipos. A veces recibimos situaciones de violencia doméstica, entonces nosotros deberíamos, o debemos, derivar al equipo de violencia doméstica. Eso a veces se torna engorroso para el paciente, para la situación, estar como ping pong saltando de un comité a otro equipo y hablar y plantear otra vez lo mismo. A veces nos queda la duda de si el equipo de

violencia doméstica, más allá de que es un equipo multidisciplinario y orienta y asesora porque tiene abogado, asistente social y demas, hasta qué punto hace un abordaje psicológico que lo tiene que indicar directamente el equipo. No nosotros. Un abordaje adecuado. Son casos delicados. Siempre estamos con el temor de les darán la psicoterapia necesaria a un niño. Como no hay mucha ida y vuelta ahí, eso nos queda como duda.”
(Psicólogo)

Por otra parte no existen procesos que articulen las distintas organizaciones sanitarias, tendiendo a reproducir en la atención psicológica el problema de la portabilidad a partir del corralito mutual. Lo veíamos en relación a un familiar de un usuario (niños, adicciones, IAE, etc) quien debe ir a su mutualista si no pertenece a la misma que su familiar.

“ahí ya tenés un corte...no tenemos ni idea de cómo funciona en las otras instituciones. La gente te comenta que no hay esto, lo otro, Funciona bien cuando el padre también es de la mutualista, cuando están todos ahí, porque puedes hablar con los coordinadores de los grupos” (Psicólogo)

Se reproduce la tensión existente entre lo administrativo-burocrático y lo científico-profesional, lo cual en conjunto con la masividad en la atención propician que sean escasas las posibilidades de pensar colectivamente las prácticas y de confrontar perspectivas teóricas (ver capítulo 5). La evaluación de las prestaciones en función del cumplimiento de metas ligadas a la financiación constituye una información que carece de una visualización de los procesos y con riesgo de ser manipulada en función de la sustentabilidad organizacional, tal como nos indicaba Giménez (Informante calificado, ver capítulo 4).

Estos procesos señalados previenen conflictos que podrían surgir de confrontaciones de paradigmas entre disciplinas, o entre perspectivas en psicología, o a partir de intentar articular las prestaciones entre distintas organizaciones conduciendo a que el usuario de salud sea “usuario del sistema, no de la cartera de una mutualista” (Rivero, Informante calificado), en la misma medida que constituyen puntos de anclaje en un modelo de atención que pretende modificarse. Se observa por lo tanto que la clausura organizacional opera desde el propio diseño del Plan, es decir se incluyen en el diseño ciertos rasgos que permiten a las organizaciones sanitarias mantenerse idénticas a sí mismas, sus rasgos de identidad (Etkin, Schvarstein, 1989). Estos límites a las prácticas psicológicas se formalizan en modos de atención que no reflejan la diversidad de prácticas psicológicas en el campo de la salud, excluyendo en buena medida las prácticas de

Psicología Médica y las prácticas de salud comunitaria entre otras. Los límites en las prestaciones, fundamentalmente lo temporal, conduce a nivel organizacional a priorizar una perspectiva en psicología, la Psicoterapia Focal (ver capítulo 4.c). Esta perspectiva parecería ser la respuesta justa para las condiciones de atención, lo cual nos advierte sobre lo que podríamos llamar un riesgo de hegemonía dentro de los saberes Psi. Una Psiquiatra fundamentaba la utilización de psicoterapia Focal de la siguiente forma:

“que acá lo que se hace es psicoterapia focalizada. Hay mucha gente que se queja y dicen ‘no, a mi me gusta escuchar’....pero ir al psicólogo que sólo me escuche y no diga nada, eso lo he oído, infinidad de veces, pacientes que quieren mayor interacción con el psicólogo y algo que sea más focalizado. Creo que al ser dentro de la mutualista al paciente le gusta interactuar más con el psicólogo, que le diga lo que piensa y le tire alguna línea. más como si fuera cualquier otro médico, van y preguntan “doctor qué tengo?” o “qué puedo hacer?”

Investigador: más similar a la práctica médica

Participante: si, claro. Totalmente. Acá en el mutualismo sería imposible de implementar otra cosa” (Psiquiatra).

En la entrevista con el Enfermero nos compartía que desde su punto de vista “el Psicólogo no es ágil” como para desempeñarse en las dinámicas del campo de la salud. La agilidad y celeridad en la respuesta que debe dar el psicólogo en el campo de la salud es señalada por una entrevistada como clave para que la psicología logre apropiarse de los espacios que se generan:

“el médico es un bicho raro, de antaño, tiene un camino larguísimo. Creo que ha cambiado el modo de vernos y el modo de hacernos un lugar, del que nos tenemos que apropiar....cuesta apropiarse, y cuesta hacerlo con firmeza...el paso que hacemos de bueno, a ver... el ‘bueno a ver....’ a veces nos hace perder un tiempo en el baile y quedamos...pasó.” (Psicólogo)

Esta necesidad de asimilación de la práctica psicológica a la práctica médica se encuentra incluida en la justificación presente en el PIPSM, en tanto define que “*las terapéuticas en trastornos mentales se equiparan hoy a los mejores niveles de la medicina y están fuertemente comprobadas, lo que justifica su inclusión en las prestaciones.*” Resulta pertinente señalar que quienes desarrollan a nivel académico y profesional la psicoterapia focal en el medio local advierten que su indicación corresponde para el abordaje de situaciones de *crisis* de *inicio reciente* en su etapa *aguda, urgentes*, y de *riesgo* (Defey, 2008) En este sentido la Defey señala que “hace a la ética reconocer las limitaciones de cada una de las formas de psicoterapia existentes y la necesidad

de indicaciones y contraindicaciones para cada una de ellas” (Defey, 2008, p. 85) Sin embargo en ningún lugar del texto del PIPSM se hace referencia a situaciones de crisis, de urgencia, de etapa aguda. Tampoco se indica que la Psicoterapia Focal es la herramienta a utilizar. Uno de los Psicólogos entrevistados señalaba que ante esta tendencia:

“Soy como un combatiente, un resistente en eso, no quiero trabajar así, sé de qué forma no quiero trabajar. Sé que en mi clínica, en el encuentro de cuerpos con el paciente, puedo hacer lo que quiera. Esas cosas que transversalizan el encuentro las tengo en cuenta pero resisto, trabajo como quiero... Tengo la impresión de que se termina cayendo en una psicoterapia manualizada y burocratizada...ya casi no importa quién lo lleve a cabo, es el manual lo que está por encima. Me parece que ese es un riesgo de la Psicología inserta en esa dinámica, que termine siendo una cuestión medicalizada, manualizada y resultadista. ¿es efectivo o no es efectivo? ¿se modificó el síntoma o no? ¿Ya está de alta o no está de alta?” (Psicólogo)

Este mismo entrevistado indica ya casi no importa quien lo lleve a cabo a partir de que en las consultas de seguimiento exista la dinámica de suplencias, asimilándose al trabajo en policlínicas de psiquiatría, *“ponen suplentes y ven a los pacientes de ese psicólogo que se fue de licencia, me parece descomunal, terrible.” (Psicólogo)* También se percibe que los servicios de salud, las IAMC, no han incorporado la salud mental a sus propósitos sino que intentan cumplir con la exigencia del Ministerio, *“Necesitan hacer tíc en el ítem psicoterapia” (Psicólogo)*. El diseño del PIPSM parecería no impactar en gran medida sobre esta situación, en tanto:

“estamos trabajando en un plan que no termina de entender las características de nuestro trabajo,... ven nuestro trabajo como si fuera una práctica anexada a la práctica médica...mucho más pragmático de lo que es en realidad, restándole complejidad, estamos como mirando por otros lentes...hay un problema adaptativo de tal cosa, que el psicólogo vaya, en un sentido foucaultiano, vaya y adapte, modifique esto, bueno se chupa el dedo, sacáselo, se hace pis, sacáselo.” (Psicólogo)

En este sentido varios entrevistados señalan que un riesgo de las prácticas en el marco del PIPSM es producir frustración a los usuarios que consultan, en tanto las expectativas que se generan exceden lo que es posible realizar, aspecto que como vimos se extiende en todo el campo de la salud. Una Psiquiatra entrevistada plantea que:

“En cuanto a las prestaciones actuales, lo que voy viendo es que no cubren las necesidades de las personas... Se crean expectativas que no van a poder ser cumplidas, porque todas las prestaciones tienen un tiempo, como que en ese tiempo ya alcanza. Lo que se sabe a través de la terapia es que no se puede plantear tiempos. Lo que veo es mucha expectativa de gente que se adhiere a los tratamientos, y un buen día se les dice terminó, y las personas todavía hay problemas y es como un desencanto muy grande, se sienten como abandonados” (Psiquiatra)

Por lo tanto la incorporación de la Psicología al campo de la salud mediante la delimitación de prestaciones implementadas en los servicios clásicos de salud se realiza de modo tal que previene la visibilidad de las tensiones que implicaría la confrontación de paradigmas, tendiendo a reproducir en las prácticas psicológicas los problemas del campo de la salud que se pretenden superar. Esto desencadena al mismo tiempo una prevalencia de determinadas perspectivas dentro del campo Psi, lo cual advertimos como un riesgo de hegemonía. En el mismo sentido, los efectos de clausura organizacional (Etkin, Schvarstein, 1989), los puntos donde pivotea la auto-poiesis (Maturana y Varela, Guattari) de las prácticas se encuentran en los rasgos y necesidades de las organizaciones de salud y de los rasgos y necesidades de las estrategias de gobierno. No se encuentran colectivos de psicólogos que logren generar niveles de autodeterminación de las condiciones de las prácticas, salvo las diversas adscripciones a agrupaciones científicas que puedan tener singularmente los actores.

6.c- Singularización del Poblador Objetivo

La progresiva incorporación de la psicología a las técnicas de Gobierno Estatales conlleva al trabajo psicológico con poblaciones. Foucault al proponer la Gubernamentalidad como línea de análisis considera al concepto de población como una figura construída mediante técnicas estadísticas y económicas sobre la cual se ejercen las tecnologías de poder (Foucault, Seguridad, territorio y población). La población es pura generalidad, homogeneidad..

La práctica clínica de la Psicología encuentra el desafío de desarmar la condición de Población del sujeto que consulta para poder acceder a su singularidad y habilitar un proceso terapéutico, tomando el término propio del Plan. Esta situación motiva que varios psicólogos entrevistados

expresen que se trabaja desde una contradicción, en tanto la lógica de definición y construcción de la población sería la opuesta a la lógica de trabajo con el sujeto que posee cierto sufrimiento psíquico.

La interrogante necesaria es cómo se integra la psicología a las distintas tecnologías anatómopolíticas que realizan la singularización de los procesos de homogenización desplegados por las biopolíticas (Foucault, 2007) En este punto el ejercicio de la escucha del sufrimiento del otro se constituye en tecnología anatómopolítica. El sufrimiento no es un objeto de trabajo directo sino que constituye un componente de las CYMAT para las prácticas tradicionales en atención a la salud (Wittke, 2015), en las prácticas psicológicas pasan a ser el objeto de trabajo. En la práctica psicológica *“hay otra escucha, otra mirada, los hace sentir bien, se genera un vínculo muy particular con el paciente de mutualismo”* (Psicólogo)

“no hay esa instancia en la vida que llevamos y su locura de sentarte ser escuchado y mirado por una sola persona, que sea tu espacio. Entonces siempre quieren individual.”
(Psicólogo)

“En mi espacio, en la consulta con los pacientes, termina siendo un espacio para descargar todo el odio que tienen a los psiquiatras. Les pregunto siempre lo mismo ¿usted qué espera del psiquiatra de médica uruguaya? ¿Sinceramente esperan que los escuche, los sostenga y que diga algo?” (Psicólogo)

El espacio clínico como un espacio de descarga, un punto de descompresión de los excesos que los usuarios de los servicios de salud vuelcan con sus demandas y sus modos de transitar, o deambular. Excesos provenientes de su irreductibilidad a ser objeto de disciplina. Como hemos visto a lo largo del trabajo, particularmente en la sección anterior, existe una tendencia a asimilar el trabajo psicológico al de la medicina, lo cual constituye una tensión permanente para resignificar la función del psicólogo. Se percibe un riesgo de que la psicología opere en este escenario readaptando a los pobladores objetivos en sus disfuncionalidades sociales formulando su malestar en un terreno de homogeneidades y no permitiendo, o al menos dificultando, comprender el sentido singular del malestar.

La singularización del poblador objetivo en sí misma no nos permite despejar la modalidad en que se lleva a cabo. El riesgo de singularizaciones disciplinantes, modelantes de subjetividades socialmente útiles que respondan adecuadamente a las estrategias de gobierno, la construcción de buenos ciudadanos. En cambio un trabajo clínico ético no podría partir de pautas prefijadas

sobre cómo debería pensar o comportarse el paciente al finalizar el tratamiento. Si se antepone una imagen a la cual el paciente sufriente debería acercarse, incorporar, imitar, a la cual adiestrarse, estaríamos frente a un trabajo que coloca en el centro intereses ajenos al paciente.

“El encuadre puede estar matrizado, pero el contenido es artesanal. Primero que nada porque no depende de vos, depende del que tenés enfrente, de la construcción siempre inédita que se haga. Súper artesanal, la prestación de salud cuando está sucediendo sí, apunta a la apertura, va hacia el bienestar, porque abre una puerta, da una posibilidad. Creo que al brindarla los prestadores ortodoxos clásicos, se genera esta cuestión de la medicalización, de la institucionalización, de los tiempos institucionales, de la burocracia, que más que abrir, cierran. Es lo que tenemos” (Psicólogo)

“Creo que el rol y la postura clínica se parece mucho a un catalizador, como un entre, sos una especie de entre, un entremedio, no podes ponerte como cuerpo, como figura, sos ese entre, que testea algunas cosas con herramientas clínicas, y como un catalizador más de los aconteceres sociales...ese catalizador que lo interpreta, que le pueda generar algún tipo de pienso, de siento, de alternativa a lo que ellos vienen sintiendo y pensando hasta ese momento, viviendo hasta ese momento.” (Psicólogo)

“A mi me sorprende, hay situaciones en las que realmente pasan cosas y se dan movimientos que si bien pueden tener que ver con la demanda o incluso el deseo de uno trabajando ahí como sobre lo que espera que mejore, o sobre el paciente. No puntualmente, a ver, me estoy metiendo en un terreno escabroso. No diciendo, deseando quiero que suceda tal cosa, sino que realmente se produzca un movimiento que la persona viva como positivo o que el espacio sirva en eso, me he llevado sorpresas gratificantes” (Psicólogo)

Este terreno escabroso al que se hace referencia en el último fragmento y que motiva un uso cuidadoso de las expresiones por parte del psicólogo refiere justamente al riesgo de anteponer algún conjunto de criterios o pautas de estilo de vida que el paciente debería cumplir, *“al final es como plantear una norma y que el no cumplimiento de esa norma sea algo no saludable.” (Psicólogo)*. Como señala uno de los entrevistados, en los casos que las limitaciones de las prestaciones no habilitan un proceso de trabajo psicológico con el paciente *“es fácil caer en la rosca de convencer, porque te empezás a aburrir y buscas algo que tenga un poco de sentido”.* (Psicólogo)

6.d- Efecto multiplicador

“Mal o bien, tiene otro camino andado la medicina que nosotros estamos empezando”

(Psicóloga)

La existencia de un campo al que se denomine de la salud constituye una formación histórica que ha sido objeto de diversos análisis. En este caso interesan aquellos que lo han tomado como un territorio de desarrollo de estrategias de gobierno, control y sujeción de la población. Varios autores han señalado que la constitución del campo de la salud fue posible a partir del proceso de medicalización de la sociedad (Foucault, 1983, 1996, Barrán, 1992, 1993) Esta perspectiva se centra en la función social de la medicina.

En los últimos años asistimos a un desarrollo inusitado de las prácticas psicológicas en distintos ámbitos y organizaciones de la sociedad. La Psicología ha cobrado una fuerte presencia en diversos procesos y la mirada psicológica se ha posicionado como un pivote necesario para la discusión y resolución de diversas situaciones. Es a este proceso que denominamos Psicologización de la sociedad, un proceso que podríamos caracterizar como de sensibilización y naturalización de la dimensión psicológica en el acontecer social, como también de construcción de un lugar de poder en cuanto a posibilidad de intervenir sobre determinadas relaciones. No dejamos de hacer notar que esta dimensión psicológica y los objetos observables en los que se pueda concretar son creados por la propia disciplina (Foucault)

La Medicalización es un rasgo que ha caracterizado al campo de la salud y la sociedad en general, fenómeno que trajo aparejado tanto efectos de protección de la población como de expropiación de la capacidad de autocuidado. La permeación del saber médico en los intersticios más recónditos de la vida cotidiana ha sido analizado como una herramienta de control biopolítico de la sociedad. Al mismo tiempo, este control ha facilitado la protección de la población ante eventuales epidemias de enfermedades.

Surge la interrogante de qué lugar ocupa la Psicologización en relación a la Medicalización. Según José Portillo::

“No sé si se puede separar de la medicina, o si la medicina puede ser un capítulo más grande, más abarcativo que incluya a la psicología o a todos los que trabajan en la salud

en el área psi, que son los psiquiatras también. Diría que se puede englobar en un capítulo, aunque técnicamente sea incorrecto, pero que llame a todo medicina o atención a la salud. Llamémosle atención a la salud [...] no tiene sentido separar en cuanto a los defectos, fortalezas y debilidades, de la psicologización o medicalización, los conceptos que digo para una valen para la otra.

Si bien este acto de englobar en un capítulo tiene el riesgo que veíamos anteriormente de asimilar la práctica psicológica a la médica, parece indiscutible que desde la medicina se está incorporando la psicología a los procesos de atención a tal punto que las expectativas exceden los propósitos de las prácticas:

“se le está dando cada vez más lugar a la subjetividad, cada vez más los médicos tienen este intento de lectura de que esto quiere decir algo, que esa alergia no es sólo la alergia, me parece esta cuestión de poder leer que eso tiene un significado, que eso en ese niño quiere decir algo y necesita un espacio donde ser escuchado....en las derivaciones, en lo que escriben cuando hacen una derivación, me parece que el tema de la encopresis, la enuresis, antes lo minimizaban ahora no, por qué le está pasando esto?” (Psicólogo)

“Como que ahora están más avisados, escuchan cosas y dicen “sería bueno que lo viera un psicólogo..” a veces es demasiado, bueno no es para tanto. Pero ellos en seguida, si escuchan algo que les hace ruido, “bueno por qué no consultan un psicólogo?”a ver qué le está pasando, darle lugar a la palabra. Eso está empezando a suceder desde hace un tiempo y cada vez pasa más.” (Psicólogo)

“en la mutualista, y que lo que no puede resolver el médico, el especialista, te lo manda para el psicólogo...lo que no puede resolver el traumatólogo porque hay dolor de columna....o lo que te imagines...va para el psicólogo. Y el psicólogo es como mago, viene a resolver lo que no se puede resolver. Decís “qué hacen acá?”. “no sé, yo vine porque me mandó el traumatologo” - “ah bárbaro, y qué es lo que le pasa señora” .- “y no, me duele la pierna, pero dice que es todo psicológico”... No todo es psicológico, no todo requiere un abordaje psicológico, No cualquier paciente es apto para un abordaje psicológico. Hay personas que no tienen recursos” (Psicólogo)

“Me parece que se le está dando otro lugar. Sigue estando eso del poder hegemónico pero bajó un poquito. Los médicos un poco se apoyan en nosotros, en algunas cosas.” (Psicólogo)

Una entrevistada que además de desempeñarse en el marco de las prestaciones del PIPSM, integra un comité de Interrupción Voluntaria del Embarazo y a partir de esa experiencia entiende que el lugar del psicólogo en la salud es formal y por exigencia de coherencia con el discurso de salud oficial. En ese comité:

“la más capacitada para llevar una entrevista es el psicólogo, pero la lleva a cabo el médico. No es la formación sino el poder. Yo le decía a la ginecóloga, ‘dejala decir a qué viene’, porque viene y dice ‘traje todo, ultima ecografía, grupo sanguíneo’ entonces yo decía ‘nadie dijo acá vine a hacerme un aborto’, una vez, dos veces, tres veces, uno genera como un registro. Entonces le decía a la ginecóloga ‘preguntale a qué vino, porque capaz un día vino a sacarse una verruga y le van a hacer un aborto’ porque entraba y decía “traje todo”...la gente se deja llevar. Ahí ves un poco el lugar del psicólogo, que está instaurado que tiene que haber uno, estamos ahí, pero estás ahí porque tenés que firmar el formulario porque no le puedo dar la medicación sin tu firma, pero si me lo dejás firmado te podés ir....pero hay que ver si es lo mismo que estemos o que no.” (Psicólogo)

Por lo tanto son diversas las opiniones de los entrevistados sobre el modo en que la medicina incorpora a la psicología como parte de las prácticas de atención a la salud. Están aquellos que perciben una modificación en la escucha médica que incorpora criterios psicológicos, en el mejor de los casos, o un punto donde derivar todo aquello que haga ruido en la consulta médica sin diferenciar la pertinencia de la derivación. Por otra parte, aquellos que visualizan una imposición, una exigencia de la presencia de psicólogos sin considerar que tienen algo que aportar, lo cual es similar a la no incorporación de la salud mental en la sensibilidad de los propósitos de las mutualistas quienes *tienen que hacer clic en el ítem*, como veíamos en la sección 6.b de este capítulo.

En lo que existe consenso es en señalar que se ha superado el tabú a la atención psicológica, el cual queda asociado a la atención psiquiátrica y los miedos ante la medicación

“la gente va buscando alivio, contención, soluciones, rápidas, recetas, mucha gente, muchísima, te pide por favor que no la derives a psiquiatría porque tiene terror de tomar medicamentos, ‘por favor psiquiatra no, prefiero hablar’ Está cada vez más instalado eso, eso está bueno. El lugar del psicólogo se ha fortalecido muchísimo, en los últimos años se valora mucho más, lo he sentido en los últimos años. Te escuchan, los psiquiatras te preguntan, te dicen, ‘decime que te parece a vos, porque vos lo ves todas las semanas y

yo lo veo una vez por mes y 15 minutos' y te escuchan, y hacen cambios, y eso antes no pasaba. Que te llame por teléfono un psiquiatra a vos, antes no pasaba, ahora sí, a todos nos pasa y lo comentamos. Por lo menos ahí, en ese lugarcito pequeño, singular.” (Psicólogo)

En la sección anterior se señalaba que no se encuentran colectivos de psicólogos que logren generar niveles de autodeterminación de las condiciones de las prácticas, salvo las diversas adscripciones a agrupaciones científicas que puedan tener singularmente los actores. En este sentido las prácticas adquieren rasgos que responden a las necesidades de las organizaciones de salud y de las estrategias de gobierno de la población, lo cual propicia que varios entrevistados señalen la necesidad de generar algunas pautas claras del trabajo del psicólogo que no deberían ser homologadas a las prácticas médicas o incluso prácticas de tipo “*pedagógico, como si fuera una reforma o un reaprendizaje de cosas, que en tanto tiempo vas a realizar*” (Psicólogo):

“Estoy en la salud pero no soy un médico, estoy en la salud mental pero no soy un psiquiatra. Esa diferencia, mi clínica es otra cosa, pero puedo trabajar acá. Ustedes usan túnica. Ah bueno, otra cosa, los psicólogos tenemos que usar túnica, para estar identificado con el personal de salud. Son cosas que te dejan claro que todavía no se terminó de entender...intentar establecer ciertas pautas determinantes de nuestro laburo que después en la práctica nos cuiden a todos. Si queda claro, por ejemplo, que la confidencialidad de la tarea clínica, después no es que cada vez que voy a la institución tengo que aclararles que no tengo por qué explicar. Eso me parece que como colectivo es importante que lo establezcamos” (Psicólogo)

Además de la necesidad de dejar en claro de qué se trata el trabajo del psicólogo, lo cual no es tarea sencilla en tanto resulta difícil establecer concesos, se señala que las prestaciones en Salud mental han tenido una muy baja difusión lo cual, desde la lectura que realizan algunos entrevistados, podría ser para controlar los niveles de demanda. Esto coincide con los hallazgos de Fernández (2014), quien señala que existe un gran desconocimiento por parte de los representantes de los usuarios de la salud sobre las prestaciones en salud mental existentes, generando un “*detrimento de la calidad de la participación de estos representantes en las decisiones políticas y de gestión*” (sección Conclusiones).

Como se señaló en el capítulo 5 los Comité de Recepción han asumido la tarea de difundir las características del trabajo en psicología (ver 5.a), en tanto quienes consultan:

“Muchas veces no tienen muy claro por qué fueron derivados al servicio de psicoterapia... Muchos pasan primero por el psiquiatra, les hace la derivación pero no les explica demasiado en qué les puede beneficiar, nosotros tratamos de hacerlo. En el comité intentamos hacerlo, pero tenemos un tiempo acotado” (Psicólogo)

“Las instancias de derivación son bien importantes para explicar a dónde va a llegar la persona, explicar en qué consisten los tratamientos... hay que explicar que son procesos que llevan su tiempo.” (Psicólogo)

En este sentido se percibe que los servicios de salud comienzan a ser tenidos en cuenta por las personas *“como un lugar de referencia para atender problemáticas de angustia o situaciones que les generan sufrimiento”* (Psicólogo)

“la difusión de la salud mental en sí misma, su importancia, donde la gente está empezando a contactar con servicios psicológicos y a darse cuenta que hay situaciones que requieren la atención psicológica que antes pasaban desapercibidas... La gente está tomando un mayor conocimiento de los distintos dispositivos y de la importancia de consultar ante algunas situaciones. Eso creo que a nivel social amplía el conocimiento de la psicología y de los abordajes psicoterapéuticos, es un factor importante. (Psicólogo)

Otro elemento que los entrevistados plantean que es necesario visualizar refiere a los beneficios económicos que acarrea para los servicios de salud la atención psicológica. En el texto del PIPSM se plantea que:

“...estas prestaciones permitirán descomprimir los requerimientos en otros niveles de atención que resultan muy onerosos. Esto además de acompañarse de un ahorro en el gasto, repercute en todo aquello que implica el beneficio de poder promover actitudes saludables, de responsabilidad y compromiso en los diferentes ámbitos. De esta forma se produciría una baja de costos y ahorro en el gasto social.” (PIPSM, 2011, p.)

Los entrevistados entienden que este ahorro económico no se visualiza por parte de los servicios de salud:

“...que abaratamos mucho el sistema mutual, porque a ver, esto también es por plata. El mutualismo tiene que ver efectos. Creo que sí, es eficiente en la bajada de costos estrepitosa, sino vas a tener un intento, un medicado y de por vida que va a empezar a hacer

agua, va a somatizar, va a empezar a reconsultar y a pasearse por múltiples estudios carísimos. Creo que este abordaje hace que bajen los costos.” (Psicólogo)

“...todo eso en definitiva le genera beneficios a la institución, no son beneficios visibles, pero lo son. Ese es el tema, que todavía cuesta que la institución visualice que el servicio de psicología, en gran medida, si bien le genera un costo, en definitiva le genera un beneficio, porque disminuye la cantidad de consultas, está comprobado, disminuye la cantidad de consultas por somatizaciones. A su vez la gente encara de una forma diferente la consulta.” (Psicólogo)

Es pertinente recordar que se visualiza un amplio espectro de los usuarios de salud que tienden a deambular por distintos espacios de atención con pedidos inespecíficos, que acarrear un gasto y propician riesgos de estrés en los profesionales. Parecería que las nuevas prestaciones constituyen el espacio para reformular la posición subjetiva que habitan estos usuarios, promoviendo un cambio que reduzca los niveles de dependencia. Podríamos afirmar que el espacio de atención psicológica funciona introduciendo una nueva dimensión en consideración por los usuarios, aquella que les permite preguntarse *¿qué tengo que ver con esto que me pasa?*. Es decir, se tiende a incorporar como tecnología del yo (Foucault) la implicación del sujeto con su malestar y los modos que utiliza para perpetuarlo. El riesgo de este proceso ante las limitaciones de las prácticas, limitaciones que no se sostienen desde criterios técnico-científicos sino desde una racionalidad administrativa y fenomenológica⁴, consiste en que se reproduzcan los rasgos tradicionales del campo y la consulta con un psicólogo devenga mandato que propicie posiciones culpógenas en tanto el usuario no se ocupa adecuadamente de su parte psicológica.

Se ha visto a lo largo del presente trabajo que los entrevistados se interroguen sobre qué es posible lograr en estas condiciones de trabajo, en un extremo quienes consideran que en la mayoría no pasa nada mientras otros sostienen que en la inmanencia del encuentro con el otro es posible resistir a la sobredeterminación organizacional y promover un proceso psicoterapéutico. En este sentido uno de los entrevistados plantea:

“Yo me preguntaba qué se lleva esta persona, porque a veces parece que no se llevan nada, se llevan un aprendizaje bien importante....si hay una cosa que puedo decir que se lleva un paciente de un proceso terapéutico, es un gran aprendizaje. No porque uno le

⁴ Lo fenomenológico en el sentido de que el hecho de ver al psicólogo, más allá de las condiciones para desarrollar el trabajo y con las adjudicaciones de omnipotencia o *psicólogo mago*, alcanza para indicar el cumplimiento de la meta prestacional.

enseñe nada, un aprendizaje de sí, pero sobre todo aprendizaje de qué es estar en un proceso psicoterapéutico. Generalmente son primerizos los que acceden. Nadie les va a decir mañana qué es ir al psicólogo, puede haber estilos distintos pero más o menos trabajamos parecido los psicólogos.. Nadie te va a decir, vos te llevas un aprendizaje importante de lo que es el tránsito por un espacio nuevo. Hay niños que te dicen maestro las primeras veces, que te dicen la próxima clase, pero van aprendiendo en el proceso. La escuela se sabe más o menos lo que es, el liceo se sabe, la facultad se sabe, el doctor se sabe. Los chiquilines te preguntan por qué no usas túnica” (Psicólogo)

El aprender qué es ir al psicólogo puede implicar la reflexión sobre sí mismo en relación al malestar, la importancia de pensarse, etc. No obstante, parecería estar presente un sentido de naturalización de los abordajes psicológicos, aspirando a ubicarse como espacio de referencia y de disciplinamiento como los que son mencionados al final del fragmento anterior, es decir la escuela, liceo, facultad, el doctor, ¿el cura?. En este sentido parecería que uno de los principales resultados de las nuevas prestaciones pasa por promover la psicologización de los usuarios de salud en primera instancia, y de la sociedad en general; no entraremos aquí a medir la magnitud del impacto sino que nos enfocamos en el proceso.

“Pero que pasa, las personas que por ahí es su primer experiencia en un abordaje terapéutico y además logran una adherencia, se quedan con ganas de más...por un lado se generan expectativas y por otro lado se las frustra. ...logran realmente resultados en esos 6 meses y se quedan con ganas de más y no están en condiciones de pagar un arancel.” (Psicólogo)

Parecería que las propias limitaciones de las modalidades de atención funcionan como un impulso del proceso de psicologización que excede la dinámica interna de los servicios de salud. Se describe un efecto multiplicador:

“se veía como una competencia al mercado de la clínica particular. Lo que hace es una multiplicación de las consultas, al ser más difundidos los servicios psicológicos la gente toma más confianza en consultar y más conocimiento sobre la importancia de consultar ante algunas situaciones.” (Psicólogo)

“La otra cosa que mucha gente se cuestiona... ¿qué va a pasar con esto, va a afectar el trabajo particular?. Y si bien al principio todos tuvimos esa duda, la conclusión a la que llego es que no. Primero que nada cada vez más gente accede a la psicoterapia, y eso

tiene un efecto multiplicador. Se le pierde el miedo, todo ese fantasma de la psicoterapia es para los locos y asociado a los psiquiatras, ya prácticamente no existe. Pero por otro lado, en la mutualista tenés límites, no puedes elegir terapeuta, no puedes elegir corriente, y tenés un tiempo acotado de atención. ...Entonces aquel que puede hacer el esfuerzo y pagar un poco más va a preferir ir en particular, alguien que le recomendaron, de la corriente que le resulte más cercana y además sin límite de tiempo. Entonces estoy convencido que esto nos beneficia a todos. Porque en la medida que la gente accede más fácilmente a psicoterapia tiene un efecto multiplicador que a la larga va a generar más consultas para todos, también a nivel particular.” (Psicólogo)

“Creo que esto tiende al crecimiento. Porque además ya se instaló en los usuarios la idea de que esto está. Ahora con la campaña electoral nos preguntábamos qué pasa si cambia el gobierno, y llegamos a la conclusión que una vez que la demanda está instalada en la sociedad no se puede volver para atrás....esa gente que ya le tomó el gustito, que ya vio lo bueno que es y lo fabuloso que le resulta tener un espacio individual o personal donde hablar de todas sus cosas, donde poder verlas desde una perspectiva diferente, de generar cambios. Después que le tomó el gustito quiere seguir.” (Psicólogo)

Recordamos que la perspectiva del presente estudio no asume que algún campo de saber tenga bondades intrínsecas naturales, sino que la propia disciplina construye sus objetos y su hegemonía o prevalencia se debe a su conexión con una multiplicidad de procesos socio-históricos en especial relación con las necesidades de las estrategias de gobierno (Foucault). En este sentido consideramos que esta situación puede ser corporativamente ventajosa pero socialmente iatrogénica (Illich), tendiente a establecer un nuevo modo de dependencia social. Esta nueva dependencia social permitiría el control de aquellos aspectos de la vida cotidiana a los saberes que tradicionalmente diagramaban el campo social, fundamentalmente con estrategias de disciplinamiento (Foucault). De este modo el Saber Psicológico podría constituirse en la tecnología para el control social en los tiempos actuales en que la regulación de las conductas tiende a ser incorporada por los propios sujetos (Foucault, Deleuze) Esto se correlacionaría con el cuarto modo de crítica a la Psicología que reseñamos en el Marco Teórico, aquella que visualiza en las prácticas psicológicas un modo de adecuación de los sujetos a las necesidades de gobierno. (Pulido-Martínez, Sato, 2013).

Por lo tanto, si *“mal o bien, tiene otro camino andado la medicina que nosotros estamos empezando” (Psicóloga)*, parecería que se impone como necesidad que la propia psicología transite

procesos de crítica de sus prácticas y de los modos en que se encuentra sobredeterminada por las políticas públicas como estrategias de gobierno y por las necesidades de las organizaciones en las que se integra, intentando no reproducir en el camino a andar aquellos aspectos del desarrollo de la medicina y el campo de la salud que, justamente, se propone pensar desde otro lugar.

Capítulo 7- Consideraciones finales

El papel de la psicología en las organizaciones sanitarias, en el campo de la salud y en la sociedad en general, se encuentra en un proceso de construcción, variación y movimiento. Esto motiva que el presente capítulo no se nombre como conclusiones, sino consideraciones. Coherente con los propósitos del estudio se aspira a propiciar procesos de discusión a partir del ordenamiento del campo de problemas aquí construido, evitando generar un conocimiento que se cierre sobre sí mismo. Mediante una propuesta de diálogo crítico con actores involucrados de distinta forma se buscó problematizar el proceso de implementación del PIPSM y el papel que adquiere la Psicología en estas condiciones. La presentación de los resultados constituye un ordenamiento de las problematizaciones sobre estos aspectos sucedidas en los diálogos mantenidos con los participantes. No obstante en el orden de presentación de resultados aparece implicada la mirada singular del investigador, sus referencias teóricas y metodológicas de pensamiento así como los niveles en que se logró asumir una actitud de extrañamiento. Así mismo el estudio no aspira a representar la totalidad de miradas existentes en el campo, la muestra no es representativa sino significativa. Los contenidos capturados en las entrevistas no estaban necesariamente ya presentes en los entrevistados, registrados a modo de recolección. La metodología propició que en los encuentros con los participantes se produjeran reflexiones críticas inéditas para ellos mismos, y así lo hicieron saber al investigador. Por lo tanto si algún otro investigador, incluso otro Psicólogo, se acerca a estudiar el campo de problemas es muy probable que reúna información que difiera en algunos puntos a la presentada en este estudio. Entonces la baja reproductibilidad del estudio podría considerarse como su mayor limitación en cuanto al conocimiento producido, si bien la reproductibilidad no forma parte de sus propósitos. Como se indicó en el capítulo sobre la metodología, la validez del estudio cualitativo consiste en su posibilidad de permitir *"la conversación entre una comunidad de intérpretes, para 'engranar y elaborar un diálogo complejo e interesante y para crear un espacio para un discurso compartido' (Lincoln, 2002, p. 328) en la elaboración de 'una contribución al entendimiento que permita cambios relevantes en las prácticas sociales' (Gergen y Gergen, 2003, p. 586)."* (Sisto, 2008, p. 128)

La implementación de prestaciones en salud mental a través de los servicios tradicionales de salud, particularmente las IAMC, enfrentó a las prácticas psicológicas a lidiar con ciertos modos de gestión que tienden a reproducir los rasgos del campo de la salud que se aspira a transformar

y que dimos en llamar *problemas inerciales de gestión sanitaria*. En este sentido la dimensión administrativa y la dimensión profesional se encuentran disociadas a nivel de sus propósitos, donde se percibe incluso una prevalencia de los criterios administrativos por sobre los profesionales. Se genera una nueva subestructura en la organización donde se desarrolla la especialidad, favoreciendo la atomización de las prácticas en desmedro de abordajes integrales. El corralito mutual genera una gran dificultad para que los efectores del SNIS desarrollen una atención a la salud en red, afectando la portabilidad del usuario. El cuarto rasgo de gestión refiere a la utilización de metas prestacionales como herramienta para visualizar los avances en los cambios que se aspiran a realizar. El cumplimiento de una meta prestacional habla de un logro de gestión administrativa y no de algo que pueda relacionarse con la salud y su promoción, a menos que se llegue al consenso de que la salud sea la correcta gestión administrativa de las poblaciones. No obstante esta definición de salud no resulta descabellada si la sopesamos a los sentidos que investigadores como Foucault y Barrán han atribuido a su elevación como valor social. La apertura de las prestaciones se enfrentó a un nivel de demanda que resultó masiva. Esto permite visualizar tanto la superación de ciertos prejuicios en cuanto a la atención psicológica y también la reproducción de un posicionamiento del usuario de salud que demanda atención delegando sobre la autoridad del profesional el cuidado de sí. Los servicios de salud debieron cumplir con la exigencia del MSP de brindar las prestaciones establecidas y al mismo tiempo lograr gestionar la demanda masiva. Algunos servicios asumieron a rajatabla el plan y dejaron de brindar atención a usuarios que antes accedían, aunque con un costo significativamente mayor. Otros servicios adosaron las nuevas prestaciones a las modalidades que ya brindaban, lo cual implica que el acceso a la atención psicológica varía en su costo según si el usuario es catalogable como población objetivo o no. Previo al plan había pocos psicólogos en los servicios y sus prácticas no eran controladas desde otros espacios. Con el PIPSM aumentó considerablemente la presencia de psicólogos, adquirieron un lugar de mayor reconocimiento, al mismo tiempo que perdieron libertad de autodeterminar los modos de práctica. La interacción entre psicólogos y psiquiatras a partir del plan se localiza en los Comité de Recepción, en la Co-coordinación de grupos, en la Interconsulta y en los registros en Historias clínicas. Se describe principalmente un trabajo colaborativo entre ambas disciplinas, sostenidos por la afinidad entre los actores. La principal dificultad del trabajo colaborativo surge en las interconsultas debido principalmente a las diferencias en los modos de organización del trabajo, aunque también se registran actitudes de rivalidad o indiferencia.

Las prácticas psicológicas en los Comité de Recepción asumen la tarea de difusión de las características de la atención psicológica en tanto para la mayoría de los usuarios que acceden es una actividad novedosa. En los Comité de Adultos parecería haber mayor riesgo de frustración debido a que es muy limitada la población que tiene acceso a las prestaciones, lo cual difiere en los Comité de niños y adolescentes. Se identifican dos criterios que los Comité incorporan en su evaluación y no se encuentran en el diseño del PIPSM, la posibilidad de adherencia al tratamiento y las posibilidades económicas de sostener el costo que, aun siendo bajo, resulta excluyente en muchos casos. No existe comunicación entre los Comité y los psicólogos que reciben la derivación, lo cual dificulta el ajuste de los criterios que se emplean. Por otra parte se registra una baja presencia de Trabajadores Sociales en los Comité, quienes podrían generar un aporte importante en el diseño de estrategias para situaciones de usuarios que requerirían un abordaje que apunte a los factores socio-económicos determinantes del malestar donde las prestaciones en salud mental no serían lo más pertinente desde la perspectiva de los entrevistados. La atención psicoterapéutica se encuentra atravesada por procesos de gestión que la limitan en función de dar acceso a la masividad de usuarios que demanda. En este sentido se señala que la gestión temporal introduce una lógica que no acompaña la temporalidad psíquica, la atención arranca con *fecha de vencimiento* y los tiempos establecidos no permitirían un proceso psicoterapéutico en muchos casos. Sucede una gestión de la demanda y de la relación psicoterapeuta-paciente, donde se produce una modulación de la demanda en función de las categorías adoptadas por el PIPSM y una triangulación transferencial donde el servicio de salud y sus controles administrativos operan como un tercero incluido en la consulta. En tercer lugar se identifica como problemática la gestión de la información que se produce en los espacios de trabajo del psicólogo y la información que le es exigida brindar desde otros lugares, por ejemplo lo judicial. La diversidad de modalidades de abordaje grupal constituye un punto novedoso en las IAMC, el cual por su posibilidad de dar respuesta a un mayor número de usuarios en un mismo espacio se perfila a constituirse como el *futuro del mutualismo*. A pesar de ello, se percibe que las modalidades grupales son consideradas como una segunda opción detrás de lo individual que sería en la mayoría de los casos más indicada, salvo situaciones donde el malestar se reduzca a los modos de interacción del paciente. Ante los límites establecidos en el PIPSM y los que establece cada servicio, los actores desarrollan estrategias para dar respuesta en las situaciones que no se encuentran previstas. Con la población no incluida como objetivo del PIPSM algunos servicios ofrecen las prestaciones que ya tenían pero que no cuentan con la subvención del costo. En los servicios que adoptaron a *rajatabla* el PIPSM se creó una consulta de seguimiento que se asimila al trabajo

en policlínica que realiza psiquiatría. Se generó una red informal de derivación a servicios externos a la IAMC para orientar a los usuarios que no acceden o cuyo tiempo de prestación haya finalizado. Se plantea que flexibilizan los criterios para hacer pasar por población objetivo a quienes, por poco, no lo son. No obstante esta flexibilización es relativa en tanto existe un filtro previo realizado administrativamente, por lo cual en muchos casos quienes no son población objetivo no llegan a acceder a la entrevista con el comité de recepción. Con la población objetivo, una vez que finaliza la prestación, existe la posibilidad de pedir una breve prórroga. En otros casos se realiza un cambio de modo 2 a modo 3 el cual permite trabajar durante 3 años con renovación anual, aunque requiere el establecer un diagnóstico cuya gravedad justifique el acceso. En muchos casos esto resulta conflictivo para los profesionales dado que un diagnóstico psicopatológico puede condicionar un peor pronóstico en la evolución de los pacientes, a quienes se les adjudica un padecimiento mayor al que transitan. Por otra parte suceden casos en que una vez culminada la prestación continúan el proceso a nivel particular. Esta opción encuentra la dificultad del ajuste del costo en la atención y en algunos casos se considera incorrecto, por más de que ya no existan normativas que lo prohíban. Igualmente la mayoría de los usuarios no puede sostener económicamente el proceso a nivel particular. Por último, a partir de derivaciones que no fueron acertadas o usuarios que no cuentan con recursos para el trabajo psicoterapéutico los psicólogos deciden finalizar prematuramente el proceso. Se incluyen también como estrategias en los límites los modos en que los psicólogos logran pensar con otros sus prácticas, dado que el plan y los rasgos de gestión de los servicios de salud propician una atomización de las prácticas. En este punto resulta significativamente distinta la situación de los psicólogos funcionarios del servicio que logran dialogar y contener desgastes de modo informal dentro del local en que se desempeñan, a la situación de los psicólogos contratados como unipersonal quienes no interactúan en ningún momento con compañeros. La posibilidad de pensar con otros constituye una de las debilidades más significativas señaladas por los participantes, siendo visible en el modo en que valoraron el espacio de la entrevista para este trabajo como una instancia de la que carecen en la práctica.

“En realidad agradezco esta entrevista, para hablar de cómo me siento ahí, ¿con quién lo hablo?, ¿tengo que esperar que suceda otra entrevista con otro investigador para contarle cómo me siento?” (Psicólogo)

“Esta entrevista me aporta en eso porque me ayuda a pensar en estas cosas, uno a veces peligrosamente no se detiene sobre todo esto.” (Psicólogo)

Podríamos afirmar que un punto en común entre una gran cantidad de modalidades de saber psicológico consiste en la ineludible necesidad de pensar críticamente las prácticas, pensarlas con otros ya sea en relación de covisión, supervisión o análisis de control. El riesgo en juego es la mimetización de la mirada psicológica a aquellas posiciones subjetivas presentes en el territorio de trabajo, las cuales deberían ser material de análisis y no puntos de identificación que alienan la capacidad de apertura de posibilidades. El pensar con otros permitiría analizar los sentidos que por clausura organizacional (Etkin, Schvarstein, 1989) se naturalizan en las prácticas.

Se visualiza que las distintas posiciones subjetivas desde las cuales habitan el campo sanitario tanto trabajadores como usuarios constituyen un problema para la transformación del modelo de atención. A partir de los excesos y desbordes en lo que la sociedad le demanda a los servicios de salud se producen fenómenos que comienzan a constituirse como objetos de la psicología. Se espera de la Psicología que propicie una maduración psicosocial en el modo en que se vinculan los usuarios con los servicios y en el cuidado de sí, ubicándose al mismo tiempo como un referente de certezas. El PIPSM incorpora la Psicología a los servicios de salud de modo tal que se previene la aparición de posibles tensiones entre paradigmas, tendiendo a asimilar la práctica psicológica a la práctica médica. Se observa que la perspectiva de Psicoterapia Focal, indicada para situaciones de crisis, comienza a instalarse como el modo correcto de ejercer la práctica en estas condiciones de trabajo, lo cual propicia una resistencia por parte de algunos psicólogos. A partir de los procesos biopolíticos de homogeneización que implican la caracterización de la población objetivo y los modos en que la organización modula la demanda de los usuarios, la tarea del psicólogo comienza por un proceso de singularización del poblador objetivo. En este punto se identifica a la escucha como tecnología anatomopolítica para abordar el sufrimiento, elemento que no es un objeto de trabajo directo por los procesos tradicionales del campo de la salud sino que constituye un factor de estrés de las condiciones de trabajo (Wittke, 2015). Se destacan como efectos que tienden a producir las prácticas psicológicas en el marco del PIPSM, una reformulación de la posición del usuario de la salud introduciendo como tecnología del yo la interrogante sobre su implicación en el malestar, así como un efecto multiplicador que tiende a psicologizar la sociedad.

Consideramos que se han alcanzado los propósitos planteados para el estudio, lo cual no significa que se hayan colmado o concluido. Constituyen líneas de apertura para discusiones ineludibles en el campo de la psicología, siendo que las tensiones planteadas en este trabajo son resueltas individualmente por los distintos actores. La actitud de balance para acercarnos a estudiar las prácticas psicológicas, como plantean Pulido-Martínez y Sato (2013) permite visualizar que

más allá de todas las tensiones presentes en el campo los psicólogos relatan que en el encuentro con el destinatario de sus prácticas se logran movimientos significativos para cada caso singular. Pero al mismo tiempo evita asumir una actitud celebrante por el sólo hecho de conquistar espacios de poder, lo cual tiene un sentido corporativo de cierre sobre sí mismo, las bondades intrínsecas de la psicología serían razón suficiente de celebración más allá de las condiciones en que se desarrollan y los efectos problemáticos que desencadene. En este sentido retomando los cinco caminos de crítica a las prácticas psicológicas (Pulido-Martínez, Sato, 2013) podemos identificar como críticas instrumentales las referidas a las exclusiones que establece el Plan, la imposibilidad del trabajo en red con la consecuente portabilidad del usuario, y una prevalencia de criterios administrativos sobre los profesionales. Como crítica contrahegemónica aparece en algunos entrevistados una resistencia a asumir como perspectiva la psicoterapia focal. La crítica al establecimiento de metas prestacionales podría ser incluida también como contrahegemónica. Una crítica idológica se esboza en tanto quienes no tienen recursos económicos para continuar en forma particular su proceso psicoterapéutico se encuentran con menos posibilidades de resolver su malestar. La crítica geopolítica podría relacionarse con el fracaso de los grupos de docentes y de funcionarios de la salud, en tanto se plantea que con los docentes habría que ir a trabajar a sus espacios de trabajo, mientras que los funcionarios de la salud es el razonamiento contrario. La crítica de gobierno es introducida principalmente a partir del análisis realizado, en tanto se aspira a reinventar al usuario de la salud en función de su adecuación a los nuevos modos de atención a la salud.

Referencias

- Agamben, Giorgio. (2011). ¿Qué es un dispositivo?. *Sociológica* (México), 26(73), 249-264. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010&lng=es&tlng=es. .
- Alcántara, C. (2006) A construção de um lugar para a psicologia em hospitais de Sergipe. Tesis para obtener grado de Magíster en la Pontificia Universidade Católica de São Paulo. Disponible en: <http://www.sapientia.pucsp.br>
- Álvarez Pedrosian, E. (2009). Los estrategas del Maciel. Etnografía de un hospital público. Montevideo: CSIC-UdelaR.
- Álvarez Pedrosian, E. (2011) El afuera en el adentro. Estética, nomadismo y multiplicidades. LICCOM-UdelaR, Montevideo.
- Álvarez Pedrosian, E. (2011) Etnografías de la subjetividad. Herramientas para la investigación. LICCOM-UdelaR, Montevideo.
- Álvarez Pedrosian, E. (2011) «Crear, aprender y compartir: apuntes epistemológicos sobre la integralidad». En *Integralidad: tensiones y perspectivas*. Cuadernos de Extensión - N° 1, Arocena, R. Tommasino, H. Rodríguez, N. Sutz, J. Álvarez Pedrosian, E. Romano, A., SCEAM-UdelaR, Montevideo, pp. 61-83.
- Aquino Moreschi, Alejandra. (2013). La subjetividad a debate. *Sociológica* (México),28(80), 259-278. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732013000300009&lng=es&tlng=es. .
- Añon, G. Baez, G. Barale, P. Bogliacino, V, Escudero, E. Estévez, G. González, C. Pereira, C. (2012). Incidencia del Síndrome de Burnout en un Hospital Público de Montevideo *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2 (1), 130 – 148. Recuperado de: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)
- Báremblitt, G. (2005) *Compendio de Análisis Institucional*. Ed. Madres de Plaza de Mayo. Argentina

- Barrán, P. (1992) Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. 1 El poder de curar. Banda Oriental. Montevideo
- Barrán, P. (1993) Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya. En Portillo, J., Rodríguez, J. (comp) La medicalización de la sociedad. Goethe-Institut. Montevideo.
- Barrán, P. (1993) Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. 2 La ortopedia de los pobres. Banda Oriental. Montevideo
- Barrán, P. (1995) Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. 3 La invención del cuerpo. Banda Oriental. Montevideo
- Bayce, R. (1993) El devenir histórico del poder y prestigio sociales del médico. En Portillo, J., Rodríguez, J. (comp) La medicalización de la sociedad. Goethe-Institut. Montevideo.
- Benavides, R. (2005) "A psicología e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces?" En Psicologia & Sociedade; n°17: 21-25; Brasil
- Bleger, J. (1966) Psicohigiene y Psicología Institucional. Paidós. Buenos Aires.
- Burstin, V. & Protesoni, A. (2002) Insumos epistemológicos para pensar nuestra Psicología Social. En Folle, M. & Protesoni, A. (comp) Tránsitos de una Psicología Social. Montevideo: Psicolibros waslala.
- Calatayud, F. (1999) Introducción a la Psicología de la salud. Paidós, Buenos Aires.
- Centro Félix Guattari (2011) Visión del CFG sobre el Plan Nacional de Salud Mental. Recuperado de: <http://cfguattari.blogspot.com/2012/07/vision-del-cfg-sobre-el-plan-nacional.html>
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2011) Comentarios a las propuestas del MSP 2011. (material cedido por autores) Montevideo.
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2012) Evaluación del primer año de actividad en el Plan de Prestaciones en Salud Mental. Rev. N° 242-243 octubre-noviembre. Montevideo

- Cwaigenbaum, D. & Hoffnung, M. (2013) Intervenciones psicoanalíticas en el marco del nuevo Programa Nacional de Salud Mental del Uruguay. Primeras Reflexiones. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica, tomo VIII (2), pp. 38-50. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompleto/audepp/025583272013080204.pdf>
- De Lellis, M., Saforcada, E., & Mozobancyk, S. (2010). Psicología y salud pública. Buenos Aires: Paidós.
- Defey, D. (2008) Psicoterapia Focal Psicoanalítica, Intervención en crisis. En Rodríguez, J. (comp) Técnicas psicoterapéuticas. Abordajes polisémicos. Montevideo: Psicolibros universitario
- Deleuze, G. (1999) Post-scriptum sobre las sociedades de control. En Conversaciones. España: Pre-textos
- Deleuze, G (2005) Foucault. Argentina: Paidós
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1985) El antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia. Barcelona: Paidós Mil mesetas. Pre-textos. Barcelona.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1988): Mil mesetas. Pre-textos. Barcelona.
- Esmoris, C. (2011) Psicólogos discrepan con plan de salud mental del MSP. Recuperado de: http://180.com.uy/articulo/20633_Psicologos-discrepan-con-plan-de-salud-mental-del-MSP
- Etkin, J. y Schvarstein, L. (1989) La identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio. Ed. Paidós. Argentina.
- Fernández, A. M. (2007) Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Biblos, Buenos Aires.
- Fernández, B. (2014) Estudio del proceso de implementación de nuevas políticas en Salud Mental en el Uruguay 2012-2013. (Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria, cedido por autora) Universidad Nacional de Lanús. Argentina
- Foucault, M (1983) El Nacimiento de la Clínica. Siglo XXI, México.

- Foucault, M. (1984) La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. Recuperado de:
http://www.topologik.net/Michel_Foucault.htm
- Foucault, M. (1990) Tecnologías del yo. Barcelona: Paidós
- Foucault, M. (1996) La vida de los hombres infames. Altamira, Argentina
- Foucault, M. (2006). Seguridad, territorio y población. Argentina: Fondo de cultura económica
- Foucault, M. (2007). Nacimiento de la biopolítica. Argentina: Fondo de cultura económica
- Foucault, M. (2009). El gobierno de sí y de los otros. Argentina: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2013). Sobre la Ilustración. Madrid: Tecnos
- Funcasta, L. (2012) Efectos de la percepción de la frecuentación y la etiología de los síntomas de pacientes de Atención Primaria sobre el bienestar y la evaluación de la autoeficiencia de los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. (Tesis de Doctorado) Universidad Rey Juan Carlos. España. Recuperado de: <https://ecien-cia.urjc.es/bitstream/handle/10115/11529/tesisLorenaFuncasta.pdf;jsessionid=36F15FD7843D863A4B30A125CD017D3A?sequence=1>
- García Fanlo, L (2011) ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben: A Parte Rei: revista de filosofía, Nº. 74, 2011
- Illich, I. (1975) Némesis médica. La expropiación de la salud. Cuernavaca: Barral
- Leopold L. (2013) Entrevista realizada por Daniel Feldman. Disponible en:
www.uypress.net/uc_44257_1.html
- Lourau, R. (1991) Implicación y sobreimplicación. Conferencia dictada en la Asociación Espacio Institucional. Buenos Aires. Disponible en: <http://catedras.fsoc.uba.ar>
- Maturana, H & Varela, F (1994) De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo. Chile: Editorial Universitaria
- Menéndez, E. (1985) El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. Rev Desarrollo Económico, vol. 24, No. 96. pp 593-604

- Mintzberg, H. (1991). *Mintzberg y la Dirección*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Meurer, R. y Aguiar, F. (2011) *A Clínica Psicoanalítica na Saúde Pública: Desafíos e Possibilidades*. En *Psicología: Ciência e Profissao*, 2011, 31 (1), 40-49. Brasil
- MSP (2011) *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud*. Programa Nacional de Salud mental. Uruguay
- Parker, I. (2009) 'Psicología crítica: ¿Qué es y qué no es?' ['Critical psychology: What it is and what it is not'], *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, 8, pp. 139-159. [Caracas: Universidad Católica Andrés Bello, ISSN: 1316-886X]
- Pavón Cuéllar, D. (2011) *LA psicología crítica de Ian Parker: análisis de discurso, marxismo trotskista y psicoanálisis lacaniano. Teoría y crítica de la psicología 1*. Recuperado de:
- Pichón Riviere, E. (2006) *El Proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Ed. Nueva Visión. Argentina.
- Portillo, J. (1993) *La medicina: el imperio de lo efímero*. En Portillo, J., Rodríguez, J. (comp) *La medicalización de la sociedad*. Goethe-Institut. Montevideo.
- Programa Nacional de Salud Mental (2013) *Presentación en el marco del Día Nacional de la Salud Mental*. Material cedido por el PNSM-MSP
- Programa Nacional de Salud Mental (2014) *Presentación en el marco del Día Nacional de la Salud Mental*. Material cedido por el PNSM-MSP
- Pulido-Martínez, H. C. & Sato, L. (2013). ...Y entonces ¿esto de la crítica qué es? De las relaciones entre la psicología y el mundo del trabajo. *Universitas Psychologica*, 12, (4)
- Rodríguez, A. (2010) *Complicada e implicada: analizando los 'pliegues' de la práctica profesional de una psicóloga en una institución hospitalaria*. Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.tesis.uchile.cl>
- Romero, S (2006) *Modelos culturales y sistemas de atención de la salud*. En Portillo, J., Rodríguez, J. (comp) *Las otras medicinas*. Goethe-Institut. Montevideo.

- Rose, Nikolas PSICOLOGIA COMO UMA CIÊNCIA SOCIAL *Psicologia & Sociedade*, vol. 20, núm. 2, mayo-agosto, 2008, pp. 155-164 Associação Brasileira de Psicologia Social. Minas Gerais, Brasil
- Saforcada, E. (2000) *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Argentina: Paidós Ibérica.
- Schvarstein, L. (1998): *Diseño de organizaciones. Tensiones y paradojas*, Buenos Aires, Paidós.
- Sibils, R (2012) Situación actual de las Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*. Disponible en: http://www.spu.org.uy/boletin/ago2012/agosto_web.pdf
- Sisto, V. (2008). La Investigación Como Una Aventura De Producción Dialógica: La Relación Con El Otro Y Los Criterios De Validación En La Metodología Cualitativa Contemporánea. *Psicoperspectivas*, VII(1) 114-136. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171016769007>
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1992) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Wittke, T. (2002). Emergencia móvil: Control social y Organización del trabajo en salud. En (comp) *Psicología de la Salud: Escenarios y Prácticas*. (pp. 39-57) Montevideo: Psicolibros.
- Wittke, T. (2005): *La empresa: nuevos modos de subjetivación en la organización del trabajo*. En *Trabajo y Subjetividad, entre lo existente y lo necesario*. Paidós, Buenos Aires.
- Wittke, T. (2007): *Modelo Psicológico de Análisis Organizacional*. En V Simposio Internacional de Análisis Organizacional. Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas UBA (Versión CD).
- Wittke, T. (2009) *Subjetividad: Cultura organizacional Y Procesos identificadorios*, En *Psicología y organización del trabajo X. Producción de subjetividad en la organización del trabajo*. (pp. 223-236). UDELAR y Psicolibros Universitario. Montevideo.
- Wittke, T. (2015) *El Proceso de Trabajo en el Sector Salud: Un análisis de la dimensión subjetiva*. (artículo en preparación, avance cedido por autor) Montevideo