

Mapas comunicacionales y territorios de la experiencia

REDCOM 2013

XV Congreso de la Red de Carreras de Comunicación Social y Periodismo de la República Argentina

Nombre y Apellido de la autora: **Stella Regis**

Pertenencia institucional: **Escuela de Ciencias de la Información - UNC**

Dirección electrónica: **smregis@yahoo.com**

Eje temático elegido: **Nº 11: Comunicación en las organizaciones**. Coordinan:
Carlos González Pérez (UNJu) carlosfgonzalezp@yahoo.com.ar, Ariel Durán (UNSa)
ariedurán@hotmail.com

Título de la ponencia: **Territorio de experiencias comunicacionales en salud
mental**

- Resumen de 200 a 300 palabras.

- Medios auxiliares que solicita para la presentación: **cañón proyector**

Introducción

En octubre de 2009 se promulga la Ley Provincial de Salud Mental en Córdoba y posteriormente, diciembre de 2010 la Ley Nacional de Salud Mental (26657). Ambas leyes se encuentran en proceso de reglamentación.

Estas leyes significan un paso muy importante hacia un cambio de paradigma, en tanto conciben a las personas usuarias de los servicios de salud mental como sujetos de derechos y no como objeto de asistencia.

El modelo de atención de salud mental aún vigente ha llevado a que las personas sean marginadas del ejercicio de sus derechos, obligadas a someterse a procesos de internación sin considerar su voluntad, negando su capacidad para tomar decisiones, hospitalizándolas en grandes centros de internación que imposibilitan mantener los lazos sociales y a veces son medicadas de forma innecesaria o excesiva. Todo esto ha hecho que los sujetos con padecimientos mentales sean estigmatizados y por eso restringidos sus derechos fundamentales, por ejemplo votar, tener hijos, casarse, trabajar.

Este modelo ha llevado a destinar gran parte del presupuesto en salud mental (el 70% en el caso de Córdoba) a la mantención y funcionamiento de grandes hospitales monovalentes que asilan a las personas y favorecen su discapacidad social.

El Estado Argentino y distintas organizaciones de la sociedad civil vienen trabajando en los últimos años, sobre la reforma del sistema de salud mental. La promulgación de las Leyes Nacional y Provincial así lo indican. Sin embargo, los cambios son muy lentos y las transformaciones requieren de un esfuerzo que supera ampliamente las acciones de un gobierno y/o algunas organizaciones sociales.

El escenario de la salud mental es por demás complejo, si consideramos la cantidad de personas internadas en instituciones de salud públicas y privadasⁱ, éstas llegan aproximadamente a 20.000, de las cuales el 80% permanecen internadas por más de un año. El 70% de ellas continúan internadas en hospitales psiquiátricos mucho tiempo más porque han perdido sus lazos familiares y sociales. Tampoco existen dispositivos comunitarios que pudieran contener a personas con capacidad de vivir en ella, pero cuyas condiciones familiares o económicas no le permiten hacerlo por sus propios medios.

El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), en una investigación realizada durante el año 2008 en Hospitales psiquiátricos del país, ha mostrado que en las mismas se pueden constatar graves hechos de abuso y negligencia, tales como muertes no investigadas, aislamiento y diversos actos de violencia física y sexual. Estos hospitales no cuentan con los recursos humanos y materiales necesarios lo que deriva en el mal estado de las instituciones y la ausencia de mecanismos de supervisión por parte del Estado.ⁱⁱ

Según información disponible en OPS/OMS, en los países desarrollados entre el 35% y el 50% de las personas que requieren atención en salud mental no la reciben. En los países en vías de desarrollo esta cifra asciende al 76%/ 85%.ⁱⁱⁱ

Por todo lo expuesto se hace imprescindible que el Estado garantice el derecho de los sujetos con padecimiento mental, a recibir una adecuada atención de salud en base a un nuevo modelo de prestación, centrado más en los derechos que en la asistencia.

Nuevo paradigma y derecho humanos

La Declaración de Caracas en 1990 planteó la necesidad de re-estructurar la atención psiquiátrica en América Latina, en base a un modelo que parte de lo comunitario, descentralizado y preventivo por oposición al modelo vigente que centra las prestaciones y los recursos humanos en el hospital psiquiátrico.

Argentina ratifica en el año 2008, lo establecido por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y establecer que los Estados deben garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio pleno de sus derechos en igualdad de condiciones.

En octubre de 2010 el Consenso de Panamá reafirmó la necesidad de fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de América Latina y asegurar la erradicación de los manicomios en la próxima década.

En el marco de la legislación internacional vigente, el concepto de salud que hoy se maneja responde a los estándares internacionales que están estrechamente vinculados a garantizar los derechos de las personas.

La Ley nacional establece un piso de derechos y garantías para regular la actuación de los organismos y actores involucrados. Entre las disposiciones sancionadas se establece la necesidad de garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas que se encuentran en territorio nacional (Art. 1º); se considera que no hay salud mental sin concreción de derechos humanos y sociales.

La salud mental es definida como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Art. 3º).

Esta Ley parte de la presunción de que todas las personas, incluidos los pacientes mentales, tienen capacidades. A partir de allí se analizará en forma interdisciplinaria qué puede cada persona en cada momento y situación particular. Por lo tanto, la persona usuaria de servicios de salud mental tiende derecho a decidir y brindar consentimiento informado para todo tratamiento (Art. 10º).

Los servicios de salud mental deben brindar el tratamiento que menos restrinja los derechos y libertades de la persona y que promueva la integración familiar, laboral y comunitaria. (Art. 7º)

Se debe garantizar un modelo de atención interdisciplinaria e intersectorial basado en redes comunitarias. Privilegiar la atención ambulatoria, asistencia domiciliaria, casas de convivencia, hospitales de día, entre otras modalidades. (Art.11º)

La internación es un recurso excepcional que debe ser utilizado con fines terapéuticos y ser lo más breve posible. Las personas internadas deben conservar sus lazos familiares, laborales y sociales (Art 14º y 15º)

La comunicación y los comunicadores frente a esta problemática

Desde hace algunos años, puede observarse la permanente y sistemática inclusión de comunicadores en el campo de la salud. Quizás Córdoba ha sido pionera en esta materia en tanto ha logrado que la disciplina sea incluida en la Ley de Equipos de Salud, desde el año 1986.

Muchas han sido las intervenciones en las cuales diferentes comunicadores han hecho sus aportes tanto teóricos como procedimentales. Por lo que podemos concluir que hoy la disciplina cuenta con cierta legitimación en este campo, y sus aportes son fundamentales a la hora de propiciar el cambio de paradigma que se requiere en salud mental.

En este marco y hace aproximadamente diez años, desde la Escuela de Ciencias de la Información se vienen articulando proyectos conjuntamente con áreas de salud mental, organizaciones de la sociedad civil que abordan la problemáticas y otras unidades académicas de la UNC. Programas de extensión de las cátedras, proyectos de extensión de la UNC, proyectos financiados por el Ministerio de Ciencia y Técnica de la Provincia de Córdoba, publicaciones financiadas por SeCyT de la UNC, congresos y jornadas de trabajo.

Actualmente se está desarrollando un proyecto de trabajo conjunto de los Observatorios de Salud Mental y Derechos Humanos de la Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos y el Observatorio Universitario de Medios de la Escuela de Ciencias de la Información.

Podemos decir que el rol desempeñado por los comunicadores ha sido muy importante a la hora de pensar las intervenciones en salud mental desde diferentes perspectivas conceptuales y herramientas específicas. Hoy es estratégico si se pretende contribuir al cambio cultural que requiere el paradigma centrado en derechos, en el ámbito de la salud mental.

El hospital comprometido con el cuidado y los derechos de los y las pacientes

Sabemos que las transformaciones no se producen en el vacío ni son productos sólo de una Ley que las habilite. Muy por el contrario, creemos que el cambio de paradigma que proponen las leyes de salud mental en Argentina, se construye sobre edificios de antiguas concepciones y significados. Sobre prácticas, actores y disciplinas que pugnarán por mantener sus lugares hegemónicos. Sobre agencias y políticas de Estado que se resistirán a los nuevos desafíos burocráticos.

Nada parece sencillo. Nada comienza y termina en poco tiempo, y quizá estamos recién comenzando. Muchos pueden ser los puntos de inicio si se quiere producir una transformación de fondo: leyes a modificar, instituciones a transformar, periodistas a motivar, opinión pública a sensibilizar, prácticas a transformar.

En ese camino estamos embarcados. Presentaremos aquí una de las tantas experiencias que simultáneas y transversalmente están operando en la salud mental de Córdoba.

Este trabajo se llevó a cabo en el Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba (HNP) desde la segunda mitad del año 2009 y durante los años 2010 y 2011. Surgió de una actividad organizada por el Comité de Capacitación, Docencia e Investigación del Hospital con el objeto de revisar las prácticas institucionales vinculadas a las prestaciones del mismo y para favorecer el cuidado y garantizar derechos de los usuarios de los servicios del hospital.

El dispositivo de trabajo se denominó Mesa de gestión y se dividieron en tres Mesas: Ingreso, Internación, Egreso.

Las personas que conforman la Mesa (representantes de los distintos sectores que se ocupan de la problemática en cuestión) discuten y consensúan los caminos a seguir para superar los problemas. Estos acuerdos forman parte de un documento,

al que se denomina **Carta Compromiso**, que refleja y sintetiza el estado del debate institucional y el nivel de involucramiento de los actores representados en la Mesa para llevar adelante los aspectos concertados, según su nivel de responsabilidad y en los plazos establecidos.^{iv}

En la Mesa participan diferentes profesionales y técnicos, directores y jefes de servicios. El dispositivo permite que todos los actores mantengan la misma condición en el debate y las discusiones, no hay jerarquías, si responsabilidades diferentes según las funciones, al momento de implementar las propuestas trabajadas.

Las actividades se desarrollaban una vez cada 15 días, tenían una duración de aproximadamente dos horas. La participación se mantuvo con alrededor de 30 personas.

¿Qué comunicación para garantizar qué derechos?

Para trabajar la comunicación en el Hospital seguimos la propuesta de Jesús Martín Barbero es tanto entiende que la misma es “poner en común”. En principio nos planteamos “hacer común” lo que “teníamos en común”, aunque esto sean los desacuerdos. Esa fue la estrategia para discutir y llegar al consenso.

Pensamos la comunicación en la organización hospitalaria como los mecanismos para poner en común, vale decir para que sea posible comunicar y a través de ella interactuar. Por eso pensamos el dispositivo de la Mesa, como ese espacio donde los actores se disponen a dialogar en torno a un tema que les atañe. En la cultura de la institución están las formas de interactuar, privilegiamos las que facilitan la participación horizontal, y a través de la comunicación pusimos en común esta modalidad de la cultura.

La cultura institucional contiene también el conjunto de reglas y valores que determinan el conjunto de principios que permiten el funcionamiento de una manera específica y determinada diferenciando la institución de otras similares.

Esa misión institucional, es decir el sentido del ser de la organización, en nuestro caso el cuidado de la salud de los pacientes, encuentra en la comunicación su elemento articulador en la medida en que, lo que hacen, responde, a la vez, a una

cierta manera de justificar cómo lo hacen, por qué lo hacen, para qué lo hacen y desde dónde lo están haciendo.

Definida la cultura organizacional como las prácticas y los modos del vivir cotidiano de las personas que hacen parte de una organización —sus maneras de ser, hacer y de pensar—, resulta evidente que, en la medida en que las personas se están comunicando constantemente, la manera como lo hacen es la objetivación de la cultura de esa organización. En este sentido la cuestión no es que comunicación y cultura sean dos elementos separados o que la comunicación esté al servicio de la cultura, sino que la comunicación es la forma concreta como se expresa en la cotidianidad la cultura y que, por consiguiente, desde la comunicación se afecta la cultura, es decir, que afectando las prácticas de comunicación se afecta también, por fuerza, la cultura organizacional.^v

En este marco, entendemos que los cambios en los modos de comunicación producen cambios en la cultura. Esto nos proponíamos con las Mesas de Gestión, desde dos perspectivas que intentaban producir cambios organizacionales: una que se refería a la praxis, un modo diferente y concreto de hacer las cosas cotidianas del hospital y otra a través de la reflexión y el conocimiento. En todo momento se trató de introducir criterios y acciones que tendieran a cambiar prácticas institucionales autoritarias, jerárquicas, de discriminación, desinformadas, centradas en los modelos asilares; por prácticas organizacionales que tiendan al cuidado, la información, la accesibilidad y el respeto por los derechos de los sujetos.

Mesa 1: Ingreso de pacientes^{vi}

Desarrollaremos la Mesa 1 que fue la que se implementó en el período mencionado. Luego, el cambio de gestión en la conducción del hospital, hizo que la actividad continuara pero con mucha dificultad.

El ingreso de las personas al Hospital es el punto central para poner en marcha un plan de trabajo relacionado con la información institucional básica: objetivos, personas, servicios y normas que regulan el accionar del hospital en relación a las prestaciones y a los pacientes.

Al Hospital ingresan múltiples personas que tienen diferentes motivaciones: pacientes que demandan atención, profesionales a quienes les interesa la capacitación, profesionales de otras instituciones, etc. Cada uno de estos ingresos desencadena diferentes procesos.

La convocatoria a esta primera Mesa de Gestión tiene como propósito conformar un espacio de reflexión crítica, de debate y de construcción de acuerdos y consensos básicos en torno a las normas y prácticas que regulan el ingreso. Para tal fin se propone elaborar un “mapa” de la situación del hospital. Este mapa permite caracterizar las condiciones en las que se realizan los ingresos y las respuestas institucionales, identificar los problemas, jerarquizarlos y plantear posibles estrategias de solución.

Objetivos

- Caracterizar el sistema de ingreso de las personas que concurren al Hospital Neuropsiquiátrico (pacientes, familiares, profesionales, estudiantes, etc.)
- Describir la gestión de los servicios vinculados al ingreso de los y las pacientes a los fines de identificar problemas y plantear propuestas de transformación
- Relevar y caracterizar medios y canales de información entre los servicios y áreas vinculadas al ingreso
- Revisar la organización del Hospital en cuanto al ingreso de las personas
- Favorecer la capacitación de los y las trabajadores del Hospital
- Sensibilizar a los y las trabajadores del Hospital en las estrategias de gestión centradas en los derechos de los pacientes
- Propiciar la discusión sobre los derechos de los y las pacientes que padecen sufrimiento mental
- Desarrollar iniciativas que respeten los derechos de los y las pacientes
- Desarrollar diferentes canales de información de acuerdo a las demandas de las personas que concurren al Hospital

Actividades de la Mesa de Gestión Ingreso al Hospital

- 1) Conformación de la Mesa
- 2) Diagnóstico actualizado de la situación del ingreso de las personas

- 3) Elaboración de propuestas
- 4) Elaboración de la Carta Compromiso
- 5) Difusión de la Carta Compromiso al resto de los sectores del Hospital

Integrantes de la Mesa de Gestión Ingreso al Hospital: Informes, Estadística, Consultorio Externo, Comité de Capacitación y Docencia, Pre-judiciales, Guardia, Rehabilitación, Admisión, Dirección, Investigación.

Desarrollo del proceso de trabajo:

La pregunta que guió la recolección de datos fue: *¿Qué diagnósticos para qué derechos? ¿Cómo pensar las diferentes situaciones relacionadas con el ingreso de los/as pacientes para garantizar sus derechos?*

Esta pregunta parte de garantizar la Accesibilidad de los sujetos que llegan al hospital: *Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) no discriminación; ii) accesibilidad física; iii) accesibilidad económica (asequibilidad), iv) acceso a la información.^{vii}*

Cuando las personas, pacientes, familiares, consultantes, profesionales, etc - ingresan al Hospital Neuropsiquiátrico realizan distintos circuitos de desplazamiento. En algunos casos, estos circuitos están previstos institucionalmente, tal es el caso de la Guardia Interdisciplinaria. Otros son contruidos por los propios usuarios del Hospital, a veces con información propia, otras veces porque consultan en el sitio adecuado según sea su demanda, pero la mayoría de las veces circulan sin información hasta aprender la dinámica institucional.

A continuación se presenta un cuadro con principales problemas relevados y las propuestas elaboradas:

TEMA	INSTITUCIONES INVOLUCRADAS	AREAS DEL HOSPITAL	DISPOSITIVOS	PROBLEMAS	PROPUESTAS
Derivación de pacientes	CPA Oliva Santa María	Guardia Servicios del Hospital Otras instituciones	Hoja de derivación	Información ambigua, incompleta. Telefónicamente se evitan ingresos	Acuerdos con otras instituciones
Derivaciones "urgencia subjetiva"	Pacientes familiares otros efectores Otras instituciones	Guardia admisión			Realizar acuerdos marco Reforzar servicio de admisión Revisar criterios
No ingreso: aquellos que	Comunitarios, Hospitales	Admisión Guardia		Demanda que no corresponde	Perfil del hospital Definiciones e

no corresponden que estén aquí	generales			Por edad Por diagnóstico Por tipo de demanda	institucionalización de acuerdos
Rehabilitación	Autogestión Otras instituciones de la manzana	Servicio de Rehabilitación	Demanda espontánea	No incorporado al resto de la institución	
Cartelería de difusión		Diferentes destinatarios: gremial oferta de servicios, capacitación interna y externa. CCDI	Afiches, folletos, carteles	Información Fragmentada, confusa, no clasificada ni jerarquizada	Organización de los espacios de difusión. Organizar la información para los distintos "públicos"
Señalética		Profesionales, posgrados, pacientes, familiares, etc	Carteles	Insuficiente señalización de las áreas del Hospital	Organizar la señalética para orientar a las personas que ingresan al hospital
Retiro de medicamentos	Derivados de otras instituciones	Farmacia	Prescripción de medicamentos	Pacientes desorientados Dificultades para el control	
0800-admisión	Pacientes familiares	Servicio de admisión		Mal orientados Pacientes que no vienen	Coordinación y nuevos acuerdos con el 0800
Información	Pacientes, familiares, profesionales	Personal de vigilancia	Informes	Falta de claridad en la información	Informar y capacitar al personal de vigilancia Reforzar horarios pico con personal que no sea de vigilancia Elaborar un cuadernillo de presentación de funcionamiento de la institución

Acciones y productos comunicacionales

Las acciones más significativas desde el punto de vista de la cultura institucional estuvieron centradas en la modalidad de comunicación que habilitaba el dispositivo implementado: la Mesa de gestión permitió que algunos profesionales y técnicos, junto con los jefes de servicios participaran en el diagnóstico aportando información muy valiosa a la hora de pensar nuevas propuestas que atendieran al cuidado de los pacientes. Por ejemplo, se armó un cronograma de actividades semanales con los horarios de las actividades asistenciales y recreativas, de modo tal que el paciente pudiera organizar su estadía en el hospital.

También se pudo organizar la señalización del hospital para facilitar la ubicación de cada área del mismo, con el objeto de garantizar la información espacial a pacientes, familiares, estudiantes y residentes.

Se armó un cuadernillo con los datos relevados en el diagnóstico, las propuestas y los temas pendientes; que se distribuyó al finalizar la Mesa 1 entre todos los participantes y en cada uno de los servicios del Hospital.

Reflexiones finales:

En el Hospital Neuropsiquiátrico no existen políticas de comunicación, por lo menos no en el sentido estratégico de transformar la cultura organizacional y mejorar las interacciones entre sus diferentes públicos y con los usuarios del mismo. Esto incidiría directamente en las transformaciones necesarias a fin de garantizar el cuidado y los derechos de los pacientes.

La comunicación en las instituciones de salud ha sido pensada como el manejo de medios y de la imagen del nivel de conducción. Y parece que por ahora, es muy difícil romper ese núcleo duro, sin embargo, creemos que experiencias del tipo de la desarrollada puede favorecer algunos cambios en algunas prácticas, que incidirán en garantizar más derechos para los sujetos con problemáticas de salud mental.

No hay una cultura del registro, sistematización y publicación de la información institucional. En las instituciones de salud mental esto se profundiza porque existe mucho recelo en cuanto a acceder a los datos que aparecen en las historias clínicas. Este fue un tema que quedó pendiente de resolución debido a la resistencia de los médicos y enfermeras por considerar alguna forma de acceso.

Las acciones del personal de salud están muy permeadas por lo que Eduardo Menéndez llamó el Modelo Médico hegemónico, es decir prácticas muy autoritarias, centradas en la medicalización, la asistencia y el poder del profesional de salud que determina procesos poco participativos de comunicación.

Predomina una actitud de inercia ante el cambio en los profesionales y técnicos públicos, que se expresa como escepticismo y desconfianza con respecto a los

procesos de modernización y frente a los planteamientos de las nuevas formas de comunicación.

Notas

ⁱ El 66,7% en el sistema público y el 33,3% en el privado

ⁱⁱ CELS, Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008, disponible en: <<http://www.cels.org.ar>>

ⁱⁱⁱ “Salud Mental y DDHH. Vigencia de los estándares internacionales”. OPS/OMS, octubre 2009

^{iv} Estos datos son extraídos del Informe presentado a la Dirección del Hospital por el Área de Investigación que es la agencia de la institución que coordinó el trabajo de las Mesas.

^v JARAMILLO, Juan Camilo, RINCÓN, Omar y LONDOÑO, Adriana: “La comunicación pública” Cuadro 11 Características del Modelo general de comunicación pública. 2009

^{vi} Los datos del Informe fueron elaborados por el Área de Investigación del Hospital, conformada por las Mgters. Jacinta Burijovich, Cecilia Berra y Stella Regis

^{vii} Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11/08/2000, E/C.12/2000/4, CESCR Observación General 14 (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000