

OPERADORES DE SALUD MENTAL

Cuando Dios preguntó a Caín “donde esta Abel”,
este respondió: “acaso soy el cuidador de mi hermano”.

ANTECESORES DE LOS OPERADORES DE SALUD MENTAL

Ya desde 1983/84, en los tiempos anteriores a la vigencia de la Ley 2440, cuando aún el Servicio Neuropsiquiátrico del Hospital de Allen se mostraba actual y gobernante, algunos trabajadores de salud mental intentaban subrepticamente llevar adelante trabajos promocionales. Es que sentían lejanas las curas a tantas teorías, escuelas de psicología, métodos y técnicas psicológicas-psiquiátricas. Diariamente las veían cómplices, por omisión, del confinamiento y exclusión social que padecían los sufrientes mentales.

- Recuerdo una experiencia en Ingeniero Huergo llevada a cabo por Psicólogos de su Hospital, Agentes Sanitarios y adeptos de una Iglesia, a los fines de solucionar problemas varios: alcoholismo, desnutrición infantil, embarazo de adolescentes, etc..
- También puedo mencionar como, viendo que el Servicio de Allen sería cerrado y reciclada su estructura para servir de hospital general, un grupo de profesionales inició entre 1985 y 1988, diversos trabajos de reinserción social con viejos internados.
- Un pequeño círculo de técnicos debió empezar a atender y solucionar aspectos sanitarios del vivir cotidiano de los sufrientes. Este quehacer los alejó completamente de las clásicas actividades asistenciales hasta ese momento llevadas a cabo en aquel neuropsiquiátrico, pero los acercó a lo que luego serían las tareas curativas promocionales del trabajo desmanicomializador. Acompañando a los “externados” en la comunidad, debieron pensar y trabajar con ellos sobre ocupaciones remunerativas, subsidios, alojamientos, comida y vestimenta; su inclusión en grupos de amigos, familiares y sociales, etc..
- Dentro de ese movimiento, creo que en 1986, con aportes solidarios gestionados en la comunidad de General Roca, un grupo de trabajadores que incluía a Psicólogos, Asistentes Sociales y Coordinadores G.I.A., ayudó a que se construya, como gestión de Salud Mental, la primera vivienda para una persona que había padecido largos periodos de internación en Allen.

Fuera del Alto Valle se daban en ese entonces experiencias similares.

- Desde siempre, al Servicio de Salud Mental del Hospital de El Bolsón se lo ha visto intentar satisfacer las necesidades básicas de sus demandantes como forma terapéutica.
- Y el Departamento de Salud Mental del C.P.S.P fue desde aquellos albores de la desmanicomialización, una oficina defensora de los Derechos de los sufrientes.

Aunque la lista de trabajos promocionales llevadas a cabo por distintos trabajadores de Salud Mental en años anteriores a la promulgación de la Ley 2440 es mucho mayor, con una figura significativa queremos dar final a esta reseña.

- No podemos dejar de mencionar un personaje terapéutico no tradicional que antes de los Operadores y a partir de una práctica testimonial, ya había ganado un rol importante dentro de los equipos de Salud Mental. Ellos fueron los coordinadores de Grupos G.I.A. (Grupos Institucionales de Alcoholismo).

Durante mucho tiempo el alcoholismo no solo fue una enfermedad negada sino que los mismos sistemas asistenciales tendían a rechazarla. En Río Negro, justamente a partir de 1983, comienza a desarrollarse una trascendental experiencia de terapias autogestivas, en algunos aspectos técnicos parecida a las realizadas por Alcohólicos Anónimos. Entre esas semejanzas, se destacaba la introducción, en los encuentros grupales para la recuperación, de alcohólicos recuperados como agentes terapéuticos.

Pero en los G.I.A., se avanzó un paso más: se ubicó a estos alcohólicos como personal rentado de los Servicios de Salud Mental. Ellos fueron, como después los Operadores, los primeros recursos no convencionales que he conocido al servicio de la asistencia, promoción y rehabilitación de la salud mental.

En 1991, realizado el cierre del manicomio y promulgada la Ley mencionada, lo que anteriormente se había hecho de manera voluntariosa, investigativa y casi “clandestina”, fue necesario programarlo, fomentarlo, realizarlo sistemáticamente, evaluarlo y mejorarlo.

Es en ese momento que se decide incluir en los equipos, Operadores de Salud Mental.

LOS DOS FRENTES DEL TRABAJO EN SALUD MENTAL

Antes de hablar de los Operadores de Salud Mental, su rol, él “para que” de su existencia e integración a los equipos terapéuticos y promocionales, debiéremos aclarar sobre el trabajo que realizan los Servicio de Salud Mental Comunitaria donde se incluyen.

Para llevar a buen puerto cualquier estrategia terapéutica, estos hablan de realizar acciones en dos grandes campos, el de la promoción y el de la asistencia.

Asistir, es asir, sostener, reemplazar a alguien en alguna función, para evitar con ello que corra riesgos. Para proteger de esa manera, con tales “reemplazos”, se debe partir del supuesto que la persona a asistir esta imposibilitada de rehabilitarse por sí misma. *Al asistirlo se trata de evitarle riesgos.*

Por otro lado, promoción, incluso etimológicamente, implica moverse (moción) adelante (pro), o sea moverse solo, por si mismo. *Aceptando el riesgo de vivir.* Para fomentar un desarrollo en este sentido, se debe partir del supuesto que haya en las personas un potencial autogestivo de salud y que se afecta la dignidad de cualquier persona si se lo somete a influencias innecesarias.

Pero esos lugares no son tan claros de delimitar a la hora de transitarlos y por lo tanto, los que trabajen en estos campos nunca saben si están instalados en uno solo de ellos.

Algunas acciones y ámbitos nos parecen asistenciales o promocionales con bastante claridad. Sin embargo, apenas desviamos nuestra reflexión sobre ellos tienden a obscurecerse. Por ejemplo prescribir psicofármacos o realizar entrevistas en consultorios las catalogamos como asistenciales de inmediato. Del mismo modo, no tenemos dudas de que trabajar en una huerta o concurrir a un taller de artesanía son actividades promocionales.

Pero apenas profundizamos el tema esas seguridades se desvanecen.

Imaginemos una entrevista donde se analizan obstáculos financieros y de mercado para realizar un trabajo, intentando develar o revelar obstáculos para la toma de decisiones responsables. Por mas que se inscriba el encuentro dentro de una relación curador-usuario, ese sería un momento promocional. Del mismo modo, si en la cotidianidad se estimula a un usuario para que ingiera responsablemente la medicación indicada, esa acción de medicar seria promocional, en cuanto durante el acto se fomenta la autogestión curativa.

Hay quienes quieren ordenar que el acto asistencial sea responsabilidad exclusiva de los técnicos de salud y que solo en los actos promocionales pueda intervenir algún personal no tradicional, agentes de la comunidad, etc.. No obstante, en cualquier casa de familia, cuando niños o aun de adultos, el cuidado de muchas afecciones suele recaer directamente en los padres, cónyuges o amigos. Ellos se responsabilizan por hacer cumplir el tratamiento médico y *naturalmente* son los que cuidan.

Y ya vimos en el apartado anterior, como en este mismo Río Negro, los que iniciaron acciones promocionales para la salud mental fueron psicólogos y psiquiatras.

Por lo tanto, como no es posible diferenciar con exactitud las incumbencias entre trabajadores asistenciales y promocionales, los Operadores de Salud Mental también deberán ser agentes de salud que se moverán en esos dos campos.

LO QUE NO ES UN OPERADOR DE SALUD MENTAL.

El 19 de diciembre de 1991 concluyó el primer curso de Operadores de Salud Mental que otorgó certificación a varias decenas de inscriptos: promotores sociales, agentes sanitarios y enfermeros; personas dedicadas anteriormente a heterogéneas actividades. Luego de esa fecha, en distintas localidades de la provincia se dictaron cursos semejantes que sumaron egresados a aquellos primeros Operadores.

Esta diversidad de ocupaciones, que en los cursos posteriores se amplió, tiene que ver con un principio de la desmanicomialización: “no existe sector comunitario, actividad o ámbito social, que no tenga que ver con la locura”.

Sobre todo los Promotores Sociales, empleados del ministerio de Asuntos Sociales dedicados a apoyar el bienestar comunitario, marcaron con su presencia una línea de trabajo para los Operadores. Y aún hoy, 9 años después, suele denominarse Promotores a esta nueva figura de los equipos de Salud Mental.

La formación que recibieron, técnica y sobre todo actitudinal, tenía por función habilitarlos en el corto plazo para integrar los equipos de Salud Mental. Luego, estaba pensado, cada uno de ellos recibiría capacitación en Servicio que completaría esa primera instrucción.

En estos momentos los Operadores de Salud Mental están incluidos en varios equipos terapéuticos y promocionales de Salud Mental, compartiendo tareas con Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeros y Asistentes Sociales. Pero se diferencian de ellos.

- No son psicólogos, profesionales universitarios especialistas en la conducta humana. No obstante, acompañando y participando del quehacer cotidiano de los usuarios, deben poseer conocimientos que les permitan entenderlos - para poder comportarse adecuadamente - en las diversas situaciones normales o anormales que les sucedan con ellos.
- Un Operador tampoco es un Psiquiatra, Médico especializado en el tratamiento de las enfermedades mentales. Pero compartiendo la cotidianeidad con los sufrientes, deben conocer sus cuadros psicopatológicos, sus manifestaciones sintomáticas, el efecto de los medicamentos, los riesgos de la sobremedicación o la automedicación de psicofármacos, entre otros saberes.
- Asimismo no es un enfermero, especialista sanitario para el cuidado de enfermos. Pero cuidar al prójimo, en sentido general, es obligación de todo ser humano. De hecho el Operador suele ser la persona que el equipo responsabiliza sobre la ingesta de medicamentos de usuarios que concurren a los Centros Comunitarios de Salud Mental o Casas de Medio Camino, a Talleres, a trabajos en Empresas Sociales, etc.. Sin mencionar que realizan acompañamientos de internados en Salas Médicas de internación y comparten el trabajo con el mismo personal de Enfermería. Por tal razón, cierto entrenamiento en cuidados básicos deben poseer para cumplir con esa responsabilidad que, obligatoriamente e indefectiblemente, recae sobre ellos.
- Defendiendo los derechos de los sufrientes, tampoco son abogado. Pero deben poseer conocimientos de leyes y procedimientos legales a los fines de agilizar y optimizar las múltiples gestiones que realizan en oficinas judiciales.

- Y no son Asistentes Sociales, profesionales encargados de intervenir en la dinámica social a los fines de optimizarla. Pero trabajando para la reinserción social de marginados, debiendo apelar a recursos comunitarios y operando en la intersectorialidad, ciertos conocimientos y técnicas sociológicas le son imprescindibles.
- No actúan como Administradores de Empresas. Sin embargo, todos sabemos que llevan adelante múltiples emprendimientos productivos. Por tal razón, deben poseer conocimientos sobre producción, ventas, mercados, precios, etc.. A tal fin, es importante la capacitación en Empresas Sociales que están llevando a cabo varios de ellos.

En síntesis, aunque los equipos terapéuticos y promocionales de Salud Mental suelen integrar esos y otros profesionales a sus plantillas, nunca los Operadores superponen su rol con ninguno de ellos. Tienen uno propio que, como todos los otros, es *cruzado* por las obligaciones y estudios de todos los demás.

LO ESPECÍFICO EN EL ROL DEL OPERADOR DE SALUD MENTAL.

Cuando dijimos que los Operadores recibieron una capacitación en servicio que les completó la formación conceptual y actitudinal, estábamos diciendo que el rol del Operador se termina de crear a partir de una práctica. ¿Pero cual es esta?. ¿Que hace concretamente?.

Decir que su especificidad es lo no especifico, es algo tal sutil y exacto, que como un punto ideal podríamos no verlo. Así que precisaremos.

Un refrán dice: “las cosas son según el cristal con que se mire”. Y es así cuando una misma disfunción personal, grupal o institucional es analizada por médicos, psicólogos o sociólogos. Usando como referencia distintas categorías y teorías - analogías de la realidad, moldes dentro de los cuales se “aprehenden” los sucesos - se obtienen diferentes resultados que, de alguna manera, materializan numerosas perspectivas de análisis. Y abren caminos de acción casi siempre contradictorios.

Los equipos terapéuticos y promocionales de Salud Mental, elaborando caminos terapéuticos multidisciplinarios, permanentemente se enfrentan a estas complejas antítesis derivadas del diferente lugar y enfoque con que miran sus miembros.

Los Operadores de Salud Mental, representando el saber popular y aportando el universal conocimiento no profesional, se ubican en el espacio grupal interdisciplinario de las reuniones de Servicios de Salud Mental como integradores de saberes. Con sus presencias, obligan a una síntesis. Evitar que se parcelen o encasillen a las personas según sus diferentes aspectos: psíquicos, físicos o sociales. Impiden que se den soluciones estereotipadas a los problemas siempre originales.

Lo más importante de su rol siempre tendrá que ver con lo que aportan con su mera presencia: instalar en los equipos de Salud Mental las condiciones de posibilidad para el trato persona a persona.

Acerca de las misiones y funciones de los Operadores de S.M., existe ya un documento elaborado por el Departamento de Salud Mental del C.P.S.P., donde podemos leer sobre diversas y variadas labores cuidadoras y promotoras. Es una precisa enumeración de tareas que realizan o realizaron durante estos años en los equipos de Salud Mental. Pero lo realmente importante de su quehacer diario, lo que subrayamos mas arriba, es imposible de señalar en una directiva.

Este trato, elemental en cualquier ayuda para la reinserción social, permite que nos alejemos de otros tipos de relaciones, médico-paciente, analizado- analizando, etc., que buscan la cura persiguiendo fines parciales: reparación de daños sobre cuerpos físicos o erógenos, reconstrucción de tramas vinculares, arreglo de tramas sociales, etc..

Los Operadores de los Servicios de Salud Mental honran el trabajo sanitario al dar con su ser las posibilidades para desarrollar estrategias terapéuticas promocionales y comunitarias en la misma cotidianeidad de los sufrientes. Con sus presencias, abren espacios asistenciales desinstitucionalizados donde la distribución del Poder no se muestre desigual.

ACTIVIDADES DE LOS OPERADORES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Un Operador de Salud Mental debe ser una persona capacitada y experta en el trabajo interdisciplinario, promocional e intersectorial-comunitario.

- Interdisciplinario, en tanto su saber – personal - deberá integrarlo a otros saberes a los fines de lograr una síntesis práctica.
- Promocional, incluso en el sentido de asistencia durante la promoción, por cuanto su trabajo siempre debe apuntar, en cualquier lugar y circunstancia, a la reinserción social. Así como una estrategia comunitaria debe abrirse en un consultorio enfocando comunitariamente una entrevista individual, de la misma manera la promoción social de un sufriente debe fomentarse en cualquier lugar que lo atendamos.
- Intersectorial-comunitario, puesto que deberá desenvolverse en otras instituciones, dentro del amplio campo de la intersectorialidad.

Las concretas actividades de un Operador son y serán múltiples, casi tantas como las actividades de un equipo.

1) Deberán participar en reuniones de equipo.

Un equipo terapéutico y promocional es un grupo humano. Por ello sus integrantes necesitan de un espacio y tiempo común para compartir experiencias y saberes a los fines de construir los caminos de las curas.

En las reuniones de equipo, que deberían ser diarias, se deberán encontrar los Operadores con los demás técnicos de los Servicios. Durante estos encuentros, donde se realizarán o actualizarán las estrategias terapéuticas y promocionales, los Operadores aportarán su saber popular, el sentido común y actuarán como sintetizadores de las múltiples disciplinas intervinientes que intentan llevar a cabo acciones comunes.

En algunos días, cuando se aprovechen estos momentos y espacios para ateneos clínicos, exposición de casos o temas puntuales, deberán estar en condiciones de exponer sus dificultades y conclusiones. Deberán presentar sus actuaciones, sus análisis y reflexiones. Asimismo, por lo menos una vez al mes deberían participar con los demás integrantes de los equipos, de una reunión de grupo de reflexión coordinado por persona idónea ajena al Servicio.

2) Deberán - porque pueden - realizar actividades de consultorio.

El consultorio es un lugar donde nos consultan a los efectos de que entendamos y solucionemos la particular situación dolorosa de un demandante. Lamentablemente esta establecido en el imaginario colectivo que es el lugar perfecto de atención médica. Pero fieles a nuestros principios, deberemos relacionarnos con los usuarios de persona a persona. Y cualquiera puede usarlo para ello. Para dar palabras de ayuda. Para enterarnos de los problemas. Etc..

Obviamente allí solo el médico hará atención médica y el psicólogo prácticas de psicólogo, pero el Operador debe intervenir en este ámbito.

a) *Recibirán consultas de primera vez junto a los profesionales.*

Antes de “admitir” una persona a un tratamiento sanitario, antes de diagnosticarlo, debemos escucharlo. Muchas problemáticas tratadas psiquiátricamente o psicológicamente, no merecen o es contraproducente resolverlas desde el Sector Salud. Hay un sinnúmero de situaciones “de la vida común” que producen dolor y no por eso debe resolverse ese sentimiento con psicofármacos, psicoterapias, trabajos sanitarios protegidos, etc. A veces otras instituciones son las pertinentes para dar fin a esos estados dolorosos: gremiales, deportivas, religiosas, etc..

Para orientar en esos menesteres, junto a profesionales, la presencia del Operador es fundamental. Sobre todo, porque los técnicos tradicionales, los profesionales clásicos de la Salud Mental, suelen estar impregnados de teorías y esquemas terapéuticos que dificultan el empleo del sentido común; el saber popular que históricamente a encontrado soluciones “naturales” para la humanidad, desde siempre.

b) *Acudirán a interconsultas con los profesionales.*

Cuando nos requieren en interconsultas, de Servicios Médicos a Servicio de Salud Mental, tradicionalmente respondieron psicólogos y psiquiatras. Pero los Operadores pueden acompañar en estas interconsultas. Sobre todo para colaborar con personas internadas a las que la misma internación puede producirles algún estado de despersonalización.

El Operador, habiendo ejercido innumerables acompañamientos de sufrientes, son los miembros de los equipos más capacitado para gratificar con un trato persona a persona. Suelen ser los mejores en intuir los orígenes iatrogénicos de algunos síntomas.

c) *Participarán como observadores en terapias grupales.*

Durante las sesiones, que sean observadores participantes o no participantes dependerá del grado de instrucción que posean para ese tipo de actividades. Por ejemplo, una de la más prestigiosa Escuela de Psicología Social de nuestro país forma Coordinadores de Grupos Operativos a no profesionales. A posteriori, cuando se realice la supervisión de estas reuniones, por su natural propensión a aplicar el sentido común pasan a ser importantísimos personajes.

d) *Serán “Favorecedores” de reuniones autogestivas.*

Es muy difícil ostentar un título profesional que habilite para coordinar reuniones grupales psicoterapéuticas y pretender actuar como “favorecedor” de reuniones autogestivas. Ya vimos como los Grupos G.I.A. apelaron a alcohólicos recuperados para esta función.

El Operador, dentro de nuestros equipos es el técnico que mejor se adapta para llevar a buen puerto esos contradictorios cometidos organizativos.

3) *En atención de crisis.*

Los trabajos en Salud Mental Comunitaria siempre son una labor de equipo. En general la atención de crisis se realiza en las guardias de los hospitales, pero sabemos de muchas atendidas en los domicilios de los sufrientes.

El Operador es alguien que ha sabido ganarse la confianza de los usuarios en muchas horas de compartir con ellos proyectos, trabajos, éxitos y fracasos. Y en forma silenciosa han prevenido o solucionado crisis durante esos acompañamientos. Es por eso que ante crisis de usuarios “conocidos” e incluso de nuevos, sus intervenciones suelen ser utilísimas para calmar el cuadro de tristeza, depresión o excitación extrema.

Obviamente no siempre podrán conformarse duplas o grupos terapéuticos para concurrir al lugar de las crisis, pero cuando sea posible, sus presencias resultarán sumamente beneficiosas.

4) *En Internaciones y alojamientos.*

Toda internación debe buscar el cuidado – asistencia institucional - sin abandonar los fines de reinserción social. O sea, aún durante esa fase paradigmática de la terapéutica, hay que tener un “enfoque” promocional.

Los Operadores, aun asistiendo, en la cotidianeidad de los usuarios, durante internaciones institucionales propiamente dichas, en los centros comunitarios, casas de medio camino o con modalidad domiciliaria, deben intervenir en una serie de actividades que puntualizaremos de manera somera:

a) Internaciones en Salas Médicas.

Los Operadores suelen ser necesarios para realizar acompañamientos que favorezcan la recuperación de los afectados. En ciertas problemáticas, como ser depresiones severas, ese recurso técnico se hace ineludible.

Por otro lado, sabemos que los equipos de enfermería suelen carecer del personal necesario para dedicar personal exclusivo a una persona. En tales casos y de acuerdo a lo diseñado en las estrategias terapéuticas, los Operadores se presentan como un recurso idóneo e indispensable para esos trabajos en Sala.

Entrenados como están en las resistencias familiares y sociales para con los Sufrientes Mentales, pueden operar directamente sobre la institución hospital o con los visitantes, para la pronta reinserción social del internado.

b) Internaciones Domiciliarias o en los Centros Comunitarios de Salud Mental.

Los Operadores, pudiendo presentarse al doliente y a sus referentes como personaje cuasi familiares, son quienes mejor suelen desempeñar el papel de auxiliares sanitarios en ámbitos no tradicionales. Saben manejarse cómodamente, en forma “natural”, en la cotidianeidad de los demandantes.

Imbuidos de esa aptitud, ayudarán para el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas fuera de los rígidos espacios asistenciales hospitalarios que, nos guste o no, suelen ser obstáculos para el trabajo promocional.

Concretamente, con sus presencias en esos ámbitos pueden intervenir los Servicios de S.M. con formas asistenciales y promocionales difíciles de aplicar en las internaciones tradicionales. Por ejemplo, cuidar el lugar familiar de un usuario en su casa o en su barrio. Persuadirlo o motivarlo para que continúe con sus trabajos y tareas sociales. Disuadirlo a que rompa perjudiciales relaciones de amigos. Etc.. Etc..

c) Alojamientos sanitarios.

Muchos usuarios necesitan de este recurso promocional. Algunas veces solamente por la indigencia que padecen y a título de práctica preventiva, hasta que se les consiga o gestione una vivienda para vivir. Otras veces, a continuación de una internación, en una suerte de preegreso y como forma de garantizar el éxito de su “externación”.

Durante los alojamientos sanitarios, la convivencia diaria entre usuarios y Operadores debe ser intensa. Para estos casos y en estas situaciones mas que en otras, estas nuevas figuras de los equipos deberán saber presentarse como referentes primarios de identidad.

Ayudar a que una persona se sostenga en la cotidianeidad apelando a directos vínculos afectivos que suelen ser escamoteados por otros trabajadores institucionales, es sin dudas una durísima tarea. Por esta razón, el rol del Operador se presenta como actividad comprometedora e incriminante.

ACTIVIDADES PROMOCIONALES E INTERSECTORIALES DE LOS OPERADORES DE SALUD MENTAL

Los procedimientos sanitarios promocionales intentan fomentar en los usuarios, sus grupos familiares y sectores comunitarios, la auto-transformación del marco social que les da continencia. Este no es un trabajo sobre el “texto” - los sujetos dolientes - sino sobre el “contexto”, sobre lo que da las concretas condiciones de existencia.

El trabajo que fomenta estos cambios es variado: desde informar para el pleno aprovechamiento de programas estatales, hasta intentar ayudas directas para que el propio esfuerzo de los afectados se aplique a torcer, modificar, las condiciones de marginalidad que en determinado momento obstaculizan un crecimiento personal.

El trabajo promocional es, en todo sentido, social. Y en todos la presencia de los Operadores es fundamental. Este realizará prácticas concretas que señalaremos, sin perjuicio de otras que puedan agregarse a esta lista:

a) Acompañamientos.

Solos no podemos. Es una ley de la naturaleza humana. Normalmente no caemos en la cuenta de ello porque siempre nos hemos sentidos acompañados y desconocemos el efecto de la soledad. Pero para los sufrientes que nos demandan, lo contrario suele ser lo habitual.

Hacer la salud de uno mismo es una compleja actividad que solo sintiendo a Otros a nuestro lado podemos llevar a buen fin.

Solo nos hacemos al hacer con otros: ser ricos o pobres, ser artistas o científicos, ser nobles o ingratos. Ser sanos o enfermos. Parte de la apatía y desesperanza instalada en algunos usuarios, tiene que ver con esto que decimos: descreen de sus propios poderes curativos y dejan de hacer.

Acompañando de persona a persona, compartiendo la cotidianeidad, el Operador deberá dar a los usuarios esa condición de posibilidad de hacer su salud mental Y no importa mayormente lo que se haga mientras tanto: talleres, empresas, lecturas, etc.. Será por hacerse sentir cerca que operará útil.

b) Visitas domiciliarias.

El encuentro de algún miembro de un Servicio de Salud Mental con un grupo familiar o algún usuario miembro de ella, en sentido estricto es una reunión intersectorial. Porque cualquier familia es una institución base y cualquier integrante de ella su representante.

Durante una visita domiciliaria se puede apreciarse directamente el contexto que hace al dolor, las condiciones de su producción.

Dentro de sus prácticas habituales, los Operadores saben realizar asiduamente este tipo de visitas con fines asistenciales: llevar medicación a domicilio, controlar estados de salud, etc.. Pero es en el campo de las tareas promocionales donde mejor se deberán aplicar: atender el estado de las viviendas, satisfacer necesidades básicas o cuidar el lugar de los usuarios dentro de sus grupos, de su barrio, etc., etc..

c) Asistencia y Promoción en los Centros Comunitarios de Salud Mental o Casas de Medio Camino.

Las estructuras intermedias que ya existen para varios Servicios de Salud Mental, son instrumentos valiosísimos en nuestro programa de desmanicomialización. Para llevar a cabo el fin de reinserción social, los Operadores deberán compartir largamente esos lugares con los usuarios mas necesitados de ayuda.

Dentro de esos espacios comunitarios, deberán brindar una serie de ofertas asistenciales y promocionales:

- Servicio de comedor.
- Servicio de vestimenta.
- Servicios de talleres: de costura, de alfarería, de plástica, de música, de danza, de teatro, etc..
- Empresas Sociales: Ventas de comidas, venta de plantines, venta de flores viveros para venta de otras especies vegetales, quintas y huertas, hornos de ladrillos, limpieza de terrenos, confección de bloques de cemento, construcción de viviendas económicas, hotelería, alquiler de salón de fiestas, etc..

d) Gestiones intersectoriales.

Diariamente los Operadores de Salud Mental deberán realizar gestiones en distintas instituciones. Siendo la locura un complejo problema que exige la satisfacción de necesidades y la defensa de derechos, lo natural seria encontrarlos realizando diligencias en otras organizaciones.

Justamente lo que define el trabajo comunitario es la intersectorialidad, los diferentes intercambios realizados en ese ámbito para apropiarnos de lo que carecemos.

e) Participación de Operadores en organizaciones comunitarias y en redes intersectoriales.

Como representante de los equipos Terapéuticos y Promocionales de Salud Mental, deberán integrar las redes y equipos intersectoriales que en cualquier comunidad planifican y ejecutan acciones educativas, deportivas, municipales, etc..

Las redes de violencia familiar, los consejos locales que atienden la problemática de las adicciones o el abuso en el consumo de drogas, los grupos intersectoriales dedicados a la niñez y adolescencia, etc., deberían contar con sus presencias.

PARA LOS OPERADORES DE SALUD MENTAL

Dentro del conjunto de normas legales que reglamentan las distintas profesiones, últimamente se han sancionado leyes donde se dio reconocimiento a las profesiones que trabajan en el Area Salud. Los Operadores no fueron reconocidos. Ahora es necesario que se los ubique.

Como ustedes saben, el Operador apareció como figura integrante de los equipos terapéuticos recién en 1992. O sea, es nuevo. Vino a ocupar un lugar vacío para trabajos promocionales y asistenciales comunitarios en Salud Mental. Pero no en cuanto a incumbencias que no se ejercitaban.

Lo que ahora están haciendo los Operadores en numerosos Servicios de Salud Mental, bien pudo haber sido ejecutado por psicólogos, enfermeros, agentes sanitarios u otros técnicos de la salud. Que estos no lo hicieran es tema sugestivo. Ténganlo en cuenta, pero escapa a esta comunicación.

Haciendo cosas dentro del campo de trabajo promocional y comunitario, ganaron ustedes su lugar en los equipos de Salud Mental de Río Negro. En pocos años de esfuerzos continuados legitimaron sus presencias. Pero no la legalizaron.

Los cursos de Operadores tuvieron el déficit de poseer apenas certificaciones del Consejo Provincial de Salud Pública, cuando para tener un título habilitante debían haber poseído el aval de Educación.

Queda no obstante el primer curso de Operadores realizado en General Roca que se realizó a través del S.E.P.A.L.O., organismo dependiente de Educación. No puede ser que las certificaciones no se encuentren. Incluso si así fuera, eso es responsabilidad del Consejo Provincial correspondiente y una presentación judicial debería hacer “aparecer” las certificaciones. Pero incluso este curso no completaba las 1000 hs cátedra que, creo, se necesita. De todos modos *ya hubo un reconocimiento de Educación a esa figura sanitaria. Y eso es un antecedente importantísimo.*

Este reconocimiento previo puede ser vital a la hora de legalizar una profesión. O de pedir un recurso de amparo o de “no innovar”.

Podemos además comparar la situación de los Operadores de Salud Mental con los Cuidadores de Ancianos, otra nueva figura que cuida y promueve personas de la tercera edad y que también por el S.E.P.A.L.O han logrado sus certificaciones y habilitaciones profesionales. Habría que consultarlos para saber si tienen obstáculos semejantes y como están intentando resolverlos.

De cualquier modo deberán los Operadores completar ese requisito: legalizarse. Ahora, como en 1991 están en un momento crucial. Deben no tanto definir su identidad, sino registrarla dentro del aparato institucional. Y por sobre todo, defenderla.

CAMINOS PARA LEGALIZAR EL TRABAJO DE LOS OPERADORES DE SALUD MENTAL.

Hay pensadas dos posibilidades. Y para que mantengan su lugar dentro de Salud Pública deberán tomar uno de los dos caminos. Lo quieran o no tendrán que recorrerlo para legalizar el rol del Operador de S.M..

- Adscribirse como Auxiliares de Enfermería y esperar que les respeten sus funciones, su estilo de trabajo y sus dependencias técnicas-administrativas actuales: dependencia de las jefaturas de Servicio de Salud Mental y del D.A.M. (Departamento de atención Médica).
- Establecerse como nuevos técnicos dentro de Salud: Operadores de Salud Mental.

A) Adscripción como auxiliares de enfermería.

La primera posibilidad, la adscripción como Auxiliares de Enfermería, es un proyecto concreto que ya esta diseñando la Dirección de Enfermería del C.P.S.P. Es mas o menos una repetición del proyecto Pro-F.A.S (Programa de Formación de Agentes Sanitarios). Mas que de formación, es la reconversión de estos en enfermeros.

Este programa, llamémoslo provisoriamente Pro. F.O.S.M (programa de formación de Operadores de Salud Mental) del que conozco su existencia aunque no los contenidos precisos, si repite lo que hicieron con los Agentes Sanitarios probablemente tenga la siguiente forma:

Se asentaría en dos subprograma. Uno inicial que llamarían de Calificación: Pro-F.O.S.M. Cal. Y a continuación, otro de capacitación: Pro-F.O.S.M. Cap.

En el primer subprograma se darían conocimientos (no se si exclusivamente de enfermería o incluirá también temas específicos del rol de Operadores) y otorgaría un título equivalente (¿) al de auxiliar de enfermería con orientación, siempre supuestamente, en Salud Mental Comunitaria.

En una segunda fase, con el SubPro.fosm.Cap, se actualizarían los conocimientos específicos a su nuevo rol (probablemente de enfermería con orientación en Salud Mental Comunitaria).

O sea, desaparecería la figura del Operador de Salud Mental.

Lo realmente preocupante de este proyecto no son las intenciones declamadas por la Dirección de Enfermería del C.P.S.P que asegura respetar las costumbres y tareas llevadas actualmente por los Operadores, sino lo que el pasado nos indica.

Los enfermeros casi no participan en Salud Mental. Las pocas experiencias que podemos tomar como referencia son las de los hospitales de Viedma y Bariloche. En ambas tuvieron alguna vez una inclusión en los equipos de Salud Mental, pero nunca por razones o necesidades comunitarias, sino simplemente por la “eterna protesta” de los enfermeros de las Salas Médicas de internación ante la demanda creciente que reciben al internarse sufrientes mentales. Y con el tiempo hasta estos enfermeros

dejaron de pertenecer a nuestros Servicios. Nunca terminaron de integrarse a los equipos de Salud Mental.

La experiencia de los enfermeros de Salud Mental del hospital de Allen no puede ser tomada en cuenta, ya que ellos ya integraban el antiguo Servicio de Salud Mental cuando la política provincial era manicomial. De todos modos, sería interesante escuchar a algunos de esos enfermeros, ya que ante la propuesta desmanicomializadora debieron ir adaptando su rol a las nuevas exigencias comunitarias.

Ellos podrían dar testimonios para ilustrar la inserción de Operadores dentro de su equipo de Salud Mental. Aunque no sé si ahora algún Operador trabaja allí.

Otro grave inconveniente de reconvertir los Operadores en Enfermeros, es la dependencia que tienen estos respecto a sus Departamentos de Enfermería. Es algo que dificulta sobremanera el trabajo en equipo.

Los Servicios de Salud Mental programan y supervisan sus tareas en grupo bajo la jefatura – o coordinación – de sus Jefes de Servicios. Otra jefatura, por ejemplo las conocidas Jefaturas de Enfermeros dentro de los Servicios Médicos, confunden y hacen entrar en conflictos a esos distintos poderes, alterando la dinámica diaria de trabajo interdisciplinario.

Todo lo que sea turnos con relación a la designación de tareas, la supervisión de trabajos con relación a la ratificación de las Estrategias Terapéuticas, etc., debe ser trabajado en nuestros Servicios en equipo y decidirlo, ratificarlo o rectificarlo, las Jefaturas de Servicios. Por eso, la superposición de “jefazos” entorpece el trabajo.

Imaginemos si en cada equipo interdisciplinario existieran jefaturas de enfermería, jefaturas de psicólogos, jefaturas de psiquiatras, jefaturas de asistentes sociales, etc., todas a su vez subordinados a Departamentos de Psicología, de Psiquiatría o de Asistentes Sociales. Sería un despropósito.

Lo interdisciplinario, lo grupal y el mismo equipo como unidad, se rompería. Se entraría a trabajar en un sistema de planos operativos: profesionales médicos u otros, enfermeros, usuarios y familiares, etc..

Con el proyecto de “Enfermería” para asimilar los Operadores de Salud Mental a sus Departamentos, entraríamos en tal situación: Enfermeros por un lado, Médicos por otro, Psicólogos por allá, Asistentes Sociales por acá, etc. Porque esa es la manera de trabajar que impera en nuestros hospitales. Ahí está el problema. Cada agrupación mantiene, formal o virtualmente, espacios propios separados; originales dependencias técnicas administrativas, costumbres; etc..

Justamente Salud Mental por trabajar en equipo, denuncia esa modalidad y, de alguna manera, eludió hasta hoy esos usos y tradiciones.

Ahora podemos estar frente a un pase de “factura”.

Pero esta propuesta de “Enfermería”, tiene la ventaja de usar el apoyo de la Escuela de Enfermería que ya posee reconocimiento Educativo. Le simplifica tramites. Y probablemente tenga o haya tenido apoyo político dentro y fuera del C.P.S.P.

B) Establecimiento de la profesión del Operador de Salud Mental.

- Inevitablemente deberá realizarse con un curso de 1000 hs.
- Pero no sería necesario concurrir 1000 horas de clase. Se pueden realizar trabajos escritos o prácticos que otorguen puntos y cambiarlos por horas.
- Otra manera de completar este requisito puede ser concurrir a cursos zonales que acrediten lo mismo. Considerando que la mayoría de los Operadores realizan trabajos en los Servicios de Salud Mental y que un traslado masivo a un lugar de encuentro implica un esfuerzo financiero y personal excesivo, estos podrían cumplirse por regiones. Independientemente de algunas reuniones extraordinarias que reúna a todos los interesados en una ciudad.
- De todos modos serán necesario encuentros formativos
- Si se planifica bien, en un año podría completarse el curso que acredite a los Operadores como trabajadores sanitarios.
- Los profesores serían de Salud Pública y de Salud Mental Rionegrinos. La currícula podría elaborarla el mismo Departamento de Salud Mental a partir de consultas, sugerencias y revisando programas anteriores.
- La Universidad Nacional del Comahue podría ser el asiento de la nueva carrera. Si eso no fuera posible en esta etapa de acreditación, debería hacerse un convenio, directamente, con el Consejo Provincial de Educación.
- *Pero lo realmente importante es tomar conciencia que para su implementación se requerirá de apoyo político. Solo una decisión de ese tenor permitirá a los Operadores alcanzar la meta de legalizarse como trabajadores de Salud Mental. Por lo tanto, en la primera etapa de un proyecto que pretenda el reconocimiento del Operador de Salud Mental como trabajador de la sanidad, debería crearse una comisión que programe y establezca contactos políticos con legisladores y figuras relevantes dentro del gobierno y la oposición, a los fines de producir el consenso necesario: las condiciones de posibilidad de llevar a buen puerto un proyecto semejante. Pues seguramente encontrarán oposición de sectores que verán amenazados sus intereses.*
- *Solo los Operadores pueden y deben hacer esto para sí mismos. Desde ya que muchos profesionales y casi todos los miembros de los equipos de Salud Mental los van acompañar - y yo personalmente estaré con ustedes cuando me lo soliciten - pero esto es algo que requiere autogestión.*
- Recuerden que la identidad, como la libertad o la dignidad, no se puede pedir. Se la tiene o se la toma. Y casi siempre para esto último se requiere lucha.
- Organícense.