

JIDEEP. Grupo de Trabajo 2 - Salud Mental

La discapacidad como recurso o el recurso de la discapacidad. Reflexiones desde el Trabajo Social

Valeria Laura Carosella – HIEAyC 'Dr. A. Korn' / FTS. UNLP

vale_carosella@yahoo.com.ar

Introducción

El presente trabajo se propone compartir reflexiones que surgen de la labor cotidiana como trabajadora social en un efector del tercer nivel de atención en torno a la gestión de recursos como parte constitutiva de nuestra intervención profesional.

En particular, me interesa profundizar en relación a la situación de las personas con padecimiento mental o consumo problemático que se atienden en el sistema público de salud abordando la temática de sus condiciones materiales de existencia y avanzando en la definición de los recursos con los que contamos desde las políticas públicas en el campo mencionado.

Es mi intención en este trabajo, avanzar en la definición y el abordaje del padecimiento mental entrecruzando este aspecto con la dimensión de la *discapacidad*, para ello, se hará mención a los recursos disponibles, a los modos en que se obtienen y al impacto en las líneas de intervención que implica este paradigma.

Se esbozarán algunas conclusiones y a lo largo del trabajo se plantearán interrogantes persistentes, con el objetivo de contribuir al debate y al intercambio sobre el tema.

Consideraciones respecto a la población con la que trabajamos

En el tiempo que llevo desempeñándome como trabajadora social en el campo de la salud mental he podido ir conociendo el perfil poblacional de aquellos con los que trabajamos. En este sentido, y sin caer en generalizaciones, podemos afirmar que la población usuaria se caracteriza, en su mayoría, por encontrarse dentro del grupo etéreo que consideraríamos *población económicamente activa*; es decir, personas que dada su edad, podrían desempeñarse laboralmente. Según el INDEC nos referimos a

personas que “tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada”.¹

La realidad nos muestra que en el caso de las personas con padecimiento mental o consumo problemático, la situación previa a su ingreso al sistema de salud está signada por la precariedad. Se trata de personas que, por su edad, podrían formar parte de la clase que vive del trabajo (Antunes, 2005:93) y que no tienen resuelta su situación habitacional. Han tenido un escaso o nulo paso por el sistema escolar, y en su gran mayoría ven debilitado su capital social, entendido como “el conjunto de relaciones sociales que un agente puede movilizar en un momento determinado (...)” (Gutierrez, 2005:13). Vale decir, nos encontramos en nuestra intervención con personas que conviven con la desigualdad social, tanto antes como durante y después de su paso por el sistema de salud.

En este punto surge un interrogante central, que podríamos sintetizar en la pregunta acerca de qué implicancias tiene su condición de clase con respecto a su situación de salud.

No me detendré estrictamente en esta cuestión ya que excede las posibilidades de este trabajo, pero sí será un punto de partida para pensar en otro aspecto central, ligado a las estrategias de intervención que podemos desplegar (o no) a la hora de aportar al sostenimiento en la Comunidad de las personas con las que trabajamos.

Sobre la intervención del Trabajo Social

Tal como se ha planteado en distintas publicaciones sobre el tema (Mendoza: 2009; Weber Suardiaz: 2014, entre otras), el Trabajo Social es convocado a intervenir en todo aquello que tiene que ver con ‘lo social’ una vez que ha remitido la situación de salud que ha originado la internación en el efector especializado.

Constituye un aspecto central de nuestra intervención la gestión de recursos que posibiliten el *retorno* de esa persona a su vida cotidiana, teniendo en cuenta que previamente en la mayoría de los casos la cuestión de los recursos básicos necesarios para su subsistencia no estaba garantizada. Entonces, ese *retorno* se vuelve un *punto de partida* para intentar que las condiciones materiales de existencia de esa persona, al menos, mejoren. Ello partiendo de una idea integral de la salud mental, que implica no escindir la de la complejidad de la totalidad de la vida de esa persona, entendiendo que para que sea posible que conviva con el padecimiento que lo aqueja, debiera tener mínimamente resueltas las cuestiones que hacen a su reproducción material.

¹ Fuente: Situación y Evolución Social (Síntesis N°4); INDEC.

Entonces, en este punto, nos encontramos con las dificultades que la persona viene transitando a lo largo de toda su vida, respecto a su inserción en el mercado laboral; y con la inexistencia de políticas públicas que promuevan el empleo de las personas con padecimiento mental.

Es aquí donde surge una pregunta central: el padecimiento mental representa una *discapacidad*? La persona no puede insertarse en un mercado laboral –del que nunca formó parte – por su padecimiento, o porque el desempleo va en aumento para toda la población? Con que recursos contamos para abordar la cuestión de las condiciones materiales de existencia de las personas con padecimiento mental?

Sobre la definición de discapacidad

Para hacer frente a la pregunta respecto a si el padecimiento mental constituye una discapacidad es necesario hacer la salvedad de que cada situación debe ser analizada en su particularidad, en las implicancias que para cada persona tiene ese padecimiento que la aqueja.

En este trabajo se realizarán planteos generales sin perder de vista esa consideración, intentando pensar en términos de políticas públicas que se tornan estandarizadas y que apuntan a la focalización en términos de esa condición; la discapacidad.

En los últimos años asistimos a procesos que dan cuenta de un avance en la conceptualización de este fenómeno y que implican el pasaje de un modelo eminentemente médico a un paradigma que se ha denominado *modelo social de la discapacidad* (OMS, 2001:22; Palacios: 2008).

Desde este modelo se considera que “la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social” (OMS, 2001:22). Podríamos pensar que desde este paradigma, los problemas de salud mental se conjugarían con las respuestas sociales -en términos de políticas públicas pero también en lo que hace al imaginario social y las representaciones sociales respecto a la enfermedad mental- dando por resultado situaciones de vulnerabilidad crecientes, que sumadas a la realidad socioeconómica de la población con la que trabajamos, redundarían en escenarios de compleja resolución en lo inmediato.

Con ello me refiero a la consideración respecto a que un diagnóstico por sí solo no represente discapacidad, pero si lo interpretamos entrecruzando otras variables sí podríamos entenderlo de este modo...o tal vez no...

Ahora bien, retomando la situación respecto a los recursos disponibles para la población con padecimiento mental, vemos que en su gran mayoría no son exclusivos para dicha población sino para las personas *con discapacidad*. Me refiero fundamentalmente a las pensiones no contributivas y al Certificado Único de Discapacidad, dada la escasísima disponibilidad de políticas de asignación de recursos específicas para personas con problemáticas de salud mental².

Pensando en nuestra intervención profesional, adquiere relevancia asumir que “toda política social e institucional define un conjunto de criterios que definen una potencial población usuaria y tales criterios se constituyen en factores que inciden en la definición de los procesos de intervención”. (Mallardi, 2014:69).

La discapacidad como recurso...o el recurso de la discapacidad

A partir de lo planteado hasta ahora me interesa poder avanzar en el impacto de las consideraciones realizadas en nuestras intervenciones profesionales, fundamentalmente en aquellas acciones que se orientan a la gestión de recursos.

Al momento de pensar en las distintas estrategias de intervención, y teniendo en cuenta que la gestión va más allá de las acciones que se realizan para concretarla - por ejemplo, los trámites burocráticos que la misma implica -, y que supone un objetivo profesional que supera esa acción en sí, respondiendo a nuestras consideraciones sobre la población con la que trabajamos, el perfil profesional que queremos construir, y en última instancia, el proyecto societal al que adscribimos; nos encontramos actualmente con una situación paradójal.

Por un lado, reconociendo que las personas con las que trabajamos padecen determinada condición de salud que hace que requieran apoyos –temporales o permanentes – de parte del Estado a través de sus políticas públicas. Por otro lado, asumiendo e intentando promover que el desarrollo de su vida cotidiana se produzca de la manera más autónoma posible, en virtud de sus capacidades reales y potenciales.

² Actualmente el único recurso con el que contamos para la población con problemáticas de salud mental es el SUPEBA (Subprograma de Externación de Salud Mental Bonaerense Asistida). El mismo consta de una asignación de dos mil pesos mensuales por un lapso de seis meses que se puede renovar por única vez destinado a “(...) *los pacientes en situación de pre-alta y alta médica, que se encuentren realizando tratamiento ambulatorio bajo prescripción médica de los Hospitales o Centros de Salud de la Provincia de Buenos Aires, con el objeto de colaborar y promover de manera ágil y eficiente el acceso a la educación, a la vivienda con fines habitacionales, a la protección de la salud, la búsqueda de empleo y la reinserción sociocultural de los mismos (...)*”. **Resolución Conjunta 2256 - Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Fecha B.O.: 13-dic-2016**

En este sentido, aparece la inquietud respecto a cómo favorecer procesos de autonomía en un contexto socioeconómico adverso para todos, y más aún para aquellas personas con algún tipo de dificultad. Al mismo tiempo, no contamos con políticas públicas, exceptuando la mencionada, que sin hacer foco en la discapacidad se orienten al fortalecimiento de esta población. Tal vez una persona tenga dificultades pero eso no significa que su situación pueda entenderse desde la discapacidad...y entonces?

La realidad nos indica que en la mayoría de los casos nos encontramos priorizando las condiciones materiales de existencia de las personas –aún de manera limitada, con recursos insuficientes- por sobre sus capacidades reales. Que significa esto? Que nuestras intervenciones terminan buscando ‘el mal menor’, es decir, asumiendo ir por la vía de la discapacidad para garantizar el acceso al cumplimiento de algún derecho.

Entonces, se nos impone la discapacidad como recurso. Como recurso con el que de otro modo no contamos, como recurso para la subsistencia de las personas, como recurso para su inscripción social como beneficiarios de un derecho al que de otra forma no pueden acceder.

Al mismo tiempo, y aún sin desconocerlo, con esta opción renunciamos a aquella otra que implica reconocer la capacidad de las personas por sobre lo que no pueden. Tal vez con un mínimo nivel de apoyo o de ‘adaptaciones’ algunas personas con las que trabajamos podrían aspirar a otra inscripción social que la de ‘discapacitado’, desempeñándose laboralmente, estudiando, etc. etc.

No es la intención de este trabajo sobreestimar los impactos reales que tiene el otorgamiento de una Pensión por Discapacidad o de un Certificado de Discapacidad. Los impactos son bastante limitados, y tienen que ver con el acceso a una prestación económica o a facilitar ciertos bienes y servicios. A nivel objetivo no implica mucho más, aunque para muchas personas esto sea mucho.

Lo que me interesa mencionar es el impacto subjetivo y a nivel de la propia identificación que genera empezar a ‘ser discapacitado’. En la práctica profesional nos encontramos con personas a las que esto no les preocupa, otras a las que les afecta, y otras a las que las condiciona.

Desde nuestro posicionamiento profesional nos encontramos con la dicotomía (falsa? real?) en la evaluación de lo que generamos al gestionar este tipo de recursos para personas que, por ejemplo, tienen 25-30 años de edad.

En este punto vuelve a aparecer la cuestión de clase que como vengo sosteniendo a lo largo de este trabajo, es crucial. A veces las personas con las que trabajamos y sus referentes vinculares no pueden ver otro futuro posible que aquel que los ubica como beneficiarios de una política social de asignación de recursos. Ello no por un posicionamiento individual, ni por comodidad, ni por querer “vivir del Estado”, como vulgarmente se afirma. No pueden ver otro futuro posible porque a veces no lo hay, porque el presente es muy duro, porque sus condiciones materiales de existencia son muy adversas, y porque – encima - irrumpe en el cotidiano un padecimiento mental, o una problemática de consumo que complejiza aún más esa situación.

Sabemos que el padecimiento mental no distingue clases sociales. Lo que también sabemos, es que las posibilidades de acceso a tratamientos, medicación, oportunidades laborales, educativas, etc. son completamente distintas para aquel que cuenta con ese capital social del que hablaba al inicio de este trabajo que para el que no.

Evidentemente como profesionales de la salud no podemos resolver estas cuestiones estructurales; pero sí debemos tenerlas presentes a la hora de nuestras evaluaciones profesionales, para intentar evitar la tendencia tanto a la individualización de los sujetos por su situación inmediata, como a la familiarización y/o comunitarización de su problemática (Mallardi, 2014: 62).

En este punto surgen ciertas tensiones propias de nuestra profesión, ligadas a las múltiples dimensiones que se ponen en juego a la hora de definir una estrategia de intervención. Tal como plantea Mallardi, “la estrategia supone el análisis de la tensión y posibilidad entre el *deber ser* y el *puede ser*, lo cual implica el estudio acerca de la viabilidad de aquello que se quiere realizar” (2014: 80).

Entonces, pese a que en nuestro ideal social pensemos en políticas públicas inclusivas, que contemplen la particularidad de la población con la que trabajamos; debemos tener claridad con respecto a los límites y posibilidades con las que contamos; asumiendo que lo posible no siempre coincide con lo deseable.

Este planteo no tiene que ver con asumir una posición ni fatalista ni conformista, sino a la comprensión que las situaciones en las que intervenimos amerita, entendiendo que para garantizar el derecho a la salud de la población con la que trabajamos no debemos escindir su situación de salud del resto de su situación vital.

Entonces, comprender la urgencia de la situación en términos que superen lo coyuntural implicará entender que desde la institución sanitaria no podemos dar

respuesta a todas las problemáticas sociales de esa persona, ni mucho menos resolverlas; pero menos aún podemos desconocerlas.

La apelación a la discapacidad como un instrumento para la obtención de recursos necesarios para el sostenimiento cotidiano de la persona no debe implicar entonces nuestra frustración en términos profesionales sobre aquel proyecto vital que contribuimos a fomentar, sobre todo si logramos interpretar y transmitir el ideario desde el cual realizamos nuestras intervenciones e introducimos la noción de la temporalidad.

La gestión de recursos, entendida como una herramienta profesional con la que contamos tendiente a mejorar las condiciones de vida de la población con la que trabajamos, no debe ser subestimada ni deslegitimada. En este sentido, comprender el impacto real de la misma nos puede ayudar.

Pese a que podemos notar un incremento en la apelación a la discapacidad para obtener un recurso económico, debemos alejarnos de posiciones que tiendan a utilizar estas prestaciones de manera estandarizada, “en serie”. Para ello debemos agudizar nuestras fundamentaciones con respecto a los criterios que privilegiamos o no para decidir dicha orientación.

Será importante tener en cuenta que muchas veces la certificación de la discapacidad se torna “un derecho que otorga derechos y se constituye en un capital que permite fortalecer la inscripción relacional” (Vallejos: 2009), no sin costos simbólicos para quien la posee.

A modo de cierre

A lo largo de este trabajo he intentado presentar distintas situaciones que se presentan en el cotidiano de la intervención en el campo de la Salud Mental y que nos enfrentan como trabajadores sociales a distintas tensiones que debemos enfrentar.

En este sentido, me interesó plantear la idea de *la discapacidad como recurso* intentando problematizar la dimensión de la gestión de recursos y su vinculación con las políticas públicas presentes al momento.

Tal como planteara al inicio, este trabajo no pretende clausurar debates, sino por el contrario, fomentar las discusiones de quienes nos desempeñamos en este campo intentando desnaturalizar la asignación de recursos por parte del Estado como

la única alternativa posible para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con padecimiento mental o consumo problemático, intentando pensar alternativas.

En este sentido, debemos estar alertas para no promover acciones que, en el afán de garantizar derechos, terminen condicionando el futuro de las personas con las que trabajamos.

Al mismo tiempo, será central que podamos pensar críticamente qué tipo de políticas públicas son necesarias y de qué modo podemos trabajar para lograrlas.

El desafío está planteado, con la idea de no caer en posiciones fatalistas que nos impidan pensar estrategias de intervención superadoras, pero con la certeza de que es importante trascender la idea de que las problemáticas de salud mental con las que nos encontramos *siempre* deben interpretarse apelando a la discapacidad y a aquello que las personas con las que trabajamos *no pueden*, intentando elucidar qué cuestiones tienen que ver con su situación de salud y cuales exceden esta dimensión.

Bibliografía consultada:

- Antunes, R. (2005). Los sentidos del trabajo. Ensayo sobre la negación y la afirmación del trabajo. Ediciones Herramienta. Buenos Aires.
- Gutierrez, A. (2005). Acerca de la noción de capital social como herramienta de análisis. Reflexiones teóricas en torno a un caso empírico, en: Revista Perspectivas; II (2): 7-26.
- Mallardi, M. (2014). La intervención en Trabajo Social: Mediaciones entre las estrategias y elementos táctico-operativos en el ejercicio profesional. En Mallardi, M. (comp). Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. La Plata.
- Mendoza, M. (2009). Crítica a la modalidad de asistencia en salud mental. Ed. Mate. Colección Alejandria. Buenos Aires.
- Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ediciones Cinca. Madrid.
- Vallejos, I. (2009). Entre la certificación de discapacidad y la discapacitación de la pobreza. *Una empresa muy productiva*. Trabajo presentado en las V Jornadas de Investigación en Trabajo Social. Paraná, Entre Ríos.
- Weber Suardiaz, C. (2014). La transformación en las políticas de salud mental 2010-2014. Análisis de la situación de la Provincia de Buenos Aires. Tesis

presentada para la obtención del Título de Magister en Trabajo Social. FTS.
UNLP

-