
Acompañamiento a familias en situación de espera en un centro de salud de Santiago del Estero. Un abordaje interdisciplinario

*Años de soledad le habían enseñado que los días,
en la memoria, tienden a ser iguales, pero no hay un día
ni siquiera de cárcel o de hospital, que no traiga sorpresas.*

Borges, La Espera (1996)

Mesa 11: Sociología y salud. Percepciones, construcciones y reflexiones sobre el proceso salud-enfermedad-atención como práctica social compleja.

Tec. Mauricio Aníbal Suárez (ILFyA-UNSE) suarezmauricioanibal@gmail.com

Enf. María Laura Vanesa Cáceres (FHCSyS-UNSE) lauvane87@live.com.ar

Lic. María Emilia Paz Tulis (FHCSyS-UNSE) mariaemiliapaztulis@gmail.com

Resumen

En el presente relato de experiencia reflexionamos sobre el trabajo de campo realizado en el Hospital Ramón Carrillo de la Ciudad de Santiago del Estero. El mismo consistió en visitas periódicas al centro de salud, donde se aplicaron observación participante y entrevistas semiestructuradas a familias en situación de espera en los servicios críticos. Esto nos permitió, en un primer momento, conocer las percepciones y realidades, para posteriormente iniciar un proceso de acompañamiento familiar interdisciplinario.

En este marco, las familias muestran un claro estado de estrés, angustia e incertidumbre permanente, así como también falta de información sobre el proceso de salud-enfermedad del paciente/familiar. Por otro lado, se visibilizan patrones de vulnerabilidad socioeconómica, por lo cual éstas se ven obligadas a desplegar estrategias de supervivencia (higiene, alimentación, descanso y sueño), que varían según patrones culturales y distancia de sus residencias con el centro de salud. Asimismo, se observa un interesante grado de apoyo y acompañamiento entre ellas, al igual que necesidades sentidas y normativas sobre diferentes aspectos personales e institucionales.

Palabras claves: acompañamiento, familias, espera

1. Introducción

En primer lugar, es menester entender a la estructura sanitaria de Santiago del Estero como resultado de un devenir histórico signado por diferentes factores económicos, geopolíticos y culturales que poco favorecieron al bienestar social de la población (Canevari Bledel, 2011). La marginalidad, la ruralidad y el “caudillismo” propios del contexto santiagueño, sumado a la dependencia económica con el Estado Nacional, configuraron un sistema de salud pública caracterizado por la deficiencia y la insuficiencia (Curioni, 2013); pero también, más allá de diferentes intentos de *modernización* (Tenti, 2013), se caracteriza por ser altamente obsoleto. En todo este entramado político y sanitario, el espacio social que indagamos, ocupa una centralidad superlativa; el *Hospital Regional Ramón Carrillo* es el centro de salud más importante de la provincia y por ende el que brinda los servicios de mayor complejidad¹.

¹ Según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la provincia cuenta con 10 hospitales zonales en diferentes cabeceras departamentales, 16 hospitales distritales, 16 hospitales de tránsito, 31 UPAs ubicados en la Ciudades Capital y La Banda, y se estima que un número cercano en el interior de la provincia, las cuales son denominadas Postas Sanitarias.

En segundo lugar, destacamos que el proyecto de extensión² en el que se enmarca este escrito, tuvo como objetivo acompañar (en diferentes instancias de contención, consejería y preparación para el egreso hospitalario) a las familias de personas internadas en los Servicios de Terapia Intensiva (UTI) y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) de dicho hospital. Esta situación de las familias, la cual refleja claramente las características anteriormente mencionadas del sistema sanitario, demandó un abordaje interdisciplinario para poder comprender la multidimensionalidad y complejidad del proceso de hospitalización. Asimismo, este proceso ameritó valorar *los recursos* que poseen los familiares para enfrentar la situación, *sus formas y potencialidades* para cuidar, *capacidades y mecanismos* de afrontamiento y *las estrategias* para resolver sus problemas, los cuales modifican fuertemente la dinámica familiar.

Finalmente aclaramos que en este escrito no pretendemos explicitar en su totalidad los resultados del proyecto, sino reflexionar sobre la experiencia del trabajo de campo destacando el carácter multidisciplinar del proceso. Sin embargo, durante todo el escrito nos valdremos de diferentes reflexiones basadas en los resultados, a las cuales pondremos en diálogo constante con categorías conceptuales propias de la sociología de la salud y la antropología social, destacando en especial el concepto de *espera*. Por último, se optó por utilizar apartados estándar para construir una prosa fluida y llana, sin descuidar el nivel de complejidad que en este caso asume el proceso salud-enfermedad-atención.

² “Acompañamiento familiar en los servicios críticos del Hospital Dr. Ramón Carrillo” llevado a cabo por las carreras de Lic. en Enfermería, Lic. en Trabajo Social y Lic. en Sociología de la UNSE en el año 2019, 2020 y parte del 2021. En el mismo, se realizaron numerosas visitas al centro de salud seguidas de un proceso de sistematización de la información recolectada, lo cual sirvió para construir y proponer al centro de salud un protocolo de acompañamiento familiar.

2. Desarrollo

Partimos de entender a la *espera* como una *situación* en la cual se subsumen el manejo de la ansiedad y la adecuación burocrática del sistema de salud (Scribano, 2010), a su vez en esta situación refleja cómo un grupo de personas dispone implícita explícitamente del cuerpo de otras personas. A partir de ello podemos vislumbrar la violencia simbólica que inherentemente porta este concepto; violencia a la cual las familias están claramente expuestas. Esta violencia es potenciada por la misma procedencia geográfica y económica de estas últimas, caracterizada por altos índices de vulnerabilidad y exclusión social. Esta situación de espera, muestra no solo las falencias materiales y formales del sistema de salud (y por ende del Estado), sino también cómo una situación intrínsecamente violenta y penosa (internación crítica de un familiar), se agudiza por la misma permanencia de dichas familias en la institución de salud.

Esta espera extraordinaria, no planificada y prolongada se lleva a cabo en un espacio físico que en términos edilicios no está preparado -ni fue pensado- para ello³. En esta “sala de espera” en tanto territorio, no solo se desenvuelven -y permanecen- personas que demandan atención sanitaria, es decir, potenciales pacientes, (Teixeira y Veloso, 2006), sino que en su gran mayoría encontramos a personas que *habitan* ese espacio⁴, con el único fin de esperar el egreso exitoso de su familiar; y en el peor de los casos, su fallecimiento. Generalmente, dicho proceso está signado por visitas a sus familiares,

³ Formalmente este espacio es una *sala de espera* del servicio de urgencias del centro de salud. Es un pasillo de aproximadamente veinte metros de largo y cuatro de ancho. En él solo se dispone de una decena de sillas y un dispenser de agua.

⁴ Sin embargo, en cuanto a los sujetos que allí circulan, uno de los familiares comenta penoso y a la vez peyorativamente que en varias ocasiones indigentes accedieron a la sala de espera, encontrando en ella resguardo principalmente en épocas invernales. Finalmente destaca que esto puede resultar peligroso para las familias, pues “durante la noche iba gente extraña y dormía a la par de nosotros”.

informes médicos y trámites burocráticos internos y externos al hospital. Es por ello, que en todo ese penoso proceso de espera, se observa la construcción de “una realidad imaginaria en tanto combinación de ambivalencias, situadas entre la recuperación de la vida y el riesgo de la muerte” (Gonzáles Bustamante y Guevara Medina, 2016: 9)⁵.

En ese sentido, resulta necesario entender a la espera como un mecanismo de soportabilidad social (Scribano, 2010), en tanto “herramienta que ayuda a las personas a habituarse a condiciones desfavorables o hechos complejos y a encontrar así estrategias para sobrellevar su particular situación” (Barragán y Valbuena, 2014: 155). Esta espera se cristaliza en una actividad cívica, pues como *ciudadanos*, como seres “civilizados” debemos practicar y entender a la espera como un aspecto intrínseco del proceso de vivir en sociedad; porque así lo decidimos y consensuamos. No obstante, esta actividad cívica está necesariamente entrelazada con *la paciencia*, la cual es entendida como una virtud política de “no desesperar” (Scribano, 2010), siendo virtuosos los sujetos pacientes -los que portan y ejercen la paciencia-, aquellos que esperan con resignación, pero también con esperanza (nótese el tono irónico).

En este sentido, al no centrarnos en los sujetos que directamente demandan y reciben la atención sanitaria (Ballesteros, Freidin y Wilner, 2017), esta espera asume un carácter particular. Como ya mencionamos, las familias *habitan la institución, a la espera* de los informes médicos diarios, al igual que las visitas, y en el caso de los pacientes de la UCI, el ingreso a la sala para colaborar con el cuidado de su familiar. En este contexto, resulta interesante y necesario entender al cuidado en el sentido que le otorga Watson (2012), para quien el término no debe asumir características puramente tecnicistas y biomédicas, sino procesuales y amplias, pues en el cuidado se subsumen dimensiones

⁵ Estas percepciones sobre el cuidado, la vida, la muerte y la espera cobra aún más relevancia cuando se tiene en cuenta que las patologías prevalentes de los pacientes críticos son por lo general politraumatismos por accidentes de tránsito, abdomen agudo, eclampsia, insuficiencia renal y sepsis (Registros estadísticos del Servicio de Terapia Intensiva HR “Dr. Ramón Carrillo”. 2018-2019). Es por ello que inevitablemente las familias están frente a una constante angustia e incertidumbre por el acecho de la muerte misma.

socio-comunitarias, psicosociales, culturales que involucran a la familia, la política institucional y la comunidad. Justamente, partiendo de esta postura se pensaron los objetivos del proyecto de intervención comentado anteriormente.

En relación a esto, el hospital en su totalidad, entendido como lugar de *resguardo* y hábitat transitorio de la familia, funcionó como una suerte de espacio de comunicación e interacción permanente entre las familias, muchas veces devenidos en vínculos, pues ellas comparten las mismas dolencias, los mismos conocimientos de la situación de otros pacientes, al igual que portan las mismas inquietudes; esto provoca que no solo se refuerce el compromiso a la continuidad de la espera, sino también que esta sea más *soportable* (Scribano, 2010). Asimismo, se pudo observar en las entrevistas cómo las familias recrean las causas de la internación de sus familiares, verbalizando repetitivamente los hechos, lo cual, podemos aducir, les permite asimilar sus vivencialidades, haciéndolo de manera incluso “terapéutica”.

Por otro lado, se observa la presencia de distintos rituales y prácticas religiosas en el mismo espacio hospitalario, los cuales sirven no solo para potencializar la capacidad resiliente de las familias sino también para canalizar *emocionalidades*. Para los agentes de salud, dicha *cuestión religiosa* pocas veces se la concibe con la suficiente importancia, en tanto herramientas de contención y alivio del sufrimiento; estos agentes asumen la postura *laissez faire*⁶, desde la cual no critican las prácticas y concepciones, pero no pocas veces las banalizan. Sin embargo, un interesante porcentaje de familias destaca que se vieron acompañadas económicamente por diferentes instituciones religiosas de sus comunidades, lo cual muestra que en este caso la cuestión religiosa no debe ser

⁶ Expresión francesa que denota pasividad, abstención e indiferencia. Traducción literal: *dejar hacer pasar, dejar pasar*.

entendida sólo en términos simbólicos (religiosidades) sino también en términos materiales.

Asimismo, en el trabajo de campo fue recurrente el pedido de un espacio de atención psicológica para los familiares, lo cual es percibido por éstas como una falencia del sistema. Esto visibiliza cómo las familias están excluidas del proceso de atención a la vez que su bienestar bio-físico y psicológico no son prioridades. En ese sentido, los momentos de entrevistas eran percibidas y vividas por los sujetos como situaciones propicias para el desahogo e incluso caracterizadas por ser altamente catárticas⁷.

En este sentido, es necesario destacar que la espera y la paciencia reflejan las normas que impone el Estado moderno (Scribnano, 2010), pero también son las reglas de juego que impone el Modelo Médico Hegemónico (Menendez, 1988)⁸. Esto es visible más precisamente en los cuidados críticos, en el cual el médico establece una relación de asimetría con el paciente y su familia, restringiendo el contacto de los mismos y valiéndose de sus saberes como única opción para tratar el órgano enfermo, sin tener en cuenta su contexto sociocultural y sus necesidades (Canevari Bledel, 2011).

Sin embargo, el saber médico pone de manifiesto una atención despersonalizada debido a la creciente demanda y burocratización en la relación con los usuarios/pacientes,

⁷ Estas características representaron una fuerte superación de las expectativas del proyecto, visto que se contemplaban altas probabilidades de rechazo por parte de las familias, teniendo en cuenta el ya mencionado carácter trágico y traumático de la situación de espera.

⁸ Se entiende por Modelo Médico Hegemónico al “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, 1988: 1)

creando malestares, incertidumbres, generando una paranoia en torno a la situación de espera y del estado salud-enfermedad del familiar. Gran parte de esta paranoia es generada por el lenguaje médico el cual *no* es trasladado al lenguaje “común” de las familias, que inevitablemente deviene en confusión, y muchas veces en desconfianza para con los médicos.

En el contexto hospitalario inmerso en este modelo, se asume que la biomedicina ha sido hasta ahora la disciplina más eficaz -y eficiente- en relación a cualquier otro tipo de atención alternativa (Menéndez, 1988). En la primera, se considera que la medicalización tiene la capacidad de cura o de control sobre los padecimientos de las personas. De esta manera centran la mirada en la enfermedad o patología que presentan las personas, instalando relaciones de subordinación y sumisión por parte de las personas que requieren atención.

En este marco, Menéndez (2005) afirma que estamos asistiendo a la constitución de una sociedad que está produciendo un nuevo tipo de sujeto en términos masivos: una persona que estará enferma durante la mayor parte de su vida. La enfermedad controlada/autocontrolada emerge como un hecho normalizado en la sociedad actual⁹. En efecto, es necesario que, en la sociedad actual, las personas conozcan y promulguen por informarse sobre las enfermedades, y así adoptar prácticas para mejorar la calidad de vida, en tanto le sea útil para decidir sobre los tratamientos alternativos que recibe de la atención de la salud-enfermedad. No obstante, no se aplica de manera frecuente en la realidad del sistema de salud santiagueño, siendo esta problemática una muestra de ello.

⁹ Eduardo Menéndez, antropólogo social argentino radicado en México, fue quien en su artículo “El modelo médico y la salud de los trabajadores” concibió el Modelo Médico Hegemónico, que describe los rasgos y características de la concepción actual de la medicina.

Por otra parte, cabe resaltar que, en las prácticas médicas sumergidas en este paradigma, la enfermedad es un hecho biológico, y no un hecho social o histórico, pues este evoluciona, pero no tiene historia. A su vez es individualista, en cuanto no sugiere la incidencia del contexto socio cultural en el que se encuentra inmersa la persona, dejando atrás a las familias en situación de espera, en una relación de exclusión o participación de la atención de la salud-enfermedad del paciente que requiere cuidados.

Por otro lado, tanto los docentes como los estudiantes de las tres disciplinas involucradas observamos diferentes aristas en todo el desarrollo de este proyecto, las cuales nos invitan a seguir apostando a la interdisciplinariedad. Este encuentro de disciplinas e instituciones propició que un importante cúmulo de estudiantes *conocieran un territorio* que, más allá de la ínfima distancia espacial con la universidad, era prácticamente ajeno a su cotidianidad. Asimismo, más allá de que los estudiantes y docentes de la carrera enfermería lo perciban como actual o futuro campo laboral, existe una reflexión y extrañamiento de ese espacio altamente cotidianizado (Ribeiro, 1989). A su vez, este extrañamiento es propiciado no solo por la interdisciplinariedad, sino por el *cambio de postura para con las familias*, donde éstas no son los pacientes en sí, ni tampoco familias a quien cual traductor deben transmitir información de los médicos, sino sujetos/as a los cuales se debe escuchar y comprender.

Asimismo, se observó una interesante complementariedad entre los saberes de los estudiantes que se reflejó en las diferentes visitas a campo. Desde los estudiantes de trabajo social se observa un claro carácter pragmático y resolutivo, lo cual posibilitó la búsqueda y otorgamiento de información que, en articulación con los conocimientos de los estudiantes de enfermería, facilitó el acceso a diferentes servicios del hospital, servicios que las familias simplemente desconocían. Por su lado, los estudiantes de sociología aportaron, como ya lo mencionamos, diferentes estrategias metodológicas

finas en todo el proceso de recolección de información, en especial aquellas asociadas a la cuestión de *cómo preguntar* y cómo registrar la información.

En ese sentido, sin caer en una perspectiva epistemológica extractivista, podemos observar cómo este campo se presenta no solo como desconocido sino también como *no* problematizado en la provincia, tanto desde la institución sanitaria como desde la academia. Por ello, este proyecto -al igual que este escrito- pretende ser un modesto antecedente para quienes pretenden abordar esta problemática no solo como problema social en sí, sino como

problema sociológico. En ese sentido, a partir de los aportes propuestos por cada disciplina observamos un nivel considerable de cumplimiento de los objetivos, destacando las grandes estrecheces entre cada una, pero a la vez el carácter complementario de sus aportes. Finalmente, es menester destacar las debilidades y dificultades que se pudieron visibilizar, las cuales no dejan de ser menores en cuanto al impacto que dicho proyecto promulgó tener.

3. Reflexiones finales

En este escrito pretendimos inmiscuirnos en las vivencialidades (Scribano, 2010) de familias en situación de espera visibilizadas en las visitas a campo. La complejidad de la problemática nos obligó a tomar aportes no solo de la sociología y ciencias de la salud, sino también de la antropología, lo cual permitió ampliar nuestro enfoque dilucidando aspectos más que llamativos. En ese sentido, el concepto de *espera* fue más que útil para problematizar esta situación donde las familias se encuentran -y se auto perciben- como desamparadas. Dicho proceso de reflexión fue arduo en el sentido de que los estudiantes de sociología y trabajo social, como ya afirmamos, desconocían este campo, el cual era visto como ajeno o extraño; y en el caso de los estudiantes de enfermería, quienes conocen el campo desde el primer momento en el que ingresan a universidad, atravesaron por un fuerte proceso epistemológico de extrañamiento.

En este contexto, el desarrollo del proyecto y la escritura de esta ponencia nos permitió visualizar y problematizar al menos tres cuestiones que no quisiéramos dejar de mencionar. En primer lugar, una cuestión de orden político sanitario o de gestión de la política pública, en el cual se visibiliza la concepción de cuidado propia del modelo biomédico caracterizado por ser organicista e individualista. Dicha concepción excluye a la familia del paciente de todo el proceso de atención, lo cual propicia que esta última atraviese por largos procesos de angustia y padecimientos materiales, agudizándose fuertemente cuando la familia procede de sectores populares.

En segundo lugar, en relación a lo anterior, este proceso de escritura nos permitió reflexionar sobre todo el proceso de “recolección, sistematización e interpretación” de información, que como ya mencionamos nos obligó a valernos de categorías conceptuales propias de la sociología de la salud y la antropología social. De allí surge nuestro interés por indagar en la espera, entendida como actividad cívica en tanto promueve un mecanismo de soportabilidad social; esta espera no sería posible, sin la paciencia de los sujetos. Estos postulados nos ayudaron a comprender la complejidad de la espera de las familias, las cuales están expuestas de manera constante y clara a diferentes formas de violencia. Sin embargo, como contracara pudimos dilucidar diferentes estrategias de soportabilidad de las familias, desplegadas creativamente en conjunto con otras, pero también de manera interna.

En tercer y último lugar, es menester destacar una cuestión de tipo epistemológica y metodológica propiciado por la interdisciplinariedad. El encuentro entre los diferentes universos conceptuales, epistémicos y metodológicos funcionaron de escenario para no solamente construir las herramientas de abordaje y técnicas de sistematización, sino también para reflexionar de manera propositiva -cuando menos de modo apelativo-

sobre las diferentes acciones concretas tendientes a transformar la atención sanitaria en donde se contemple esta problemática.

Sin desatender el carácter “extensionista” de los fines del proyecto en el que se enmarca el escrito, creemos que el abordaje socio-antropológico profundo de esta problemática es más que necesario para generar futuras políticas públicas de calidad. En ese sentido, asumiendo los diferentes aspectos que fueron presentados sin la profundidad que merecen -cuando menos sin mencionarse-, serán considerados en diferentes trabajos de investigación, transferencia e investigación futuros, apostando y aspirando, en la medida de lo posible y más allá de sus desafíos, a la interdisciplinariedad.

4. Bibliografía

Ballesteros, M. N. Freidin B. y Wilner M. (2010). Esperar para ser atendido. Barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud. En En Scribano, A. y Lisdero, P. (2010) Sensibilidades en Juego: miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones. Centro de Estudios Avanzados – Unidad Ejecutora de CONICET – Programa de Estudios sobre Acción Colectiva y Conflicto Social - Córdoba, Argentina. Págs. 63-97.

B

arragán, D. M. y Valbuena, P. N. (2014). La soportabilidad social: las miradas de los medios de comunicación sobre los estudiantes universitarios. Tendencias & Retos, 19(2), 155-169.

Canevari Bledel, C. (2011). Cuerpos enajenados. Experiencia de mujeres en una maternidad pública. Barco Edita. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de

la Salud; Universidad Nacional de Santiago del Estero. Santiago del Estero, Argentina.

Curioni, M. A. (2013). El problema del aborto en Santiago del Estero. Su magnitud y costos humanos, sociales y económicos. Tesis de Maestría en Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba.

González Bustamante y Guevara Medina (2016). “Nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado respecto al cuidado enfermero en la UCI del Hospital Regional Lambayeque-Chiclayo 2015”. Tesis de Especialización. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de Enfermería. Sección de Post Grado.

Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.

Menéndez, E. L. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva, vol. 1, núm. 1, pp. 9-32. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Ribeiro, G. L. (1989). Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica. En Cuadernos de Antropología Social, Sección Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras-UBA, Vol. 2, N°. 1, pp. 65-69.

Scribano, A. (2010). PRIMERO HAY QUE SABER SUFRIR...!!! Hacia una sociología de la “espera” como mecanismo de soportabilidad social. En Scribano, A. y Lisdero, P. (2010). Sensibilidades en Juego: miradas múltiples desde los estudios sociales

de los cuerpos y las emociones. Centro de Estudios Avanzados – Unidad Ejecutora de CONICET – Programa de Estudios sobre Acción Colectiva y Conflicto Social - Córdoba, Argentina. Págs. 169-192.

Teixeira E. R. y Veloso R. C. (2006). O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 320-325.

Tenti, M. M. (2013). La formación de un Estado Periférico Santiago del Estero (1875-1916). Ediciones Universidad Católica de Santiago del Estero. Santiago del Estero, Argentina.

Watson, J. (2012) Ciencia de cuidado humano: La teoría de enfermería. 2da Edición. Estados Unidos de América.