

DEL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN AL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/CUIDADO: ELEMENTOS PARA SU CONCEPTUALIZACIÓN

MOVING FROM HEALTH-DISEASE-HEALTHCARE PROCESS TOWARD HEALTH-DISEASE-CARE PROCESS: ELEMENTS FOR ITS UNDERSTANDING

Michalewicz, Alejandro¹; Pierri, Carla²; Ardila-Gómez, Sara³

RESUMEN

Recientemente se ha producido una modificación en el modo de referirse al objeto de la Salud Colectiva, pasando de hablarse proceso salud/enfermedad, atención a salud/enfermedad/cuidado sin que resulte del todo claro lo que implica tal movimiento. El objetivo de este trabajo es aportar elementos a la conceptualización del "cuidado" en el campo de la Salud, como parte del trabajo de elaboración teórica de un proyecto UBACyT sobre la articulación entre Atención Primaria de la Salud y Salud Mental. A partir de la búsqueda en la base de datos LILACS (1980-2014) se describen y analizan cinco categorías emergentes sobre el uso de la noción de cuidado. Así mismo, se toman elaboraciones de la psicología y el psicoanálisis que aportan una conceptualización del cuidado como condición humana fundamental. Se concluye proponiendo al cuidado como ética que orienta las prácticas en Salud.

Palabras clave:

Cuidado - Salud - Salud Mental - Atención Primaria de la Salud - Ética

ABSTRACT

Is possible to observe a recent change on the Collective Health object, from health/illness/health-care process to health/illness/care; nevertheless is not clear enough what this conceptual change implies. The purpose of this paper is to provide conceptual elements for the analysis of the "care" element of the health/illness/care process. This is framed on the theoretical work of a research project of the School of Psychology, University of Buenos Aires, about the relationship between Primary Health Care and Mental Health. Based on a review of papers indexed at LILACS, five categories that emerged about care are described and analyzed. Also there are presented contributions from psychology and psychoanalysis to the care concept as a fundamental human feature. Finally, an ethical dimension based on care is proposed as the organizer of health care systems and services.

Key words:

Care - Health - Mental Health - Primary Health Care - Ethics

¹Licenciado en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Investigador Cátedra Salud Pública/Salud Mental II y proyecto UBACyT, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. E-mail: alejandromicha@gmail.com

²Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Docente Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

³Psicóloga. Magíster en Psicología Social Comunitaria. Doctora en Salud Mental Comunitaria. Becaria Posdoctoral CONICET, sede Universidad Nacional de Lanús (2013-2015). Docente/Investigadora Cátedra II Salud Pública/Salud Mental y proyecto UBACyT, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN

“Si tendencias tan distintas, algunas de ellas ideológico, técnica, económico y políticamente diferenciadas -y hasta enfrentadas- pueden usar intercambiamente casi los mismos ‘conceptos’, algo está ocurriendo con el uso de esos ‘términos’. En consecuencia para saber de qué estamos hablando y no hablando y cuáles son los problemas que estos conceptos van a ayudar a precisar se requiere un esfuerzo de construcción conceptual”. (Menéndez, 1990, p. 34)

Este escrito forma parte del trabajo de rastreo de estado del arte y análisis conceptual del Proyecto UBACyT “Articulaciones entre Salud Mental y Atención Primaria de la Salud desde una Perspectiva de Derechos, Argentina, 2004-2014”, dirigido por la Profesora Alicia Stolkiner. El mismo se ha nutrido, a su vez, de discusiones en espacios de formación profesional tales como la Cátedra II de Salud Pública/Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y el Seminario de Salud Pública y Prácticas Integrales de Cuidado de la Dirección de Capacitación y Docencia del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos. En particular, este texto se relaciona con uno de los objetivos específicos del proyecto en cuestión: el describir y analizar la relación entre los fundamentos teórico-conceptuales de la Atención Primaria de la Salud (APS) y los de las políticas en Salud Mental, contextuándolos e historizándolos.

La Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana, marco teórico-práctico en el cual se inscribe el proyecto de investigación, se ha constituido como una de los principales movimientos críticos a la mercantilización y biomedicalización de la salud, realizando importantes aportes a la conceptualización de una Atención Primaria de la Salud que se erija en defensa del derecho a la salud de los pueblos y los individuos (Rovere, 2012). Uno de los grandes aportes teóricos de este movimiento consiste en el debate conceptual acerca del objeto de las disciplinas que se ocupan de estudiar los modos de vivir, enfermar y morir de los sujetos y grupos sociales. Así pues, se ha producido en su seno un largo proceso de elaboración que se inició con la discusión sobre los conceptos de salud y enfermedad y la articulación entre los mismos; se realizó entonces un pasaje de verlos como elementos opuestos -o categorías dicotómicas- a conceptualizarlos como articulados en un proceso (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, Merhy, 2002). Esta reflexión se continuó con la necesidad de incluir a las formas de atención como parte del análisis de los modos en que la salud y la enfermedad se presentan en diferentes contextos y poblaciones (Menéndez, 2003). Se ha planteado de esta manera que el objeto de la Salud Colectiva/Medicina Social lo constituiría el proceso salud/enfermedad/atención.

Ahora bien, en textos recientes se observa un nuevo viraje, el cual se produce al reemplazarse el término “atención” por el término “cuidado” en la forma de nombrar dicho proceso. Este cambio se ha visto reflejado rápidamente en las discusiones, textos académicos y de divulgación producidos desde la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana que han comenzado a referirse a su

objeto como proceso salud/enfermedad/cuidado. Sin embargo, a la hora de indagar en el estado del arte qué significaba y qué implicaba dicho cambio de términos, se dificultaba encontrar referencias teóricas que lo analizaran explícitamente y con claridad. Es decir, aunque era posible hallar fuentes que sustentaran los dos primeros movimientos -de la salud y enfermedad al proceso salud/enfermedad, y de éste al de salud/enfermedad/atención-, se dificultaba encontrarlas para el tercero.

El intento por hallar los fundamentos de dicho cambio conceptual -y la necesidad derivada de allí de definir qué se entiende por “cuidado” en el campo de la Salud- dieron impulso al trabajo de búsqueda bibliográfica y elaboración conceptual que intenta reflejarse en este escrito. Surgió, a su vez, la hipótesis de que el concepto de cuidado podría constituirse como un articulador entre la APS y la Salud Mental.

La Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana se propone como una de sus tareas fundamentales el análisis crítico acerca de las conceptualizaciones que forman parte del campo de la Salud, con el fin de poder elucidar y pensar críticamente las prácticas que se ligan o derivan de las mismas. Esto es, considerar este campo, no sólo ni principalmente como un escenario de prácticas, sino como un terreno de luchas simbólicas acerca de las formas de aproximarse al modo en que las personas nacen, viven, enferman, padecen y mueren, y respecto a las respuestas sociales frente a tales procesos (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). El poner la lupa en el concepto de cuidado condujo a la observación de que en los últimos años se había producido un incremento en el uso de este término, tanto en la cotidianeidad de los servicios como en las publicaciones científicas, documentos técnicos y políticas del Campo de la Salud. Sin embargo, parecía estar siendo utilizado en diferentes sentidos por actores con posiciones distintas, e incluso, antagónicas.

Se gestaron así dos supuestos, los cuales serán desarrollados en este texto. El primero de ellos es que en el mencionado campo no es posible encontrar una definición conceptual unánime sobre el “cuidado”, razón por la cual resulta más adecuado hablar de usos de este término que de concepto en un sentido estricto. El segundo, que tal polisemia -no explicitada- sería el resultado de una lucha simbólica por fijar sentidos desde diversas posiciones técnico-políticas del campo de la Salud, y que en ese sentido resulta necesario hacer un esfuerzo por explicitar tales sentidos, y encontrar cuál o cuáles resultan más concordantes con los principios básicos de la Salud Colectiva/Medicina Social Latinoamericana.

OBJETIVOS

Se plantea como objetivo general de este escrito el aportar elementos a la conceptualización del proceso salud/enfermedad/cuidado como objeto de la Salud Colectiva/Medicina Social. Para ello, se desarrollará como objetivo específico el describir y analizar algunos de los usos actuales del término cuidado en el campo de la Salud, tomando como foco las publicaciones científicas en Salud de América Latina y el Caribe, región en la que se desa-

rolla el movimiento de Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana.

Así pues, el propósito de este trabajo es mostrar, a partir de la revisión de la literatura científica, los usos de un término que resulta nodal para el campo. Vale la pena aclarar que lo que aquí se presenta constituye un aporte o punto de partida de un trabajo de elaboración y reflexión teórica necesariamente más amplio, dada la centralidad del concepto de cuidado.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de documentos en la base de datos LILACS, la cual compila la literatura científica y técnica de América Latina y el Caribe desde 1980. Se utilizaron como descriptores los términos “salud” y “cuidado” en el título del documento, siendo los límites temporales el año de inicio de LILACS (1980) y enero de 2014. Esta búsqueda inicial arrojó 283 referencias, por lo cual se limitó por “artículo” como tipo de documento, dando como resultado 247 artículos. A su vez, se eliminaron 46 artículos que se encontraban repetidos, que no tenían el texto completo disponible, o que el trabajo o los autores no fuesen de países de América Latina y el Caribe. De este modo, el universo quedó compuesto por 201 artículos.

Una vez establecido lo anterior, se procedió a la construcción de categorías a partir de los usos emergentes sobre el término “cuidado”, a fin de utilizarlas para el análisis de todo el material, trabajo último que se encuentra en curso. Se presentarán aquí las categorías definidas, las cuales fueron elaboradas a partir de la revisión de una muestra aleatoria pequeña de la totalidad de los artículos. Para este proceso, cada uno de los artículos de la muestra fue revisado por dos de los investigadores del proyecto de manera independiente, con la finalidad de identificar en cada uno el uso o los usos que se daban al término “cuidado”. Tras la discusión de los resultados, se estableció una taxonomía de cinco categorías, las cuales serán descritas en los siguientes apartados.

RESULTADOS

Descripción general

En términos temporales, de los artículos encontrados uno había sido publicado en la década del 80, tres en la del 90, 64 en la década 2000-2009, y 133, es decir el 66%, en el periodo 2010-2013. En lo que respecta al idioma, 11 estaban escritos en inglés, 56 en español y 134 (67%) en portugués. Por otro lado, en lo referido al país desde el cual se escribían los artículos, Cuba, Jamaica, Estados Unidos, Panamá, Perú y República Dominicana contaba cada uno con un artículo, Venezuela con dos, Chile con tres, México con cuatro, Argentina con 13, Colombia con 27 y Brasil con 146 (73%). En el caso en que hubiese diversas procedencias de los autores, se consideró a aquel que fuese el autor principal, o que fuese de América Latina y el Caribe. A su vez, y en lo concerniente al tipo de revista en el cual se encontraba el artículo, 120 (60%) eran publicaciones de enfermería, 47 de salud pública o salud colectiva, 12 de psicología y/o psiquiatría, cuatro de bioética, cuatro de

pediatría y 14 de diversas especialidades médicas.

Como se observa, la mayoría de la producción se localiza en los últimos cuatro años. También, que Brasil es el país con mayor producción de artículos relacionados con el término cuidado, aunque esta afirmación debe ser contrastada a la luz del número total de publicaciones por país en el campo de la salud, y con el número de investigadores y profesionales de la salud en dicho país. Por último, se observa que un importante porcentaje de los artículos corresponden a revistas de enfermería, lo cual puede relacionarse con el debate existente desde hace varias décadas al interior de dicha disciplina acerca de su objeto, y la conceptualización del cuidado en este sentido.

Categorías

A partir del proceso de categorización emergente, se construyeron cinco categorías referidas cada una de ellas a un uso diferente del término “cuidado”. El primero entiende por éste una dimensión de las prácticas en salud relacionada a lo vincular/afectivo. El segundo nombra como cuidado a las prácticas no formales en salud. El tercero reivindica el término en cuestión como un concepto superador de la simple atención, a partir de características como la integralidad y la participación. El cuarto plantea al “cuidado” como eje que orienta la atención centrándola en los usuarios. Y finalmente, el quinto usa este término como sinónimo de atención. A continuación, se describirán y analizarán con mayor detalle cada uno de los usos/categorías encontrados.

LOS USOS DEL TÉRMINO “CUIDADO”

El cuidado como dimensión vincular/afectiva de las prácticas en salud

“(…) es evidente la permanencia de modelos de atención biomédicos que distan de la verdadera esencia del cuidado de enfermería, al reducir lo humano a lo biológico y al desviar la atención del profesional de enfermería de su visión humanista y holística del cuidado” (Vargas-Escobar, 2010, p.85)

Uno de los usos observados para el término cuidado en el campo de la Salud es el que pretende nombrar cierta dimensión de las prácticas referida a los aspectos vinculares y afectivos que se ponen en juego en la atención. De este modo, la palabra cuidado hace referencia a la parte afectiva-y por contraste no técnica- de la atención. En el marco de este trabajo la llamaremos “dimensión vincular/afectiva”.

Respecto de este uso, algunos grupos de profesionales de enfermería plantean que el objeto de su trabajo es justamente el cuidado entendido en estos términos (Boykin, Schoenhofer, 1993; Murillo, 2003). Se observa desde ellos un esfuerzo por conceptualizar su tarea ligándola a la noción de cuidado, planteándose que el quehacer del enfermero(a) implica, además de las tareas concretas de asistencia a los enfermos, una tarea implícita de vinculación emocional con el paciente, que aunque central es poco o nada valorada por las instituciones de salud. Al respecto Murillo señala (2003):

A pesar de ello, las enfermeras constituyen la parte emocional de la institución. Sus funciones se desdoblaron entre una competencia técnico-sanitaria y una implícita (por no estar contemplado en la descripción del puesto de trabajo) capacidad para la **dedicación subjetiva** al paciente en interés de su propia terapia. (pág. 10, el resaltado es nuestro)

Este uso -presente en la enfermería pero no exclusivo de ella- resalta una dimensión que según los críticos del modelo médico hegemónico y del crecimiento desmedido de la biomedicina, se ha deteriorado debido a una distorsión (y abreviación en tiempos) de la relación médico-paciente excesivamente mediada por la aparatología (Kleinman, van der Geest, 2009). En un sentido similar, otros autores incorporan la distinción entre tecnologías duras y tecnologías blandas, considerando que todos los trabajadores de la salud se nutren -o deberían nutrirse- de ambas en su trabajo asistencial. Entendiendo a las tecnologías blandas como producción de relaciones entre sujetos, señalan la existencia de un “núcleo cuidador” que pertenecería a todos los trabajadores de la salud (Merhy, 2006).

El cuidado como las prácticas no formales en salud

“En efecto, cuando una persona se encuentra en una condición de salud crónica precisa el cuidado continuo y prolongado que brindan las familias” (Venturiello, 2012, p. 1066)

Otro uso hallado para el término cuidado es la utilización del término para hacer referencia a las prácticas -tanto preventivas como curativas- que realizan las personas por fuera del sistema de salud u otros sistemas formales de atención. Es en este sentido que se utiliza la denominación de “no formales” en oposición a las formales, marcándose la diferencia entre unas y otras en el marco institucional en el cual se produce la práctica de salud, asociándose al ámbito privado con lo no formal (Thomas, 1993).

El cuidado, a partir de este uso, puede desarrollarse o bien de manera individual -tendiendo a denominarse como auto-cuidado (por ejemplo, dietas y ejercicio físico)- o bien en lo que respecta al cuidado de otros, denominándose como “cuidadoras” a las personas que cumplen ciertas tareas (por ejemplo, cuidados en el hogar de personas enfermas o con algún grado de dependencia). Kleinman y van der Geest (2009) han planteado que el auge del cuidado -tal como lo entiende este uso- podría relacionarse con la importancia que han adquirido las enfermedades crónicas en determinados contextos, lo cual ha producido un aumento en la demanda de “cuidado” por fuera de las instituciones sanitarias.

Por otro lado, desde la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana, se ha planteado que un riesgo presente en esta acepción del cuidado es que se responsabilice a los individuos y familias por cuidar o descuidar, individualizando y privatizando dicha función, desligándola de sus dimensiones históricas, políticas, económicas, y de construcción colectiva y eximiendo a los Estados en su responsabilidad por el cuidado de las personas (Peña y Garduño, 1994; Menéndez 2003; Stolkiner, 1994). Con base en tal crítica, se ha propuesto como concepto alternativo el de

auto-atención -a fin de diferenciarlo del de auto-cuidado, ligado a la biomedicina- el cual incluye además del individual, otros niveles de análisis tales como las condiciones materiales de existencia y los modos de vida (Breilh, 2009). La auto-atención, según la define Menéndez (2003), implica representaciones y prácticas que la población usa a nivel individual y grupal para explicar, diagnosticar, atender, curar y prevenir procesos que afectan su salud. Finalmente, es importante destacar que la auto-atención, a diferencia del cuidado no formal, no es meramente un apoyo “externo” al sistema sanitario, sino el eje articulador entre diversas formas de atención (biomedicina, tradicional, alternativas, etc.).

El cuidado como atención integral en salud

“Los avances más importantes en el cuidado de la salud y en el mayor bienestar de la población dependen más de las medidas sanitarias y de otras variables como la educación, que de la medicina”. (Ceriani Cernadas, 2011, p. 98).

El siguiente uso encontrado para el término cuidado se aproxima a lo que desde la Atención Primaria de la Salud (APS) se entiende como “atención integral”, es decir, la concepción presente en los planteamientos originales de la APS. Al respecto, Tejada de Rivero (2003) señala que en la Declaración de Alma-Ata se planteaba mediante el término cuidado (“care”) una concepción del quehacer en Salud que iba más allá de la atención:

“La versión original en inglés usó el término ‘cuidado’ (care), y no ‘atención’. El ‘cuidado’ tiene una connotación mucho más amplia e integral que la ‘atención’. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos”. (Tejada de Rivero, 2003, p.5)

La traducción al español del vocablo inglés “care” como “atención” y no como “cuidado” queda reducido en su sentido, ya que el término inglés es mucho más rico que ambas alternativas hispanicas. En éstas se pierden algunas acepciones, tales como: interesarse por algo o alguien, dar importancia, ocuparse o preocuparse. A su vez, y retomando la cita de Tejada de Rivero (2003) se puede observar que en el contexto de la APS el término cuidado se utilizó a fin de indicar que las prácticas en Salud -entendida ésta en un sentido amplio e integral- exceden a lo que puede -y debe- hacer el sector sanitario y a ciertas prácticas hegemónicas dentro del mismo. Son de destacar los términos con los cuales se describe lo que sería el cuidado al oponerlo a la atención: se habla de integralidad, de relaciones horizontales, simétricas y participativas, y de intersectorialidad. Es decir, se plantea que para producir salud (Campos, 2009) es indispensable la conjugación de las acciones “sanitarias” con otras, así como la relación entre diversos saberes -técnicos y no técnicos- en tanto se concibe a las problemáticas en Salud desde su complejidad.

Si bien es posible señalar que este uso del cuidado incluiría al anteriormente descrito como “prácticas no formales”, la atención integral no se limita a dichas prácticas no formales. Ésta -la atención integral- implica una serie de movimientos, los cuales se realizan desde la anterior centralidad del sistema sanitario en diferentes sentidos: hacia otros sectores (educación, justicia, etc.), hacia otros saberes y actores (grupos domésticos, pares), y más aún, hacia otras situaciones de vida cuyo eje no es la enfermedad. Este cambio implica una modificación cualitativa más que cuantitativa. No consiste en ampliar la atención a lo que se hace en otros lugares, a lo que hacen otros actores y a lo que se hace en otras circunstancias, es decir, no se trata de una expansión de la atención. Se trata más bien de entender que todo eso -el cuidado- es diferente de la atención.

El cuidado como el eje que orienta atención, centrándola en los usuarios

“(…) en un sistema de salud los profesionales producen modos diferentes de cuidado y de cuidar, que también son percibidos de manera diferente por quien es cuidado. Por lo tanto, los modos de cuidar y de producir cuidados se irán delineando y percibiendo por quien los produce y por quien los recibe.” (Sousa y Erdmann, 2012, p. 796. Original en portugués)

Este cuarto uso del término cuidado relaciona el nivel de análisis del encuentro usuario-trabajador de salud con el del modo de organización de los servicios. Conecta, en ese sentido, la dimensión que podría llamarse clínica con la de la gestión. Algunos autores brasileños, en particular Merhy (2006) y Campos (2009) han teorizado sobre el cuidado en el sentido que se quiere transmitir al recortar este uso. El primero de ellos ha planteado que los sistemas de salud parecieran haber perdido su rumbo al confundir los medios -los procedimientos técnicos- con los fines, siendo preciso que el sistema sanitario vuelva la mirada hacia los usuarios, en el sentido de organizar los servicios a partir de éstos. De un modo similar, Campos (2009) ha señalado que las instituciones de salud requieren volver a su objetivo primordial, definiendo éste como “la producción de salud”.

Podría plantearse que este uso del término cuidado guarda cierta similitud con el que aquí se ha definido como “dimensión vincular/afectiva”, pero que va más allá de dicha dimensión, al relacionarla con la gestión de los servicios y la organización del trabajo en salud. Esto dicho en otros términos significa que lo vincular no sería solo una dimensión de las prácticas, sino el eje desde el cual se debe organizar a los sistemas y servicios de salud. Una de las razones de esto es que el trabajo en Salud tiene como especificidad el que su objeto es, fundamentalmente, un sujeto (Testa, 1993).

El cuidado como sinónimo de atención

“Actualmente, las infecciones hospitalarias (IH) se denominan Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS), debido al incremento de los procedimientos ambulatorios y con el objeto de acercar su significado al concepto de cali-

dad de la atención médica y seguridad del paciente.” (Lossa et al. 2011, p. 12)

Un último uso del término cuidado es aquel que lo equipara a la atención, ya sea alternándose ambos términos como si fueran sinónimos, o bien formulándose un cambio en la nomenclatura sin implicar ello modificación alguna en las concepciones de base. A modo de ejemplo, en el artículo del cual se extrajo el epígrafe se plantea nombrar a las infecciones hospitalarias “Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud”. El “cuidado de la salud” hace referencia allí a procedimientos tales como: asistencia respiratoria mecánica, catéter central, sonda vesical y líneas periféricas, los que se señalan como factores de riesgo exógenos para las infecciones en cuestión. El uso de esta terminología se justifica sencillamente en poder englobar, a diferencia del término “infecciones hospitalarias” los procedimientos ambulatorios.

No hay mucho más para decir respecto a este uso; quizás sólo advertir cómo pueden vaciarse de sentido algunos conceptos que pretenden ser novedosos o críticos cuando su uso se extiende independientemente de las concepciones que los fundamentan.

CONCEPTUALIZANDO EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/CUIDADO

Retomando el interrogante inicial, referido al cambio del término atención por el término cuidado en el objeto de la Salud Colectiva/Medicina Social, quizás habría que partir de ciertas transformaciones en la conceptualización misma de la Salud propuestas por este movimiento para poder comprender el cambio en cuestión. Así pues, si la noción de salud ya no es lo opuesto de la enfermedad (ni la ausencia de la misma), y más bien se refiere a cuestiones tales como el “buen vivir” (Acosta, 2010) y el ejercicio de los derechos de los sujetos y los colectivos, la noción de atención no resulta del todo adecuada para describir lo que son las prácticas en Salud en toda su complejidad. De esta forma, si el cambio teórico-práctico que propone la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana implica partir del presupuesto teórico-filosófico de la salud y la vida (sin descuidar la enfermedad), incluir otras metáforas explicativas y comprensivas además de la positivista y desarrollar prácticas que integren a diversos actores y poderes (Granda, 2004), resulta necesario modificar el modo de pensar -y seguramente de nombrar- a las prácticas en salud. Podría señalarse que algunos de los usos del término cuidado descritos anteriormente (particularmente el tercero y el cuarto) se inscriben en esa línea, dando cuenta de movimientos, elaboraciones y propuestas en el modo de entender las prácticas en salud.

Ahora bien, pese a que el término cuidado resulta potente para señalar dicha transformación conceptual, el hecho de que un mismo término se use al menos de cinco maneras diferentes en el campo de la Salud -incluso en un mismo documento- conlleva a confusiones. Puede que la polisemia sea una característica intrínseca de este término -y del lenguaje en general-, aunque también puede resultar necesario dar un paso más en el intento por defi-

nir qué es el cuidado. En función de ello, resulta necesario salir del campo de la Salud en sentido restringido para pensar al cuidado -más allá de la salud- en tanto condición humana fundamental.

El cuidado como condición humana fundamental

Heller (2001) ha señalado que el cuidado puede considerarse una condición humana fundamental. Es decir, que el hecho de haber sido cuidados por otros no sólo es algo necesario para la supervivencia, sino que constituye y caracteriza a los seres humanos. Ello permite, a su vez, que las personas se constituyan en potenciales cuidadoras, siendo las prácticas en Salud uno de los ámbitos privilegiados en que dicha condición puede expresarse. Chardón y Scarímbolo (2011) han señalado que es en el marco de los cuidados parentales donde se desarrollan las primeras funciones de cuidado, a través de las cuales el recién nacido se transforma en sujeto de la cultura. Asimismo, tomando como base desarrollos de Ulloa (1995), destacan el papel fundamental que en dichos cuidados juega *la ternura*. De esta manera, definen al cuidado como un sistema de actividades destinado a promover, sostener la vida y la calidad de vida de las personas, caracterizado por la construcción de un lazo social tierno que tenga en cuenta la posibilidad de “alojar” al otro en acto.

Si se profundiza en la referencia a los cuidados parentales, resulta importante definir que los mismos no se reducen, de ninguna manera, a la simple satisfacción de ciertas necesidades vitales como, por ejemplo, las alimentarias. Una prueba contundente de ello lo constituye el fenómeno definido como *hospitalismo* (Spitz, 1974) el cual evidencia que resulta esencial, incluso para la supervivencia del naciente, que la satisfacción de sus necesidades esté sostenida en un vínculo con otro.

Ahora bien, dicho vínculo debe adquirir características particulares, y para ahondar en las mismas resulta pertinente retomar la conceptualización de Ulloa (1995) acerca de la ternura, la cual es según dicho autor, condición de posibilidad de los cuidados parentales:

“La ternura, siendo de hecho una instancia ética, es inicial renuncia al apoderamiento del infantil sujeto. (...) Esta coartación del impulso de apoderamiento del hijo (...) genera dos condiciones, propias de la ternura: la empatía, que garantizará el suministro adecuado (calor, alimento, arrullo, palabra) y como segundo y fundamental componente, el miramiento. Tener miramiento es mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo.” (Ulloa, 1995, p. 135).

Vale la pena destacar de lo anterior dos aspectos: primero, las dos condiciones generadas por la ternura, el *miramiento* y la *empatía*, a las que en otros textos se agregará el *buen trato*; segundo, su definición de la ternura como una “instancia ética”, lo que lleva a abrir la cuestión de las relaciones entre ética y cuidado. La ética en el marco de las relaciones humanas resulta fundamental, en tanto que la existencia en el ser humano de impulsos agresivos dirigidos hacia otros seres humanos hace que sea necesari-

rio un esfuerzo por parte de la cultura para mantener dichos impulsos bajo cierto límite (Freud, 1930/2001). La ética, así como también los derechos humanos, pueden considerarse productos de la cultura que se orientan hacia ese objetivo. La ética, tal como plantea Bleichmar (2011), consiste -según el sentido que le ha dado Levinas- en “el reconocimiento de la presencia del semejante”. Podría definirse “semejante” como un otro que es sujeto de derechos. Si se considera que el concepto de dignidad, valor intrínseco de todo ser humano en tanto que humano, está en el centro mismo de los Derechos Humanos, puede definirse a las personas -en oposición a las cosas- a partir de su dignidad. Según el Diccionario Latinoamericano de Bioética:

“Las cosas, dice Kant, tienen precio, pero el hombre, en cambio, tiene dignidad. Lo que tiene precio es intercambiable, puede ser mercancía, servir de medio para otros fines. La dignidad del hombre implica, por el contrario, que todo ser humano sea fin en sí mismo, insustituible, nunca intercambiable ni tomado como objeto o cosa, como instrumento o mercancía.” (González Valenzuela, 2008, p. 277)

Retomando lo dicho hasta aquí, podría afirmarse que no existe cuidado sin la instauración de un vínculo; y que dicho vínculo debe estar sustentado en una corriente afectiva tierna, posibilitando ello la inclusión en el mismo de *la empatía, el miramiento y el buen trato*. Estas tres condiciones -que Ulloa presenta como propias de la ternura- podrían considerarse, a su vez, características fundamentales del cuidado. Asimismo, podría proponerse cierto fundamento ético común a cualquier práctica definida como cuidado: se trata del reconocimiento del otro como semejante -como sujeto de derechos- cuya dignidad impide que sea tomado como objeto, cosa, instrumento o mercancía.

Volviendo al campo de la Salud -y considerando el elevado nivel de mercantilización que ha alcanzado este sector (Laurell, 1994)- resulta pertinente recordar que cualquier supuesta “práctica de cuidado” que implique la apropiación del otro (y/o su cuerpo) para goce, interés o ganancia de su agente (o de un tercero) queda -por definición- desacreditada en tanto tal. Asimismo, ante la creciente tendencia hacia la instauración de una atención en Salud únicamente prescriptiva, donde el vínculo humano aparece menospreciado o es considerado secundario o hasta irrelevante, cabe resaltar -una vez más y por obvio que parezca- que el cuidado se instituye siempre en un vínculo intersubjetivo. Así, la “satisfacción de necesidades” que pueda implicar cierta práctica no puede aislarse nunca del vínculo en el cual se produce.

CONCLUSIONES

El análisis realizado permite señalar que actualmente en el campo de la Salud, es posible observar al menos cinco usos para el vocablo cuidado. Incluso si se considera que tal polisemia puede ser intrínseca a dicho término, resulta necesario diferenciar los distintos sentidos que pueden atribuírsele en función de esclarecer también el o los sentidos que se le quieren dar a éste en el marco de la

conceptualización del proceso salud/enfermedad/cuidado producida desde la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana. Esto resulta de gran importancia debido a que, como ya ha ocurrido, conceptos o ideas potentes y contra-hegemónicas en su origen, pueden y suelen ser capturadas por ideologías contrarias.

Dos de los usos encontrados -el que apunta a la integridad en la atención y el que propone la reorganización de los servicios tomando como eje a los usuarios- son aquellos que resultarían más acordes a los planteos de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana.

Por otra parte, ciertos desarrollos provenientes de la psicología y el psicoanálisis pueden aportar una visión acerca de la dimensión ética del cuidado. Esta perspectiva posibilita plantear al "cuidar" como una posición en relación al otro, sustentada en su reconocimiento como semejante. A su vez, da lugar a definir las "prácticas cuidadoras" como prácticas enmarcadas en un tipo de vínculo, el cual se caracteriza por el buen trato, el miramiento y la empatía. Definir una "ética del cuidado" permite postular a esta misma como orientación o marco de las prácticas. Parafraseando a Matus (Huertas, 1994), el cuidado debería preceder y presidir la acción en Salud.

Si bien existen ciertas acciones relacionadas con el alojamiento del otro que pueden y deben ser relevadas como parte de la calidad de las prácticas, éstas no deberían dejar de considerarse como expresión de cierta totalidad que se orienta -o no- desde una ética del cuidado. En este sentido, una clave consiste en tomar como eje de las prácticas en Salud el compromiso con los usuarios y con la resolución de sus problemas. Si se toma el punto de vista de los usuarios sobre los servicios de salud, éstos suelen reclamar por la falta de interés y responsabilidad de los diferentes servicios en relación a su persona y a su problema. Según Merhy (2006): "Como regla los usuarios se sienten inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, despreciados, no respetados" (p.84). Así pues, si se invierten los adjetivos anteriormente utilizados para describir las quejas de los usuarios, se obtiene una muy buena descripción de cómo se sienten quienes son receptores de prácticas en Salud, cuando las mismas están orientadas desde una ética del cuidado: *seguros, informados, amparados, protegidos, apreciados, respetados*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A. (2010) El buen vivir, una utopía por (re)construir. CIP-Ecosocial. Boletín ECOS, 11.
- Bleichmar, S. (2011) La construcción del sujeto ético. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Boykin, A., Schoenhofer, S.O. (2002) Nursing as caring: A model for transforming practice. New York: National League for Nursing Press.
- Breilh, J. (2009) Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Campos, G.W.S. (2009) Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ceriani Cernadas, J.M. (2011) Editorial: Participación de los médicos asistenciales en las deficiencias sanitarias y en el cuidado de la salud en nuestro país. Arch Argent Pediatr, 109(2), 98-99.
- Chardón., M.C., Scarímbolo G. (2011) En busca de nuevas categorías para pensar en salud. El cuidado y sus transformaciones. En: Blasco, M. et al. Salud pública, prácticas integrales de cuidado y su construcción social. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Freud, S. (1930/2001) El malestar en la cultura. En J. L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: Sigmund Freud, Vol. 21. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- González Valenzuela, J. (2008) Dignidad Humana. En: Tealdi, J.C. (director) Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: UNESCO y Universidad Nacional de Colombia.
- Granda, E. (2004) ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? Revista Cubana de Salud Pública. 30(2).
- Heller, A. (2011) On the concept of care. En Pinheiro R, Gomes da Silva A. Ciudadanía no cuidado. O Universal e o comum na integralidades das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Huertas, F. (1994) El Método PES. Planificación Estratégica Situacional. Entrevista a Carlos Matus. Caracas: Fondo Altadir.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. Merhy, E.E. (2002) Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública, 12(2), 128-136.
- Kleinman, A., van der Geest, S. (2009) 'Care' in health care. Re-making the moral world of medicine. Medische Antropologie, 21(1), 159-168.
- Laurell, AC. (1994) La salud: de derecho social a mercancía. En: Laurell AC (comp.). Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.
- Lossa, G., Giordano Lerena, R., Arcidiácono, D., Fernández, L., Díaz, C., Peralta, N., Cabral, M.A., Clemente, M., (2011) Prevalencia puntual de infecciones asociadas al cuidado de la salud en áreas no críticas de hospitales en la red nacional de vigilancia de infecciones hospitalarias de Argentina (VIHDA). Rev Argent Salud Pública, 2(6), 2-18.
- Menéndez, E. (1990) Informe: Sistemas Locales de Salud. Aproximación Teórico-metodológica. Reunión de Evaluación del Proceso de implementación de los SILOS, Organización Panamericana de la Salud, Realizada en Sao Paulo el 30 de junio de 1990.
- Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (1), 185-207.
- Merhy, E.E. (2006) Salud: Cartografías del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Murillo, S. (2003) Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres.

- En: SARE. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Disponible en: http://www.e-mujeres.net/sites/default/files/Cara_y_cruz_del_cuidado_que_donan_las_mujeres.pdf
- Peña, F., Garduño, M.A. (1994) Unidades familiares, mujeres y salud en el desarrollo. En: Laurell AS. (coord). Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. (61-87) México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.
- Rovere, M. (2012) Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúdeem Debate*, 36 (94), 327-342.
- Sousa, F.G.M., Erdmann, A.L. (2012) Qualificando o cuidado à criança na atenção Primária de Saúde. *RevBrasEnferm*, Brasília, 65(5), 795-802.
- Sousa Campos, G.W. (2009) Gestión en Salud. En defensa de la vida: Buenos Aires:Lugar Editorial.
- Spitz, R. (1974) El Primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stolkiner, A. (1994) Tiempos "posmodernos". Procesos de ajuste y salud mental. En: Saidón O, Troianovsky P. (comps) Políticas en Salud Mental. (25-55) Buenos Aires: Lugar Editorial..
- Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. (2012) Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /salud colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 52-56.
- Tejada de Rivero, D.A. (2003) Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 8(2), 2-7.
- Testa, M. (1993) El Hospital visto desde la cama del paciente. *Salud, Problema y Debate*. 1993.
- Thomas, C. (1993) De-Constructingthe concept of care. *Sociology*, 27(4), 649-669.
- Ulloa, F. (1995) Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1995.
- Vargas-Escobar, L.M. (2010) Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería, Imagen y Desarrollo*, 12(1), 79-94.
- Venturiello, M.P. (2012) Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis*, 22 (3), 1063-1083.

Fecha de presentación: 28 de marzo de 2014

Fecha de aceptación: 23 de junio de 2014