

¿PUEDE LA REHABILITACION PREVENIR LA EXCLUSION SOCIAL?

Alejandro Guajardo¹

Resulta altamente interesante en el marco de la Cumbre para el Desarrollo organizada por la ONU, abrir un espacio de discusión especializada, en que terapeutas ocupacionales o ergoterapeutas puedan debatir con altura de miras cómo la rehabilitación se relaciona con el fenómeno social.

Respecto a la pregunta planteada sobre la posibilidad de prevenir la exclusión social mediante la rehabilitación, intentaré dar cuenta de algunos puntos de vista, vinculando esta exposición a la realidad chilena y en particular a lo que ha sido mi experiencia en los últimos años, es decir, a la terapia ocupacional en el ámbito de la salud mental y los derechos humanos.

En primera instancia, la pregunta induce a ver la rehabilitación como un fenómeno independiente de lo social, cuando en realidad son expresiones de un mismo fenómeno que, sin embargo, no se encuentran en un mismo nivel de análisis.

La rehabilitación es una etapa muy particular de las diferentes acciones que se realizan en salud. Su expresión se da fundamentalmente en el nivel terciario de atención, ya sea a nivel comunitario, intermedio u hospitalario. Por tanto, ella forma parte del proceso terapéutico general con el que se intenta resolver los problemas de salud mental.

La salud mental es parte constitutiva del proceso salud- enfermedad, entendido éste como un continuo que presenta dos extremos y en cuyo trayecto se manifiestan diversas problemáticas. El proceso salud-enfermedad desde la perspectiva médica tradicional es percibido como expresión de fenómenos biológicos, independiente del contexto histórico y la realidad concreta de la persona. Esta visión resulta claramente insuficiente para concebir la rehabilitación como un fenómeno psicosocial y para dar respuesta a la pregunta planteada.

¹ Terapeuta ocupacional, terapeuta familiar, docente de la carrera de Terapia Ocupacional en la Universidad de Chile, miembro del Comité Directivo de CINTRAS.

Si entendemos, en cambio, el proceso salud-enfermedad como una forma de expresión del individuo en su globalidad, la sanidad, la enfermedad o la muerte serán comprendidas como resultado de la vida que éste desarrolla en una sociedad concreta y en un momento histórico determinado. Visto así, todo el ámbito relacionado con el proceso salud-enfermedad, es decir, tanto la patología como las acciones curativas y la salud pública, tienen su origen en la estructura social y están condicionadas, por tanto, por la vida social que se genera en el marco de las estructuras económico-sociales.

Si la rehabilitación deviene desde lo social, podremos dar respuesta a la pregunta planteada, no desde la rehabilitación misma, sino que desde el ámbito de lo social.

En el área que nos interesa, es indudable que la concepción que el Estado tenga de las políticas de salud es determinante para sus diferentes expresiones: preventivas, curativas o rehabilitadoras, realizadas a nivel comunitario u hospitalario. De la política de salud del Estado depende el monto y carácter de los recursos económicos, técnicos, profesionales, infraestructura, etc. de que se dispondrá para realizar acciones concretas como lo es, por ejemplo, la rehabilitación. En el caso de la salud mental y la psiquiatría las políticas de salud dan cuenta, además, del concepto, visión o ideología con que socialmente se concibe la patología de salud mental.

En Chile, desde comienzos de siglo se han desarrollado gradualmente las políticas de salud a la par de las transformaciones sociales. La psiquiatría asilar, represora, sustentada en el paradigma de la locura y explicada desde lo biológico y lo sobrenatural, fue sucedida por una práctica psiquiátrica sustentada en las ciencias sociales -la sociología, la antropología y psicología-, que tenía como objetivo la inserción del sujeto en la comunidad, para lo cual se requería necesariamente de un proceso de rehabilitación. Es decir, la rehabilitación era concebida como un recurso técnico de la salud para lograr la plena integración del individuo a la vida social.

Con la instauración y desarrollo de regímenes cada vez más socializantes, con participación mayor de la gente -lo que alcanzó su máxima expresión en el gobierno de Salvador Allende- las políticas de salud desplegaron su potencialidad a través de un trabajo comunitario y consolidando la rehabilitación como un factor imprescindible para trasladar al paciente desde el hospital a su entorno social natural.

La conexión de la rehabilitación con los procesos sociales queda nuevamente demostrada, cuando ésta sufre un serio revés durante la dictadura militar. En este período los hospitales psiquiátricos pasaron a ser instrumento de las políticas represoras. Se produjo una involución del quehacer técnico y la rehabilitación como tal dejó de cumplir su objetivo, para transformarse en un conjunto de acciones funcionales que no llevaban a la inserción social de las personas. La práctica psiquiátrica de este período

fue nuevamente estrictamente biológica, fundamentalmente asilar y con una carga asistencial sobredimensionada. La primacía del principio del rol subsidiario del Estado, del autofinanciamiento tanto en el ámbito de la salud como en el de la educación, la concepción de las prestaciones en salud ya no como un servicio obligatorio del Estado sino como una mercancía, llevaron a una drástica reducción de los recursos para rehabilitación con la consecuencia del efecto de puerta giratoria (entrada y salida permanente de pacientes hospitalizados).

La dependencia de la rehabilitación del fenómeno social es incuestionable. En su esencia, en su base teórica y práctica, ella debe estar destinada, como propósito último, a situar a los individuos en la comunidad en un rol equivalente a quien no está enfermo o discapacitado. Su motivación es legitimar a quien sufrió la enfermedad y el motor de su acción es evitar la exclusión. Sin embargo, para lograr efectivamente la integración plena de la persona a la comunidad en un rol protagónico, es decir, cumpliendo una función social productiva que la legitime en su entorno, es imprescindible que la rehabilitación se realice en un contexto social que propicie la inserción sin exclusión.

Cuánto de esto se logre y qué nivel se alcance, dependerá de la forma de organización que la sociedad se dé para enfrentar los problemas de salud-enfermedad, de cómo se estructura y capacita a profesionales y técnicos para esta tarea, de cómo se generan los recursos económicos y las condiciones de infraestructura y de cómo se integra y hace participar en esta tarea al conjunto de la sociedad.

Una sociedad sustentada en la solidaridad y los derechos humanos estará en mejores condiciones para que la rehabilitación pueda cumplir su objetivo fundamental. En un contexto de esta naturaleza, la rehabilitación orientada a la inserción como forma concreta de prevenir la exclusión, deberá cumplir algunas condiciones básicas en su ejecución: debe ser considerada siempre como un proceso que tiene etapas, con inicio y fin, incluyendo una evaluación y seguimiento; debe ser intensiva y planificada, considerando a la persona como un todo, con sus aspectos médicos, biológicos, psicológicos, familiares y psicosociales; debe contemplar el uso de medicamentos, incorporar a la familia en el proceso rehabilitador y hacer uso, como factor sustancial de este proceso, de la terapia ocupacional o ergoterapia; su enfoque debe ser comunitario y es preciso que para su ejecución cuente con un equipo técnico coherente, multi e interdisciplinario, con orientaciones teóricas y metodológicas concordantes; debe propender al desarrollo de un marco general de habilidades que sustente la identidad del individuo, que permita la reconstrucción de su proyecto vital de cambio, fomente sus destrezas individuales y facilite la recuperación de su capacidad como ser activo y productivo, orientado en lo posible a la inserción laboral.

Desde esta perspectiva, definiremos la rehabilitación como una forma de atención en salud que

intenta aminorar los déficit ocasionados por la enfermedad, recuperar el máximo posible de funcionamiento social a través de mecanismos de aprendizaje y desarrollo de destrezas y habilidades, propendiendo, en lo fundamental, a lograr que la persona recupere su proyecto vital y se sitúe en un nivel superior de su actividad social, transformándola en sujeto de su propio cambio. Para lograr esto se requiere de un contexto social integrador que respete la dignidad de la persona.

La gran interrogante que surge, entonces, es si la prevención de la exclusión social, facilitada por la rehabilitación, se da en las actuales condiciones históricas.

Es indudable que en el actual modelo de desarrollo capitalista neoliberal la rehabilitación no puede cumplir su objetivo fundamental. Una sociedad sustentada en el mercado, en la libre competencia, en el consumismo y el lucro, en la acumulación de la riqueza por una minoría en desmedro de la mayoría, necesariamente reflejará las consecuencias de este modelo en todos los planos del desarrollo social. Es una sociedad en su esencia excluyente y violatoria de la igualdad de las personas, que determina que el sujeto que tiene posibilidades de integración social es quien posee los recursos económicos para ello.

En el caso de la salud, su expresión está dada por la obligación que tienen los servicios de salud de autofinanciarse y transformar la práctica sanitaria en un espacio lucrativo. En esta realidad la rehabilitación tiene poco que hacer, ya que para su ejecución requiere de una gran inversión en recursos e infraestructura que el modelo no permite resolver. La rehabilitación es un proceso de larga duración y de alto costo que la mayoría de los pacientes no están en condiciones de asumir económicamente. Además, para la inserción sin exclusión se requieren instancias intermedias como los talleres protegidos, las que por su alto costo casi no se han desarrollado en el país. Las que existen son en su mayoría privadas y utilizadas para generar recursos como si fueran una empresa.

Algunos pacientes que son objeto de rehabilitación, a mi modo de ver, se han integrado funcionalmente al entorno social, lo que no quiere decir que esa incorporación sea realmente no excluyente. La experiencia de estos años nos muestra que un gran número de aquellos pacientes que se han incorporado a un puesto de trabajo no cuentan con los mismos derechos y beneficios de un trabajador que no ha estado severamente enfermo. La estigmatización sigue presente y la exclusión se expresa en salarios desiguales y en actividades laborales de menor consideración social.

La exclusión en el actual sistema social en nuestro país adquiere mayor dramatismo cuando nos referimos a las víctimas de la represión política. Las personas que vivieron directamente las repercusiones del terrorismo de Estado han sido la preocupación permanente de CINTRAS. Los programas terapéuticos, en los que la rehabilitación tiene un papel importante, no han sido capaces de superar la exclusión social de

que son objetos nuestros consultantes. Ellos han sido vejados, estigmatizados, menospreciados y reprimidos. El contexto social, movido desde una estructura político-jurídica que no ha sufrido grandes variaciones en comparación a la dictadura militar, ha consolidado la exclusión y la falta de integración real a la vida social de estas personas. Se les ha debilitado, y en muchos casos, destruido sus proyectos vitales. La identidad social de nuestros consultantes se ha visto gravemente distorsionada al quedar públicamente marcados como seres despreciables. No tienen posibilidades de acceso igualitario al trabajo y a los beneficios sociales. Tampoco acuden a los servicios de salud por la falta de confianza en las personas que allí trabajan y que en muchos casos colaboraron con el régimen militar.

Por parte del Estado no existen políticas globales que reivindiquen el ser social de nuestros pacientes y tampoco cuentan con programas de apoyo para su inserción social.

La estrategia de rehabilitación que se ha diseñado en terapia ocupacional en CINTRAS está dentro del contexto de un trabajo en equipo, organizado y sistematizado. Se cuenta con una variada gama de recursos técnicos y de tratamiento. Existe trabajo individual, grupal, talleres terapéuticos, ergoterapéuticos y laborales, actividades socioterapéuticas. Se realizan intervenciones en crisis, trabajo familiar, evaluación, orientación, capacitación y colocación laboral, etc.

Nuestros resultados han sido alentadores en términos de las mejorías sintomáticas, en la recuperación de parte del daño psicosocial, en el desarrollo de destrezas y capacidades, en la reconstrucción de un proyecto vital y personal, en transformar a la persona en un sujeto activo y generador de su propio cambio y de su realidad histórico social. Sin embargo, por ser la problemática de salud mental derivada de la represión política un fenómeno eminentemente social, originado en las contradicciones existentes en la base económica de la sociedad, la recuperación del daño no puede ser total si no existen modificaciones de fondo que se expresen en una democratización real de nuestra sociedad, en el término de la impunidad y en el respeto permanente de los derechos humanos.

Mientras no se den estas condiciones, la rehabilitación que nosotros realizamos en nuestros pacientes y que se expresa en que un gran número de ellos logra insertarse social y laboralmente, no superará la exclusión de la cual siguen siendo objeto. En estos casos queda claramente demostrado que, a pesar de realizarse un adecuado proceso de rehabilitación, éste no logra impedir la exclusión social que el contexto político-social impone.

Así, volviendo a la pregunta original: ¿puede la rehabilitación prevenir la exclusión social?, debemos decir que nuestra experiencia nos lleva a la conclusión de que la rehabilitación por sí misma, aunque se cuente con un equipo de trabajo adecuado, con recursos económicos también apropiados, con metodología,

técnicas y objetivos definidos, no alcanzará su propósito fundamental si el contexto social en el cual se realiza no es en esencia un entorno integrador, solidario y respetuoso de los derechos humanos.

Por tanto, nuestra tarea como profesionales no es quedarnos en el mero quehacer clínico-técnico, sino que, además de colaborar a que el paciente sea también gestor de su propia inclusión social, debemos sobrepasar las fronteras del tecnicismo terapéutico, para situarnos como protagonistas activos de los cambios sociales que se requieren para que la rehabilitación que nosotros desarrollamos efectivamente cumpla con el objetivo de superar la exclusión social de quien rehabilitamos.

Santiago de Chile, 8 de marzo de 1995

Nota: Este trabajo fue presentado en el Foro Alternativo de la Cumbre para el Desarrollo, realizado en Dinamarca con fecha 8 de marzo de 1995.