CUESTIÓN SOCIAL, PROCESOS DE ORGANIZACIÓN Y TRABAJO SOCIAL EN EL DEBATE SANITARIO CONTEMPORÁNEO

XII JORNADAS DE LA APSS



A.P.S.S. GCBA

Una asociación gremial democrática, participativa y en lucha



CUESTIÓN SOCIAL, PROCESOS DE ORGANIZACIÓN Y TRABAJO SOCIAL EN EL DEBATE SANITARIO CONTEMPORÁNEO

XXI JORNADAS DE LA APSS

A.P.S.S. GCBA
Una asociación gremial democrática, participativa y en lucha



PAÑUELAZO
XII JORNADAS DE LA APSS



A.P.S.S.
GCBA
Una asociación gremial democrática, participativa y en lucha

Cuestión Social, procesos de organización y
Trabajo Social en el debate sanitario contemporáneo

Secretaría de Capacitación y Asuntos Culturales de la APSS (compiladora).
1a ed. Buenos Aires: APSS del GCBA, 2020.
351 p. 28x20 cm.
ISBN: 978-987-47645-0-8
Sociedad y ciencias sociales
Fecha de catalogación: 19/05/2020

Comisión directiva

Presidenta *Lic. Natalia Castrogiovanni*
Secretaria General *Lic. Claudia Pugliese*
Secretaria de Hacienda *Lic. María Florencia Bianchi*
Secretaria de Asuntos Gremiales *Lic. Virginia Cunzolo*
Secretaria de Prensa *Lic. Dolores García*
Secretaria de Actas y Archivo *Lic. Malvina Mozoni*

Comité académico

Dra. Silvia Faraone
Lic. Silvia Ghiselli
Mg. Ximena López
Dr. Manuel Mallardi
Lic. Jorgelina Matusevicius
Lic. M. Gabriela Pombo
Mg. Laura Riveiro
Dra. Virginia Siede
Lic. Evelina Simonotto

Equipo coordinador

Secretaría de Capacitación y Asuntos Culturales
Lic. Camila Bajarlia, Lic. Maia Epstein, Lic. Pilar García-Pumarino,
Lic. Fernanda Islas, Lic. Sasha Acerbo y *Lic. Carla Mancinelli*
Secretaría de Prensa
Lic. Daniela Altavilla, Lic. Carolina Lorenzo, Lic. Alejandra Molina,
Lic. María Belén Butrón y *Lic. Daniela Ramos*
Secretaría de Asuntos Gremiales
Lic. Verónica Brizuela, Lic. Omar Battistessa y *Lic. Yamila Ventureira*

Diseño y armado de interior

Lic. Gerardo M. Gon Aguirre

XII Jornadas de la APSS "*Cuestión Social, procesos de organización y Trabajo Social en el debate sanitario contemporáneo*", celebradas durante los días 6 y 7 de septiembre de 2019.
©2020, Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA.
Website: www.apss.org.ar
e-mail: apssgcba@yahoo.com.ar
Av. de Mayo 1343, piso 2 - Tel. (011) 4384-1292

Este libro se terminó de editar y se publicó en el mes de mayo de 2020 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina. El contenido de esta publicación puede ser reproducido total o parcialmente con la correspondiente mención de la fuente. Todos los derechos reservados.

ÍNDICE GENERAL

Editorial **1**

Trabajo Social en la urgencia

Trabajo Social en la urgencia: sufrimiento profesional, estrategias para el afrontamiento de la tarea y la gestión de los cuidados
Lic. Martin Bruni y Lic. Marina Tarasiuk **6**

Evaluación interdisciplinaria en salud mental en el contexto de guardia
Lic. Dolores García y Lic. Marina Tarasiuk **16**

Enfrentamiento de la cuestión social... particularidades para abordar masculinidad(es) desde el Trabajo Social de guardia hospitalaria
Lic. Sandra E. González **22**

Políticas públicas y sociales - Primer bloque

Infecciones de Transmisión Sexual. Abordajes posibles desde el Trabajo Social
Lic. Amalia Vazquez **30**

Límites y potencialidades desde el Trabajo Social ¿con? clínica médica
Lic. Paula Cantor, Lic. Luis Buchanan, Lic. Anabel Ciciliano, Lic. Sofía Taghlian . . . **36**

Los progenitores varones en la salud materna, neonatal e infantil: obstáculos y facilitadores de las políticas sociales
Lic. María Clara Fariña **44**

Masculinidad y Salud: Reflexiones en torno a las prácticas de (auto)cuidado de los varones de 18 a 70 años que transitan por el Área Programática del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" Septiembre 2018 a Marzo 2019
Lic. Mayra Coatz, Lic. Lucila Cuesta, Lic. Carolina Feldman, Lic. Elisa Pedrazzoli, Lic. Yanina Rienzi **54**

Trazando las coordenadas para un trabajo en red: proceso de mapeo territorial del área programática de un hospital general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Irupé Collado, Lic. Daniela Cherry, Lic. Carolina María Volpi **62**

Intervenciones profesionales en el marco de la atención primaria de la salud

Derecho a la vivienda: del padecimiento individual a la organización y la lucha. Una experiencia desde el sector salud
Lic. Omar Battistessa, Lic. Carolina Gauna, Lic. Noelia Díaz, Lic. Yamila Orellana, Lic. Sofía Taghlian y Lic. Jorgelina Matusevicius **76**

Experiencias de atención primaria y comunitaria en salud mental en Río de Janeiro: aportes para la construcción de un abordaje antimanicomial desde una perspectiva de género
Lic. María Belén Butrón, Lic. Magdalena Fernández Cisneros y Lic. Yamila Ventureira **84**

Salud laboral y condiciones de trabajo

Encuesta a Terapistas Ocupacionales mujeres sobre violencia en el ámbito laboral en la Argentina. Resultados preliminares
Lic. Andrea Portela, Lic.Florencia Rosemblat, Lic. Julieta Briglia, Rocío Rey Ferraro y Nora Noelia Vázquez **94**

Cambios en el proceso de trabajo de los equipos de salud de CABA. Implicancias en las condiciones de trabajo de las/los TS y la relación con las/los usuarios
Lic. Claudia Balenzano y Lic. Virginia Cunzolo **104**

Burocracia y ejercicio profesional en los efectores de salud: un análisis desde la residencia de Trabajo Social
Lic. Irupé Collado **108**

Salud laboral, desgaste profesional y estrategias de disciplinamiento del trabajo
Lic. Myriam Aloe, Lic. Camila Bajarlia, Lic. Omar Battistessa y Lic. Jorgelina Matusevicius **124**

Mujeres y disidencias

YO SOY… Dispositivo de atención en el ámbito hospitalario a infancias y adolescencias trans
Lic. Debora Diás, Lic. Ailin Riveros Saavedra y Lic. Marina Servera **134**

Ser mujer, embarazada y/o puérpera y, además, ser migrante… ¿prácticas humanizadas en el embarazo, parto y post parto?
Lic. Daiana Cichello **140**

Reflexiones en el marco de un recorrido por un dispositivo de atención a mujeres víctimas de violencia machista
Lic. Yoko Oshimo **150**

La intervención profesional del Trabajo Social en interrupción legal del embarazo
Lic. Daniela Teveles, Lic. Natacha Levisman, Lic. Estefanía Romero y Lic. Macarena Bonillo Revaz **156**

Violencia machista, salud pública y dispositivos grupales
Lic. Maia Epstein, Lic. Marisa Viegas **170**

Salud mental - Primer bloque

Experiencia de abordaje territorial, orientada en reducción de riesgos y daños
Lic. Gabriel Abramovici, Lic. Beatriz Baldeli, Lic. María Verónica Barral Santamaría, Lic. Belén Butrón, Dra. Laura García Blanco, Lic. Elizabeth Leoz, Dr. Nicolás Oviedo, Lic. Florencia Pelagagge, Prof. Marcos Remolgado y Lic. Marina Solodujin **180**

Internación por salud mental: la intervención de trabajo social en los espacios de entrevistas de familia
Lic. Luciana Di Mare Duran **184**

Salud mental: un posible abordaje comunitario
Lic. Ivana Amoroso y Lic. Ximena González Cao **200**

Los nombres, el espacio, el juego.
El juego como sentido de vida y de pertenencia
Lic. José Luis Seoane Suárez **206**

El Trabajo Social en el entrecruzamiento de discursos.
La salud mental en el debate sanitario contemporáneo
Lic. Ana Laura Blanco, Lic. Andrea Grosso, Lic. Diana Mosto, Lic. María Cecilia Rivero y Lic. Mariana Rolando **216**

Políticas públicas y sociales - Segundo bloque

Debates acerca del rol de las organizaciones sociales religiosas como dispositivos de abordaje territorial en la actual coyuntura
Lic. Daniela Ivana Acosta, Lic. María del Carmen Behrens, Lic. María Milagros Cepeda y Lic. Paula Gaona Talavera **226**

El trabajo en red en las problemáticas complejas en torno a la tuberculosis
Lic. Silvana Agüero, Lic. Laura Fernández Vecchio, Lic. Cecilia Montenegro, Lic. Maria Capelli y Lic. Viviana Visintin **234**

Internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires: un desanclaje entre recursos de bienestar y necesidades de cuidado
Lic. Mabel Battaglia, Lic. Karina Brovelli, Lic. Natalia Castrogiovanni, Lic. Virginia Cunzolo, Lic. Jesús del Canto, Lic. Natalia Lardiés, Lic. Pilar López, Lic. Carla Mancinelli, Lic. Nancy Morán, Lic. Mónica Nicolini, Lic. Gabriela Otero, Lic. Lorena Pratto, Lic. Marcela Quiroga, Lic. Candela Ruiz Díaz, Lic. María José Venuto y Lic. Marina Vezzetti **240**

El encuentro con les otres: una reflexión sobre la otredad en la práctica profesional del Trabajo Social en salud
Lic. Daniela Cherry y Lic. Carolina María Volpi **252**

Reflexiones sobre la organización social del cuidado desde la intervención en la sala de ginecología de un hospital público
Lic. Carolina Larrache **264**

Cuidados paliativos y Trabajo Social. Aportes para la implementación del enfoque de atención paliativa en los equipos de salud
Lic. Daniela Aladro **274**

"Queremos llegar al hospital…no nos alcanza para la sube"
Lic. Silvina Fernández Montobbio, Lic. Emilia Martínez y Lic. Alejandra Parrotta **284**

Salud mental - Segundo bloque

El césped estaba blanco de médicos. Reflexiones respecto usuarios que recibieron un diagnóstico de psicosis en edad adolescente
Lic. Carolina Méndez Alí **290**

La cama 19
Lic. María de los Angeles Esquivel **298**

INTERNA-DOS. Trabajo Social e internación de salud mental en dos Hospitales de Niños de la CABA
Lic. Florencia M. Fernandez y Lic. Carolina Portel **308**

Ruta crítica del sujeto con padecimiento mental en el segundo nivel de atención en salud y las implicancias de la actual coyuntura
Lic. M. Milagros Cepeda **316**

Procesos de organización y lucha sindical

Las condiciones de trabajo en los centros de salud de la CABA.
Una primera aproximación desde el Grupo de Trabajo APS - APSS
Lic. Omar Battistessa, Lic. Verónica Brizuela, Lic. Pilar García-Pumarino, Lic. Carolina Gauna y Lic. María Daniela Ramos **330**

La categoría de proyectos profesionales como matriz de inteligibilidad para analizar la dimensión política del Trabajo Social
Lic. Natalia Castrogiovanni **334**

Organización colectiva de los trabajadores municipales de Tigre
Lic. Guadalupe Fernández, Lic. Ana Mossini, Lic. MarianaPerez Segovia y Lic. Yanina Rivolta **342**

"Yo abrazo al Muñiz". Análisis de una experiencia de organización
Lic. María Fernanda Islas y Lic. Fernanda Sarralde **348**



EDITORIAL

Desde la secretaría de capacitación y asuntos culturales de la apss asumimos el enorme desafío de organizar unas jornadas desde un sindicato. Valoramos y disfrutamos de jornadas y congresos académicos, pero entendemos que desde un espacio gremial es fundamental abonar al desarrollo de procesos de organización y lucha también desde instancias de capacitación, de encuentro entre compañeres para la reflexión colectiva, de intercambio de saberes, para el compartir de experiencias y trayectorias presentes en la disputa de la política sanitaria.

En ese sentido, las jornadas se compusieron de 3 mesas centrales, 3 instancias de mesas simultáneas, en las que contamos con más de 50 ponencias presentadas por compañeres de salud de la CABA y Provincia de Buenos Aires y un momento de intervención artística en el que se comenzó a trabajar en el Mural Participativo "En Lucha" que se ha inaugurado el pasado diciembre (2019) en la sede del gremio.

La mesa inaugural de las jornadas titulada ***"Estructura social e instituciones: reflexiones necesarias para pensar la salud pública hoy"***[1] nos traslada a pensar la estructura social en clave de explicitar los procesos de salud, enfermedad, atención como resultado o consecuencia de las formas de producción y reproducción de la vida cotidiana con las características que adopta en América latina y particularmente en nuestro país; y es justamente en ese sentido que pretendemos ampliar la lectura a la integralidad de las prestaciones de salud posibles, vinculando la atención estatal a aquello que sucede en el mercado privado de la medicina, en la industria farmacológica, en las prepagas y obras sociales.

En la segunda mesa central titula ***"Estado y cuestión social: políticas públicas y procesos de pauperización"***, quisimos traer al debate la idea de Estado en términos del contexto en el que desarrollamos nuestro trabajo: la salud pública hoy. En ese sentido, trabajar la concepción de Estado, desnaturalizarla y problematizarla, introducir la cuestión social en este debate implica devolverle al Estado la idea de conflictividad que le es constitutiva.

1. https://www.youtube.com/watch?v=IsqtoFQlPG8



Por ello, la salud pública históricamente ha sido materia de política pública, en sus marchas y contra marchas en clave de respuestas del Estado ante la conflictividad social. Por eso, desde un sindicato de trabajadores de la salud es necesario leer el estado de situación actual de dicha conflictividad y las respuestas que frente a ella genera el Estado.

Finalmente, las jornadas cerraron con la última mesa central titulada ***"Disputas y estrategias colectivas en el campo de la salud"***[2]. Si la atención en la salud surge de la conflictividad social, para un sindicato es importante profundizar sobre esa idea, para ello, esta mesa convoca les actores actuales que mejor evidencian las luchas por una salud que responda cada vez más a las necesidades del pueblo. Por eso, se comparten experiencias que despliegan diversas luchas contra el modelo médico hegemónico, la patologización, la normalización de mentes y cuerpos, el machismo, la dominación de los cuerpos de las mujeres y personas gestantes, por el aborto legal seguro y gratuito, contra los negocios privados en torno a todos los derechos obturados en su ejercicio por no contar con marcos legales acordes y el reconocimiento que el estado les debe. En definitiva, cerramos las jornadas con una mesa que nos permitió seguir generando estrategias y alternativas colectivas de lucha, en unidad, con organización, para alcanzar una salud pública, universal, integral, gratuita y de calidad para todes.

Las mesas centrales se encuentran disponibles en el canal de Youtube de nuestra asociación: APSS GCBA[3].

El propósito de este Dossier consiste entonces en socializar y compartir los trabajos presentados en las mesas simultáneas para que todes podamos entrar en contacto con las reflexiones, debates, investigaciones y aportes que se han desplegado entre los más de 50 trabajos presentados en el marco de las Jornadas.

Agradecemos la colaboración de les compañeres y colegas que han puesto a disposición sus trabajos para su colectivización y publicación.

2. https://www.youtube.com/watch?v=cLkwdJcdd0Q
3. https://www.youtube.com/channel/UC73xw36wnGTOMN0AfcAddEw

A.P.S.S.
GCBA
Una asociación gremial democrática, participativa y en lucha

TRABAJO SOCIAL EN LA URGENCIA

TRABAJO SOCIAL EN LA URGENCIA: SUFRIMIENTO PROFESIONAL, ESTRATEGIAS PARA EL AFRONTAMIENTO DE LA TAREA Y LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS

Lic. Martin Bruni[1]
Lic. Marina Tarasiuk[2]

. . . . .

1. La inserción del Trabajo Social en la guardia de los hospitales generales de agudos de la CABA y la intervención en equipos de trabajo

Breve análisis histórico: inserción y consolidación

El puesto laboral de guardia en salud mental para trabajadoras/es sociales data de los años ´80, pero es a partir del año 2008 cuando se produce la mayor incorporación progresiva de trabajadoras/es sociales a las Guardias de Hospitales Generales, Monovalentes y de Enfermedades Infecciosas, en el marco de la estrategia planteada por el "Plan de Salud Mental 2003/2006" del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El proceso de inclusión de los equipos interdisciplinarios de salud mental, y particularmente de Trabajadoras/es Sociales, en la guardia general es dispar en el sistema sanitario de la C.A.B.A y el país. Es por ello que, en algunas guardias, aún no se encuentran cubiertas todas las vacantes de los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental (EISM), también se observan movimientos de profesionales de la guardia hacia otros servicios hospitalarios.

La presencia de profesionales de psicología, psiquiatría y trabajo social bajo el marco político administrativo de la Ley 448 y posteriormente de la Ley 26.657, contribuyó a consolidar un *nuevo, complejo y "forzado"* escenario de actuación profesional, en un espacio que históricamente estuvo ligado a tratar al sufrimiento en clave con la lógica médica hegemónica, quedando por fuera la intervención sobre las condiciones de producción subjetiva y material de existencia.

La novedad de incorporar en la atención de urgencias a profesionales de Trabajo Social fue cuestionada en sus inicios por las especialidades médicas y las jefaturas de guardia. Esto configuró ciertos obstáculos que se tradujeron en desafíos simbólicos para habitar el espacio; por un lado, implicó adecuarse a formar parte del equipo de salud mental en clave con la guardia en general, suponiendo un inicial desencuentro entre dos lógicas contrapuestas: la enfermedad/cura vs. el sufrimiento psí-

1. Lic. en Trabajo Social (UNICEN), Residencia en Salud Mental (RISaM), Maestrando en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Profesional titular de guardia (martes) H. "Dr. Cosme Argerich".
2. Lic. en Trabajo Social (UBA), Residencia de Servicio Social en Salud (GCABA). Especialista Superior en Educación Sexual Integral (Instituto del Profesorado J. V. González). Profesional titular de guardia (domingo) H. "Dr. E. Tornú".

quico/cuidado integral; y por otro lado, involucró descentrar política y estratégicamente su modo habitual en el proceso de trabajo.

Es decir, un gran desafío continúa siendo tensionar y desarmar las representaciones médicas (y no solo médicas) que ligan a nuestra disciplina a un proyecto profesional tradicional, con características conservadoras, filantrópicas y voluntaristas, constituyendo elementos pre-interpretativos para convocar al Trabajo Social. En ese marco, les trabajadoras/es sociales nos encontramos generando intervenciones en la encrucijada de lo mencionado, desempeñando muchas veces funciones "atípicas" o escasamente encomendadas para la profesión; lo que devela un incipiente desarrollo teórico-metodológico específico en este campo.

Desde dicho origen hasta nuestros días se ha producido una expansión y consolidación del espacio ocupacional para el Trabajo Social en el dispositivo de guardia, que interpela dialécticamente al marco conceptual, al dispositivo de atención de las urgencias, a les profesionales que allí trabajan y a las personas con padecimiento psíquico que acuden en busca de atención. Podemos decir que el espacio laboral en urgencias y emergencias marcó un giro de sentido para el desarrollo profesional.

En dicho movimiento, se despliegan fuerzas endógenas y exógenas a la profesión que amplían y/o restringen el campo de acción tanto en términos disciplinares como interdisciplinares, conmoviendo a la construcción individual de la identidad y autonomía profesional.

En este sentido, la posición, las figuras y proyectos socio-políticos que les trabajadoras/es sociales desplegamos en nuestra actuación cotidiana implican desafíos profesionales y subjetivos, y muchas veces también un alto nivel de sufrimiento.

Elementos de la demanda en la Guardia: el complejo urgencias

Respecto a la dimensión procedimental en la guardia, observamos que posee criterios de atención puntuales y acotados en el tiempo, que inciden directamente en el desempeño de les profesionales. Lo urgente, entre varias concepciones, remite a un pronto tratamiento para evitar el riesgo de vida.

Es por ello que observamos cierto "forzamiento" en la lógica de las intervenciones sociales, mayormente devenidas en interdisciplinares, ya que se adecuan a cierta modalidad del servicio de urgencias médicas en atender lo contingente, lo emergente, lo desconcertante que irrumpe en la vida de las personas en un breve tiempo pero introduciendo especial interés en ubicar, junto a ellas, la posibilidad de simbolizar el "estar padeciendo".

En este sentido, **las dimensiones teóricas-metodológicas y ético-políticas** que guían a la intervención social de guardia en el marco de estrategias interdisciplinarias pueden verse interpeladas por:

a) el *servicio guardia*, como eje articulador de las acciones en salud,

b) el *dispositivo* de salud mental, el cual puede pensarse como un contradispositivo a la lógica biomédica pero que a su vez puede peligrosamente extrapolar su visión de mundo y tender a la psicologización y medicalización de la vida cotidiana.

c) los tipos y modos de demanda individual, *urgencias subjetivas*: las cuales constituyen crisis vitales en estado agudo, involucrando en algunas oportunidades ideas y actos de muerte, auto y/o heteroagresión.

d) los tipos de demanda del complejo extrahospitalario, a las que podemos llamar *urgencias organizacionales* tales como la policía, las escuelas, las fiscalías y programas de emergencias en violencias sexuales, trata de personas, situación de calle, niñez en riesgo psicosocial entre otros,

e) el ejercicio del poder dado por les actores que componen el *complejo urgencias*.

Los elementos mencionados poseen cada uno sus propias lógicas y modos posibles de interpretarlas, pero se presentan de modo interdependientes formando un sistema com-

plejo que se sintetiza en la demanda de intervención para el equipo de salud mental.

Por lo tanto, cada **situación problemática** (sea una situación de abuso sexual, evaluación de riesgo de daño, un intento de suicidio, etc.) está compuesta por los elementos ya mencionados, otorgando una especificidad a la concepción y resolución posible.

Siguiendo esta lógica ubicamos que el tratamiento singular a las problemáticas en la guardia, forma parte de lo que llamaremos el **"complejo de urgencias"**; el cual posee un funcionamiento que reproduce políticamente su "efectividad" al acumular las respuestas de los equipos de guardia.

Este complejo no es inocuo debido a que configura un discurso que tiende a reforzar **lógicas de control y disciplinamiento** asociadas a la protección de derechos en salud o a la persecución y reclusión de las personas con padecimiento psíquico.

En los últimos tiempos observamos que el aparato judicial y policial utiliza la guardia de salud mental como experta en la "determinación de riesgo de daño de sujetes" que por alguna razón poco clara quedan implicades en cuestiones penales o administrativas; lo mismo ocurre con las situaciones de niñes que son víctimas de problemáticas familiares o con jóvenes en conflicto con la ley penal y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Dichas urgencias organizacionales que muchas veces tienden a burocratizar situaciones de la vida cotidiana, son un elemento a sortear estratégicamente por los equipos de trabajo. En caso de no lograrlo, constituyen un plano de sufrimiento laboral ya que negarse a responder a dichas demandas externas puede acarrear consecuencias graves y hasta amenazas. Recordamos, como ejemplo de lo dicho, la situación en la que un psicólogo (integrante del EISM) que se opuso a elaborar un informe, por lo que cinco policías lo despertaron a la madrugada para llevárselo a la comisaría por su supuesto "incumplimiento".

Por lo expuesto podemos decir que las instituciones piensan y ubican a la guardia de salud mental, como un espacio de resolución de problemas de conducta o psicológicos, naturalizando y ocultando los determinantes macro y micro sociales de las situaciones que convocan la intervención.

Trabajar con nos-otredades

Uno de los modos de trabajo que despliega el equipo de salud mental es el grupal o como habitualmente se lo denomina "interdisciplinario" (ubicándolo como un concepto que incluye a otres evitando el laberinto polisémico del concepto) en este formato, encontramos *composiciones y posiciones heterogéneas* de los equipos profesionales para gestionar la asistencia.

Dicha diversidad está mayormente ligada a cuestiones históricas de proximidad en los vínculos personales que permiten hacer alianzas para enfrentar la tarea y luego, en menor medida, en criterios institucionales y profesionales.

Es decir, ante una demanda de intervención, los EISM:

a) construimos una aproximación diagnóstica sobre la situación problemática que requiere abordaje, incluyendo e integrando (si hay una buena dinámica de grupo) las perspectivas disciplinares (trabajo social – psicología – psiquiatría - medicina como disciplina "invitada")

b) definimos una estrategia de intervención, mayormente, de modo conjunto y la implementamos distribuyendo tareas (a partir de competencias disciplinares y personales)

c) evaluamos en el proceso los efectos de lo hecho, y, a veces, si la situación sobre la que se interviene no devuelve una mejora, modificamos la estrategia.

En el mejor de los escenarios, cuando el equipo funciona como grupo operativo se convierte en un sostén que hace "tolerable" el desarrollo de la tarea y la permanencia durante las 24 hs. En ese encuadre se constru-

yen relaciones de cooperación, circula el afecto y el humor (muchas veces "negro").

Por ello, resulta fundamental construir vínculos sanos: reconocer y respetar las diferencias y límites de cada une (complementariedad, en algunas oportunidades yo no puedo con algo que mi compañere sí y, al revés). Esto es esencial ya que compartimos muchas horas e intimidad (casi familiar): comemos, descansamos, vamos al baño, salimos a despejarnos, conversamos acerca de nuestras vidas personales; tanto que conocemos hábitos, "mañas", obsesiones y preferencias de cada compañere del equipo.

También se vislumbran, al momento de ponernos de acuerdo sobre la estrategia planteada: disputas, consensos, disidencias, resignaciones y relaciones de dominación/subordinación, que ubican a algunes profesionales en posición de obturar la voz de les otres, con efectos de daño subjetivo al negar la mirada colectiva, que nunca es uniforme y sin conflicto.

En resumen, observamos que en los equipos de trabajo existen correlaciones de fuerzas entre profesionales que representan a disciplinas con desigual reconocimiento social y legitimidad (además de la heterogeneidad presente al interior de cada colectivo profesional). De esta correlación de fuerzas, los proyectos socio-profesionales en disputa y los factores antes analizados, dependerá la orientación que adquiera la intervención. Orientación que puede tender tanto a la burocratización conservadora como a la crítica contra hegemónica.

2. El impacto del trabajo en contexto de urgencia

Cuando nos propusimos armar el trabajo para las jornadas, pensamos en qué tipo de redacción, qué estilo y qué contenido queríamos transmitir. Acordamos que usar un lenguaje inclusivo, coloquial/accesible y en primera persona contribuye a establecer cierta cercanía y apertura en las sistematizaciones construidas con las personas que lean nuestra propuesta de análisis.

Hablar de impacto del proceso de trabajo pone de relevancia que hay sucesos que nos modifican por efecto de la dialéctica del encuentro entre dos sujetes: profesionales y usuaries, también por las características de las demandas de intervención, las situaciones problemáticas que abordamos, los recursos de los que disponemos para dar respuestas, las condiciones en las que desarrollamos nuestra tarea, entre otras. Hacemos hincapié en la dimensión humana, situándonos como seres socialmente producides, desempeñando una función/servicio en el campo de la salud pública. Allí, nos encontramos en nuestra tarea cotidiana, con otras personas que padecen y encarnan de diversas formas vulneraciones de derechos y violencias sociales que se manifiestan en sus condiciones de existencia; este contacto con la desigualdad y la injusticia social genera silenciosamente malestar en nosotres.

A su vez, identificamos otras fuentes de **malestar / sufrimiento profesional**[3] vinculadas a las condiciones materiales y subjetivas del trabajo en urgencia, que trabajaremos en el punto 2.3.

3. Cuando hablamos de **malestar/ sufrimiento profesional** nos referimos al padecimiento personal que es efecto del tipo de tarea laboral que desarrollamos y de las condiciones materiales y simbólicas en las que la misma se lleva a cabo, afectando la integridad física, emocional, espiritual y psíquica; la dignidad e identidad disciplinar de les trabajadoras/es. Dicho sufrimiento se expresa mediante síntomas (con diversos grados de visibilidad y conciencia) que irrumpen en la vida cotidiana de les profesionales e impactan negativamente en diferentes áreas vitales.

2.1 Les sujetes en la urgencia: situaciones problemáticas e impacto subjetivo.

El espacio de intervención en la guardia posee como característica principal el abordaje de **episodios de crisis aguda**; atendemos a personas que experimentan un desborde en su tolerancia al malestar y concurren a la institución para atenuarlo y/o solucionarlo (ya sea en forma espontánea o traídos por ambulancia de SAME desde la vía pública, sus domicilios o diferentes instituciones) presentando diversos grados de conciencia de situación y enfermedad. Dicho malestar puede mostrarse de modo crudo, sin metáforas que amortigüen el sufrimiento psíquico y con altos niveles de violencia en todas sus expresiones.

Como ejemplo de lo mencionado, les profesionales de guardia tomamos contacto con las siguientes situaciones: "fallidas" formas de tramitación de la angustia frente a crisis vitales, accidentes, desastres y catástrofes urbanas, diferentes modos de morir, descompensaciones psicóticas, intentos de suicidio, prácticas autolesivas y heterolesivas, episodios de excitación psicomotriz, intoxicaciones por abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, violaciones, abusos sexuales y otras formas de maltrato (intra o extra familiares), violencia policial, modalidades vinculares dañinas, abandono familiar e institucional, desnutrición, persecución institucional y policial, entre otras situaciones problemáticas.

Frecuentemente, atendemos a personas atravesadas por ***procesos de precarización de la existencia*** vinculados a circunstancias socio-económicas (explotación laboral extrema, ausencia o pérdida de empleo y vivienda), a la condición migratoria (desarraigo, imposibilidad u obstáculos para la regularización administrativa), a las dificultades en el acceso a la atención de la salud, a la fragilidad en lazos sociales y/o ausencia de red social, por nombrar algunas.

Sin duda, el contacto con éstas situaciones agudas, con el dolor y el sufrimiento de las personas, impactan en nosotres de diversos modos. Por ello, es importante asumir al propio cuerpo como una caja de resonancia que tramita de algún modo lo que vivió, poder establecer lazos de solidaridad con nuestros compañeres, supervisar nuestra tarea y cuidar de nuestra energía vital.

2.2 Expresiones del malestar / sufrimiento y estrategias de cuidado: pre-guardia, guardia y pos-guardia

A continuación, nos interesa analizar cómo se expresan el malestar y sufrimiento profesional y cuáles son las estrategias de afrontamiento que implementamos para tramitarlo y/o aliviarlo.

Para el desarrollo de este apartado nos resulta operativo diferenciar tres momentos: **pre-guardia, guardia y pos-guardia**. Éstos momentos son construcciones cotidianas en el discursos de quienes trabajamos en urgencia, constituyen tres días que poseen características disímiles pero que reúnen modos sintomáticos de padecer antes, durante y luego del trabajo. En este sentido, tomaremos el registro de nuestras propias experiencias así como la voz de algunes colegas de guardia con quienes hemos tenido oportunidad de intercambiar perspectivas y vivencias en diferentes espacios profesionales.

PRE-GUARDIA

Expresiones:

- Ansiedad, inquietud, timia displacentera (bajón).
- Dificultad para conciliar y mantener el sueño, temor a quedarse dormide.
- Fastidio por los preparativos (alistar ropa, sábanas, artículos de higiene personal, toalla y vianda).
- Suspensión de actividades sociales nocturnas.
- Malhumor y ansiedad anticipatoria.

Estrategias:

Acostarse temprano, dejar cosas prepara-

das, mirar algo "liviano/superficial" serie o película.

GUARDIA

Expresiones:

- Estado de alerta permanente "tensa calma". Por momentos sensaciones de aturdimiento y aceleración (vinculadas a situaciones de atención y al "clima" de la guardia: exposición a múltiples estímulos en simultáneo – mucha gente, durante muchas horas, en un mismo espacio)
- Privación y/u olvido (no registro) de necesidades vitales: orinar, beber agua, alimentarse, dormir.
- Comer en exceso por ansiedad y/o para mantenernos despiertes; o, por el contrario no alimentarnos. Fumar en exceso.
- Cansancio y dificultad para conciliar y/o mantener el sueño.
- Angustia, enojo e impotencia por algunas situaciones de atención (porque nos conmueven, porque nos resultan injustas, por las dificultades para su resolución).
- Irritabilidad, desgano, frustración, ganas de irse de la guardia, conductas evitativas para atenuar el grado de tensión y conflictividad, llanto, deseo de consumir alcohol.

Estrategias:

Registrar nuestras necesidades: alimentarnos, ir al baño, ducharnos.

Realizar "cortes" en la jornada: salir del estar del equipo de salud, caminar, tomar aire, ir al bar del hospital o a comprar alimentos en comercios cercanos. Si es posible descansar en la habitación (recostarnos cuando no tenemos trabajo aunque no podamos conciliar el sueño "nunca se sabe cómo continuará la jornada").

Durante la noche generar condiciones que predispongan al descanso, cuando nos vamos a dormir (ducharnos, usar pijama, no dormir con el ambo puesto, tal vez una música agradable que ayude a relajar). Algunes utilizan psicofármacos (ansiolíticos o inductores del sueño).

Compartir con nuestro equipo lo que sentimos y pensamos sobre las situaciones de atención, tomar decisiones en forma conjunta. En el pase de guardia transmitir lo evaluado y realizado, repasar lo pendiente, pensar con otres las estrategias.

POS-GUARDIA

Expresiones:

- Agotamiento físico, mental y emocional. Necesidad de "recuperación". Cansancio e imposibilidad de conciliar el sueño. Quedar activade, acelerade, cuesta "bajar".
- Curso de pensamiento enlentecido, estado "zombie" (se expresa en torpezas, olvidos, déficit de concentración, dificultad para articular el lenguaje "no salen bien las palabras")
- Dolor en el cuerpo por la cantidad de horas de pie, la tensión y el cansancio (espalda, cuello, cintura, piernas, pies, cabeza).
- "Flashes": pensamientos, sensaciones vinculadas a las situaciones y personas que atendimos, a veces necesidad de saber que pasó (cómo continúo la intervención, desenlace)
- Angustia, hiper-sensibilidad, irritabilidad, "estar sin filtro".

Estrategias:

"Rituales de deshopitalización" o "sacarse el hospital del cuerpo" (sacarse la ropa de la jornada y ponerla a lavar, ducharse, poner aromas agradables en el ambiente)

Para algunes necesidad de quedarse en casa y no hacer nada. En la medida de nuestras posibilidades liberar el día de actividades exigentes: mirar series o películas "livianas". Alimentación saludable. Descanso. Actividad física suave. Aire libre. Generar contacto con personas cercanas (llamar a amigues, familia y demás referentes afectivos).

Es un día lleno de intenciones pero el cuerpo no permite realizarlas o si las hacemos, estamos con baja energía luego de pasado el mediodía y lo planificado cuesta concretarlo.

Si bien no se trata de una descripción ex-

haustiva consideramos que éstas expresiones de malestar / sufrimiento y las estrategias que nos damos para afrontarlas nos permiten aproximarnos a algunos efectos concretos del proceso de trabajo en nosotres; efectos que tienen manifestaciones individuales con muchos puntos de contacto en nuestra experiencia como colectivo profesional que se desempeña en guardia.

2.3 Fuentes del malestar/sufrimiento en les trabajadoras/es sociales de guardia

Luego de caracterizar e historizar el trabajo en guardia, visibilizar el impacto subjetivo en les profesionales dando cuenta de algunas de las expresiones de malestar/sufrimiento profesional y las estrategias implementadas individualmente para afrontarlo, haremos foco en las fuentes de malestar/sufrimiento. Para esto, nos centraremos en lo que identificamos como nudos críticos que producen y reproducen malestar/sufrimiento, distinguiendo con fines analíticos algunas dimensiones:

Dimensiones institucionales:

Misiones y funciones asignadas/asumidas por el Trabajo Social en el contexto de guardia

Como ya mencionamos en las primeras páginas, la inclusión de les trabajadoras/es sociales en el servicio de guardia hospitalaria es reciente, permitiendo ampliar el campo representacional y poner en tensión la función más ligada a la lógica de seguimiento y gestión de recursos asistenciales. Este quiebre con las funciones asignadas históricamente para nosotres en los hospitales públicos no sólo constituyó una lucha discursiva sino también práctica.

De este modo, el espacio profesional para el Trabajo Social en la guardia no estaba "dado", definido de antemano. Se fue constituyendo mediante la praxis, no exenta de contradicciones. Como protoformas de a nuestra llegada ubicamos funciones de cuidado/humanizantes (no médicas) que las ejecutaba cualquier trabajador/a con buena voluntad. Esto coadyuvo a que se concentren dichas funciones en una profesión con un objeto de intervención "inespecífico", identificándola como una gestora de recursos e interlocutora de personas pobres.

En este punto ubicamos como una fuente de malestar a las *demandas pre-construídas de les profesionales de la medicina* desde una lógica estereotipada, asistencialista, medicalizante, de control de la pobreza y del conflicto social. Y como si esto fuera poco, nos responsabilizan por la presencia de conflictos sociales en la guardia y la lenta resolución de situaciones que muchas veces exceden nuestras posibilidades de acción y definición porque dependen de instancias extra-hospitalarias.

Disparidad en el cumplimiento de la jornada laboral

Si bien todas las disciplinas de guardia tienen en lo formal la misma carga horaria por igual salario, se observa el incumplimiento del horario por parte de algunas de ellas (reduciéndose el tiempo de trabajo a la mitad de lo establecido), se trata de un "pacto institucionalizado" que se traduce en una tajante desigualdad al interior de los equipos. Mayoritariamente, en las guardias de los hospitales generales de C.A.B.A. profesionales de clínica médica, traumatología y otras especialidades trabajan 10-12 o 14 horas mientras cobran por 24 horas, distribuyéndose en turnos la jornada laboral. Se trata de un acuerdo tácito, todes saben que ocurre y lo habilitan, incluido el principal gremio de la corporación médica (Asociación de Médicos Municipales). Ésta situación de desigualdad produce malestar al mismo tiempo que coarta la posibilidad de generar una organización colectiva -entre todas las especialidades- para articular reinvindicaciones comunes relativas a las condiciones de trabajo.

Infraestructura deficiente

En cuanto a la infraestrutura, observamos condiciones deficientes e inseguras (hume-

dad en las paredes, conexiones eléctricas en mal estado, baños rotos, ascensores que no funcionan, inundaciones en los subsuelos, entre otras). Asimismo, la ausencia de espacio físico adecuado para la atención, en la mayoría de los hospitales no contamos con un consultorio para la atención del EISM, los boxes no garantizan intimidad para el desarrollo de las entrevistas, además cuando todo está ocupado atendemos en pasillos o en el parque del hospital. Es frecuente que surjan disputas con otres profesionales por el uso de los espacios.

Además, cabe mencionar la presencia de mobiliario en malas condiciones (sillones, sillas, camillas y camas rotas).

Falta de recursos materiales básicos

Ausencia de recursos necesarios para la tarea que desempeñamos los EISM (falta de computadora, impresora, papel, fotocopiadora, internet, escasez de medicamentos) así como para nuestra permanencia y alojamiento en la guardia con estándares mínimos de higiene y confortabilidad (la institución hospitalaria no garantiza jabón, papel higiénico, toallas, sábanas, mantas, armarios con llave para guardar pertenencias).

Dinámicas de trabajo en los equipos de guardia:

Como mencionamos anteriormente, la genealogía de nuestra inscripción dentro del dispositivo de guardia incidió e incide en las dinámicas de trabajo que se dan tanto al interior de los EISM como en la relación con el equipo general.

El abordaje desde la interdisciplina requiere un profundo trabajo hacia el interior de los equipos, que implica -entre otras cuestiones- discutir y construir un marco referencial común superador así como también problematizar y reconocer sistemas de jerarquías entre disciplinas. Observamos, por ejemplo, cómo habitualmente les profesionales de la medicina se sitúan en una posición de mayor "legitimidad" en relación con les demás integrantes del equipo de salud (enfermería, psicología, trabajo social, personal técnico/administrativo, etc.). Éstas disputas son parte también de los equipos de guardia en general y de los equipos de salud mental en particular. Entendemos que ésta subalternidad se juega también al momento de disputar sentidos, de intervenir, de definir incumbencias dentro de los equipos. Muchas veces percibimos poco reconocimiento por parte del resto de les profesionales y la asociación de nuestra disciplina a funciones con las que no acordamos por no considerarlas dentro de nuestras incumbencias o exclusivas de nuestra disciplina; tales como: contacto telefónico con familiares de pacientes que no estamos atendiendo, provisión de alimento y vestimenta a todes les pacientes de la guardia, gestión del uso de una ducha en una sala de internación, instrumentar derivaciones de otras especialidades, entre otras.

Es frecuente que nuestres compañeres de guardia demanden la intervención del EISM cuando una persona que consulta por otros motivos (no por salud mental) se angustia para que "la contengamos".

Cabe mencionar que la "angustia de la población" (independientemente de a qué es reactiva) no siempre requiere de la intervención de los EISM.

Interpretamos que, a veces, nuestres compañeres de guardia se desbordan, no saben qué hacer y nos convocan por su propia angustia y ausencia de sentido.

Otro aspecto a destacar como fuente de malestar dentro de las dinámicas de trabajo, se vincula a la presencia de prejuicios y microviolencias en la atención. Nos referimos al maltrato del personal de salud hacia les usuaries (presenciamos constantemente esto, cuando hay confianza y "margen" podemos intervenir de alguna forma ahí interpelando, en general el humor es un buen recurso para eso).

Situaciones de intervención:

Ya hemos mencionado las características principales de las situaciones de intervención

más frecuentes y cómo impacta en les trabajadoras/es sociales el contacto con el dolor, el sufrimiento y la injustica social. Por lo general, asistimos a personas en circunstancias de crisis, atravesadas por la violencia en sus más variadas expresiones (económica, física, psicológica, simbólica).

En algunas de las situaciones de intervención de los EISM, transitamos por momentos críticos donde la palabra o la medicación no alcanzan para revertir/aliviar el padecimiento y debemos recurrir a procedimientos físicos coercitivos para los que mayormente no estamos preparades (ni contamos en los hospitales públicos con los insumos adecuados), este accionar nos interpela como trabajadoras/es de salud pública. A su vez, entendemos que las técnicas de sujeción mecánica en la camilla, persuadir y "engañar" para efectivizar un cuidado o definir una internación involuntaria (limitando la circulación social de les sujetes) cuando se definen oportunamente, forman parte las estrategias terapéuticas. Sin embargo, constituyen "actos violentos" y participar en los mismos nos produce habitualmente malestar emocional, ya que pasamos de una fase de escucha y contención verbal a un procedimiento de dominio transitorio sobre el cuerpo de las personas.

Otra de las formas de padecimiento en el trabajo, la observamos cuando el acto de violencia es por parte de les sujetes de intervención. Algunes de les pacientes suelen acceder al sistema de atención implementando estrategias que atentan contra su integridad o su vida (tales como intentos de suicidio, intoxicaciones con sustancias psicoactivas, cortes o quemando su cuerpo) y cuando la respuesta del equipo no responde a sus expectativas pueden llegar a agredir verbalmente e incluso amenazar la integridad física de les profesionales.

Políticas públicas:

Las políticas públicas constituyen un recurso fundamental para la intervención del Trabajo Social. Observamos que se presentan cada vez más fragmentadas, burocratizadas, excluyentes y persecutorias (en el marco del orden social vigente y la actual gestión de Estado) generando sujetes "que no encajan en los requerimientos", expulsables y resistentes a toda intervención habitual posible. Esto impacta directamente en el ejercicio profesional y se traduce en términos de vulneración de derechos de la población con la que trabajamos en la guardia. Así, frente a situaciones problemáticas complejas nos encontramos con fuertes limitaciones en las respuestas posibles por la escasez o directamente la inexistencia de dispositivos y recursos y/o las trabas en el acceso a los mismos así como la superposición entre planes y programas.

3. Conclusiones

A partir de lo desarrollado consideramos fundamental abordar los riesgos (prevención) y daños a los que estamos expuestes trabajadoras/es sociales de guardia; visibilizar y colectivizar el sufrimiento (que es producto del proceso de trabajo y de las condiciones en las que éste se lleva a cabo) así como las estrategias que desplegamos para cuidarnos ante la ausencia de una política institucional que nos proteja.

En este sentido, percibimos las limitaciones e insuficiencia de la gestión privada de los cuidados para atenuar/aliviar las expresiones de sufrimiento profesional de les trabajadoras/es de guardia. Concluimos que la gestión privada de los cuidados individualiza, personaliza, naturaliza, no disputa el existente, invisibilizando las fuentes que originan el malestar / sufrimiento profesional, al tiempo que, no cuestiona las funciones políticas disciplinantes que las instituciones depositan en los EISM del dispositivo de urgencia y sus efectos sobre quienes corporizamos los procesos de atención.

Bibliografía

-Alfonso, Dolores; Bruni, Martín y Engelmann, Anni (2017) "Perspectiva integral en el abordaje de urgencias de Salud Mental". Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

-Bodenheimer, Danna "¿Qué pasa con nosotras/os? La salud mental de las/os trabajadoras/es sociales" (traducción propia, título original en inglés "What About Us? The Mental Health of Social Workers")

-Bruni, Martín (2013) "El trabajo social descentrado de los recursos. Reflexiones en torno al posicionamiento profesional en el dispositivo de Urgencia Hospitalaria". V Jornadas de Salud Mental y Trabajo Social. Hospital Braulio Moyano. CABA, Argentina.

-De la Aldea, Elena (2019) *Los cuidados en tiempos de descuido*. LOM ediciones. Chile.

-Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013) "Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental". Ministerio de Salud de la Nación.

-García, Dolores y Tarasiuk, Marina (2019) "Evaluación interdisciplinaria en salud mental en el contexto de guardia". (trabajo inédito)

-González Videla, Romina y Tarasiuk, Marina (2017) "Estar de guardia: aportes para las intervenciones del Trabajo Social en el marco de los equipos interdisciplinarios de salud mental en contexto de guardia hospitalaria". (trabajo inédito)

-Ley C.A.B.A. de Salud Mental N° 448/2000.

-Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/2010.

-SAME (2003) *Normas de atención médica del SAME*. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CABA, Argentina.

EVALUACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE GUARDIA

Lic. Dolores García
Lic. Marina Tarasiuk

. . . . .

1. Marco Legal

-Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N°153 (1999)
-Ley 26378 Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008)
-Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010)
-Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448 (2000)
-Ley de Derechos del Paciente N°26742 (2009)

La Ley Nacional de Salud Mental N°26657 fue sancionada en 2010, después de dos años de discusión parlamentaria, en este proceso, organizaciones de la sociedad civil jugaron un rol fundamental participando activamente de los debates. Dada la profunda confrontación de posiciones, la reglamentación se produjo recién en mayo de 2013; éstas tensiones persisten al día de hoy obstaculizando la plena implementación de la ley. Dicha implementación requiere de un cambio en la forma de ver, pensar y abordar el padecimiento en la salud mental: entender a las personas con padecimiento en su salud mental como sujetes de derechos y no como pacientes a rehabilitar o como objeto de tutela; partir de la presunción de que son personas capaces, que pueden expresar deseos y participar en decisiones acerca de sus vidas y de sus tratamientos; ejercer el derecho a vivir en comunidad en igualdad de condiciones, entre otros.

La ley ratifica que tenemos Derechos Humanos cuyo goce el Estado debe garantizar. El derecho a la vivienda digna, la educación, el trabajo, la vestimenta, la alimentación, son la base material para el acceso a la salud, y por consiguiente a la salud mental, por lo que los determinantes sociales son imprescindibles a considerar junto a los biológicos y psíquicos. Éste último aspecto tiene implicancias de gran trascendencia no sólo para el abordaje de situaciones de personas con padecimiento en su salud mental sino también en materia de exigencias de políticas públicas.

2. Abordaje de la Urgencia en Salud Mental en contexto de una guardia hospitalaria

Nos situaremos en la experiencia de trabajo de la Guardia del Hospital General de Agudos "Dr. Enrique Tornú", cuyo equipo de salud está conformado por profesionales de clínica, traumatología, pediatría, cirugía, anestesia, enfermería, instrumentación quirúrgica y el Equipo Interdisciplinario de Salud Mental (psicología, psiquiatría y trabajo social)[1].

Respecto a sus particularidades, el dispositivo de guardia funciona las 24 hs, los 365 días del año, su atención es inmediata y las modalidades de acceso de las personas a la atención del equipo interdisciplinario de salud mental -en adelante EISM- son:

- El ingreso por ambulancia del SAME (por episodio en la vía pública, en el domicilio o institución de residencia, por derivación de instituciones del área programática -escuelas, centros de salud, hospital especializado en salud mental, etc.).
- Por demanda espontánea
- Por interconsulta de profesionales del equipo de salud de guardia.
- Por interconsulta/derivación de profesionales de distintos servicios del hospital.
- Por solicitud de Juzgados para la realización de evaluaciones interdisciplinarias.

En el dispositivo de guardia las situaciones se presentan en contextos de crisis, muchas veces de forma caótica o desorganizada, implicando, en general, la toma de decisiones en un lapso corto de tiempo. Esto sin descuidar la mirada integral de los procesos de salud-enfermedad/cuidado, el análisis contextual y las intervenciones necesarias para la continuidad de la atención. Cada equipo puede presentar particularidades en las modalidades de intervención, con dinámicas propias de funcionamiento, pero en general se apunta al abordaje interdisciplinario de las situaciones, lo que enriquece las posibilidades de intervención.

A continuación, consideramos importante explicitar qué entendemos por urgencia en salud mental. La misma es "toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. La urgencia es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte de un proceso de salud-enfermedad en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito sociosanitario y requiere un seguimiento para evitar la recurrencia"[2].

3. Evaluación de riesgo[3]

La ley nacional de salud mental utiliza la categoría de "riesgo", abandonando la antigua noción de "peligrosidad" -que refería a una propiedad individual determinada por un diagnóstico "paciente peligroso"-, para contemplar las situaciones puntuales de riesgo, respecto de quiénes y bajo qué circunstancias concretas pueden generar riesgo de daño para sí y/o para terceros. La primera noción es inamovible, atada a un diagnóstico, mien-

1. Los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental comenzaron a conformarse en julio de 2008 adecuándose a lo dispuesto por la Ley de Salud Mental de C.A.B.A. 448/2000 y su decreto reglamentario N°1551/2006.

2. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013) "Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental". Ministerio de Salud de la Nación.

3. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (artículo 20) entiende por ***riesgo cierto e inminente*** a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica. No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental.

tras que la segunda es situacional.

Los EISM de guardia evaluamos la presencia o no de riesgo en nuestras intervenciones habituales. Es recomendable que ésta evaluación se realice entre las tres disciplinas del equipo. La misma suele implicar varias entrevistas con la persona y/o referentes vinculares. Las personas ingresan a la guardia en situación de crisis, las primeras intervenciones (estrategias terapéuticas inmediatas) pueden incluir: abordaje psicosocial/psicoterapéutico, abordaje psicofarmacológico y sujeción mecánica. Se recurrirá a la sujeción mecánica cuando haya sido imposible resolver la crisis por medio de la contención verbal y/o del uso de psicofármacos, considerando la persistencia del riesgo cierto e inminente.

La definición de la estrategia terapéutica a mediano plazo suele demorar más de un día, implicando múltiples instancias de accionar profesional (evaluación al momento de ingreso y durante la permanencia en guardia). Algunas cuestiones a tener en cuenta durante el *proceso de evaluación del riesgo*:

-Conocer el **motivo de consulta** que trae a la persona ese día a la guardia (es importante diferenciar si la persona concurre por sus propios medios, si es traída por ambulancia SAME, desde dónde, si está acompañada, si llega a la guardia por voluntad propia o no).

-Indagar sobre los **desencadenantes** de la crisis actual[4] (contexto en el que ocurre, cambios significativos en el comportamiento habitual, acontecimientos estresantes recientes).

-Historizar los procesos de **salud-enfermedad-atención** de la persona (antecedentes de episodios similares, tratamientos previos ambulatorios y de internación, autoatención y cuidados; hacer foco en aquellas acciones que la persona identifica como positivas y las que menciona como negativas para su mejoría).

-Tener en cuenta historia de eventos traumáticos en la biografía: abuso sexual, maltrato, abandono, entre otros.

-Detectar la presencia de enfermedades graves, crónicas, de mal pronóstico o invalidantes, así como la existencia de dolor crónico.

-Indagar acerca de **antecedentes familiares** de padecimiento mental, suicidios consumados o intentos de personas cercanas.

-Conocer si existe **consumo de drogas** (tipo de sustancia/s, frecuencia de consumo, cantidad, desde cuándo, si es problemático o no).

-Evaluar la **red de contención y de sostén socio-afectivo** y convocar a quién se visualice como referente significativo para acompañar en la guardia (con quién/es cuenta, cómo son esos vínculos, desgaste/claudicación para el acompañamiento, cómo perciben y vivencian la situación de la persona, aporte de datos novedosos y significativos).

-Indagar sobre la **situación económica** (si cuenta con empleo o no, condiciones de trabajo, si percibe subsidios, pensiones, jubilaciones, colaboración familiar, rentas, otras).

-Conocer acerca de la **situación habitacional y grupo conviviente.**

-Evaluar **conciencia de enfermedad/situación y voluntariedad** (ver si la persona percibe que está en riesgo o no, si considera que necesita ayuda o no, si la solicita y/o acepta o, por el contrario, la rechaza).

-Realizar examen psíquico global (se evalúa estado de conciencia, grado de orientación global, aspecto físico general, actividad motora, atención, actitud, lenguaje, pensamiento, ideación, juicio, memoria, alteraciones en la sensopercepción[5], afectividad, sueño, actitud alimentaria).

Respecto a la conducta y a la ideación resulta importante considerar algunas distinciones. La conducta refiere a actos, identificamos: conductas suicidas, conductas autolesivas y conductas heterolesivas.

Conductas suicidas: toda acción producida con el propósito de quitarse la vida. Implica ideación suicida, la elaboración de un plan[6],

4. Ante la consulta de mujeres que presenten sobre-ingesta medicamentosa o sintomatología asociada a crisisde angustia es importante indagar si fueron o están siendo víctimas de violencia de géneroerio de Salud de la Nación.

5. **Alteraciones sensoperceptivas**: presencia de alucinaciones auditivas, visuales, cenestésicas, olfativas (percibir voces, imágenes, sensaciones corporales, olores, inexistentes). Será un factor de riesgo si se relaciona con la auto/heteroagresión.

la obtención de los medios para hacerlo, intento o consumación del acto. Es importante evaluar la letalidad del método elegido, considerando la percepción de la persona acerca de la letalidad del mismo y el grado de impulsividad (puede llevarse a cabo de manera abrupta).

Conductas autolesivas: Acto deliberado con intención de ocasionar dolor, agresión o lesión sin intención manifiesta o evidencia explícita o implícita de ocasionarse la muerte (cortes autoinfligidos para aquietar estados de angustia, ingesta de medicamentos y/o sustancias tóxicas). Las conductas autolesivas no deben minimizarse, debido a que exponen a la persona a una situación de riesgo y dan cuenta del malestar que padece. Asimismo es importante evaluar el grado de impulsividad.

Conductas heterolesivas: Acto deliberado con intención de ocasionar dolor, agresión o lesión a otres. La ideación e intención corresponden al campo de los pensamientos. Allí diferenciamos ideación de autoagresión, ideación de heteroagresión, ideación suicida e ideación de muerte.

Ideación de autoagresión: pensamiento manifiesto y/o intención explícita o implícita de realizar un acto de autolesión.

Ideación suicida: expectativa, deseo de generar un acto que provoque la muerte.

Ideación de muerte: Fantasía de muerte sin la intención suicida explícita o implícita. *"Quererse morir"*.

Ideación de heteroagresión: pensamiento manifiesto y/o intención explícita o implícita de realizar un acto de lesión a otres.

-Indagar acerca de **factores protectores**. Algunos de ellos son: buena relación con referentes sociales/familiares/institucionales. Confianza en sí mismo/a, autoestima positiva. Posibilidad de búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades. Integración/participación social, existencia de proyectos. Si se percibe como sostén afectivo y/o material para alguien. Registro de la persona y de sus referentes respecto del padecimiento, conocimiento de los síntomas y recursos para enfrentarlos/aliviarlos. Accesibilidad a los dispositivos de atención por salud mental.

-Evaluar **evolución durante la permanencia en guardia** (si rectifica o no ideas de muerte o daño auto/hetero lesivas; si crítica o no actos que lo/la hayan puesto en riesgo así mismo/a y/o a terceros/as; si muestra o no preocupación y/o angustia por la situación que atraviesa; si hay o no conciencia de situación y de enfermedad; si expresa o no deseos de estar mejor y voluntad de realizar tratamiento, etc.). Si cuenta con red social/familiar y/o institucional para organizar una estrategia de cuidado.

3.1 Aportes específicos desde nuestra disciplina para el proceso de evaluación de riesgo

Si bien existe heterogeneidad en nuestro colectivo profesional, podemos afirmar como rasgo generalizable que tenemos formación para considerar permanentemente los determinantes sociales del proceso de salud-enfermedad- atención/cuidado[7] al momento de evaluar una situación, definir e implementar estrategias de intervención.

6. Considerar si el **plan suicida** es minucioso o no, si implica escribir notas o cartas que no pudieran ser encontradas fácilmente o lo contrario; persistencia en el tiempo del plan. Evaluar las circunstancias en las que se concretó el plan (¿la persona estaba sola?, ¿lo realizó en una situación en la que resultaba difícil su interrupción o rescate?, ¿consiguió los recursos –armas, medicación, etc- para ejecutarlo y los guardó un tiempo hasta llevarlo a cabo?).

7. Cuando hablamos de determinantes sociales del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado nos referimos a las condiciones de vida (incluyendo dimensiones materiales y subjetivas). En este sentido, la vulneración de derechos humanos, las violencias (económicas, físicas, psicológicas, simbólicas, sociales, entre otras) vinculadas con clase social, género, pertenencia étnico/racial, situación migratoria, discapacidad, edad, situación de salud (estigma y discriminación) atraviesan y condicionan las formas de enfermar y atender los padecimientos. De igual modo, el desempleo, las condiciones precarias y estresantes de trabajo, las dificultades socioeconómicas, la falta de acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al ocio, así como las condiciones habitacionales y ambientales "inadecuadas" configuran situaciones de mayor vulnerabilidad y exposición para las personas.

Conocemos los derechos (marco legal) y reconocemos las situaciones en las que los mismos son vulnerados. También tenemos conocimiento sobre los recursos disponibles a través de las políticas públicas y los mecanismos de gestión para favorecer el acceso. Esto podría considerarse como un aporte específico del Trabajo Social aunque no es privativo de la disciplina[8]. La intervención profesional es un proceso complejo en el cuál interactúan tres ejes o dimensiones interrelacionados: teórico-metodológico, ético-políticos e instrumental-operativo[9].

Sintéticamente, si nos posicionamos desde una perspectiva crítica en Trabajo Social comprendemos que las situaciones que convocan nuestra intervención se encuentran en íntima relación con los contextos en los que se inscriben, con dinámicas sociales violentas que producen desigualdad y padecimiento. A su vez, éstas situaciones son singulares, y, en este sentido, resulta fundamental aproximarnos a las formas que adquiere la vida cotidiana de las personas que atendemos para construir estrategias viables y significativas. A modo de ejemplo, resulta ineludible pensar en la interacción entre indicaciones profesionales y posibilidad de la persona, y su red socio-familiar de instrumentarlas (material y subjetivamente).

Como mencionamos anteriormente, el colectivo profesional no es homogéneo, sin embargo, podemos identificar ciertas claves para la lectura de la situación, la definición de la estrategia de intervención y su implementación que consideran a las situaciones problemáticas que se presentan como expresiones singulares de la cuestión social.

4. Situaciones de intervención

Cotidianamente nos encontramos en un escenario de tensión entre lo formal y jurídicamente establecido y lo que efectivamente ocurre en la práctica; contradicción que también se expresa en la implementación parcial de la Ley Nacional de Salud Mental desde los distintos niveles de gestión.

Esta situación influye al momento de realizar la evaluación de riesgo y al pensar las alternativas de tratamiento/seguimiento. A continuación, señalaremos algunas de éstas tensiones:

- Tiempos prolongados de espera para el acceso a tratamientos ambulatorios por salud mental, a dispositivos de hospital de día, a acompañamientos terapéuticos, entre otros. Además, en muchos casos, presencia de requisitos excluyentes para la admisión. Conociendo éstas situaciones, en ocasiones, se propone el seguimiento por guardia, si bien ésta estrategia dista mucho de ser ideal permite sostener la atención de la persona hasta tanto se efectivice el inicio de tratamiento en otros dispositivos.

- Situaciones en las que definimos la internación por salud mental (que puede ser de carácter voluntario o involuntario) sabiendo que, por falta de sala de internación en nuestro hospital y la dificultad/imposibilidad de derivación a hospitales especializados terminarán cursándola en guardia. Esto implica para la persona la atención diaria de EISM diferentes, lo que va en detrimento de la construcción de una referencia permanente con el mismo equipo, relación vincular

8. Nos preguntamos si lo consideramos un aporte en función de la vacancia o falencia de una perspectiva más integral en la mirada de otras disciplinas.

9. Siguiendo el planteo de Iamamoto, el eje teórico-metodológico se vincula a las grandes matrices desde las cuales leer la realidad social, la intervención profesional. Las categorías conceptuales que sustentan la argumentación de la profesión acerca de su quehacer. El eje ético-político se liga a la condición de asalariade, que, con un margen de autonomía relativa desarrolla su quehacer en la tensión entre lo que demanda su institución contratadora y les usuaries (sujetes de derecho). La relación con la autoridad y entre equipos de trabajo. Las condiciones laborales.

El eje **instrumental-operativo** está relacionado con aquellos recursos, acciones y estrategias que despliegan les profesionales en su práctica cotidiana. Para ampliar ver: Bruno, Luz.; Caballero, Alicia; Eroles, Gabriela; Kojdamanian, Romina; Mansilla, Lucía; Simonotto, Evelina; Vilches, Yanina; Viola, Agustia (2014) "Acompañar la reflexión sobre la intervención: La práctica de supervisión externa a jóvenes graduados en Trabajo Social desde la universidad pública".

necesaria para el desarrollo del tratamiento adecuado, con limitaciones en la posibilidad de desarrollar otras actividades que son parte del abordaje en la internación. Asimismo, es plausible que se presenten diferencias de criterios entre los distintos equipos (de cada día) respecto de las evaluaciones o líneas de intervención. Cabe mencionar además, las condiciones de infraestructura inadecuadas de la guardia para la atención y cuidado (éstas internaciones muchas veces transcurren en una camilla de box, con la luz prendida las 24 hs, ruidos permanentes, sin lugar para higienizarse, entre otros).

- Diferentes posicionamientos/paradigmas de las instituciones intervinientes. Un ejemplo de esto se observa en la articulación con los juzgados nacionales civiles, juzgados nacionales de apelación en lo criminal y correccional, fiscalías que en ocasiones solicitan evaluaciones interdisciplinarias retomando el paradigma de la peligrosidad.
- Escasez de dispositivos intra e intersectoriales que respondan a la lógica de urgencia (acceso rápido/directo y las 24 hs todos los días).
- Políticas públicas cada vez más fragmentadas e ineficaces para dar respuesta a las necesidades de las personas con requisitos restrictivos para el acceso. Esto implica para muchos sectores de la población la vulneración del derecho a la vivienda digna, la educación, el trabajo, la vestimenta, la alimentación, entre otras; base material para el acceso a la salud, y, por consiguiente, a la salud mental.

Las tensiones antes referidas atraviesan y condicionan la intervención profesional delimitando el marco de "lo posible", muchas veces alejado de "lo desable" y de lo que "debería ser" (derechos garantizados por la política pública); mientras procuramos, en el ejercicio cotidiano, darle un lugar central a la participación de les usuaries y sus referentes vinculares tanto en el proceso de evaluación como en las propuestas de tratamiento/cuidados. En este sentido, intentamos promover constantemente en la toma de decisiones el consentimiento y la voluntariedad, bastiones principales de la Ley Nacional de Salud Mental.

Bibliografía

- Bruno, Luz.; Caballero, Alicia; Eroles, Gabriela; Kojdamanian, Romina; Mansilla, Lucía; Simonotto, Evelina; Vilches, Yanina; Viola, Agustia (2014) "Acompañar la reflexión sobre la intervención: La práctica de supervisión externa a jóvenes graduados en Trabajo Social desde la universidad pública". En: Revista Debate Público, año 4, Número 8.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013) "Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental". Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2012) "Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes". Ministerio de Salud de la Nación.
- Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N°153 (1999).
- Ley 26378 Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008).
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010).
- Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448 (2000).
- Ley de Derechos del Paciente N°26742 (2009).

ENFRENTAMIENTO DE LA CUESTIÓN SOCIAL... PARTICULARIDADES PARA ABORDAR MASCULINIDAD(ES) DESDE EL TRABAJO SOCIAL DE GUARDIA HOSPITALARIA

Lic. Sandra E. González

. . . . .

Introducción

Problematizamos la accesibilidad a la salud integral de varones adolescentes atendidos en Servicios de Urgencia del Hospital "Muñiz" (GCBA). Desde ese dispositivo, el Trabajo Social, concibe al proceso salud-enfermedad, abordando las relaciones entre: sus demandas y la definición de problemas y soluciones enunciados/silenciados y visibilizados/ocultos en las Políticas Públicas que las enmarcan (resaltamos las Leyes Nacionales N° 26657 "de Salud Mental" y la N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas/os y Adolescentes). La profundización del privilegio del mercado en interacción con el Estado y las familias, se manifiesta en "vacancias" para efectivizar dicha accesibilidad desde estrategias de redes primarias y secundarias en sus lugares de residencia. Desde allí, y enredándonos en la reconstrucción situada de las condiciones de existencia de estos varones, planteamos como "ilegítimos" los conocimientos que conforman su salud integral desde tres ejes: consumiciones, seguridades y dicotomizaciones. Los analizamos desde los actuales cambios de las femineidades, que impactan en la construcción entre géneros. Destacamos el carácter relativo y reactivo de esas masculinidades que, acentúan la redefinición de la(s) identidad(es) que impacten saludablemente en la(s) construcción(es) de ser varón(es). Estos procesos teórico-metodológicos de particularidad aportan al Trabajo Social que, participando en equipos de guardia, e intentando articular con mediadores institucionales (también corresponsables de prácticas de cuidado hacia esa franja etárea), respalda la reflexividad institucional del trabajo creador y la producción de conocimientos, sistematizando la práctica "en Urgencias", introduciendo los términos para visibilizar las realidades de los varones adolescentes y sus familias (ubicados temporo-espacialmente en políticas institucionales), entrar en su rutina y generar líneas de acción participativas, posibles de transformación acordes con sus derechos a la salud integral.

Proyecto profesional crítico: mediaciones de/sobre quien/es?

Pensamos que el abordaje crítico desde el Trabajo Social, inserto en Equipos de Guardia de Salud Mental del Hospital Muñiz, interpela las relaciones entre: la accesibilidad a la salud integral de adolescentes varones de los sectores populares y las políticas sociosanitarias en urgencias que la encuadran. Construimos este trabajo a partir de reflexiones surgidas desde el proceso de mediaciones, pretendemos aportar al análisis y reconstrucción de problemas y soluciones definidos e implementados en las políticas públicas (específicamente resaltamos las Leyes Nacionales N° 26657 "de Salud Mental" y la N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas/os y Adolescentes), que atraviesan la vida cotidiana de los varones adolescentes. Nos referimos a las condiciones de posibilidad y oportunidad de visibilizar y enunciar sentidos tanto de las producciones de discursos, como de las conformaciones de subjetividades en el campo de la salud. Ambas resultado de distintos proyectos políticos en pugna, con sus consecuentes teorías: crítica y conservadora (Couthiño, 1972). Estos marcos referenciales configuran las perspectivas desde las cuales se abordan a los adolescentes, la salud y los géneros.

Los resultados de ese conflicto hegemonizan "la agenda" nacional (y latinoamericana) desde la profundización del privilegio del mercado en su interacción con el Estado y las familias. Las secuelas de estos "arreglos", consienten dinámicas que obstaculizan el fortalecimiento de organizaciones representativas colectivas que cogestionen políticas públicas que reviertan las dificultades de acceso a la salud pública de los sectores populares, con consecuencias que evidencian daños y sufrimientos muchas veces irreparables para los varones adolescentes (sucesivos abandonos de tratamiento de Tuberculosis, VIH, consumos problemáticos de sustancias, entre otros). Ellos demandan "urgentemente" porque no logran enfrentar sus procesos de salud-enfermedad; padecimientos deteriorados de las personas, los vínculos, los lazos y de los valores humanos; los declamados Derechos Humanos, son invariablemente desconocidos, avasallados y violados. Los daños, los tenemos que acreditar, tenemos que mostrar la herida o el hematoma para probar que nos golpearon. En cambio, el sufrimiento nombra la herida, la lesión, el dolor de la persona, del ser humano, en virtud de lo que siente, de lo que pasa (...) y que a menudo, no sólo resulta difícil o imposible su acreditación, sino que tal sufrimiento-dolor choca con una in-existencia, una in-disponibilidad, un in-acceso a espacios para ser puesto en palabras, para ser tramitado y reparado (Bokser, 2002).

Desde los procesos de mediaciones se conoce la particularidad de la realidad. En esos términos, consideramos que estos podrían generar y reproducir, entrenamientos de trayectos e itinerarios de re- legitimizaciones que contribuyan a efectivizar derechos a la salud integral de los adolescentes de sectores populares. Los tratos ilegítimos cuya legitimación cerrada y cristalizada observamos a diario -y que de pronto nos involucran- vienen y van demandando arduos estudios y análisis y trabajos de re-legitimizaciones. Esta elucidación desde el Trabajo Social, constituye un ángulo particular desde el cual pensar la realidad social (Heler, 2004).

Según el cristal con que miremos, se dirimen los conflictos en torno a la construcción de las realidades de los adolescentes...

En tanto esta Ponencia tiene relación con las prácticas profesionales en el Hospital Muñiz (GCBA), lo central es visualizar los marcos teórico-metodológicos de referencia. Prioritariamente reflexionar la relación conocimiento-actores-acción "situada" en el campo

de la salud integral, desde la elaboración/definición de categorías de análisis que rigen los procesos de producción y reproducción de la vida humana. Entonces, para encontrarnos con la(s) masculinidad(es) adolescentes de los sectores populares, concebimos al género como relacional y contextualizado: lo femenino y lo masculino se conforman a partir de una relación mutua y situada. Repensar la masculinidad, sosteniendo que la misma, es al mismo tiempo relativa y reactiva, conlleva entender que cuando cambia la femineidad -generalmente cuando las mujeres quieren redefinir su identidad– la masculinidad se desestabiliza (Cangiano;Dubois, 1993). Desde allí, la concepción integral de la salud es un producto histórico, social y económico, sinónimo de articulación con los otros y con sus contextos. El dinamismo del proceso salud-enfermedad, se trata de un proceso incesante, hace la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad (Ferrara, 1985).

Concibiendo el espacio de intervención como campo de mediaciones, la reconstrucción del objeto de intervención profesional se realiza a partir del trinomio categorial universal/singular/particular. (Cavalleri, 2008; Escalada, 2001; Nobre Pontes, 1997). La enunciación de la situación problema, posibilita delinear la reconstrucción particular entre las demandas (singularidad) y las políticas sociosanitarias (universalidad).

Por eso, el análisis de/sobre los varones adolescentes, ampliando y profundizando la dinámica de las relaciones entre los géneros en el campo sociosanitario, se realiza desde las particularidades con que se presenta cada problemática que los atraviesa. Conllevan, además de las definiciones de las categorías que la integran; el estudio de las políticas que la enmarcan y su relación con programas intersectoriales.También, la identificación de los actores sociales relevantes (mediadores institucionales en el ámbito local, recursos, correlación de fuerzas), que puedan intencionalmente convenir u obstaculizar que se alcancen los objetivos de la intervención; el análisis de la problemática desde los varones involucrados (posicionamientos, referentes y trayectorias familiares e institucionales, proyectos, relaciones de poder que manifiestan) para revelar contingencias y condiciones a tener en cuenta para revertir la situación. Delineamos en los ítems siguientes discursos conservadores del campo sociosanitario desde expertos "científicos" y/o gestores institucionales, con consecuencias en las construcciones identitarias adolescentes.

Universalidad. Sobre la politización de las visiones "¿saludables?" de las masculinidades adolescentes

Comprender la cuestión social latinoamericana exige rememorar la historia que la condiciona: colonización, luchas por la independencia, modos de producción, formas de dependencia, modelos de Estado, etc. (Wanderley, 2000). Así, los lineamientos del Estado Neoliberal desde "los 90", continúan construyendo masculinidad(es) adolescentes y también, sus condiciones de posibilidades y oportunidades de acceso a la salud integral. Al respecto, nos preguntamos por qué tanto en los discursos, como en la construcción de subjetividades que conforman las políticas sociosanitarias, parecería estar vacante (¿"no hacer nada"?) el promover/efectivizar esta accesibilidad.

Los expertos (ubicados en los campos científicos o de gestión de servicios) despliegan estrategias tanto discursivas como no-discursivas, al normatizar y normalizar la producción de problemas sociales (y sus soluciones), que delimitan y definen a estos sujetos como "merecedores o no" de determinadas intervenciones y las condiciones de dicho merecimiento (Grassi, Hintze, Neufeld, 1995). Las respuestas hegemónicas se ejecu-

tan en términos de "encrucijadas" (Heler, 2004), cristalizando opciones provisorias e inmediatistas, orientadas por la irracionalidad y ahistoricidad del conflicto económico y del ámbito de la reproducción social, cualificando sometimientos en la construcción de identidades de los adolescentes de los sectores populares, y naturalizando las consecuencias de estos.

Estas "dicotomías" se plasman en distintas prácticas sociales cimentadas en la opinión pública, en los distintos espacios oficializados por el Estado y en publicaciones académicas que sondean "conservadoramente" a estos adolescentes y a sus familias. Son requerimientos (desarrollados y desplegados por políticas de Estado, y por un conjunto de instituciones y actores no estatales), que han conformado relaciones de dominación y opresión plasmadas en injusticias tales como explotación, marginación, abuso de poder, imperialismo cultural y distintas formas de violencia (que llegan incluso a variaciones de genocidios).

Reflexionamos sobre los "no-discursos" que iluminan a mediadores institucionales, corresponsables de fundamentar, reglamentar e implementar políticas públicas, que construyen las subjetividades de los adolescentes y sus niveles de accesibilidad a la salud (González, 2012). Actualmente, la discriminación y exclusión, se expresan en el desconsuelo y la miseria en que se encuentran muchos grupos por acciones/decisiones políticas, sociales, económicas y culturales (Young, 2000).

También visibilizamos discursos ilegítimos que, implícitos en las prácticas nutren espacios (formales e informales), sobre "superioridades": nacional, racial, sexual y etáreas. Desde la teoría crítica, interpelamos esa ideología, que construyó sujetos con cuerpos "feos o degenerados", en contraste con "la pureza y respetabilidad" de los sujetos neutrales y racionales. (Couthiño, 1972). Estos relatos específicos, aportan a construir las dificultades a la accesibilidad a la salud de los adolescentes.

En el próximo ítem explicitamos la ilegitimidad de estos procesos, que tienen lugar en la relación entre: los argumentos que implementan las políticas públicas "de control" y las razones que las sustentan, conformando identidades en los sectores populares desde la permeabilidad de la retórica "globalizadora de la dominación"; y su contradicción con las posibilidades que conforman su mundo real y concreto (González, 2012).

Singulares demandas... en relación con las determinaciones estructurales socioeconómicas, en la conformación de las dificultades de accesibilidad a la salud de los adolescentes

Entonces, ¿Cómo aparece la vida cotidiana de estos adolescentes en tanto espacio de articulación desde la intervención en "la Urgencia"? ¿Quiénes son estos varones, sus referentes, sus redes primarias y secundarias? ¿Son "demandantes" de la intervención del Trabajo Social en el campo sociosanitario? ¿En qué contextos se sitúan y quién/es y cómo los reconocen?

Como referimos precedentemente, reconstruir las demandas de los adolescentes, sus familias y las instituciones corresponsables de efectivizar/legitimar sus derechos, conlleva producir particularidades entre las determinaciones históricas, sociales, culturales, económicas y políticas y la inmediatez de la vida cotidiana. En la esfera de la singularidad, las leyes y determinaciones universales quedan ocultas por la dinámica de los hechos (Cavalleri, 2008).

Por eso, es relevante aprehender cómo se construye el campo de mediaciones entre las categorías históricas y las determinaciones universales y en sus relaciones con el fenómeno que se está enfrentando.

Conlleva captar las interferencias de fuerzas, de leyes sociales, percibiendo su concreción y visibilidad. La convocatoria es a

pensar las relaciones que interactúan reflexivamente con demandas institucionales y sociales vinculadas a los adolescentes desde el sistema sociosanitario. En este campo, los profesionales deben dar respuestas a cuestiones de salud pública. Estas demandas y los vectores críticos: coyunturas, instituciones y marcos referenciales teórico-metodológicos, repercuten y se refractan de forma tal que crean conflictos que afectan en cuanto colectivo al Trabajo Social.

Para contextualizar las intervenciones destacamos que, ante las transformaciones societarias actuales, y particularizando en los varones adolescentes y su accesibilidad a la salud; queremos proponer supuestos de trabajo, surgidos de la práctica profesional (González, 2016), que se profundizarán en el próximo apartado analizando la relación demanda (singularidad)-otorgamiento (universalidad).

-Los comportamientos de los mediadores institucionales, de los adolescentes y de sus familias, están conformados (y a la vez conforman), por las alternativas de las determinaciones sociales, económicas y políticas. Las "crisis de los '90", provocaron alteraciones en las relaciones de género al interior de las familias, posibilitando nuevos sentidos en la construcción de la masculinidad adolescente. Esto resultado de: expulsión del mercado de trabajo de (en su mayoría), hombres en edad productiva; fragilidad en los vínculos familiares; aumento de mujeres "jefas de hogar". La reactivación del modelo neoliberal, profundiza procesos de desubjetivación de los sujetos; dificultando pensar a los géneros como relacionales, relativos y reactivos.

Aún, ante el aporte de los actuales procesos enmarcados en las teorías críticas feministas, que producen cambios y sentidos de construcción desde la efectivización de derechos de las mujeres.

-Las ofertas de instituciones que operan a nivel de la atención en salud integral, están dirigidas a "las familias" (o a "las mujeres"); los varones adolescentes de los sectores populares representan la selección de una franja limitada de la población sobre la que mayoritariamente se interviene cuando hay daño instalado. La trasmisión de la forma de accesibilidad al sistema de salud es algo históricamente adjudicado al mundo femenino. El varón queda al margen de este aprendizaje cuando él mismo tiene que efectivizar por sí, o por algún integrante de su grupo familiar la consulta al médico y queda expuesto al "no saber cómo se hace".

- Se conforman ambigüedades entre los modelos previos de aprendizaje de los adolescentes (determinantes de la cultura patriarcal, modelos de familia nuclear: "hombre proveedor" en el mundo "público") y las corresponsabilidades de las instituciones sanitarias, educativas, recreativas (derechos, integración, protección, consumo) y lo que estas "otorgan" ("no haciendo nada" con las "vacancias" construidas desde las transformaciones familiares y en el mercado de trabajo desde los "90"). La característica de las políticas "neoliberales", es la expulsión de ámbitos de producción humana (artística e intelectual).

¿Qué me das cuando demando?

Pensamos en delinear tres ejes de reflexión, vinculados a la relación demanda (singularidad)-otorgamiento (universalidad) como dimensión de análisis de las políticas sociosanitarias (Pastorini, 2000; Cavalleri, 2008).

Desde allí, nos preguntamos si desde las son estrategias de reconocimiento y enfrentamiento de la cuestión social como propuesta de intervención estatal: las "consumiciones", las "seguridades" y las "dicotomizaciones" entre mujeres y varones", podemos visibilizar los marcos referenciales conservadores que conforman relaciones que interactúan re-

flexivamente con demandas (explícitas e implícitas) de los varones, sus familias y/o de las instituciones corresponsables de efectivizar las accesibilidades a su salud integral.

-Respecto de lo que delineamos como "consumiciones", entendemos que estas masculinidades (aunque también los jóvenes y adultos en edad productiva), están segregadas de los circuitos sociales de producción, de utilidad y de reconocimiento; se ven obligados a vivir en una especie de cultura de lo aleatorio, viven en una alternancia entre actividad e inactividad, de un poco de ayuda social y un poco de "arreglárselas". En su mayoría no trabajan ni estudian; no "pertenecen" a espacios alternativos donde se les posibilite efectivizar sus derechos constitucionales; por lo tanto "la calle" (y sus interacciones cada vez menos públicas y más privativas o privatizadas) son su lugar de expresión y "consumición". Penetrados por los modelos neoliberales, estos problemas se vinculan con que se han desplazado los ejes del trabajo al consumo, afectando el vector de integración sociopolítica. Particularmente para los adolescentes, sus consecuencias se evidencian en la existencia de lo que hemos definido como actividades con "tiempos vacíos". Estas, generalmente se denominan como de tiempo libre y recreación, pero tratándose de varones de sectores populares, las mismas no se aplican en la realidad al "ocio" como tiempo de descanso, sino que exponen los sentidos narrados desde la ideología del consumo. El esfuerzo que les exige "tener" a estos adolescentes, el no sostener los valores socialmente atribuidos al "consumidor", deriva en la sobre adaptación a conductas que exceden sus posibilidades reales (consumo de sustancias perjudiciales para su salud, dificultades de sostenimiento de tratamientos de VIH y TBC). Pero esto no es atribuible a una inherencia de la agresividad como cualidad propia de los varones, sino a la relación entre la oferta socialmente representada que asegura en el riesgo, en la acción, en el límite del esfuerzo, una cuota de virilidad y privilegio que se confunde con masculinidad. (González, 1999)

-En torno a "las seguridades", las visiones "conservadoras" construyen prácticas ilegítimas cuando se vetan derechos constitucionales justificándolos en acciones individualizantes que refieren "prevenir de" un poder masculino de la pobreza del cual hay que protegerse con una promoción de "controles", que a diferencia de los derechos, si parece construirse como "universales".

La "normalidad" de la condición masculina se plasma en las secciones periodísticas sobre hechos delictivos (que frecuentemente ocultan o revierten las causas reales de las acciones que motivan estas prácticas sociales, o pretenden desconocer el delito como una construcción social que no solo incluye a los sectores populares, sino que parece estar instalado en una sociedad globalmente preparada para distintos tipos de

"armamentos"). También, en las denuncias históricamente solapadas o transmutadas sobre privaciones ilegítimas de la libertad y asesinatos policiales de "gatillo fácil" (subrayamos siguiendo una línea de/en tiempos de neoliberalismo: las masacres de "Ingeniero Budge" (9/5/1997), "Floresta" (29/12/2001) y "San Miguel del Monte" (20/5/2019). Destacamos la alta proporción de población en "centros de seguridad", instituciones convivenciales y en situación de calle. Estos últimos, aunque no exceptuando a los anteriores, producto de desvinculaciones familiares determinadas por soluciones enmarcadas en la violación y vulneración de derechos constitucionales, que promueven la fragmentación, parcialidad, desarticulación de políticas sociales y un voluntarismo solidario desde la sociedad civil (que se define "por fuera y distinto al Estado"), donde se evidencian respuestas sociosanitarias, que profundizan daños y sufrimientos que pudieron –o no- estar atravesando estas masculinidades. (Rodriguez, 2002 ; 2019).

-Las encrucijadas naturalizan: al "sexo fuerte" con la impronta "dominante", opo-

niéndolo a la pasividad y el sentimentalismo adjudicados al mundo femenino. Los atributos normalizadores masculino/femenino, invisibilizan la promoción de prácticas emancipatorias que denuncian las consecuencias de esta dicotomización y legitiman la igualdad en las relaciones de género. Así la ambigüedad del discurso se plasma cuando los atributos cosificados en "lo femenino" son delatados en la práctica como carencias varoniles; a la vez, la denuncia de dominación de género, demanda "cualidades femeninas" particularmente cuando los varones adolescentes se revelan con fortaleza, cuando ellas y/o ellos mismos (solas/os o con sus pares), son forzados por acciones ilegítimas tiranas y opresoras. (González, 1999).

Para seguir pensando... Situando prácticas profesionales con masculinidad(es) adolescentes en el campo de la salud...

¿Qué es lo posible, lo concebible de producir desde el Trabajo Social en la Urgencia del campo socio-sanitario? ¿Quiénes son los Sujetos (Estado, paradigmas, clase) que interpelan a los Trabajadores Sociales?

El estudio de los adolescentes desde los procesos de mediaciones, como reconstrucciones determinadas por relaciones sociales en contextos y situaciones concretas; pretendió interrogar discursos conservadores dominantes (no solo en relación al género), que producen daños y sufrimientos y en consecuencia limitan sus posibilidades de acceso a la salud integral.

Consideramos que aporta desde el Trabajo Social, a Equipos de Salud Mental de Guardia, enunciando las situaciones problemáticas que atraviesan los varones adolescentes (sujetos protagonistas de esta ponencia). Particularizando (situando histórica y localmente), es el camino para esa reconstrucción, conjugando experimentos abstractos con observaciones empíricas. Norteados desde el proyecto profesional crítico, la propuesta de particularidad, ofrece al Trabajo Social un espacio de intercambio, con el objeto de fortalecer las prácticas profesionales, promoviendo construcciones colectivas de conocimientos e intercambios en marcos de formación – participación – acción.

En esa línea, y pensando las políticas públicas como producto de relaciones conflictivas entre distintos actores, insistimos en destacar los procesos teórico-metodológicos de particularidad como aporte del Trabajo Social inserto en equipos de salud; y comprendiendo que las prestaciones institucionales son corresponsables de prácticas de cuidado hacia esa franja etárea (principalmente en el nivel de atención primaria de su salud integral). Conlleva oportunidades y posibilidades de insertarnos en instituciones y organizaciones por donde transitan/ demandan (por acción u omisión) los varones adolescentes, y sus relaciones desde lo local/regional, con las políticas institucionales.

Estos abordajes profesionales destacan el carácter relativo y reactivo de esas masculinidades. Así, se discute la lógica irracional, ahistórica e individual del Hombre (descripto unilateralmente como viril y consumidor de riesgos para la consecución de resultados eficaces). Por otro lado, se acentúa la redefinición de la(s) identidad(es) que impacten saludablemente en las construcción(es) de ser varón(es). La reflexividad institucional del trabajo creador y la producción de conocimientos, posibilita al Trabajo Social suspender la vida cotidiana, introduciendo los términos para visibilizar las realidades de las masculinidades adolescentes (ubicados temporo-espacialmente en políticas institucionales), entrar en su rutina y generar líneas de acción participativas, posibles de transformación, y acordes con la efectivización de sus derechos a la salud integral. Esto involucra desenmarañar las encrucijadas: prácticas familiares, profesionales, insti-

tucionales y de organizaciones de la sociedad civil, desde la implementación de proyectos profesionales críticos con los procesos de particularidad que estos conllevan. Estos movimientos los atribuimos a los intercambios que se conforman en las distintas y enriquecedoras relaciones "en territorios locales". Desafíos teórico- metodológicos que constituyen un ángulo particular de elucidación desde el cual pensar la realidad social y organizar el propio pensar desde dicha realidad. En tanto los procesos de mediaciones constituyen un instrumento fundamental para la inserción profesional en las diversos campos sociosanitarios.

Bibliografía

- Bokser, Mirta F.(2002): Legalidades ilegítimas. Derechos Humanos y Prácticas Sociales. Editorial Colihue. Buenos Aires.
- Cangiano,M.; Dubois,L (1993): "De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales". CEAL, Bs As.
- Cavalleri, S. (2008): Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas. En "Compartiendo notas. El Trabajo Social en la Contemporaneidad". VV.AA. UNLa.
- Couthiño, C. (1972): "El estructuralismo y la Miseria de la Razón". Ed. Paz e Terra. Río de Janeiro.
- Escalada, M. (2001): Teoría y epistemología en la construcción de diagnósticos sociales. En: VVAA: "El Diagnóstico Social. Proceso de Conocimiento e Intervención Profesional". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Ferrara, F (1985): Teoría Social y Salud. Editorial Catálogos. Buenos Aires.
- González, S. (1999): "Consultorio de Varones Adolescentes... Una mirada desde el Trabajo Social". Publicado en sección Perspectiva Latinoamericana 1999. Direcciones sitio Web- Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica-10 páginas: http://cariari.ucr.ac.cr/~trasoc/trabsoc.shtml; http://cariari.ucr.ac.cr/trasoc/virtual.html; http://cariari.ucr.ac.cr/~trasoc/perspectiva.html
- González, S (2012): Tesis de Maestría: "Producción de conocimientos y posicionamientos en el campo profesional en los dispositivos de sistematización e investigación en la formación profesional del Trabajo Social". Universidad Nacional de La Plata. La Plata. http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/26421
- González, S. (2016): "Políticas de género". Ficha didáctica No 6 para realización de Trabajos Prácticos para análisis de Prácticas pre-profesionales de Taller IV. Carrera de Trabajo Social. UBA
- Grassi, E.; Hintze, S.; Neufeld, M.R. (1995): Políticas Sociales. Crisis y Ajuste estructural. Bs As. Ed. Espacio.
- Heler, M. (2004): La producción de conocimiento en el Trabajo Social y la conquista de autonomía, en Escenarios. Revista Institucional, Año 4, No 8, La Plata, Escuela de Trabajo Social-UNLP, ISSN 1666-3942.
- Leyes Nacional N° 26657 de Salud Mental (2010). Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- Ministerio de Salud.www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf
- Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas/os y Adolescentes (2005).
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm
- Nobre Pontes, R. (1997): Mediaçào e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoría teórica e su apropiaçào pelo Serviço Social. San Pablo: Cortez.
- Pastorini, A. (2000) "Las políticas sociales y el Servicio Social. ¿Instrumento de reversión o manutención de las desigualdades?". En: Montaño, Carlos. La naturaleza del Servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. San Pablo, Cortez Editora.
- Rodriguez, C. (2002): "A seis meses de otra masacre, una marcha de repudio en Gaona". Recuperado de https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-7002-2002-06-30.html;
- Rodriguez, C. (2019) "La muerte en tiempo de rap". Recuperado de https://www.pagina12.com.ar/196269-la-muerte-en-tiempo-de-rap.
- Wanderley, L. E.(2000): "A questão social no contexto da globalizacão: o caso latino-americano e o caribenho". En "Desigualdade e a questão social"/ orgs. Mariangela Belfiore-Wanderley, Lucia Bógus, María Carmelita Yasbek. Editorial EDU. Sao Pablo.
- Young, Iris Marion (2000): "La justicia y la política de la diferencia". Ediciones Cátedra. Valencia.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y SOCIALES
PRIMER BLOQUE

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. ABORDAJES POSIBLES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Lic. Amalia Vazquez

. . . . .

Introducción

El interés temático gira en torno a problematizar/profundizar los aspectos y dimensiones que se despliegan en el proceso de atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Dicho abordaje será repensado desde la perspectiva de la intervención profesional del Trabajo Social en tanto una de las profesiones que interviene en el campo de la salud en esta temática.

En el ámbito de la salud, en tanto política sanitaria, la incidencia de ITS (sífilis, VIH, hepatitis, entre otras) es de notificación obligatoria para lxs profesionales y su testeo es requisito (a excepción del VIH) para el examen prenupcial (optativo a partir de la disposición 68- DGRC 2018), pre ocupacional y durante el embarazo. Frente a esta situación la práctica atribuida al Trabajo Social se vincula a una instancia de control relacionada con el cumplimiento y/o sostenimiento del tratamiento médico prescripto. En este sentido se propone pensar las implicancias subjetivas que el abordaje de las ITS conlleva para los/as usuarios/as, tendiente a identificar tensiones, procesos ruptura y transformación.

Tomando como insumo las teorizaciones de Foucault y Butler, el presente escrito se propone reflexionar acerca de los discursos sobre la sexualidad en el campo de la salud. Se intentará repensar las implicancias para los sujetos a partir de focalizar la mirada en el abordaje de las infecciones de transmisión sexual (Programa de ITS).

Desarrollo

Foucault (2008), al analizar el dispositivo de la sexualidad, comienza por desarticular la hipótesis represiva (que se atribuía al sexo en la modernidad), para plantear un régimen de poder-saber-placer sostenido por una economía de los discursos. De acuerdo a este autor, en la modernidad, la producción de dichos discursos sobre el sexo fue incitada crecientemente, generando efectos de poder y de saber, regulando las formas de sexualidad hasta alcanzar las conductas más tenues e individuales. Este poder no tendrá la forma de la ley y de la prohibición, sino que procederá por desmultiplicación de las sexualidades singulares, buscando circunscribir, regular, aquellas conductas sexuales que no tenían por fin la reproducción. Esta creciente normalización, se produce junto con un refuerzo

del papel de la medicina, instancias de control y mecanismos de vigilancia que se ocupan de las desviaciones, la sexualidad infantil y de la vejez, pero infiltran, alcanzan el interior de la pareja monogámica. En este contexto se constituye una ciencia sexual que procura formular discursos verdaderos sobre el sexo, oponiéndose a la tradición de la ars erótica (donde la verdad sobre el sexo es extraída del placer). Entre los procedimientos que se instauran, Foucault destaca el de la confesión, que debe ajustarse a las reglas del discurso científico, donde el sujeto que habla queda identificado con el de la enunciación. Esta situación instaura una instancia de dominación en tanto implica la remisión a un otro que sabe y formula las respuestas; se produce entonces una medicalización de los efectos de la confesión, que inscriben al sexo en el registro de lo normal y de lo patológico: "la confesión será exigida por el médico, necesaria para el diagnóstico y por sí eficaz para la curación" (Foucault, 2008: 68).

Este proceso de normalización, no implicó la producción de un discurso verdadero y unificador sobre el sexo, sino que se produjeron múltiples discursos que se diseminaron mediante procesos distintos sobre las cosas y los cuerpos. La consideración del dispositivo de la sexualidad, lleva al planteo de aquellos mecanismos positivos productivos de saber y poder. Los nuevos procedimientos de poder no funcionan por el derecho sino por la técnica, no por la ley sino por la normalización, no por el castigo sino por el control y se ejercen en niveles y formas que rebasan el estado y sus aparatos. De este modo, en determinado campo existirán relaciones de fuerzas, confrontaciones, contradicciones, estrategias, apoyos, que conforman sistemas, y cuyo dibujo general toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, y en las hegemonías sociales. Asimismo Foucault plantea como característica que donde hay poder hay resistencia, y ésta nunca estará en posición de exterioridad respecto del poder. Como el poder, los puntos de resistencia recorren las estratificaciones sociales y las unidades individuales. Y será la codificación estratégica de esos puntos de resistencia lo que posibilite transformaciones en aspectos políticos, sociales, económicos, etc.

Butler en el texto "cuerpos que importan" retoma los postulados de Foucault respecto al poder y desarrolla la idea de la materialización del sexo a partir de la noción de performatividad. Mediante la reiteración de prácticas discursivas en el tiempo, que movilizan normas reguladores (ideal regulatorio), el poder productivo, constituye, produce, los cuerpos que gobierna. El sexo no es considerado como hecho natural, sino que la performatividad, en tanto reiteración de la práctica discursiva, produce los efectos que nombra, produce la materialización del sexo, implicando la diferencia sexual, en tanto el ideal regulatorio se basa en el imperativo heterosexual. Será una reiteración de la norma o conjunto de normas, no como acto singular, sino como acto que disimula las convenciones de la que es repetición. La ley se consolida y se produce a partir de su cita, lo que Butler denomina la apelación a la cita. La norma del sexo ejerce su influencia en la medida en que se la "cite" como norma. Para la autora esto implica reconsiderar el proceso por el cual un sujeto "asume" la norma corporal, ya que la performatividad y la reiteración en el tiempo implican que de lo se trata es de una formación del sujeto, el yo hablante, al transitar el proceso de asumir un sexo. Aquí se pone en juego la identificación en el contexto de una matriz de medios discursivos donde el imperativo heterosexual permite ciertas identificaciones sexuadas y excluye otras; siendo constitutivo al proceso de formación de sujetos la producción de aquellos que se encuentran en la frontera de lo humano: los seres abyectos, que pueblan las zonas invisibles e inhabitables de la vida social.

La reiteración lleva al efecto naturalizado del sexo, pero al mismo tiempo, abre brechas y fisuras, como aquello que escapa a la

norma o que la rebasa y esta inestabilidad posibilitaría des-constituir el proceso de repetición, haciendo entrar en una crisis potencialmente productiva la consolidación de las normas del sexo. De acuerdo a la autora no hay asunción del sexo como elección reflexiva debido al aparato regulador de heterosexualidad y de la producción forzada del sexo mediante la reiteración. En ese sentido, la libertad de acción se inscribiría dentro de los márgenes de la apropiación obligada de la ley reguladora, la materialización de esa ley, la apropiación impuesta y la identificación con tales demandas normativas.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), denominadas anteriormente como "enfermedades venéreas", en su origen estuvieron signadas por un fuerte componente moral en tanto se asociaban a un castigo por llevar a cabo prácticas de "sexo pecaminoso". Dentro del dispositivo de sexualidad, la búsqueda de la normalización incluirá la intervención sobre las ITS. Al estar implicada la herencia y la responsabilidad biológica, Foucault sostiene que se desarrolló un proyecto médico y político para organizar una administración estatal de los matrimonios, nacimientos y supervivencias. Aún hoy en día, el diagnóstico de las ITS conlleva su denuncia obligatoria al ministerio de salud (área de epidemiología). El análisis de ITS es también requisito (a excepción del testeo de HIV) para el examen preocupacional y durante el embarazo. De esta forma se consolida una intervención estatal que alcanza a la familia y al trabajo, y se disemina a través de las distintas formas de ejercer la sexualidad. Esta reiteración de la norma lleva la marca de la hegemonía médica, en tanto son los médicos quienes diagnostican y prescriben el tratamiento. En este contexto por lo general se convoca al Trabajo Social para realizar una función de control (por ejemplo firmar el retiro de la medicación y verificar la finalización del tratamiento).

Sin embargo, la salud no puede reducirse a un abordaje biomédico o administrativo. Autoras como Pombo (2012), establecen que la salud puede concebirse como espacio social en el que, retomando la noción de campo de Bourdieu, se producirán disputas que buscan instaurar principios de visión legítimos en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención y sentidos legítimos respecto de las intencionalidades y modalidades de intervención que se implementen.

De este modo al considerar que en el subsector público entran en tensión distintos modelos de atención, que responden a diversas formas de concebir los procesos de salud-enfermedad-atención, mediante la inclusión/exclusión de determinantes de dichos procesos (condiciones materiales, simbólicas, etc.) y formas "adecuadas" para prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.

La atención en el programa de ITS pone de relieve los efectos que la reiteración de la norma, así como las instancias de dominación y control sobre la sexualidad, produce en los sujetos. El saber queda principalmente del lado del médico, mientras que el sujeto "confiesa" y "acepta" el diagnóstico y tratamiento, mientras que las profundas implicancias que genera el conocimiento de la infección son "minimizadas" y "reducidas" a la prescripción. A través de las entrevistas realizadas desde Trabajo Social, las personas plantean haber recibido escasa información respecto a su situación de salud y el diagnóstico (desconocimiento de lo que significa el examen de VDRL), las implicancias de una ITS y no conocer la modalidad en la que deben continuar los controles de salud. Por otra parte refieren dificultades para la comunicación del diagnóstico a sus pareja/s o contacto/s sexuales, señalando diversos inconvenientes para la asistencia a consulta médica de los mismos. En general emergen sentimientos de incertidumbre, angustia, displacer frente al diagnóstico y temor frente a una posible derivación para la realización del testeo de HIV.

A partir de estas consideraciones, se sostiene que una vía posible de intervención,

consiste en ofrecer una instancia de diálogo, en la cual se trabaje el tratamiento de la infección en sus dimensiones sociales, vinculares, subjetivos: cuestiones que tengan que ver con pautas de alarma y vías de transmisión, el impacto que genera el diagnóstico a nivel singular y vincular, condiciones de supervivencia, etc. Un aspecto que se considera importante señalar es la alta incidencia de mujeres infectadas, que a partir de la instancia de entrevista se va construyendo una trama donde emergen relatos vinculados a la violencia de género y vulneración de todo tipo de derechos, donde prima la desinformación no sólo respecto al diagnóstico, sino también de quién se lo transmitió. Asimismo se dificulta la posibilidad de pensar las instancias de prevención y de tratamiento con la pareja.

Reflexiones finales

En base al recorrido realizado en el presente escrito podría pensarse que el tratamiento de las ITS ofrecido por efectores de salud, se inscribiría en una lógica de control de los cuerpos y normativización donde la producción de cuerpos que importan va dejando su marca. Si bien parecería una cuestión únicamente biomédica de cuidado de la salud, a partir de los efectos, reacciones que suscitan en los sujetos, se podría pensar a los dispositivos y discursos sobre el sexo actuando a distintos niveles, donde la medicina, pero también profesiones "sociales", se constituyen como tecnologías de control. Esas tecnologías, inscriptas en el campo de la salud, ponen de relieve una multiplicidad de perspectivas respecto a cómo abordar las ITS. Desde el Trabajo Social puede considerarse la posibilidad de un abordaje en el marco del ejercicio de la sexualidad (en tanto derecho) que no se reduce a la prescripción de medicación, sino que apunta a un abordaje integral de la salud, que no invisibilice, normalice y oculte la compleja trama de las relaciones saber – poder.

Siendo central, en los procesos de intervención profesional transitar por una instancia de interpelación respecto de las prácticas de atención, dimensionando los mecanismos de poder-saber que se ponen en juego, fundamentalmente la normalización de los cuerpos mediante los discursos y la reiteración de la norma.

Bibliografía

- Butler, Judith, Cuerpos que importan, trad. Alicia Bixio, Buenos Aires, Paidós, 2002 [1993].
- Foucault, Michel, Historia de la sexualidad, I. La voluntad de saber, México, Siglo Veintiuno, 2008 [1976].
- Pombo, M. Gabriela (2012) "La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género". s/d.

LÍMITES Y POTENCIALIDADES DESDE EL TRABAJO SOCIAL ¿CON? CLÍNICA MÉDICA

Lic. Paula Cantor
Lic. Luis Buchanan
Lic. Anabel Ciciliano
Lic. Sofía Taghlian

. . . . .

Trabajo Social y Salud

Para comenzar con este proceso de reflexión nos parece importante poder definir la forma en que pensamos nuestra intervención profesional. Entendemos al Trabajo Social como una profesión históricamente determinada, inscripta en la división socio-técnica del trabajo que se afirma como un tipo de especialización del trabajo colectivo al ser expresión de necesidades derivadas de la práctica histórica de las clases sociales en el acto de producir y reproducir los medios de vida y de trabajo de forma socialmente determinada. El desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales engendradas en ese proceso determinan nuevas necesidades sociales y nuevos impases que demandan profesionales especialmente calificados para su atención, según los parámetros de 'racionalidad' y 'eficiencia' inherentes a la sociedad capitalista (Iamamoto, 1992). Así, la cuestión social es atacada en sus refracciones, en sus secuelas aprehendidas como problemáticas cuya naturaleza totalizante, si es asumida consecuentemente, impediría la intervención" (Netto, 2002: 22).

Si bien las políticas sociales son *la manera en que la cuestión social es constituida en cuestión de Estado y, en consecuencia, el resultado de la politización del ámbito de la reproducción* (Grassi, 2001), también se constituyen en la cristalización de las luchas sociales por el reconocimiento de los derechos de la clase trabajadora: para llegar a ser un grupo objetivo de los programas sociales, primero debió ser reconocido como un problema social. El Estado pasa a intervenir directamente en la relación entre el empresariado y las clases trabajadoras a través de la participación en la prestaciones sociales, entre otras medidas, como forma de enfrentar a los procesos de pauperización de la población con el avance del capitalismo. En este proceso, una porción de la población queda por fuera del mercado de trabajo pasando a depender directamente de la renta de todas las clases, siendo obligada la sociedad en su totalidad a ocuparse

de su manutención. Aquí las políticas sociales del Estado desempeñan un papel fundamental produciéndose un fuerte desarrollo de de las instituciones de prestación de servicios sociales y asistenciales (Iamamoto, 1992).

Es en este punto que nos interesa pensar al Trabajo Social en relación con el Sistema de Salud, en tanto que la instauración del capitalismo representó disputas por la forma de responder a las demandas de salud de la clase trabajadora que repercutieron en la consolidación de respuestas estatales acordes a cada época. Andrea Oliva conceptualiza los servicios de salud como una línea de valores de uso no fraccionables, siendo la aparición del Estado clave para su desarrollo (Oliva, 2018).

La intervención profesional del Trabajo Social se despliega dentro de un contexto socio histórico e institucional específico, siendo inviable establecer las estrategias de atención de forma aislada y de manera unilateral. Andrea Oliva explica

> "la intervención del profesional requiere ser contextualizada formando parte de procesos en los que participan otros actores, entrando en juego diversos intereses, modalidades de acción, criterios éticos, posicionamientos políticos, determinados por conjuntos de recursos. Por lo tanto, es necesario interpretarla en relación a la tríada institución-usuario-Trabajador Social."(Oliva, 2014: 46-47).

Consideramos necesario poder realizar otras precisiones conceptuales vinculadas a los sentidos en disputa sobre el concepto de salud, los procesos de atención y los modelos de abordajes propuestos de acuerdo a la multiplicidad de actores en juego, a los fines de poder comprender y reflexionar sobre los límites y potencialidades de nuestra intervención profesional.

Definición de salud y modelos de atención

Tradicionalmente cuando se habla del concepto de salud se hace referencia a "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1948) . Esta definición implicó un avance respecto a entenderla como la mera ausencia de enfermedad, incluyendo factores que exceden los físico y abriendo la posibilidad al trabajo y diálogo interdisciplinario.

No obstante, tomamos los aportes de Floreal Ferrara en relación al cuestionamiento de esta definición. En primer lugar, define la salud como un estado, es decir que la salud sería algo que estático, sin modificación, no dinámico. Dicho estado es completo; no existe ser humano completo cuya vida esté enteramente resuelta y sin conflictos. (Svampa, 2010)

En contrapartida, propone que la salud es un proceso dinámico que está inscripta en una totalidad social atravesada por la coyuntura histórico política. Al considerar los efectos de la aplicación de determinadas políticas públicas en nuestro país se puede observar que la salud no está escindida de la sociedad: "Vayan a ver cómo viven las muchachas y muchachos en las villas, fíjense los índices de desnutrición, de analfabetismo, vean cómo están nuestros viejos, de qué se enferman y se mueren nuestros jóvenes, nuestros ancianos. Los efectos están ahí, esos efectos son los que tenemos que mirar y cuando miramos esos efectos, ya no juega el tema de la salud, entra a tallar el tema de la sociedad." (Ferrara, 2002, citado en Svampa, 2010: 44). En este sentido Ferrara sostiene que la definición de salud de la OMS implica una adaptación al contexto y la sociedad en la que se vive. Afirma: "Quiere decir que estos organismos internacionales que han enseñado a varias generaciones desde hace 50 años que para

tener bienestar tienen que adaptarse a la sociedad en la que están, y ésta adaptación a la sociedad en la que están representa para ustedes la salud." (Ferrara, 2002, citado en Svampa, 2010: 45)

Por lo tanto, en este contexto de injusticia social, política y económica, entendemos que la salud es un proceso el que se está peleando cotidianamente, es decir, "la salud es conflicto y es dialéctica" (Ferrara, citado en Svampa, 2010: 40)

Ambas definiciones de salud reflejan distintos modelos de atención, por lo que creemos importante describir el modelo en el cual estamos inscriptos como equipo y trabajadores de la salud.

Entendemos que no existe un único modelo de atención, sino que en tanto modalidades que organizan los distintos paradigmas sobre los procesos de salud/enfermedad/atención[1] que se implementan en diversas prácticas sociales, varían de acuerdo a cada sociedad y cultura. Estos modelos varían en su grado de legitimidad y se constituyen como construcciones teóricas que organiza las prácticas en salud y pueden ser replicados. En nuestro caso, consideramos que nuestras intervenciones (y las del sistema de salud en general) se ven inscritas en el Modelo Médico Hegemónico.

Menéndez utiliza el modelo médico hegemónico para analizar la medicina alópata y lo podemos extender a todas las disciplinas que trabajamos en salud. Los rasgos principales de este modelo son la a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica biologicismo y evolucionismo de la enfermedad pero no de la historia de la misma, excluyendo los procesos sociales que la condicionan (Menéndez, 2009). Es decir, que la tendencia de este modelo es a la subordinación o exclusión de los procesos psicológicos y sociales en los padecimientos. El reconocimiento de la existencia de factores socioculturales y económicos, no es sinónimo de que de que estos factores sean utilizados al mismo nivel que los procesos biológicos para interpretar y establecer acciones en el proceso salud/enfermedad/atención. (Menéndez, 2009).

Esta reducción a los aspectos biológicos de la enfermedad, conlleva la separación de la persona y a su enfermedad de sus relaciones sociales. Eso además orienta a trabajar casi exclusivamente con la enfermedad y no con la salud. Esta centralidad de la enfermedad termina por correr a las personas del eje de la atención. En palabras de Campos: "...la medicina no sólo trabaja con una ontologización de las enfermedades – las dolencias son el verdadero objeto del trabajo de la clínica – como termina aprehendiendo a las personas por sus enfermedades. Es como si la dolencia ocupara toda la personalidad, todo el cuerpo, todo el Ser del enfermo." (Campos, 2005: 75)

Como equipo de salud nuestras prácticas se encuentran atravesadas por la concepción de salud y por ende por el modelo médico hegemónico. Poder ampliar el eje de análisis más allá de la enfermedad y sus condicionantes biológicos, para darle lugar a los sujetos requiere poder conocer y comprender a la población con la que trabajamos.

1. "Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente." (Menéndez, 1994: 4)

Interconsultas y egresos como analizadores

Las **interconsultas** son el mecanismo por el cual se solicita, en este caso desde Clínica Médica, la intervención de otra/s especialidad o disciplina a los fines de complementar el análisis sobre el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o egreso. Por lo tanto, es una instancia crucial para el manejo integral de la situación de la persona internada y que definirá el curso de la atención. En cada sala de internación, las interconsultas son decididas y definidas por el equipo a cargo de esa sala.

Algunos autores plantean los problemas que pueden presentarse durante las interconsultas, por ejemplo: "el mecanismo de puesta en marcha, la delimitación / transferencia de la responsabilidad o defectos de comunicación" (Montero Ruiz et al, 2014: 193). Sostienen que estos como otros problemas pueden generar modificaciones en el desarrollo de las interconsultas y la atención.

¿Cuáles de estos obstáculos interfieren en las interconsultas con Trabajo Social? ¿Cómo pensar el momento de la interconsulta como potencialidad para el desarrollo de la atención?

Las interconsultas de la Sala de Clínica Médica son realizadas al Servicio Social principalmente cuando se presentan obstáculos para la externación. Estos obstáculos pueden estar vinculados a problemáticas habitacionales, económicas, de acceso a insumos, medicación o rehabilitación, derivaciones a otros efectores o instituciones. También, de manera más eventual, cuando se percibe ausencia de red familiar o social de contención. Por tanto, los motivos más frecuentes de interconsulta son porque las personas internadas se encontrarían en situación de calle luego de la internación o no podrán recibir los cuidados necesarios al momento del egreso.

El mecanismo de *puesta en marcha* de las interconsultas hace referencia al momento donde se analiza y se decide consultar con otras profesiones. Aquí nos preguntamos ¿hemos acordado con Clínica Médica los criterios de interconsulta? Parte de esto se debe a la historia de la relación entre el Servicio Social y la Sala de Clínica Médica, parte también por la ya mencionada relación entre medicina y enfermeras-visitadoras de principios de siglo XX.

Tal como describiéramos, la biomedicina (Menéndez, 2009) como modelo de atención (también sostenido por las otras disciplinas) tiende a subordinar o excluir los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos respecto de la dimensión biológica en los procesos de atención. Esto se observa claramente si se analiza cuándo se convoca la intervención de Trabajo Social: cuando existen imposibilidades de continuar desarrollando la práctica médica por dificultades en el acceso a recursos, o cuando se dificulta la externación de un paciente por sus condiciones de vida y/o requerimientos de cuidado.

Al analizar estos motivos de interconsulta, observamos, por momentos, tensiones entre lo que el equipo de Clínica (y la institución) espera de la intervención de Trabajo Social, lo que nosotros como equipo esperamos (¿idealmente?) de nuestra intervención y lo que en verdad sucede.

En relación a la *transferencia/delimitación de responsabilidad* es donde podemos preguntarnos ¿de quién es "el paciente"? En algunas ocasiones y al contar con el alta clínica, estas interconsultas podrían entenderse como el fin del acto médico y el comienzo de la intervención del Servicio Social. Entendemos y compartimos la tensión que se genera al contar con personas internadas pero con alta clínica, algo que resulta paradójico en el ejercicio de cualquier profesión de salud y que no es abordado en nuestras formaciones. A la vez, observamos la alta frecuencia y reiteración de situación como la descripta. Consideramos que podría reducirse esta tensión y se podría potenciar la intervención de Clínica y Trabajo Social si se articulara desde el inicio de la internación.

En este sentido, creemos necesario, para otro desarrollo, revisar el concepto de "paciente social". Este no da cuenta de la integralidad del PSEA de la persona internada y genera una supuesta exclusividad de la atención por parte de Trabajo Social, lo cual redunda en mayor fragmentación y dificultades para el desarrollo de una atención integral y de calidad centrada en el sujeto.

¿Por qué el Trabajo Social se incluiría recién al momento del alta clínica? ¿Intervenimos en el proceso salud-enfermedad durante la internación en Clínica Médica? ¿Cómo? ¿Por qué consideramos importante trabajar las situaciones desde el inicio de la internación? Algunos interrogantes nos quedan pendientes al reflexionar sobre la transferencia o delimitación de responsabilidad.

Los autores (Monteros Ruiz et al, 2014) también plantean los problemas en las interconsultas relacionados con los *defectos en la comunicación*. Es fundamental considerar y plantearse la centralidad de esta variable ya que, a su vez, resulta el eje que puede resolver los otros problemas planteados y darle potencialidad a la interconsulta como mecanismo integrador.

Incluimos aquí la modalidad en se pueden recibir interconsultas: pueden ser de manera oral (con mayor frecuencia) o escrita... ¿Es así con todas las disciplinas o especialidades?

Consideramos que mejorar la articulación, tanto de la modalidad de interconsulta como la comunicación posterior puede brindar una mejora en la atención por parte del Hospital. En este sentido, la comunicación fluida y clara debe ser no solo con quién pide la interconsulta sino también con las otras profesiones interconsultadas y con el sujeto de la intervención. Esto permitiría una evaluación integral de la persona internada y la posibilidad de acordar las líneas de acción y comunicación con el sujeto.

El Ministerio de Salud de la CABA define **egresos** como "la salida del establecimiento de un paciente internado"[2]. Aquí se incluyen las altas, traslados, retiros voluntarios, defunciones y otros egresos.

La Sala de Clínica Médica ha tenido, durante el año 2017, 551 egresos (480 altas y 71 defunciones). Contó con un porcentaje promedio de ocupación de 95,08 %, un promedio de permanencia de 27,77 días y un giro-cama de 12,5. A su vez, presentó una Tasa de Mortalidad hospitalaria de 11,74 % (Movimiento Hospitalario CABA, 2017)[3]. Esto nos da cuenta de la magnitud y la complejidad de situaciones que son atendidas por este servicio.

Al observar los egresos de la población con la cual intervenimos desde el Trabajo Social nos surgen nuevos interrogantes… ¿Cómo entendemos y qué esperamos del egreso?

El recibir el alta clínica para algunas personas internadas, no es siempre la noticia mejor recibida. Saben de sus dificultades para afrontar la cotidianeidad luego del episodio por el cual estuvieron internadas, y los problemas físicos, psíquicos, económicos y sociales que esto les acarrea.

En relación al egreso hospitalario, observamos dificultades y potencialidades vinculadas con la continuidad del PSEA. Se han realizado egresos planificados detalladamente y articulados con otros efectores, servicios o instituciones, donde generalmente la intervención por diferentes disciplinas (Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología, Clínica) ha tenido mayor presencia. A partir de esto, nos permitimos pensar que un trabajo articulado durante la internación facilita y promueve un egreso cuidado y la continuidad de la atención.

A su vez, hemos participado (¿como equipo de Clínica y de Trabajo Social?) de egresos donde no se pueden garantizar el cuidado, el tratamiento o insumos indicados. Esto se puede deber en parte, a la fragmentación del sistema de salud, pero también debido al

2. http://www.buenosaires.gob.ar/salud/estadisticas-para-la-salud/definiciones-operativas
3. http://www.buenosaires.gob.ar/salud/movimiento-hospitalario-ano-2017-0

tiempo que pudimos trabajar como equipo entre las disciplinas que intervenimos en la sala.

Merhy (2006) desarrolla ampliamente el concepto de cuidado. Su trabajo se centra en los procesos productivos en salud, específicamente en el acto de cuidar y su organización en el interior de los establecimientos. Hace referencia al cuidado como la producción de un vínculo entre los usuarios con necesidades de salud y el equipo profesional portador de un cierto saber-hacer tecnológico, productor de cuidado. Esta producción es trabajo vivo en acto, dado que las acciones estratégicas se configuran al momento de la intervención profesional donde se despliega el interjuego de subjetividades que le imprime un carácter singular e instituyente a ese proceso de atención. (Merhy, 2006)

En este sentido, resalta al cuidado como referente y objeto simbólico del campo, que excede su ámbito y necesita mucho más de lo que una profesión le puede proveer (Franco, Mehry, 2013: 225). Por esto, entendemos el momento del egreso, y su planificación, como una parte indispensable de las prácticas de cuidado que generamos como institución y como equipo. Un egreso planificado, centrado en el sujeto y articulado con las posibilidades institucionales y profesionales.

Discusiones y nuevos interrogantes ¿Discutimos modelo de atención? ¿Discutimos nuestras prácticas?

> *La pregunta que cabe a cada trabajador y a sus colectivos es: ¿cómo nos producimos como sujetos en el trabajo de cuidar? y ¿cómo cuidamos de las personas que sufren? Una respuesta posible sería entender que hacer más y mejor es hacer diferente.* (Spinelli, 2018: 503)

El campo de la salud se caracteriza como complejo, donde intervienen diversos actores con intereses contrapuestos, los cuales luchan por la apropiación o consolidación de uno o más capitales: económico, social, cultural y simbólico. Una de las características de la complejidad del campo de la salud es la alta autonomía que poseemos los trabajadores y la dificultad de trabajar con un objeto que no se puede definir con exactitud: la salud. Estamos en la necesidad de pensar y hacer otra salud, con una activa participación de los trabajadores y los conjuntos sociales. Es primordial deconstruir las lógicas hegemónicas y promover mejoras en el proceso de salud/enfermedad/atención. (Spinelli, 2010)

Es por esto también que algunos autores recuperan el carácter artesanal del trabajo en salud, donde se genera un vínculo, se trabaja cotidianamente con personas, y así, se producen relaciones únicas. Sin que esto niegue o deje de lado los avances tecnológicos, ni sus aportes al trabajo, volver a considerar el "arte" y la creatividad del trabajo en salud nos permitiría buscar nuevos horizontes. (Spinelli, 2018)

En este sentido, y dada la complejidad descrita, consideramos indispensable la participación de todas las disciplinas para pensar, cuestionar y revisar los modelos de atención de los cuales formamos parte.

Enfocamos en las interconsultas y los egresos como analizadores del modelo de atención, de nuestra intervención y del trabajo conjunto con la Sala de Clínica Médica. Podemos afirmar, en virtud de lo analizado, que estos momentos, fundamentales durante la internación, son una parte de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado de las personas. Estos procesos son previos y posteriores a la internación, pero es aquí donde se nos presenta la oportunidad como equipo de salud de darle continuidad a ese proceso.

En relación a los ejes analizados a partir de las interconsultas, podemos considerar que el mecanismo de puesta en marcha podría re-

sultar más satisfactorio (tanto para el equipo médico, para la persona internada y para Trabajo Social) si lográramos consolidarnos como equipo. Esto implicaría organizar un día de reunión con pase de situaciones y agenda en común, pudiendo formar parte de las intervenciones desde el inicio de la internación en Sala, reduciendo así las tensiones y dificultades propias de la modalidad de interconsulta.

A su vez, cada disciplina desarrolla su acto de trabajo referenciándose con el equipo que interconsultó pero no con las otras especialidades o disciplinas que trabajan sobre el proceso de atención. Las acciones se llevan a cabo muchas veces de manera superpuesta, contradictoria, inconexas, una suerte de producción de la atención en serie. Esto dificulta pensar e implementar una estrategia común de atención integral. Carlos Matus (1997) afirma que los problemas de gobierno en las instituciones de salud cruzan horizontalmente a todas las especialidades que aporta la universidad verticalmente. Los problemas no son puramente técnicos, sino que a la vez también son sanitarios, económicos, organizativos, jurídicos, entre otros. En palabras del autor, son *técnicopolíticos.* Por lo tanto, se requieren interacciones creativas entre las profesiones para su abordaje, siendo insuficiente el aporte especializado desde cada disciplina del equipo de salud.

Esta consideración, podría redundar en abordar el problema de la delimitación de responsabilidad sobre la intervención ya que sería abordada o dialogada fluidamente en estos espacios de intercambio. En este sentido, mejorar los canales y la calidad de comunicación entre las profesiones intervinientes y con los sujetos, facilitaría la toma de decisiones y permitiría un enfoque integral de los procesos de salud-enfermedad-atención abordados desde la Sala.

A modo de ejemplo, queremos retomar algunas de las propuestas de Goldman (1983) para lograr interconsultas efectivas. Si como equipo logramos determinar el motivo, acordar la urgencia, respondernos a la brevedad, respetar las decisiones colectivas, enseñarnos entre nosotros, dialogar y darle seguimiento a las situaciones planteadas, consideramos que aquí estará la base para brindarle integralidad a la atención. Esto permitiría lograr una mejor planificación y organización de los egresos.

En este sentido, debemos preguntarnos ¿a qué "equipos" nos estamos refiriendo? Porque se presentan diversos mitos sobre el trabajo en equipo: la comunicación plena, la ausencia de conflicto, la interdisciplina como totalidad. De esta manera, la fragmentación de la atención de la salud de los pacientes, conlleva como riesgo que ninguno de los profesionales puede ser responsabilizado por el resultado global del tratamiento, perdiéndose la visión integral en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (Campos, 2009).

Entonces, nos referimos a equipo cuando se comparte una perspectiva de trabajo, aún con diferencias ideológicas, cuando se discute el posicionamiento ético/político, se proponen alternativas y se acompañan las decisiones conjuntas. Un equipo donde exista el conflicto, la reflexividad y la evaluación crítica, donde se historice y problematice la intervención. Que problematicen e intervengan en diferentes dimensiones, mediando particularidades con singulares y universales.

Proponemos considerar los aportes desde la Clínica del Sujeto (Campos, 2009). Aquí la enfermedad no toma carácter de totalidad, sino de paréntesis en la vida de un Sujeto con una singularidad, subjetividad e historia propias. No es un paréntesis que niega su existencia, sino que lo toma como parte del proceso humano pero que permite poner en escena al sujeto y su contexto. "De esta manera el mayor énfasis no se pone en el "proceso de cura" sino en el proceso de "invención de salud" y de la "reproducción social del paciente" (Amarante, 1996; citado en Campos, 2009: 73). Por esto, creemos que nuestro trabajo en salud debe estar orientado en favorecer la capacidad de autonomía de las

personas y así "mejorar su comprensión de su propio cuerpo, de su enfermedad, de sus relaciones con el medio social". (Campos, 2009: 51)

Esta concepción de cura, como ampliación de autonomía, no es posible de aplicar sin un trabajo en equipo, que integre las diversas miradas, que valorice la comunicación entre los distintos profesionales y los pacientes. Se trata de procesos que no empiezan ni culminan con la internación, que se enmarcan en un recorrido temporal que excede el tiempo de hospitalización y que no se acota a la eliminación del síntoma o la mejoría de las funciones.

Bibliografía

- Franco T, Merhy E. Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013.
- Goldman, L. Ten Commandments for Effective Consultations. Archives of Internal Medicine, 143(9), 1753-1755. 1983. doi:10.1001/archinte.1983.00350090131022
- Iamamoto, M. Servicio Social y división social del trabajo. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. 2a ed. São Paulo: Editorial Cortez; 1992.
- Matus C. El gobierno. En: El líder sin Estado Mayor. La Paz: Fondo Editorial Altadir;1997
- Matusevicius, J. Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con Movimientos Sociales. En MALLARDI, M. (comp) Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. La Plata: Colección Debates en Trabajo Social. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2014. Pags.173 - 202.
- Menéndez, E. Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, Distrito Federal, México. Revista Alteridades, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83, 1994.
- Menéndez, E. De sujetos, saberes y estructuras; introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires : Lugar Editorial, 2009.
- Merhy E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- Montero Ruiz, E., & López-Álvarez, J. La interconsulta médica: problemas y soluciones. Medicina Clínica, 136(11), 488–490. 2011. doi:10.1016/j.medcli.2009.06.039
- Montero Ruiz, E., Rebollar Merino, Á., García Sánchez, M., Culebras López, A., Barbero Allende, J. M., & López Álvarez, J. Análisis de las interconsultas hospitalarias al servicio de medicina interna. Revista Clínica Española, 214(4), 192–197. 2014. doi:10.1016/j.rce.2013.12.013
- Oliva, A. Trabajo Social y lucha de clases. Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina. Editorial Imago Mundi, Buenos Aires, 2007.
- Spinelli, H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En: Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 6(3): 275-293, septiembre-diciembre, 2010.
- Spinelli H. Máquinas y arte-sanos. Salud Colectiva. 2018;14(3):483-512. doi: 10.18294/ sc.2018.1823.

LOS PROGENITORES VARONES EN LA SALUD MATERNA, NEONATAL E INFANTIL: OBSTÁCULOS Y FACILITADORES DE LAS POLÍTICAS SOCIALES

Lic. María Clara Fariña

. . . . .

Introducción

En el Sistema de Salud Argentino las políticas de salud materno-infantil apuntan principalmente a garantizar el estado de bienestar del binomio madre-hijo. Los controles prenatales, el acompañamiento profesional e intervenciones durante el parto y nacimiento, los controles neonatales, vacunas, percentiles, controles ginecológicos y obstétricos post-parto, los programas de Salud Sexual y Reproductiva[1], tienen como principal benefactor y responsable a la madre y el/la niñx. En el Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires Año 2016 (ASIS), se enumeran los Programas que el Sistema de la Salud de la Ciudad posee. De un total de 25 programas sólo 1 es exclusivo para varones (Programa de salud para Ex Combatientes de Malvinas). El resto aborda a la mujer como madre y al/la niñx. Asimismo, se observa la existencia de un apartado exclusivo para el análisis de la salud materno-infantil, lo cual permite inferir la prioridad que se le brinda desde el sistema de salud a la atención de dicho grupo poblacional.

La promoción de éste tipo de políticas apuntadas al binomio madre-hijx como garantes casi únicos de la reproducción social, profundizan y reproducen las lógicas de la división sexual del trabajo, asignando roles diferenciales a varones y mujeres, basados en la diferencia de genitalidad biológica de los cuerpos (Nari, 2004). Por su capacidad reproductiva, los cuerpos feminizados han sido socializados para sostener las acciones concernientes al cuidado y crianza de lxs hijxs. Sin embargo, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha planteado la necesidad de incorporar nuevas políticas de reproducción y nuevas figuras responsables del cuidado y crianza de lxs niñxs. Entre ellas el Estado y sus instituciones (Arraigada, 2007).

Los avances de las teorías feministas y el desarrollo de los Derechos Humanos promueven la equidad de género, la cual es necesaria para mejorar la calidad de atención y las intervenciones sanitarias. La incorporación de la figura paterna en los procesos de salud concernientes a la mujer-madre y el/la niñx recién nacido requieren también de un análisis y reflexión de forma tal que las Polí-

1. De aquí en más SSYR.

ticas de salud se adapten a las necesidades de las actuales paternidades. El sistema de salud, por ser uno de los principales medios de contacto con los varones que serán padres, tienen la oportunidad de transformarse en "agente dinamizador de la implicación de los hombres en la crianza" (Navarro, Lopez, Calvente, et.al., 268, 2009) mediante sus políticas, programas y modalidades de atención.

El presente trabajo apunta a dar cuenta de los aprendizajes alcanzados, las reflexiones realizadas en la experiencia de rotación a lo largo del período comprendido entre Junio y Noviembre de 2018 en la sala de Obstetricia y Neonatología de un hospital público de la CABA. En particular, se propone reflexionar (en base a la bibliografía y la experiencia profesional) sobre el progenitor varón en el sistema de salud. Se tendrán en cuenta las acciones y omisiones de las políticas sociales que abordan la salud de las mujeres gestantes y lxs niñxs. Se propone para ello, romper con los enfoques que plantean que estudiar la inserción del varón en las políticas sanitarias implicaría reducir las políticas apuntadas a fomentar los derechos de las mujeres. Considerando enfoques más equitativos en los cuales estudiar al varón por la salud de la mujer (Tájer, 2004).

Objetivos:

- Reflexionar analíticamente acerca del varón-padre en relación a la salud de la mujer-madre y el/la niñx, teniendo como foco de análisis las políticas sociales en Salud existentes.
- Realizar un análisis de la participación de los varones en los dispositivos de atención relacionados con la SSYR, y la salud de las mujeres gestantes y niñxs, en el Hospital de referencia.
- Describir algunos obstáculos y facilitadores con los cuales los varones se enfrentan en relación al parto, nacimiento y primeros cuidados del/la niñx recién nacidx.

Cabe destacar que en relación a los antecedentes, prácticamente el total de las investigaciones a las que se ha accedido manifiestan una escasez en el estudio de la temática.

En este sentido un aporte de interés es el realizado por Baker y Verani (2008). En dicha investigación realizan un recorrido por las políticas públicas de la región en relación a la temática y plantean:

"Existen, seguramente, muchísimos datos sobre patrones de fertilidad, participación en el mercado laboral y formación de la familia en la región, (...) pero éstas ofrecen datos limitados sobre la participación de los hombres como padres. (...) De igual forma, hay pocos estudios en la región de Latinoamérica y el Caribe sobre el impacto de la participación del padre en el desarrollo de los hijos..." (Pg. 7)

Por lo tanto, el presente trabajo representa una iniciación a realizarse diversas preguntas en relación a la participación de los varones-padres en los procesos de salud de su familia y las propias.

Algunas concepciones teóricas

Es preciso comenzar el análisis adelantando algunas conceptualizaciones y definiciones de relevancia, con el fin de obtener criterios comunes. Entre estos las ideas de: masculinidad, paternidad y cuidados.

El concepto de masculinidad, se encuentra en constante construcción y reconstrucción en relación con los avances de estudios de géneros. Connel (1995) en su conceptualización incorpora la idea de que la construcción de la identidad masculina es "...al mismo tiempo, la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura." (Connel, 1995: 35). Esta idea brinda tres conceptos claves para entender a la masculinidad:

posición, práctica y efecto. La posición es tanto asignada por las instituciones, medios de comunicación, sistemas, etc., como asumida por lxs sujetxs. Derivando en prácticas concretas que generarán algún efecto en la realidad concreta. Dichas estructuras identitarias basadas en el sexo biológico moldean las prácticas delimitando y enmarcando las relaciones de género hegemónicas. Asimismo, el autor plantea que es correcto tomar el concepto como plural: "masculinidades". De esta forma no se reduce al género a una única modalidad de posición y práctica estática, considerando cómo son socializados los varones, cómo se construyen socialmente los papeles/roles de los varones y cómo cambian estas formas de accionar en un ciclo de vida y en diferentes contextos sociales.

Hombre, blanco, burgués, europeo y... ¿padre?

Por otro lado, se propone analizar a la paternidad. Como toda relación social se encuentra social e históricamente situado, por lo que no podemos hablar de una única forma de paternidad. En éste sentido, Salguero plantea que "La paternidad no es una cuestión natural. La paternidad y la maternidad se vinculan con otras formas de relación social y procesos socioculturales que se transforman bajo presión de múltiples factores." (Salguero: 2006: 168). Se esta forma se explica a la paternidad como una construcción social históricamente situada, la cual implica que el ejercicio de la misma se transforma constantemente.

Es interesante, en sentido de lo abordado hasta el momento, destacar que la población que asiste al Hospital proviene principalmente de los sectores más vulnerados de la Ciudad y el GBA. Situación que por sus particularidades sociales y económicas enmarcan una forma de construir y vivir la paternidad con algunas de las siguientes características. Según diversas investigaciones y análisis (Salguero, 2006; IPPF/WHR y Promundo, 2017, y E. Bogino Larrambebere, 2013) los sectores medios se presentan más accesibles a adoptar fácilmente modelos de comportamiento más modernos[2]: mayor participación en el cuidado de lxs niñxs, más tiempo compartido, acercándose a buscar información para acompañar a las mujeres en el embarazo, parto y crianza, entre otras nuevas actitudes. Por otro lado, los sectores con menor nivel educativo asumen roles y comportamientos tradicionales, considerando lo relacionado con el embarazo, parto y crianza como 'cosa de mujeres'.

Cabe destacar, que de las observaciones realizadas en la práctica profesional se desprende que las indicaciones sobre los primeros cuidados y necesidades del/la recién nacidx son brindadas en exclusividad a la mujer-madre, no así al varón-padre. Se observa que éstos últimos no son incorporados como figuras referentes, ni responsables también del cuidado del/la recién nacidx.

Por otro lado, otro concepto que se relaciona con las paternidades es la idea de cuidados. En éste sentido, Arraigada (2007) plantea que "la creciente incursión de las mujeres en el trabajo remunerado no ha ido acompañada de una participación equivalente de los varones en la reproducción doméstica" (pg. 134), lo cual explica que aún se extiende la división de tareas al interior de los hogares basado en el sexo. Asimismo, el mismo análisis plantea una diferencia en cuanto a las tareas de crianza que ejercen las mujeres-madres y la que ejercen los varones-padres. Los segundos contribuyen con la mitad de las horas semanales dedicadas exclusivamente al cuidado de niñxs (las madres destinan un pro-

2. "Las tasas crecientes de la disolución marital, la mayor participación de las mujeres en los mercados laborales en la región (comparada con la participación estable o declinante de los hombres) y la creciente atención a los papeles de los hombres en la salud sexual y reproductiva han contribuido al aumento de interés en los papeles de los hombres en las familias y su participación como padres en los países en desarrollo." La participación del hombre como padre en la región de LA y el C. Gary Barker y Fabio Verani 2008, pg 6.

medio de 14 horas semanales y los padres 7 horas semanales, según el estudio realizado en la Ciudad de México en 2002).

Por otra parte, las Políticas Públicas son un agente fundamental en la construcción de los cuidados y la reproducción doméstica. Éstas tanto por acción u omisión pueden favorecer a una familiarización y feminización de las actividades de cuidado: "Si reconocemos que las políticas públicas no sólo proveen servicio y transfieren ingresos, sino que además regulan –por acción u omisión- las funciones asignadas a las familias, los mercados y la comunidad, el análisis de las políticas sociales permite comprender el modo en que – de forma indirecta- se afecta a la organización de la familia y el hogar." (Jelín, 2010, 210-211)

En este sentido, entonces se puede considerar que las acciones de cuidado por parte de los varones padres en la actualidad, si bien con los aportes del movimiento feminista han logrado modificarse, serán posibles siempre y cuando sean acompañadas por políticas públicas que faciliten la asunción de dicho rol. Incluso, no sólo favorecerán al varón-padre, sino también a la mujer-madre y lxs hijxs, democratizando las prácticas de cuidado.

Las Políticas Públicas para los padres varones

A continuación se propone realizar una descripción analítica de las políticas sociales para los varones padres en pos de la asunción de la responsabilidad familiar en nuestro país.

Para ello se analizan aquellas que promuevan la asunción de una paternidad participativa, desde lo relacionado con SSYR, hasta el parto, nacimiento y primeros cuidados.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, firmó en su cuarto punto que las personas no podrán alcanzar su plena salud potencial si no son capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud, lo cual es aplicable tanto a hombres como a mujeres y otros géneros. Es decir que incorpora la promoción de Políticas Sociales equitativas incorporando la categoría de género y accesibilidad.

Por otro lado, la OIT y el PNUD[3] también se han posicionado, destacando las desigualdades existentes en términos de la política pública en la temática:

"La discriminación o restricción de beneficios para los varones reafirma a las mujeres en el rol de responsables casi únicas del cuidado del hogar, lo que obstaculiza tanto su inserción y desarrollo en el trabajo remunerado, como el ejercicio efectivo de una paternidad comprometida por parte de los varones". (OIT Y PNUD, 2013)

Nuestro Estado adhiere a los lineamientos de la OMS, proponiendo la adaptación de las Políticas a los mismos. Sin embargo, se observa que aún en la actualidad existen diversos obstáculos con los cuales los varones padres se encuentran al momento de atravesar el acompañamiento de la gestación, parto y nacimiento de un hijx. Por lo que se considera que aún es preciso continuar construyendo una perspectiva género en las políticas públicas, que aboguen por la igualdad en relación a los beneficios entre mujeres-madres y varones-padres.

Las Políticas Públicas para los padres varones

Como se fue trabajando a lo largo del escrito, y como plantean Aguayo, Barker y Ekilman (2016) los varones-padres con su participación (o no) inciden en el embarazo y parto y nacimiento. Con el fin de analizar la relación de los varones-padre con su propia sexualidad y fertilidad se propone abordar las intervenciones en la SSYR de éstos suje-

3. OIT (Organización Internacional de Trabajo) y PNUD (Programa de la Naciones Unidad para el Desarrollo).

tos desde el sistema de atención en salud. En relación a esto Rodríguez Morales, Castañeda Abascal y otros (2013), analizan la importancia de los estudios sobre la SSYR de los varones en Cuba manifestando que:

"El comportamiento reproductivo masculino es muy importante si se tiene en cuenta que el varón es un componente central en el proceso de toma de decisiones en las relaciones sexuales, lo que está muy interrelacionado con la adopción de MAC[4] y con la prevención de ITS y VIH[5]." (p. 932).

Las autoras plantean que los varones cumplen un rol fundamental en el proceso de toma de decisiones en relación a la SSYR, no porque éstos asuman su responsabilidad frente a las acciones de su salud, si no que ésta actitud se inserta en las relaciones de poder que ejercen al interior de sus relaciones, incidiendo directamente en las salud de las mujeres. Es decir, que es en mucho casos una forma de ejercicio del poder patriarcal machista. Por lo que en sentido de lo expuesto IPPF/WHR y Promundo (2017) plantean: "Muchos hombres no se involucran en la salud sexual y reproductiva de sus parejas porque la conciben como un asunto de mujeres o porque no están dispuestos a negociar las decisiones sexuales y reproductivas con ellas" (pg. 65). Situación que acompañada de un contexto político y jurídico que no habilita y obliga al ejercicio de una paternidad participativa, promueve la ausencia de los varones-padres en los procesos de salud que involucren a las mujeres y los hijxs.

Estas reflexiones se sustentan no sólo en lo observado en la práctica, si no que se reflejan en los datos estadísticos obtenidos de los registros en historias clínicas y pesquisas prenatales. Los datos del ASIS 2016 informan que del total de embarazos registrados en la CABA, un 59,8% no fue planificado. Siendo el Hospital de referencia quien tiene el registro más alto de embarazos no planificados, un 88,8%. En concordancia, el 80% de esas mujeres no utilizaban un MAC. Sin embargo, en todo lo relacionado con las pesquisas prenatales, post natales, y SSYR, no hay registros de la participación del varón. Así como tampoco se estudia la influencia (o no) de su participación en el embarazo, parto, nacimiento y controles post-natales.

Por otro lado, se ha observado que al momento del alta post nacimiento del niñx en el Hospital se le brinda a la mujer la posibilidad de retirarse con un MAC garantizado. En dicha instancia no se indaga sobre las situaciones vinculares (si está en pareja, si no está en pareja, si ha tenido dificultades para el uso de algún MAC, etc); tampoco se invita al progenitor (en los casos en que la mujer manifiesta estar en pareja y tener un buen vínculo con él) a participar de la decisión del método de anticoncepción. Asimismo, en talleres sobre información y entrega de MAC los cuales se brindan en algunos Centros de Salud se observa una muy baja participación de varones. Lo que se suma a que en las planillas de entrevista las preguntas están apuntadas a entrevistar a la mujer, no incluyéndose a los varones como posibles interesados en adquirir información en relación a las formas de prevenir embarazos no intencionales e ITS.

En relación a estos talleres, al indagar a algunxs profesionales del equipo de salud sobre el tema, muchxs han manifestado que cuando un varón se acerca al dispositivo por lo general lo hace con el fin de conocer qué formas tiene de cuidarse su pareja y no cómo él puede cuidarse de embarazos no intencionales, o sobre su posibilidad de paternar.

En concordancia con lo expuesto se ha accedido a diversas investigaciones y estudios que abordan la participación de los varones en los servicios de SSYR, tanto en nuestro país como en Latinoamérica en general (Pantelides y Gaudio, 2009; Rodriguez Morales, Castañeda Abascal,Rodriguez Cabrera, Diaz Bernal y Lozano Lefrán, 2013; Rodriguez Morales, Diaz Bernal, Casteñeda Abascal, Ro-

4. Método Anticonceptivo
5. ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humano).

driguez Cabrera, 2016), los cuales en términos generales concluyen en que hay ausencia de políticas apuntadas a recibir a los varones en las consultas de SSYR y que éstos se sientan capaces de adquirir roles más participativos en pos de su salud.

En el caso de la investigación realizada por Pandelides y Gaudio (2009) los varones estudiados han acudido en su mayoría en búsqueda de ayuda frente a una ITS más que en lo relacionado con su sexualidad, infertilidad o acciones frente a embarazos no intencionales. Lo que permite concluir en que es más frecuente el interés por parte de los varones en relación a las ITS que a lo relacionado con la promoción de su sexualidad y la posibilidad de paternar.

Asimismo, las principales demandas en relación a la temática por parte de los varones refieren a la necesidad de tener un diagnóstico y tratamiento, reduciéndose así la demanda por promoción y prevención de la salud. Lo cual se contrapone a los objetivos planteados en la Carta de Ottawa antes nombrada.

Parto, nacimiento y primeros cuidados: obstáculos y facilitadora institucionales

Otro de los ejes de análisis que periten abordar lo concerniente a la asunción de la paternidad por parte de los varones son las políticas apuntadas a la asunción de la responsabilidad familiar. En nuestro país, estas son escasas y planteadas desde enfoques que profundizan la división sexual del trabajo y los modelos de masculinidad hegemónica con lógicas patriarcales.

Las licencias de paternidad y maternidad o políticas de conciliación trabajo-familias son interesantes en pos del análisis planteado. Algunas autoras como Jelín (2010) mencionan que las licencias por maternidad, han sido históricamente diseñadas apuntadas a garantizar que las mujeres asuman el rol de cuidadoras, ya que son éstas quienes acceden a licencias más largas por nacimiento de hijx. La autora manifiesta que es interesante y significativo para analizarlas "explorar quién es el sujeto de conciliación presupuesto por las instituciones de política social" (Jelín, 2010, 214). De ésta manera es posible abordar las inequidades de género.

En nuestro país la licencia por nacimiento de hijx para los padres-varones consiste en solo 2 días para aquellos que tienen un empleo enmarcado bajo la ley 20744 Ley de Contrato de Trabajo (éste varía en algunos casos de acuerdo al convenio colectivo de trabajo que rija el mismo). Y para las mujeres consiste en 90 días de corrido. Situación que reproduce una vez más la asunción de la responsabilidad de cuidado por parte de la mujer-madre.

Ahora bien, la población que se acerca al Hospital de referencia tiene la particularidad de alcanzar los mayores índices de informalidad laboral[6]. Motivo por el cual en la mayoría de los casos, las familias no cuentan con los beneficios de las licencias. La mayoría de las mujeres pierden su trabajo una vez que se da el nacimiento y, en el caso de las que aún lo sostienen, no pueden regresar al mismo hasta tanto puedan organizarse para el cuidado del/la niñx, ni tampoco perciben su ingreso mientras dure la licencia. Por lo cual si se encuentran en pareja el varón-padre es quien suele sostenerse como principal proveedor económico del grupo familiar.

Por otro lado, está el momento del parto. Como parte del protocolo de intervención en partos, la mujeres pueden estar acompañadas por quienes ellas deseen. En muchos de los casos observados las parturientas solicitaron como acompañantes a sus madres o alguna otra familiar mujer, y no a sus parejas varones. De acuerdo a los comentarios de las

6. De acuerdo lo que se pudo indagar en las entrevistas durante la rotación por la Sala de Obstetricia y los datos registrados en el ASIS 2016 "Las comunas 4, 8 y 9 mostraron los indicadores de desocupación más desfavorables, acompañados por datos de subocupación por encima de la media." (pg 32).

mujeres internadas en la sala de Obstetricia, la sala de partos no es un espacio amigable para la presencia de los varones padres. Según refirieron, esto se debe principalmente a la preservación de intimidad de las otras parturientas de la sala. Cabe aclarar que la sala de partos del Hospital analizado consiste en un gran salón donde se encuentran todas las camas de parto sin algún tipo de separación o cortina que permita que las mujeres y sus acompañantes no vean a las a otras mujeres. Lo cual permite aproximarse a concluir que los varones-padres no encuentran en el parto institucionalizado un lugar donde participar fácilmente.

Por último, en la sala de internación conjunta del Hospital, se da otra particularidad. Éstos sólo pueden ingresar a la sala a visitar al niñx y su madre en el horario de visita, el cual consiste en dos horas diarias, y en una franja horaria laboral habitual (de 14hs a 16hs). Por lo tanto, la gran mayoría de las indicaciones en relación a los cuidados del/la recién nacidx, los controles neonatales, cómo alimentar, agarrar al bebé o qué pautas de alarma tener son indicados solamente a la mujer-madre, no invitándole al varón-padre a dicho espacio.

Restaría por lo tanto, profundizar en cómo éstas políticas institucionales inciden en la forma en la cual los varones padres asumen a posteriori una paternidad participativa y comprometida con la salud del/la niñx y su madre. Máxime considerando que se observan éstas dificultades para la participación durante el parto y nacimiento, y en las primeras sugerencias e indicaciones con respecto a los primeros cuidados del/la recién nacidx.

Conclusiones

En esta reflexión se ha trabajado en torno a la incógnita sobre la asunción de una paternidad participativa por parte de los varones-padres y en el acompañamiento a las mujeres-madres en el embarazo, parto, nacimiento y primeros cuidados, que asisten al Hospital de referencia. También, se ha abordado cómo esto se relaciona con la Políticas Sociales actuales en relación a la SSYR, y a la promoción de la responsabilidad familiar paterna.

Son las mujeres quienes más dificultades tienen para decidir cuándo y cómo cuidarse de ITS y son ellas quienes principalmente toman acciones en su salud, por la salud de los varones. Es decir, que son ellas quienes utilizan MAC hormonales, quienes atraviesan los procesos de embarazos, quienes realizan intervenciones en su cuerpo en pos de su SSYR y la de sus parejas. Aún cuando los dispositivos de intervención en SSYR, de control de embarazo y controles de salud de niñxs, son espacios que están abiertos a los varones, son escasos los registros que hay y, prácticamente escasos, la participación de éstos.

Por otro lado, la políticas de conciliación trabajo-familia de nuestro país, no se acompañan de instancias que favorezcan la asunción del rol de paternar participativamente, ya que la necesidad de sostener el ingreso económico es indispensable para la reproducción social y material. Aun existiendo políticas sociales tales como la Asignación Universal por Hijo y por embarazo, los varones-padres continúan siendo la principal figura de ingreso económico para el grupo familiar. Asimismo, los obstáculos que impiden que los varones- padres asuman un rol participativo tanto en los procesos de parto, nacimiento y primeros cuidados como en el resto de acciones de crianza, son diversos. Estos calan hondo en las formas en las cuales lxs sujetxs de nuestras sociedades construimos las ideas de paternidad, masculinidad, y crianza.

7. Mujer gestante e hijx.

Entonces, implica un desafío que como profesionales de la Salud nos armemos de herramientas para trabajar con los varones teniendo en cuenta los factores que influencian en su participación plena en los dispositivos de salud. Propuesta que no puede ser pensada sin una perspectiva de género. La creación de dispositivos que promuevan la responsabilización de los varones en su SSYR, indefectiblemente incidirá en reducir la sobre-responsabilización de la mujer en la materia y en los roles de género heteronormativos impuestos en relación a la crianza de lxs hijxs.

Por otro lado, promover la creación de dispositivos y espacios que aborden la salud del varón como partícipe en su propia salud y en la de su familia, derivará en una mejor salud de todo el grupo familiar, con el fin de que esto también pueda incidir en el aprendizaje de construcción de relaciones más democráticas y menos violentas.

En este sentido, las investigaciones sobre el proceso del parto y nacimiento han sido centrados en la maternidad y las experiencias desde la mirada de las mujeres. Los estudios en relación a la paternidad y los varones en el sentir de su paternaje, son poco analizados o prácticamente nulos en nuestro país. Para ello es preciso incorporar en nuestra práctica cotidiana como profesionales acciones que rompan con la idea del padre-varón como "acompañante" de la madre en la crianza y en el proceso de salud de lxs niñxs. Es preciso adaptar nuestras intervenciones a las necesidades que presentan los padres, teniendo siempre en consideración las relaciones de género que construyen con sus parejas y la propia concepción de paternidad que adquieren frente a sus hijxs. Con el objetivo de que se asuman como protagonistas de dichas relaciones y procesos.

Pensar en Políticas de equidad significa realizarse éstas preguntas en relación al Sistema de Salud actual. Siguiendo lo propuesto por Tájer (2004), apuntar a una agenda en salud con perspectiva de género, significa "incorporar a los varones como colectivo tanto para pensar sus problemas específicos como género en el proceso salud-enfermedad- atención, así como para valorar el modo en que sus conductas y/o acciones pueden ocasionar daños en la salud de las mujeres."(pg. 5) En este sentido, y como se ha podido concluir de acuerdo a lo observado en la práctica y relacionado con las fuentes secundarias, promover la participación del varón-padre desde el momento de la concepción, incluyendo el embarazo, parto, nacimiento y crianza, promueve el apego con el/la hijx y como consecuencia una mejora en la calidad de salud tanto de la mujer como del/la niñx.

Para promover acciones cotidianas dentro del sistema de salud que inviten a participar al varón, debemos comenzar con cuestionarnos la propia práctica. ¿Qué nos sucede cuando un varón se presenta a una consulta en algún dispositivo en el cual mayoritariamente son mujeres quienes participan? ¿Cómo logramos que se sientan recibidos como agentes partícipes de su propia salud y la de su familia? Podemos aproximarnos a pensar que un primer paso es simplemente, convocarlos.

Bibliografía

- AGUAYO, F., BARKER, G. y EKILMELMAN, E. (2016). "Paternidad y Cuidado en América Latina: Ausencias, Presencias y Transformaciones", Masculinities and Social Change, 5(2),98-106.
- ARRAIGADA, I. (2007) "Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros." CEPAL, Chile.
- BARKER, G. y VERANI, F. (2008) "La participación del hombre como padre en la región de Latinoamérica y el Caribe: Una Revisión de Literatura Crítica con Consideraciones para Políticas", Brasil.
- BOGINO LARRAMBEBERE, E. (2013) "Modelos Emergentes de Paternidad: Análisis de las políticas Públicas y nuevas paternidades", España. Disponible en: http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_paternidades_0014.pdf
- CONNEL, R. (1995) "La organización social de la masculinidad". En: Masculinidades. University of California Press, Berkeley.
- IPPF/WHR y Promundo (2017) "Estado de la paternidad: América Latina y el Caribe 2017". Nueva York: IPPF/RHO, Washington, D.C.:Promundo-US.
- JELÍN, E. (2010) "Pan y Afectos: la transformación de las familias" 2 Edición, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Ley Nacional N° 25929 (Parto respetado)
- Ley Nacional N°20744 (Ley de Contrato de Trabajo)
- NARI, M. (2004) Políticas de maternidad y maternalismo político" Editorial Biblos, Buenos Aires.
- NAVARRO, g., LÓPEZ, E., CALVENTE, M., RUZZANTE, N. RODRIGUEZ, I. (2009) "Paternidad y Servicios de Salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. Revista Española Salud Pública" 2009, Vol83, N°2, pg. 267-278.
- OIT y PNUD (2013) "Trabajo decente y cuidado compartido: hacia una propuesta de parentalidad". Santiago: OIT/PNUD.
- OMS Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 21 de Noviembre 1986.
- PANTELIDES, E. A., GAUDIO, M. (2009) "Uso de los servicios de salud reproductiva por varones de dos ciudades argentinas". Salud Colectiva, 5 (2): 195-209
- RODRIGUEZ MORALES, V., DIAZ BERNAL, Z., CASTAÑEDA ABASCAL yRODRIGUEZ CABRERA, A. (2016). "Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar" REVISTA CUBANA DE SALUD PÚBLICA, 42 (1), 101-114
- RODRIGUEZ MORALES, V., CASTAÑEDA ABASCAL, I., RODRIGUEZ CABRERA, A.,DÍAZ BERNAL, Z. y LOZANO LEFRÁN, A. (2013) "Necesidad del abordaje de los estudios de la salud sexual y reproductiva en el hombre" Revista Cubana de Salud Pública, 39(5): 929-938
- SALGUERO, A. (2006) "Identidad, responsabilidad familiar y ejercicio de la paternidad en varones del Estado de México" Universidad Nacional Autónoma de México CIEAP/UAEM, Revista Papeles de Población 2006, N°48, pg.155-179.
- TÁJER, D. (2004) "Construyendo una agenda de género en las políticas publicas en salud" En "Políticas Públicas, Mujer y Salud" Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán , Colombia, pg 27-39.

Bibliografía consultada

- DE SCHUTTER, M. M. A., (2000) "El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva" Revista panamericana de Salud Pública, 7(6): 418-424
- DE KEIJZER, B. (2003) "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina" Revista La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud, pg. 137-152
- TORRADO, S. (2003) "Historia de la familia en la Argentina moderna (1870- 2000)", 1°Ed.Ediciones de la Flor, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ, E. (1985) "Modelo Médico Hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud" En Cuadernos Médicos Sociales N°33. Rosario, CESS.



XII Jornadas de la APSS
Mesa simultánea ***"Mujeres y Disidencias"***.

MASCULINIDAD Y SALUD: REFLEXIONES EN TORNO A LAS PRÁCTICAS DE (AUTO)CUIDADO DE LOS VARONES DE 18 A 70 AÑOS QUE TRANSITAN POR EL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. COSME ARGERICH" - SEPTIEMBRE 2018 A MARZO 2019

Lic. Coatz, Mayra
Lic. Cuesta, Lucila
Lic. Feldman, Carolina
Lic. Pedrazzoli, Elisa
Lic. Rienzi, Yanina

. . . . .

Introducción

Este trabajo es una producción colectiva de la Residencia de Trabajo Social en Salud de CABA del Hospital Argerich durante el ciclo 2018-2019. En esta oportunidad, nos propusimos reflexionar sobre las implicancias de las prácticas de socialización propias de la masculinidad hegemónica sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) de los varones que transitan por el área programática del Hospital Argerich.

Estas reflexiones surgen a partir de producciones anteriores, conceptos y teorías sobre las masculinidades y la salud, nuestras representaciones y preconceptos acerca de las prácticas de (auto)cuidado que poseen los varones que transitan el área programática del Hospital Argerich y los datos proporcionados por los varones encuestados.

Utilizamos cuatro categorías de análisis para comprender las relaciones entre la configuración de la construcción de la masculinidad y los PSEAC: salud integral, masculinidad hegemónica, representaciones sociales y prácticas de (auto)cuidado.

Definimos salud integral como la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente siguiendo a la Ley Básica N°153/99 de CABA. Esta perspectiva comprende el carácter histórico y social de los PSEAC.

En cuanto masculinidad hegemónica, nos referiremos al conjunto de comportamientos que aprenden gran parte de los varones en los países occidentales y se constituye en uno de los múltiples modos en que los varones pueden socializarse (Asturias, 2004). La masculinidad hegemónica, mantiene una relación intrincada con los estereotipos de géneros y consecuentemente, ejerce un impacto directo en la formación de las identidades de géneros esquemáticas (Peña y Ríos, 2002). En general, este "modelo de referente masculino" se or-

dena conforme a los siguientes mandatos: los varones son (hetero)sexualmente activos, padres de familia y su obligación es trabajar (Olavarría, 2004). En este sentido, nuestro análisis gira en torno a la perspectiva de género(s) ya que entendemos que, las maneras de padecer o enfermar de los varones, las mujeres y las disidencias dependen de cómo sus cuerpos son estructurados, condicionados y determinados económica, social, política, histórica y culturalmente. Ello nos permite identificar que la socialización masculina conlleva una serie de problemas de salud, dadas las prácticas sociales que desde la masculinidad hegemónica los varones despliegan. Tal como asevera Benno de Keijzer (1997) se trata de un enfoque crítico hacia los varones que muestre el daño hacia la mujer (y hacia niñas y niños) que recupera el daño entre hombres y enfatice los costos hacia el hombre mismo (De Keijzer, 1997:5).

En este sentido, en cuanto a representaciones sociales entendemos que, a priori no existe una realidad objetiva sino que toda realidad es representada, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo, integrada en un sistema de valores, que depende de su historia y del contexto social ideológico que lo circunda. Es esa realidad reapropiada y reestructurada lo que para el individuo o el grupo constituye la realidad misma (Abric, 2001).

Asimismo, entendemos como prácticas de (auto)cuidado, aquellas acciones que las personas realizan enmarcadas en su PSEAC. Menéndez (1998), menciona que ello se relaciona con las representaciones y prácticas que la población utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que atraviesan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención, directa e intencional, de profesionales, aún cuando estos constituyan prácticas de (auto)atención. Implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma.

Por último, para el desarrollo de este trabajo realizamos como instrumento de recolección de datos una encuesta dirigida a una muestra de varones de entre 18 y 70 años que transitan el área programática del Hospital Argerich.

Objetivo General

Reflexionar acerca de las prácticas de (auto)cuidado de la salud apr(h)endidas por los varones de 18 a 70 años que transitan en los efectores del área programática del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", entre los meses de septiembre del 2018 a marzo del 2019.

Objetivos específicos

- Dar cuenta de las características socio-económicas, culturales, habitacionales de los varones encuestados.
- Analizar las representaciones socio-culturales respecto de la salud integral que poseen los varones encuestados.
- Identificar si las prácticas sociales de los varones encuestados repercuten negativamente en el PSEAC.

Justificación

Si bien existen diversas investigaciones que abordan el rol de la masculinidad hegemónica y su implicancia en la salud de los varones, no hay producciones académicas situadas en nuestro territorio. Por ello consideramos importante informarnos al respecto, para (re)pensar nuestra intervención profesional en salud y problematizar las vinculaciones que se establecen en función del PSEAC de los varones y las respuestas de los efectores de salud del área programática.

Cabe destacar que, de la búsqueda realizada en el Centro de Documentación científico-técnica en Salud de la Ciudad de Buenos Aires se relevaron trabajos de otros países de latinoamérica que podrían ser un insumo para nuestra investigación. Sin embargo, de esta búsqueda no hemos obtenido investigaciones

realizadas a nivel nacional ni en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

Para nuestra investigación, consideramos de suma importancia reflexionar acerca de la construcción de masculinidades y su vínculo con las prácticas de (auto)cuidado apr(h)endidas por los varones. Retomando los aportes de Haraway (1995) entendemos que todo conocimiento se produce en situaciones históricas y sociales particulares. Es decir que, el conocimiento situado permite analizar a los sujetos de investigación desde un recorrido transversal, teniendo en cuenta los entrecruzamientos de géneros, etnia y clase social desde las características históricas y locales.

Según el último Análisis de Situación de Salud de CABA del año 2016 (ASIS, 2016), las comunas 1 y 4 (esta última corresponde al área programática del Hospital Argerich) presentan el mayor índice de precariedad habitacional, hacinamiento, inaccesibilidad a red cloacal y a servicios básicos (gas, luz y agua). Además, en la periferia del área programática existen algunas de las villas y asentamientos.

En este sentido, el ASIS resalta que la residencia en villas y asentamientos condicionan los procesos de salud-enfermedad-atención, dado que sus habitantes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social.

De los datos epidemiológicos, el ASIS 2016 afirma que en el grupo etario de 15 a 29 años, las causas externas[1] se constituyen como la principal causa de muerte, siendo varones el 68%. En el grupo etario de 20 a 29, las causas externas también son uno de las principales motivos de muerte, siendo la tasa 9 veces mayor en los varones que en las mujeres. Entre las personas entre 30 y 39 años, los principales motivos de defunción son las enfermedades crónicas no transmisibles, y en un porcentaje menor, las muertes debido a lesiones de causas externas. Con respecto a estas últimas, las tasas de mortalidad por causas violentas en varones triplicaron a la de las mujeres.

Estos datos epidemiológicos, nos permiten reflexionar acerca de la relación entre las representaciones, pautas y conductas propias de la masculinidad hegemónica y la incidencia de las mismas en la morbimortalidad de los varones.

Al problematizar el vínculo entre las masculinidades y la salud, nos parece importante incluir la del (auto)cuidado. Sin embargo, partimos de que esta no se apre(he)nde en la construcción de la identidad de los varones. A diferencia de las mujeres que, desde niñas jugamos a cuidar muñecas como ensayando para un futuro posible. (Coloquio Residencia Hospital Argerich, 2017-2018)

Metodología

El estudio realizado es de carácter mixto; cuantitativo y cualitativo. Las investigaciones con enfoque mixto consisten en la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio, con el fin de obtener una mirada más holística de los fenómenos sociales. Los métodos mixtos, son multimetódicos, representan la "tercera vía": diseños concurrentes, diseños secuenciales, diseños de conversión, diseños de integración. (Hernández Sampieri y Fernández Collado, 1991)

En el mismo, tomamos una muestra aleatoria de 100 varones de entre 18 a 70 años que transitaban el área Programática del Hospital Argerich durante los de meses de septiembre del 2018 a marzo del 2019. A cada uno de ellos se les realizó una encuesta modalidad-cuestionario que debían completar de manera anónima. La aplicación de los cuestionarios se lleva a cabo de manera autoadministrada, proporcionando directamente el cuestionario a los varones, y dirigido, es

1. Según la OMS, las causas externas (CE) son eventos y circunstancias del ambiente identificados como la causa de la lesión. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Lesiones se conoce como lesión aquella que sucede cuando el cuerpo está expuesto a un nivel inaceptable (demasiado alto o bajo) de energía o sustancias (mecánicas, físicas, eléctricas, térmicas o químicas) ocasionando morbilidad, mortalidad y gasto de recursos. Dentro de esta clasificación se incluye a las lesiones no intencionales (antes denominadas "accidentales"), las lesiones intencionales (suicidios y homicidios) y aquellas de intención no determinada. (Sulleiro y Vázquez 2017)

decir habiendo alguien involucrado en la investigación presente para resolver las posibles dudas que pudieran surgir. (Hernández Sampieri y Fernández Collado, 1991)

De la totalidad encuestas realizadas, 50 se realizaron en el hospital y 50 en los Centros de Salud N°15, 9 y 41, pertenecientes al área programática. Seleccionamos salas de espera de diferentes consultorios y dispositivos.

La categoría teórica de "dispositivo" hace referencia a toda una red de saber/poder, conformada por discursos, disposiciones, reglamentos, leyes, enunciados y proposiciones filosóficas y morales (Foucault, 1986). Desde esta perspectiva, podríamos conceptualizar la intervención social desde las relaciones que pueden existir entre los diferentes elementos que conforman esa red, sus interacciones y especialmente la singularidad de estas en cada circunstancia.

Instrumento de Recolección de Datos

La encuesta confeccionada fue organizada en tres bloques:

- Perfil Poblacional: conformado por datos referentes a edad, nacionalidad, barrio de residencia, nivel educativo, situación laboral y tipo de cobertura de salud.
- Representaciones socio-culturales: en este apartado ofrecimos preguntas orientadas a identificar aspectos que los varones reconocen como importantes para su salud.
- Prácticas de (auto)cuidado: en este bloque, ofrecimos una serie de opciones respecto a actividades de la vida cotidiana para conocer aspectos de el PSEAC de los varones encuestados.

Reflexiones en torno a los resultados obtenidos

A continuación, presentamos algunos de los resultados de la investigación realizada, organizados a partir de los indicadores que se desprenden de los objetivos, analizandolos a la luz de las categorías conceptuales utilizadas, nuestros preconceptos y las observaciones recogidas durante el proceso de investigación. Para ello realizamos una selección de los aquellos resultados que nos parecieron de mayor relevancia.

Estructuramos este trabajo en estos tres bloques, porque nos permite deslindar las diferentes dimensiones que atraviesan la masculinidad hegemónica.

En el primer bloque, y como primer acercamiento nos propusimos (re)construimos un perfil de los varones encuestados. En el segundo bloque intentamos relevar las representaciones de los varones con respecto a sus PSEAC y reflexionar si esas representaciones se condicen o no con las prácticas de (auto)cuidado que despliegan. ¿Qué entienden estos varones por salud? ¿Qué significa para ellos la atención a su salud? Estos interrogantes recorren todo nuestro trabajo de investigación y nos permiten reflexionar acerca de qué lugar ocupa el cuidado para estos varones encuestados.

Por último, en el tercer bloque nos abocamos a identificar prácticas de (auto)cuidado a partir de tres categorías de análisis: las prácticas de los varones en relación a su salud (alimentación, actividad física, si acompañan a otrxs a las consultas médicas, etc), las prácticas asociadas al mandato de la masculinidad hegemónica (consumo de alcohol, sustancias, etc) y las distintas respuestas de los varones ante el dolor físico.

Perfil poblacional

En este apartado pudimos relevar que de los varones encuestados, la mayoría fueron adultos jóvenes de entre 18 y 39 años (46%) y que el 48% del total de los encuestados manifestaron encontrarse desocupados y/o fuera del mercado laboral formal.

En este sentido, respecto del tipo de cobertura de salud, según los índices del ASIS 2016, el 20% de la población de CABA posee únicamente cobertura de salud estatal. Al mismo tiempo destaca que las comunas 1 y 4 -entre

otras cinco-, superan este valor. Es decir, que más del 20% de la población que transita el área programática del Hospital Argerich únicamente utiliza efectores de salud pública.

Respecto de su orientación sexual, el 85% del total de los varones expresó ser heterosexual. Observamos que indagar respecto de la orientación sexual generó incomodidades en los varones. Además podemos pensar que, el elevado porcentaje de varones que expresan ser heterosexuales tiene una relación estrecha la heterosexualidad como patrón que vertebra la masculinidad. Teniendo en cuenta que la masculinidad hegemónica es asumida como criterio para valorar otros modos de vivir la masculinidad, se establece como el patrón con el que todos los varones son comparados. De ahí que consideremos la heterosexualidad como la prescripción masculina que regula, en primer orden, "el sentido de la masculinidad". Así, las identidades masculinas que se alejan del perfil dominante son cuestionadas como formas masculinas (Cortés, 2004; Holmes, 2008).

Representaciones sociales en relación a la salud

Para este apartado propusimos un listado de opciones que los encuestados podían elegir respecto de aspectos que consideraban que se relacionaban con "la salud". Del total de las respuestas, el 90% considera como parte de la salud realizarse un chequeo médico anual, el 81% seguir un tratamiento médico indicado y el 51% el "no estar enfermo". Consideramos que estos porcentajes responden al paradigma del modelo médico hegemónico inserto en estas representaciones sociales en relación a la salud. Donde realizar controles periódicos de salud se lo asocia el " estar saludable" más allá de las prácticas de cuidado que puedan o no realizar.

Por otro lado, el 80% manifestó como parte de la salud tener una alimentación saludable, lo cual nos parece un aspecto positivo. Respecto al acceso a la vivienda, la educación, al trabajo se obtuvieron resultados entre el 46% y 52% como aspectos relacionados a la salud. Es decir, aproximadamente el 50% de los varones encuestados cree que estos aspectos son parte del PSEAC. En este apartado intentamos contemplar lo que incluye la concepción de salud integral (Ley 153) en sentido amplio, y nos preguntamos si estas respuestas se relacionan con una concepción de salud que no se encuentra tan presente en estos varones encuestados o si se relaciona con las posibilidades de acceso a la vivienda el trabajo y la educación.

Al indagar si consideran que se ocupan de su salud, más de la mitad de los encuestados respondió que sí lo hace. Estas respuestas nos permiten reflexionar en qué medidas los varones comprenden y/o llevan adelante acciones (u omisiones) en relación con sus PSEAC. A priori podríamos decir que el cuidado del cuerpo cuando se refiere la salud propia, generalmente no es un asunto presente en la socialización de los varones; históricamente la enfermedad y el cuidado (de sí mismos o de otrxs) se asocian con una condición de debilidad. Sin embargo, es interesante cómo la mitad de los encuestados expresó ocuparse activamente de su salud. Nos surge como pregunta: ¿Qué implica este cuidado para los varones? Podríamos hipotetizar que algunos podrían considerar que es un indicador de fortaleza y autovalidación no acercarse a los efectores de salud.

(Auto)cuidado

Para dar cuenta de la aprehensión de las prácticas de (auto)cuidado que realizan los varones encuestados, realizamos una serie de preguntas referentes a los "hábitos saludables", prácticas de cuidado, prácticas de riesgo y respuestas desplegadas ante el malestar físico y emocional.

Estas dimensiones de análisis, se basan en los aportes teórico- metodológicos de Ceballos Fernández (2012) y Benno De Keijzer(1997). Los indicadores de la masculinidad hegemónica (la heteroxexualidad como primer mandamiento masculino, el cuerpo como patrón de construcción activa de masculinidad y el silencio afectivo) se constituyen como dimensiones fundamentales para comprender este bloque, ya que estos esquemas de pensamiento influyen en las conductas de los varones.

A su vez, nos parece preponderante destacar en este bloque el concepto de tríada de violencia de Kaufman(1989), ya que permite problematizar la tendencia de los varones a no desarrollar el (auto)cuidado y las consecuencias de este fenómeno en lxs otrxs (en otros hombres pero fundamentalmente en las mujeres y lxs niñxs).

Alimentación

Del total de los encuestados, sólo el 12% expresó cuidar a diario su alimentación. Sin embargo, como dijimos anteriormente, el 80% respondió en el bloque anterior que considera que esta es una dimensión relacionada a la salud. Nos resulta llamativa la gran diferencia entre la representación de estos varones respecto de la importancia de una alimentación saludable y sus respuestas en relación a las prácticas. Nos preguntamos entonces si esto responde a cuestiones económicas que le permitan acceder a alimentos de calidad, o si está vinculado a que las mujeres se encargan de las compras y preparación de los alimentos, delegando la organización de la alimentación a referentes familiares mujeres.

Ejercicio físico

Del total de los varones consultados,solo un cuarto de los varones encuestados respondió que realiza ejercicio con frecuencia. En este punto nos preguntamos si este bajo porcentaje que se ejercita se relaciona con la falta de tiempo "libre", si pueden sostener una rutina y si esta práctica se considera una prioridad para estos varones.

Acompaña a otrxs a consultas médicas

En primer lugar, este ítem refleja nuestros propios preconceptos y cierto sesgo respecto del atravesamiento del modelo médico hegemónico, ya que al confeccionar este segmento y colocar la palabra "consultas médicas" excluimos otro tipo de intervenciones con profesiones de la salud que no médicas. En segundo lugar, partimos de pensar que los varones no acompañan a otrxs a consultas médicas o acompañan en menor medida que las mujeres debido a los estereotipos de género establecidos social y culturalmente.

De los resultados obtenidos en este punto, casi un 60 % respondió que acompaña a otrxs a las consultas médicas. Este alto porcentaje de acompañamiento expresado por los encuestados nos moviliza a problematizar nuestros preconceptos.

Prácticas asociadas al mandato de masculinidad hegemónica

Para esta categoría tomamos dos variables: el consumo de alcohol y el consumo de sustancias (sin especificar a qué nos referíamos con la palabra "sustancias").

Del total de los varones consultados, el 68% respondió que consume alcohol con frecuencia y en relación al consumo de sustancias sólo el 9% expresó consumirlo diariamente. La diferencia con relación al consumo de sustancias consideramos que se debe a la legitimidad social con que cuenta el alcohol y la estigmatización atribuida a las "sustancias". Además, el alto porcentaje de varones que consumen alcohol nos remite a las diferentes reflexiones en torno a la relación entre el alcoholización masculina y las prácticas de riesgo de los varones (la violencia, la relación sexual, la negación al uso de preservativo).

Tal como enuncia Benno de Keijzer (2000) muchas de estas prácticas se relacionan con los procesos se dan dentro de un marco de alcoholización masculina (Keijzer, 2000:7).

Manejo del dolor físico

Respecto a las prácticas que realizan los varones encuestados cuando experimentan dolor físico, casi la mitad menciona que concurre a una Guardia, mientras que un 20% refirió que espera a que pase el dolor (estas opciones no eran excluyentes).

Nos parece significativo este 49% que acude a la Guardia reflejando prácticas congruentes con el modelo médico hegemónico. También podemos identificar otras prácticas similares como pedir turno médico que refuerzan el conocimiento médico-biológico en desmedro de otros campos de saber.

Asimismo, podemos ver la reafirmación de la masculinidad hegemónica en aquellos que esperan a que pase el dolor, sin poder transitarlo o aceptarlo.

Cuando trabajamos el tema de masculinidad y salud, aparte de la estrecha relación que existe entre una serie de características atribuidas a lo masculino y ciertas enfermedades, una cosa que resalta es la casi total ausencia de medidas que favorezcan la salud a partir de los hombres (De Keijzer, 2000:10). Es determinante para los varones no demostrar al grupo su lado emocional, pues de no saber compensar esta expresión, estarían poniendo en riesgo sus identidades dominantes. De esta forma, la masculinidad hegemónica restringe las manifestaciones afectivas porque la homofobia censura la afectividad masculina (Ceballos Fernández, 2012:158).

Reflexiones finales

Al reflexionar en torno a las prácticas apre(h)endidas por los varones que transitan en el área programática del Hospital Argerich, intentamos analizar y realizar una aproximación a la construcción de masculinidad hegemónica y su relación con el PSEAC de los varones encuestados. Pudimos revisar los preconceptos con los que partimos, problematizar las políticas públicas de salud y analizar nuestras intervenciones e investigaciones desde una perspectiva de género(s).

¿Qué actitudes adoptan los varones ante el dolor físico? ¿Estas respuestas se relacionan con la construcción de una masculinidad hegemónica? Teniendo en cuenta, el análisis de los datos de esta investigación, nos parece significativo que el 49 % de los varones encuestados afirman que ante el dolor físico (fundamentalmente cuando este dolor es muy intenso) se dirigen a la guardia del Hospital.

A su vez, muchos aclaran que no sienten dolor. Podríamos pensar que esta presunta falta de dolor, tiene una relación estrecha con el silencio afectivo como valor sine qua non de la masculinidad hegemónica. Este resultado es sólo una muestra de las implicancias que tienen el mandato de la masculinidad hegemónica en el PSEAC de los varones y su vínculo con las mujeres y lxs niñxs. Es que uno de los aspectos que consideramos fundamental de esta investigación es el abordaje integral con los varones para el cuidado de sí mismos y otros varones, pero fundamentalmente para resguardar a las mujeres y los niñxs, teniendo en cuenta el concepto de tríada de violencia que desarrolla Kaufman (1989).

Pero ¿A quiénes están dirigidas las políticas de cuidado de la salud? Históricamente en nuestras sociedades se le ha asignado a las mujeres el rol cuidado de la salud de todxs lxs integrantes del hogar. De allí que hoy en día el sistema de salud a través de sus distintos programas convoque a ellas como nexo de referencia para el abordaje de la salud. Esa orientación en el abordaje de la salud (re)produce la internalización de prácticas asociadas a la construcción de la masculinidad hegemónica que impactan negativamente en el PSEAC de los varones y en el vínculo con las mujeres y lxs niñxs. Es por ello que considera-

mos imprescindible como profesionales del sistema de salud, a partir de los resultados y análisis de este trabajo, reflexionar acerca de la necesidad de políticas públicas que tengan como destinatarios a los varones en cuanto a la asistencia, prevención y promoción de la salud, promoviendo la corresponsabilidad del cuidado y el (auto)cuidado en los mismos.

Es en ese sentido que nos planteamos: ¿Cómo acercar los efectores de salud a los varones? ¿Qué estrategias podríamos pergeñar los equipos de salud teniendo en cuenta las características de estos varones encuestados que transitan por los efectores de salud del Área Programática del Hospital Argerich?

Bibliografía

- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (2016). GCABA. Argentina. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud
- Abric, J.C. (2001) "Las representaciones sociales: Aspectos teóricos. En Prácticas sociales y representaciones". México.
- Asturias, E. (2004), "Construcción de la masculinidad y relaciones de género", en Lomas, C. (2004) "Los chicos también lloran. Identidades masculinas y coeducación" Editorial Paidós. España.
- Lacava, B. Vicente, N. Pedrazzoli, E, Coatz, M. y Rienzi, Y. (2018) "¿Cómo están los varones en el área programática? Coloquio Residencia de Trabajo Social Dr. Cosme Argerich. CABA
- Ceballos Fernández, M. (2012). "Indicadores aplicados a la visión dominante de la masculinidad por adolescentes de educación secundaria: La importancia del "deber ser" hombre".
- De Keijzer, B. (1997). "El varón como factor de riesgo". Texto publicado en Tuñón, Esperanza (coord.), Género y salud en el Sureste de México, ECOSUR y UJAD, Villahermosa
- Desde esta perspectiva quizás exista la posibilidad de conceptualizar a la intervención social desde las relaciones que pueden existir entre los diferentes elementos que conforman esa red, sus interacciones y especialmente la singularidad de estas en cada circunstancia.
- Menéndez, E. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". Ciênc. Saúd coletiva Vol.8 No 1, Rio de Janeiro, Brasil.
http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf
- Olavarría, J. (2004) "La investigación sobre masculinidades en América Latina". En Toro-Alonso, José (ed.) "Lo masculino en evidencia: investigaciones sobre la masculinidad". San Juan de Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas Editores y Universidad de Puerto Rico.
- Sulleiro, A. y Vázquez, M. (2017) "Abordaje de la morbimortalidad adolescente por causas externa. Paquete de herramientas para el circuito de información. Lineamientos para la intervención integral. Sistematización de experiencias." Argentina.
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001078cnt-guia-causas-externas.pdf
- Peña, J. C. y Ríos, O. (2002). "Actos comunicativos que promueven nuevas masculinidades en los centros educativos". Comunicación presentada en eI Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad: Investigación y Activismo-CIME. Barcelona, 7 y 8 de octubre. España. Disponible en: www.cime2011.org/home/panel4/cime2011_P4_OriolRios_JuanCarlosPena.pdf.
- Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. (1991) "Metodología de la Investigación" McGraw Hill Interamericana, México.

TRAZANDO LAS COORDENADAS PARA UN TRABAJO EN RED: PROCESO DE MAPEO TERRITORIAL DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DE UN HOSPITAL GENERAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Lic. Irupé Collado
Lic. Daniela Cherry
Lic. Carolina María Volpi

. . . . .

Introducción

El siguiente trabajo condensa y sistematiza parte de las reflexiones que surgieron en el marco de un trabajo colectivo de un grupo de residentes de trabajo social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA). En este trabajo empleamos múltiples técnicas y dispositivos para la construcción de un mapa virtual y colaborativo construido a partir de salidas a campo, observaciones participantes, entrevistas, llamados telefónicos, búsqueda bibliográfica, lecturas y producciones escritas. De esta forma intentamos dar cuenta de un entramado de relaciones sociales y políticas que hacen a la configuración de los territorios del Área Programática (AP) del Hospital Gral. de Agudos Dr. E. Tornú. Por este motivo, incluimos distintas miradas sobre los procesos sociales, sentidos, formas de concebir y habitar que tienen lugar en ellos, recabando discursos y prácticas de distintes referentes institucionales y actores significativos, tanto del campo de la política pública como del sector de las organizaciones y movimientos sociales.

La inquietud que guió la elección de este proyecto se relacionó, por un lado, con entender al territorio como determinante fundamental de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados (PSEAC) de las personas que circulan y se referencian con el Hospital. Por otra parte, porque lo concebimos como un medio potente para (re) descubrir, sistematizar, socializar e intercambiar saberes acerca de los acontecimientos sociales, resistencias y estrategias de intervención comunitarias que tienen lugar en nuestra área de referencia. Esto se debe a que creemos que es imposible llevar a cabo un ejercicio crítico de nuestra práctica profesional desconociendo estos factores, que hacen a su contexto general, para problematizar cómo incluirlos y hacerlos parte de los abordajes de atención cotidianos.

A su vez, pensando en la coyuntura socio-política actual, entendimos que un contexto de intensificación del ajuste exige imperiosamente un trabajo desde lógicas intersectoriales, para poder asumir la responsabilidad ético-política de realizar abordajes integrales de las mismas.

Frente a ello y al deseo de trabajar en forma intersectorial nos dimos cuenta que existía un desconocimiento propio sobre los actores dentro del área de referencia del hospital. El conocimiento de les actores del área estaba ubicada en algunes profesionales del hospital por su recorrido de trabajo o a través de contactos aislados con algunas instituciones por alguna situación de intervención particular que habíamos intervenido.

En esta ocasión presentaremos en líneas generales algunas consideraciones generales sobre las características del proceso de mapeo, reflexiones preliminares respecto a las transformaciones territoriales y algunas conclusiones generales sobre la configuración territorial del AP del Hospital.

¿Cómo realizamos el mapeo?

Este trabajo fue realizado por siete residentes de trabajo social, en el período de enero a abril del 2019. Nos propusimos mapear actores institucionales y no gubernamentales del área de referencia y poder construir algún tipo de herramienta virtual.

En un primer momento realizamos un acercamiento a informantes claves dentro del Hospital que sabíamos que trabajan frecuentemente con actores por fuera de la institución. En estos encuentros dialogamos sobre qué problemáticas atendían, con cuáles actores por fuera del hospital trabajaban y cuáles consideraban que sería pertinente que nos acercáramos. A partir de esto, comenzamos a hacer un listado con una selección intencional y priorizamos entrevistar algunes, llamar telefónicamente a otres, enviar mails, buscar en las redes y páginas de internet, en función de recabar información más concreta de su funcionamiento para identificar en el mapa. También realizamos recorridas con una referente del Servicio Social del AP en Parque Chas, en el Playón de la Chacarita y el Barrio La Carbonilla. En estas recorridas surgió la necesidad de realizar entrevistas para profundizar diálogos sobre algunos procesos sociales que estaban ocurriendo en el territorio, tales como el IVC, por su papel clave en el proceso de relocalización del Playón de la Chacarita, el Ministerio Público de la Defensa, la Dirección General de la Mujer, el Centro Integral de la Mujer de la Comuna, la Mutual Sentimiento, etc.

Este proceso ha generado una multiplicidad de productos. En este trabajo mostramos sólo parte de ellos, mencionando los principales hallazgos que consideramos significativos. Entendemos que la construcción de un mapa no se trata de un fin en sí mismo, sino que se encuentra dentro de un proceso más amplio. Es decir, funciona como un medio para compartir y socializar saberes sobre el territorio, descubrir procesos y resistencias que están ocurriendo en el mismo y configurarse como una herramienta dinámica que puede ser trabajada por otres, generando participación colectiva. Asimismo, permite descubrir nuevos escenarios, promueve la generación de preguntas sobre los espacios y contribuye a la sistematización de información existente.

Algunas consideraciones teóricas

Los PSEAC engloban procesos sociales dinámicos, complejos y socio-históricamente configurados, que deben ser analizados en relación con los contextos sociales, las condiciones de vida y el modelo de producción y organización social en el que tienen lugar. En esta línea, cabe pensar en clave de determinantes sociales de la salud (López Arellano; Escudero; Carmona, 2008), entre los cuales podemos ubicar al territorio como una variable de peso fundamental.

Entendemos al territorio no sólo como espacio geográfico ni jurisdicción correspondiente a un nivel de gobierno sino más bien como la forma en que el espacio geográfico es habi-

tado, socializado y humanizado. Se trata de una configuración compleja que surge de múltiples interacciones e interferencias de factores (la naturaleza, las condiciones materiales y simbólicas construidas por les sujetes, las formas que adquieren las dimensiones culturales-étnicas-educativas-políticas-administrativas, etc.). A la vez que el territorio es resultado, también es soporte material y simbólico de la vida humana. Corbetta (2009) plantea que el territorio puede ser analizado desde una doble dimensión: el carácter móvil (que oscila entre lo que se conserva, lo que desaparece, lo que se transforma) y otra de carácter fijo (ubicación geográfica del lugar de referencia). Lo "fijo" de esta última dimensión lo problematizamos de cualquier forma, ya que estamos pensando al territorio como producto de luchas, disputas, e intereses en conflicto.

Para trabajar desde una perspectiva crítica las dimensiones territoriales del trabajo en salud, nos acercamos a otros conceptos. Por un lado, siguiendo a Soja (2016), pensamos en términos de espacialidad y las características que presenta: la espacialidad ontológica del ser (todos somos seres locales, temporales y espaciales), la producción social de la espacialidad (es producido socialmente y por lo tanto puede cambiarse), la dialéctica socio-espacial (lo espacial da forma a lo social en la misma medida en que lo social da forma a lo espacial).

A partir de este concepto puede pensarse en el derecho a habitar los espacios, a acceder a distintos recursos culturales y básicos de satisfacción de necesidades. El término justicia espacial (Soja, 2016) nos ayuda a pensar en esta línea. Implica la distribución justa y equitativa en el espacio de los recursos socialmente valorados y las oportunidades de utilizarlos. El autor plantea que, de distintas maneras, se dan dinámicas de justicia o injusticia social[1].

Por otro lado, también nos sirve pensar en la noción de espacio (Massey, 2007), concibiéndolo como producto de relaciones, de una complejidad de redes, de vínculos, de prácticas, de intercambios, tanto a nivel muy íntimo (como el del hogar) como a los niveles de la ciudad, el país, lo global. Podemos pensar en el espacio como el lugar donde se expresa lo instituido, entendiendo que esto sucede a partir de procesos dialécticos entre lo instituido/instituyente. Así también, se abre en el espacio, la posibilidad de revertir los procesos de intensificación/profundización de la desigualdad social y de pensar intervenciones profesionales con nuevas lógicas, que desanden las tendencias burocratizantes de las instituciones estatales y se nutran y acompañen los aspectos potentes de las organizaciones sociales y movimientos populares.

Creemos que la articulación de conocimientos referentes al espacio es un saber estratégico, un poder (Lacoste, 1977). Conocer el espacio para poder organizarse en él. Y en esta línea hay una cuestión más que nos interesaba recuperar. La idea del enfoque y trabajo en red/es.

Rovere (1999) nos acompaña a pensar en las redes como conexiones entre personas, habilitando así verlas más allá de los vínculos interinstitucionales y ampliando a otras posibilidades que podrían contemplar la complejidad territorial. Plantea que a la hora de pensar cómo se organizan nuestras sociedades, podríamos ver dos modelos: una pirámide (homogeneización jerárquica de las instituciones) y una dispersión de fragmentos aislados (lo fragmentado de nuestras sociedades). Incorporar la lógica de redes sobre la

1. Por ejemplo, se dan discriminaciones ligadas a las localizaciones, resultado de los prejuicios impuestos a determinadas poblaciones debido a su ubicación geográfica, teniendo un papel fundamental en la producción injusticia espacial y la creación de estructuras espaciales duraderas de privilegio y beneficio. Se puede pensar como una intersección más (además del género, edad, clase, etc.) del proceso de discriminación y exclusión de ciertos grupos sociales. Asimismo, las actividades que forman parte del "sistema urbano", es decir las actividades cotidianas que permiten el funcionamiento de una ciudad, son una fuente primaria de desigualdad e injusticia, por el hecho de que, en una economía capitalista, la acumulación de las decisiones de localizaciones tiende a hacer que la redistribución del ingreso real favorezca a unxs en desmedro de los otrxs (accesibilidad a medios de transporte, a servicios básicos, a medios culturales -cines, teatros-, de esparcimiento -parques y plazas-, etc.).

fragmentación permite ir creando o restituyendo lazos sin recurrir a la pirámide tradicional. Para que efectivamente las redes sean una opción superadora a la fragmentación, no podemos quedarnos solamente con las ideas de referencia y contrarreferencia (la idea de que soplando por un tubo mando algo que otro recibe y me devuelve sería empobrecer las potencialidades del concepto de redes), sino que tenemos que pensar a las redes como elementos vivos.

A su vez, son muy interesantes los aportes de profesionales de la línea de Salud Colectiva, en Brasil, que toman la noción de Redes Vivas de Merhy. En el ámbito de la salud el autor nos propone pensar cómo enriquecer el abordaje a partir de la idea de redes de cuidado. Éste entiende que se pueden transformar redes formales en redes vivas, siendo construidas a partir de acciones por usuarios y trabajadores que utilizan las ofertas existentes para producción de más cuidado y vida.

Consideramos que las redes son vivas en tanto son construidas y reconstruidas en el cotidiano de los servicios de salud a partir de las potencias de diferentes personas (trabajadores y usuaries) involucradas en los procesos y situaciones coyunturales que pueden habilitar abordajes integrales. Pero siempre, al ser vivas, situadas, están en tensión de manera constante, "a veces las formales abriendo espacio para las redes vivas, a veces los usuarios y trabajadores creando estrategias para flexibilizar y hacer más vivas esas redes existentes, o aún, en otros momentos, redes completamente capturadas por la formalidad y por el tiempo exceso de burocratización" (Merhy 2016: 283).

Entendemos entonces que, ante coyunturas que pueden parecer dejarnos débiles (especialmente en cuestiones objetivas de los acompañamientos, el acceso recursos y de las condiciones materiales de existencia) la potencialidad del territorio y de las redes vivas construidas y reconstruidas cotidianamente en el hacer vida y mundo, son puertas de entrada para potenciar nuestro accionar profesional. Intentamos, en este trabajo, empezar a "reconocer, en los signos que vienen de la calle, un conjunto vivo de estrategias, de nuevas modalidades, formas de crear sentido, de producción de otras redes, de otros territorios existenciales y, con ellas producir otras y diversas redes de conexiones" (Merhy, 2016:37).

Transformaciones en la configuración urbana: gentrificación, relocalización y desalojos

La observación y participación en el territorio del AP del Tornú se nos presenta como una foto del momento que solo es posible comprenderla si se tiene en cuenta su inscripción en procesos sociales más complejos. Por un lado podemos observar transformaciones materiales concretas en relación a algunos años atrás (Barrio Parque Donado Holmberg, nueva plaza del Cementerio de la Chacarita), transformaciones en proceso, sucediendo aquí y ahora (obra Tren San Martín, relocalización del barrio Playón de la Chacarita, desalojo de la Asamblea de Villa Urquiza) e incipientes conflictos en espacios que pueden dar lugar a transformaciones en la configuración territorial (conflicto Isla de Paternal). En este punto la lectura o incipiente análisis de dichos observables es necesario pensarla simultáneamente en dos líneas: por un lado comprendiendo al territorio configurado en gran medida por procesos más amplios en relación al sistema u ordenamiento social, y paralelamente en relación con los actores sociales locales que entran en juego en las disputas por los recursos[2].

2. Con respecto a las disputas y transformaciones a nivel local usamos material de nuestros cuadernos de campo, en relación a las recorridas y entrevistas realizadas. A su vez complementamos con una acotada investigación en medios de comunicación locales.

Continuando en la línea de pensar a este espacio como construcción socio-histórica, al hablar de Ciudad se torna imperioso, en un principio, referirnos a los espacios urbanos en el contexto de la organización social capitalista. Dentro de este contexto macro-estructural, cabe entender a las ciudades como expresiones espaciales, configuradas producto de relaciones de poder. Es decir, son el resultado de disputas entre distintes actores, con dispares cuotas de poder, sobre cómo producir la Ciudad; y si hablamos de disputas entre actores con disímiles recursos, aquelles con mayor peso son los que tendrán mayor influencia de imponer sus intereses sobre aquelles de menor.

Entre estas disputas, se pueden distinguir tres tipos de lógicas: la estatal, la social y la mercantil. Esta última es la que predomina en el marco de las sociedades capitalistas, ya que las mismas preconizan los fines de lucro y la propiedad privada. La lógica social, es la asociada con el derecho a la ciudad (Lefebvre, 1975) como derecho humano fundamental, no sólo como una forma de pensar el derecho a habitar los espacios urbanos y su uso, sino como también de participar y ser parte de su composición. La lógica mercantil entra en clara tensión con la social, ya que al perseguir la explotación comercial y el uso mercantilizado de los espacios va en detrimento del uso comunitario y democrático de las ciudades; no repara en la dimensión del desarrollo humano y el hábitat como derecho ineludible para el mismo.

Es importante comprender el rol de las ciudades en la economía actual para entender las transformaciones producidas en los últimos años. Manuel Castels (2001) desarrolla el concepto de nueva economía, caracterizándose como una economía centrada en el conocimiento y en la información, articulada globalmente (en términos financieros y productivos) y en redes. Es una economía que requiere de trabajadores altamente cualificados, que generen avances tecnológicos constantes. Formar estas condiciones requiere de ciudades con determinados consumos y características materiales (universidades, internet, tecnología disponible, medios de transporte). Es por este motivo que las ciudades han atravesado procesos de transformación a nivel global, en algún punto homogeneizándose mundialmente.

Uno de los mecanismos de igualación de las ciudades es el proceso de gentrificación que ha venido teniendo lugar en las últimas décadas en gran parte del mundo, sin ser nuestro país una excepción. Este fenómeno promueve la proliferación de políticas públicas que tienen como objetivo, no siempre explícito, desplazar a los sectores populares de las partes de las ciudades que pueden ser rentables para explotar bajo la lógica privada. (Zapata, 2016).

Así, las intervenciones estatales operan en connivencia con el sector inmobiliario (Estado en tanto subsidiario, promotor, acondicionador y generador de las condiciones necesarias), el que realiza operaciones de inversión masiva en los centros beneficiosos para ser aprovechados por el consumo de las clases más pudientes económicamente. “De esta manera, se denota un modelo de gobierno y de políticas plenamente neoliberal (Lees, 2012), que ubica a la lógica de la ganancia -al capital privado- en el centro de la planificación urbana y a merced del desarrollo de una dinámica neoliberal de producción de ciudad (De Mattos, 2002)” (Zapata, 2016: 7).

El AP del Hospital Tornú posee características que permiten que sea un espacio “gentrificable” (Díaz Parra, 2004): la disponibilidad de espacio (es una zona que tiene muchas áreas residenciales que pueden ser usadas para la construcción de edificios, y muchas áreas sin comercios), las bajas densidades poblaciones, la diferencia en cuanto al precio del suelo y su valor potencial, el deterioro de la zona, los atractivos como la centralidad o la cercanía a las áreas céntricas (particularmente en torno a la zona de la Estación Urquiza y el Playón. La zona está “afeada”,

pero es muy rentable por ser un centro de transbordo y por la cantidad de gente que circula), la presencia de población dispuesta a mudarse, entre otras.

A su vez encontramos como actor central y representante de las políticas de "embellecimiento" de la Ciudad, al Instituto de la Vivienda de la Ciudad (IVC), siendo gestor de la política habitacional, actualmente interviniendo directamente en el Playón y anteriormente en el conflicto por las viviendas de la ex AU 3. Siguiendo a Anoschka y Sequera (2014), las dinámicas de gentrificación y desplazamiento de algunos grupos son acompañados por discursos y el uso de términos que funcionan como medios para lograr legitimidad y normalizar estos procesos ante sectores más amplios de la población. Los autores plantean que se puede interpretar como la capacidad de los actores dominantes para generar consenso y legitimación alrededor de una maniobra que transforma un proyecto político determinado en universal.

En este proceso, se presentan distintos observables que ocurren en el AP o cerca a la misma y que analizaremos a continuación.

Con respecto al proceso de relocalización del Playón, se nos presentó como un emergente ineludible de las entrevistas: por lo que implica en términos de lo observable (tres grandes edificios en construcción, la traza de la calle triunvirato, el container y la carpa del IVC), por su surgimiento en el marco de entrevistas con otres actores (vecines, compañera del servicio social, instituciones del estado -IVC, Ministerio Público de la Defensa, Dirección de la Mujer- u organizaciones sociales -Tejiendo el Barrio, Mutual Sentimiento, Juntos por el Futuro entre otros), o por su presencia en la DE del servicio social del hospital (solicitudes de asesoramiento, de resúmenes de HC, de constatación de domicilio). En varias entrevistas fueron surgiendo distintas miradas respecto del proceso de relocalización: les entrevistades a veces nos preguntaban qué información teníamos del proyecto, daban cuenta del desconocimiento del mismo, no sabían qué iba a pasar con sus viviendas, desconocían cuáles eran los criterios de otorgamiento, qué iba a pasar con las organizaciones sociales del barrio, etcétera. En este sentido, las diferentes inquietudes e incredulidades de diferentes actores, nos dieron herramientas para pensar los ejes de entrevista con el IVC e identificar los aspectos a profundizar.

En el marco de la entrevista con referentes del IVC nos brindaron información y fueron respondiendo nuestras inquietudes[3]. Aparece un discurso aconflictivo, sin fisuras, donde se destaca la participación y la toma de decisiones conjunta. Se plantea como un proyecto integral, a partir de los principios de la ley del proyecto: "igualdad, justicia espacial, integración, derecho a la ciudad, no discriminación". Nótese la utilización de las

3. Las referentes del IVC nos brindaron información y su mirada respecto al proceso de relocalización. El mismo se enmarca en la Ley N° 5799 "Reurbanización e integración sociourbana del barrio denominada 'Playón Chacarita'". Las entrevistadas comentaron que en el 2016 el IVC comenzó a trabajar en el Playón. Ya había iniciativas y lógicas organizativas pre-existentes. La ley fue diseñada "participativamente" durante el año 2017, a través de la mesa de gestión participativa multisectorial, la que se reunió/reúne semanal/quincenalmente a discutir temas centrales que hagan al proceso. El IVC es el responsable de garantizar las soluciones habitacionales definitivas y también, de asegurar la difusión de la información y la participación en el proceso.

A partir del censo realizado en el año 2016, se relevaron 1042 familias habitando en 500 viviendas. La obra prevé la construcción de 678 viviendas nuevas. A través de tres opciones se garantiza la solución habitacional:

- crédito externo (para compra de casas/terrenos por fuera (más acotada la cantidad de dinero).
- crédito para las viviendas construidas.
- mejora de la vivienda existente.

Según indica la ley, a partir de la creación de la Mesa de Gestión Participativa para la Reurbanización del Barrio Playón Chacarita, deben realizarse reuniones quincenales que cuenten con la participación del IVC, la Junta vecinal (comisión directiva y delegados de cada manzana), la Defensoría del Pueblo, la Defensoría General de la CABA, la Comisión de Vivienda de la Legislatura y otros actores que pueden ser invitados, otros ministerios y organismos tanto de la esfera nacional como local, universidades, etc.

categorías provenientes de la geografía crítica. Como herramientas de "cogestión" destacan la realización las reuniones abiertas, la mesa de gestión participativa y talleres como mecanismo de toma de decisiones. Tal como plantea Amado (2013) las políticas neoliberales desplegadas en el territorio por parte del Estado (como los cambios de los Códigos de Planeamiento Urbano o de la zonificación[4], la introducción de un discurso de participación social y de "mejoramiento" habitacional) preparan a la ciudad para el despliegue de la gentrificación o crean las oportunidades de rentabilidad económica para inversores privados. En este caso pudimos ir visualizando el uso de esta estrategia, en la forma de presentar al proyecto.

Esta versión del proceso de relocalización entraba en tensión con las verbalizaciones de les otres actores, motivo por el cual decidimos entrevistar a referentes del Ministerio Público de la Defensa, quienes forman parte de la mesa de gestión participativa. Elles cuestionaban la perspectiva participativa que tiene el IVC, expresando que no hay una claridad acerca del "cómo" del proceso de relocalización, traducido en el desconocimiento de cómo se van a resolver determinadas cuestiones:

- personas que no estuvieron en el censo pero que viven hace muchos años en el Playón.
- quiénes se mudarán primero y quiénes después.
- poca claridad en relación a la adjudicación de los locales comerciales.
- cómo se va a definir quiénes se relocalizan, quiénes se quedan en el barrio y a quiénes les corresponde otra solución habitacional externa.
- qué medios va a ofrecer el GCBA para que las personas pueden sostener económicamente el pago del crédito y el aumento de sus gastos cotidianos (pagar servicios, readecuar viviendas a normativa del Código Urbano, pagar expensas, perder los inquilinatos, etc.).

Otra expresión del proceso de gentrificación de este territorio, que suma además la intención de desarmar procesos de resistencia organizativa, es el reciente desalojo de la Asamblea de Villa Urquiza, además de 8 familias que vivían en los terrenos aledaños. El Gobierno de la Ciudad desalojó el 26/12/18 a la Asamblea de Villa Urquiza, a pesar de la breve tregua que se había logrado a principios de octubre para consensuar la suerte del centro vecinal que funciona en Triunvirato y Roosevelt hace 16 años. Esto entendemos que por un lado se vincula con el uso de ese espacio con fines de lucro inmobiliario, pero por otro lado, tiene que ver con el desarme de una organización social[5]. Dicho desalojo se ampara en la ley 17091 de la dictadura militar, la cual tiene como fin autorizar desalojos sumarios en inmuebles cedidos por el Estado sin derecho a defensa por parte de los afectados[6]. En este terreno 6 pertenece a AABE, y será subastado durante este año para desarrollar emprendimientos inmobiliarios y un porcentaje se destinará para espacios públicos[7].

El proceso de gentrificación además es de larga data, pudiendo identificar como movimiento incipiente el desalojo de las viviendas de la ex au 3, y la construcción del barrio parque Donado Holmberg[8], así como otras expresiones actuales como la construcción de la plaza Elcano[9] y la obra del tren San Martin[10], que apuntan también a los cambios en el

4. La forma que adopta la aplicación de los cambios del Código de Planeamiento Urbano depende de negociaciones y consensos políticos que expresan relaciones de fuerza entre los distintos actores sociales y económicos que conforman el añejo conflicto de la Ex Au3.

5. De hecho, cuando intentamos ir a una asamblea para conocer el proceso de desalojo y habiendo pautado el encuentro no concurrió nadie de la organización. Solamente mantienen algunos talleres y actividades en la plaza, y presencia en redes sociales.

6. https://www.pagina12.com.ar/146004-la-asamblea-de-villa-urquiza-resistio-su-desalojo

7. http://www.lacomuna12.com.ar/finalmente-la-ciudad-desalojo-a-la-asamblea-de-villa-urquiza-5292

valor del suelo. Como contracara de esta última obra, observamos que en el barrio "La Carbonilla" -lindante a las vías- el proceso implicó la rajadura de casas debido a la construcción, como así también la reubicación y mudanza de hogares a otros sectores del barrio.

Otra expresión de este proceso, es un proyecto de ley que planea la construcción de once torres en un espacio verde que se encuentra en el Barrio de Agronomía, en el llamado Parque de la Isla (Avenidas Chorroarín,Warnes, De los Constituyentes y vías del FFCC Urquiza). En ese predio estuvo desde 1951 el Albergue Warnes, hasta que en 1991 la mole de cemento que iba a ser un hospital y terminó como un edificio abandonado que alojó a unas 600 familias fue demolida con una implosión. La norma contempla un cambio de los actuales parámetros de usos del suelo con el propósito de habilitar la construcción de edificios y locales comerciales[11]. Les vecines se oponen a la construcción del complejo edilicio y mantienen firme su postura de que en ese predio se construya un parque, mantienen reuniones con el Ministerio de Desarrollo Urbano y Transporte para encontrar una solución.

En todos estos ejemplos podemos ver el rol del Estado como propiciador del proceso de gentrificación, a través de distintas estrategias: promulgación de leyes, o rescate de leyes olvidadas, uso de sus medios de divulgación (publicidad de sus proyectos "lavados" en página del gobierno, en redes sociales, en medios de comunicación hegemónicos), utilización de procesos de relocalización pacífica (a través de otorgar a determinados sectores "soluciones habitacionales") o el uso de las fuerzas de seguridad a través del desalojo directo y el desplazamiento de los habitantes.

El proceso de gentrificación no se da sin resistencias. Algunas más organizadas y colectivas, y otras vinculadas a las trayectorias institucionales que recorren de manera individual/familiar los sectores más desfavorecidos en ese proceso. En este sentido pudimos entrevistar a referentes de la Mutual Sentimiento, organización social fundada por un grupo de ex presos políticos y exiliados de la última dictadura militar en 1999 que se encuentra ubicada en un terreno en comodato del estado nacional. La mutual nuclea diversas organizaciones educativas, de economía solidaria, etc. Tuvieron en tres oportunidades intentos de desalojos, conflicto que en la actualidad está atravesado por la urbanización del Playón[12]. La primera fue 12 en el Gobierno de De La Rúa, después en el de Duhalde, y el último en el de Cristina. Siguen resistiendo la ocupación del es-

8. Calle Holmberg o su paralela, Donado, en el tramo comprendido entre la calle Carbajal y la avenida Congreso. Breve historia: proyecto del entonces intendente Cacciatore, que decidió construir la autopista urbana (AU-3) para atravesar la ciudad de norte a sur. Por esa razón se expropiaron las parcelas ubicadas en la traza prevista para la obra y fueron desalojados los ocupantes de aquéllas. Después de transcurrido un plazo sin comenzarse los trabajos, y aún más tarde, cuando esa autovía elevada dejó de ser un objetivo para la ciudad, el área se vio ocupada de modo ilegal. El 28 de diciembre de 1999 se sancionó la Ley 324, sobre la recuperación de la traza de la ex AU-3. Esa ley se promulgó y publicó en febrero de 2000. Sus dos primeros capítulos trataban la recuperación y zonificación urbana del sector. El plan que motorizó el Gobierno de la Ciudad, encabezado en ese momento por Macri, tuvo su escenario en una franja de 14 manzanas. La primera construcción realizada en este nuevo asentamiento fue un edificio destinado a ubicar a los habitantes de la zona que fueron desalojados. El nuevo barrioparque contará con una escuela primaria, una preescolar infantil y el Instituto de Profesorado de Educación Especial (ISPEE), que ya está en plena ejecución. Se realizaron dos pasos bajo nivel en las calles Holmberg y Donado (Zapata, 2016).

9. Plaza que le costó al GCABA 45 millones de pesos. http://latecomuna15.com.ar/parque-elcano-la-placita-del-horror-que-le-costo-a-la-ciudad-mas-de-45-millones-de-pesos/

10. Dichas obras elevan las vías del tren, y se generarán debajo de las vías nuevos espacios públicos y verdes, zonas de servicios y áreas de esparcimiento: https://www.clarin.com/ciudades/viaducto-tren-san-martin-falta-tren-vuelva-llegar-retiro_0_xyF34lkMg.html

11.https://www.perfil.com/noticias/sociedad/quieren-hacer-once-torres-en-el-ex-predio-del-warnes.phtml

12. Con el actual proceso de relocalización del Playón, el terreno de la mutual queda en manos de Agencia de Administración de Bienes del Estado (AABE) y pareciera estar destinados a la venta para locales comerciales.

pacio.

Otro de los espacios de resistencia pueden pensarse en la mesa de gestión participativa, formada por actores que tensionan la política del IVC. Está formada por el Ministerio Público de la Defensa, la Defensoría del Pueblo, comisión vecinal y delegados de cada manzana. No obstante, estas posibilidades de resistencia a su vez se dan en el marco de conflictos políticos internos del barrio.

Por otra parte, es importante destacar que estas resistencias, como la de la Mutual, de algunes actores de la mesa participativa, de la Asamblea de Villa Urquiza, de les vecines de Agronomía, se encuentran en una posición de desventaja frente a los recursos y estrategias que pueden movilizar el IVC, otras áreas del gobierno e intereses privados.

Configuración territorial: características generales del área

En este último apartado nos interesa poder sistematizar algunas afirmaciones respecto a las características generales de los espacios encontrados a través del mapeo, que nos brindan pistas para la lectura de las relaciones y procesos sociales que configuran el territorio:

- En lo que respecta a organizaciones políticas, observamos una mayor concentración en los asentamientos del AP, El Playón de la Chacarita y La Carbonilla, así como también en el Barrio de Parque Chas.
- En lo relativo a espacios que trabajen con la temática de discapacidad, hay una vacancia casi absoluta. Sólo logramos identificar una organización de la sociedad civil que intervenga en este área.
- En relación a consumos problemáticos, también pesquisamos una clara falta de espacios.
- En lo que respecta a la intervención con personas envejecientes, se observa una gran cantidad de instituciones, la mayor cantidad de todas las categorías, junto con educación y formación. Se debe destacar las características de los recursos mapeados. Son en su gran mayoría Centros de Jubilades, de los cuales casi en su totalidad se encuentran cogestionados con organizaciones del tercer sector. En cambio, en relación a la provisión de cuidados, se observa una vacancia casi absoluta.
- Respecto a Servicios Asistenciales Básicos, observamos un predominio de actores del tercer sector, con una fuerte impronta de instituciones religiosas. A su vez, podemos decir que si bien el AP cuenta con cierto grado de variedad de espacios de este tipo, no todos funcionan diariamente y con amplia disponibilidad horaria. La gran mayoría funciona días de semana, cierran durante el período vacacional y no cubren todas las franjas de tiempo.
- En relación a la temática de Género, se trata de otra de las categorías donde se detectó falta de espacios. Prevalece la atención a mujeres en situación de violencia. Cabe destacar la reciente apertura del espacio del Centro Integral de la Mujer "Fenia Chertkoff", atendiendo las demandas de la coyuntura actual. De las organizaciones que también trabajan con género, podemos mencionar al Bachillerato Popular Trans "Mocha Celis" y la organización social "No tan distintas", pensando el género desde espacios de militancia política.
- Se destaca una tendencia generalizada a la existencia de espacios cogestionados de política pública, especialmente dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, aunque los dependientes de Nación no son una excepción. La mayoría de los Centros de Formación Profesional, Centros de Jubilados, Centros de Primera Infancia y Centros Integrales de la Mujer se encuentran gestionados por Organizaciones del Tercer Sector, con fondos y evaluación del Gobierno de la Ciudad. Asimismo, la lógica de co-gestión hace que en cierto punto que se diversifiquen los intereses y sentidos de los abordajes, fragmentándose aún más la política pública.
- Observamos una predominancia de espacios de intervención relacionados al trabajo con niñes y adolescentes, específicamente los abocados al campo de lo educativo.

Conclusiones

El proceso de mapeo surgió claramente de la inquietud por lo que sucede por fuera de los "muros" hospitalarios. Contábamos con información diversa y desorganizada, proveniente de actores con posicionamientos en algunos casos contrapuestos. Nuestra intención era lograr un acercamiento más sistemático al territorio a través de un proceso de mapeo.

Rápidamente nos dimos cuenta que, aún siendo seis o siete personas con disponibilidad para dedicarle tiempo a la tarea, la tarea era más de lo que podíamos abarcar. Pudimos entonces entender que el mapeo daría diversos resultados, algunos más acabados que otros, y empezamos a pensar cómo este trabajo podría convertirse en posta para ser retomada por otres en caso de que así lo quisieran.

Pudimos tomar al mapeo territorial más allá de su uso meramente instrumental, apuntando a entender el concepto de territorio y explorarlo en un sentido más amplio. Entre los diferentes resultados del proceso observamos diferentes expresiones del proceso de gentrificación que se están dando dentro de nuestra AP. Los analizamos dentro de un proceso más amplio que se está dando a nivel de la CABA respecto a lo habitacional. Sumado a esto, pudimos empezar a identificar a los diferentes actores que intervienen en esta problemática y las estrategias que se despliegan en procesos tan complejos como los de reurbanización y gentrificación. Otro de los resultados fue el armado de (proto)vínculos con diverses actores del AP, con quienes, posteriormente a la presentación del trabajo, continuamos encontrándonos en la tarea.

A nivel impacto, el resultado más llamativo fue el mapa colaborativo en Google Maps, el cual abrimos a diversos actores que forman parte de nuestra AP y sus dinámicas directa e indirectamente. Entendemos que el mapeo territorial se enriquece con las distintas miradas de les actores y que no es una foto estática del territorio, sino que en éste se dan cambios constantes, vínculos relacionales que hacen que el territorio esté en movimiento. Apuntamos a que la herramienta sea compartida a otres actores que puedan estar interesades y trabajen dentro del Área, produciéndose un efecto de multiplicación de la información y los intercambios. En este momento, por ejemplo, se está trabajando con el mapeo en la Red Acción de la Comuna 15 y se está pensando en su posible utilidad estratégica para plantear líneas de acción a Comuneres.

En definitiva, como planteábamos más arriba, se trata de apuntar a redes vivas, productivas, estratégicas y maleables, que permitan un abordaje complejo a problemáticas cada vez más complejas y que contribuyan a enriquecer nuestras prácticas cotidianas.

Bibliografía

Amado, J. (2013) Transformaciones urbanas contemporáneas. Huellas de gentrificación en la ciudad latinoamericana. Café de las Ciudades, 12 (125). Recuperado de: http://www.cafedelasciudades.com.ar/urbanidad_125.htm

Castells, M. (2001) La ciudad de la nueva economía. Papeles de Población, vol. 7, núm. 27, Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México.

Corbetta, S. (2009) Territorio y educación. La escuela desde un enfoque de territorio en políticas públicas. En Revista "De relaciones, actores y territorios: hacia nuevas políticas en torno a la educación en América Latina".

Janoschka, M. & J. Sequera (2014) Procesos de gentrificación y desplazamiento en América Latina, una perspectiva comparativista. En Desafíos metropolitanos. Un diálogo entre Europa y América Latina, Juan José Michelini (ed.), pp. 82-104. Catarata. Madrid. ISBN: 978-84-8319-887-2.

Lacoste, Y. (1977) La geografía: un arma para la guerra. España, Ed. Anagrama.

Lefebvre, H. (1975). El derecho a la ciudad. 3.a ed. Barcelona: Península. [1967].

López Arellano E. et. al (2008) Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud. En Revista "ALAMES" volumen 3, número 4, noviembre 2008; 323-335.

Massey (2007) Geometrías del poder y la conceptualización del espacio. Conferencia dictada en la Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Merhy, E. et. al. (2016) Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro, Hexis.

Rovere, M.(1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

Soja E. (2016) La ciudad y la justicia espacial. En: Justicia e injusticias espaciales. UNR Editora.; 99-106.

Zapata, M E. et. al. (2016) La construcción del barrio Parque Donado-Holmberg: cambios normativos y transformaciones urbanas IX Jornadas de Sociología de la UNLP. 5 al 7 de diciembre de 2016.



XII Jornadas de la APSS
Mesa simultánea ***"Salud Laboral y Condiciones de Trabajo"***.

INTERVENCIONES PROFESIONALES EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

DERECHO A LA VIVIENDA: DEL PADECIMIENTO INDIVIDUAL A LA ORGANIZACIÓN Y LA LUCHA. UNA EXPERIENCIA DESDE EL SECTOR SALUD

Lic. Omar Battistessa
Lic. Carolina Gauna
Lic. Noelia Díaz
Lic. Yamila Orellana
Lic. Sofía Taghlian
Lic. Jorgelina Matusevicius

. . . . .

Los comienzos. La problemática de la vivienda en el Centro de salud

La demanda de la población al Servicio Social ante situaciones de emergencia habitacional es una de las principales en algunos barrios de la Ciudad de Bs As. A partir del año 2007 se ve un incremento significativo de la demanda por esta problemática, en particular ligada a la obtención de un informe social para acceder al subsidio habitacional (Programa de Atención a Familias en Situación de Calle, del Ministerio de Desarrollo Social GCBA).

Es necesario antes de analizar la estrategia de intervención que se lleva adelante desde los CeSACs Nº 10, 16 y 48, caracterizar el contexto institucional en el que dicha intervención se realiza. Este está dado por una institución estatal del área de la salud pública. Los centros de salud y acción comunitaria de la ciudad de Buenos Aires dependen de los Hospitales Generales de Agudos que a su vez dependen del Ministerio de Salud de la Ciudad. Los trabajadores sociales llevan adelante tareas relacionadas con el acceso a recursos y con la prevención de enfermedades y promoción de la salud, entendida en términos amplios y de proceso.

Una de las tareas asignadas tiene que ver con la llamada "atención de la demanda espontánea", entendiendo por ella a la atención en el marco de entrevistas individuales y / o familiares de demandas que traen personas que asisten a la institución.

El dispositivo implica un particular modo de entender y abordar las problemáticas sociales, en el cual las personas llegan de manera individual y reciben o no una respuesta para su problema.

Es importante destacar que en los últimos años y como consecuencia del modo que adopta la acumulación de capital en nuestros países, los efectores de salud, al igual que otras áreas del Estado, se han visto desbordados en su capacidad de atención. Las políticas de recorte del gasto público, el aumento de desempleo con la

consecuente pérdida de cobertura de obra social de trabajadores que antes se encontraban en una relación salarial y la pauperización que viven amplias franjas de la población, han generado una demanda creciente para todo el equipo de salud.

Es en este marco que los profesionales de trabajo social realizan su práctica, muchas veces ante la ausencia de una política institucional que intente dar respuesta de manera estructural o planificada a los nuevos escenarios que plantea la realidad. Es así como se presentan en tensión en la intervención profesional diferentes formas de abordaje de los problemas sociales.

Esto se da más allá de la voluntad del trabajador social que actúa en los dispositivos tradicionales. El recorrido de los sujetos por las distintas oficinas de asistencia social, va construyendo una subjetividad pasiva que no se puede transformar a partir de una entrevista. Sin embargo, los límites propios del dispositivo institucional ligados a la frágil conciencia social de los sujetos que participan en él comienzan a constreñir la acción profesional y a fijarle límites para la construcción de otra relación con el sujeto con el que trabaja. Las prácticas corren el riesgo de volverse burocráticas, deshumanizadas y sin potencialidad política transformadora (o mejor dicho con una utilidad política que va en detrimento de los intereses de los sujetos en tanto clase). La pregunta es, entonces, cómo puede el trabajador social desde otro tipo de estrategia, desde otra identidad profesional, reconociendo los límites del dispositivo construir una práctica que salga del círculo de la alienación.

Crisis y oportunidad para la reflexión en torno a la propia acción

Durante el año 2007 y ante la agudización del déficit habitacional por un lado y la pérdida del poder adquisitivo del salario que percibe la población que asiste al Centro, vinculada principalmente a trabajos de baja calificación, precarios e inestables, se empieza a percibir un aumento exponencial de la demanda por asistencia con fines habitacionales en los Servicios Sociales de los CeSACs. Es así como los trabajadores sociales del área y, sobre todo, aquellos cuyos centros de salud y acción comunitaria se encuentran emplazados en los barrios más pobres de la ciudad se ven sobrepasados por la demanda de los sectores más postergados de la clase trabajadora. Los relatos de las situaciones en las entrevistas presentaban recorridos similares. La dificultad para llegar a cubrir los gastos de alquiler, la amenaza de desalojo, el aumento de los precios de los alquileres, las deterioradas condiciones de habitabilidad de las piezas ofertadas. Las familias relataban, a su vez, una serie de padecimientos, en función de la imposibilidad de reproducir su existencia y la de su grupo familiar que aparecía como una verdadera mutilación de su subjetividad. El tener que recurrir a solicitar asistencia, y sobre todo un tipo de asistencia que no significaba un cambio sustantivo para su situación de carencia y vulnerabilidad daba cuenta de un registro de un lento "aniquilamiento".

La situación típica es la de una persona solicitando informe social que se les exige para gestionar el subsidio habitacional ante el Programa de Atención a Familias en Situación de Calle (PAFSIT) de dicho ministerio.

Las respuestas u opciones de respuesta que se presentan desde el trabajo social en relación a esta doble demanda (desde la política social y desde la población) se podrían resumir esquemáticamente en dos modalidades:

1. Hacer el informe para "resolver" aunque sea precaria y transitoriamente, una situación que se nos presenta como extrema (límite, dramática) y urgente. Puntual y concretamente de lo que se trata es de evitar-prevenir o de modificar (según ya se hubiera o no concretado) la situación de calle.

2. No hacer el informe corriéndonos de un lugar funcional a una política que en última instancia favorece la reproducción del sistema. Un supuesto complementario esgrimido por algunos que adscriben a esta postura es la ex-

pectativa de que la acumulación de insatisfacción entre los sujetos de la demanda pudiera devenir en protesta colectiva.

La primera opción nos coloca en un rol acrítico y funcional opuesto a nuestra voluntad de cambio o transformación social.

La segunda nos coloca en el lugar de obstáculo al acceso a un recurso crítico opuesto a la voluntad y a la necesidad objetiva e inmediata (frente a una situación desamparo) de aquellos con cuyos intereses nos sentimos identificados.

Esta situación dilemática, que se presenta como "encerrona trágica" presenta la crisis a partir de la cual se vuelve necesaria la reflexión conjunta. Es así como se abre la necesidad de una discusión colectiva entre el grupo de trabajadores sociales, en este caso, aquellos que se encontraban desarrollando su trabajo en distintos centros de salud dependientes del mismo hospital.

Estas reuniones implicaron una oportunidad para romper con la identidad atribuida. El proceso reflexivo permitió el reconocimiento de las determinaciones en las que nos encontrábamos como trabajadores sociales y que atravesaban a la población con la cual veníamos trabajando.

Esta crisis que produce la profunda indignación con la propia tarea por aparecer como un sinsentido es lo que provoca un cambio de perspectiva. Se genera entonces una necesidad de explicarse la propia realidad a partir de otros marcos teórico -metodológicos que se correspondan con una postura ético política en función de la defensa de los derechos de las personas y la lucha por la superación de su situación de carencia material y padecimiento subjetivo.

¿Por dónde empezar?
Mirar la realidad que tenemos por delante y preguntarnos por sus determinaciones

Muchas veces desde nuestros espacios de intervención profesional, tendemos a estandarizar respuestas para las diferentes problemáticas. Gran parte de nuestra formación nos exige precisión en la elaboración de una metodología, pasos para enfrentar determinadas situaciones. Solemos tener esquemas previos de qué hacer, luego la realidad debe ser encajada en esos esquemas.

Nuestra "crisis" nos exigió un recorrido diferente. Ante la ineficacia de nuestra acción profesional y la reaparición acrecentada de la demanda, comenzamos por preguntarnos acerca del problema que estábamos enfrentando. Esto nos exigió superar la apariencia del problema como problema individual. La recurrencia de las situaciones nos obligó a colocar las situaciones particulares como expresiones o manifestación de una problemática social. El siguiente paso fue entonces comenzar a comprender las determinaciones sociales de ese fenómeno que teníamos por delante. El camino escogido fue, comenzar a comprenderlo en el marco de una práctica grupal. Se comenzaron a realizar reuniones en las que los vecinos ponían en común sus vivencias en torno al problema para poder, con el apoyo de organizaciones sociales, encontrar algunas respuestas colectivas. Esta práctica permitió contar con un material empírico a partir del cual las indagaciones bibliográficas del equipo cobraban mayor sentido.

Explorar de esta manera la realidad permitió reconocer distintas determinaciones que atraviesan el problema: su recorrido histórico, su vinculación con la dinámica del mercado inmobiliario, los procesos urbanos ligados a las modificaciones socioeconómicas de los últimos años, las políticas públicas y la organización de los vecinos en torno al problema.

Los relatos de los vecinos se constituyen en el concreto sobre el cual trabajar, como síntesis de múltiples determinaciones. Pasaremos a desarrollar, entonces, algunas de estas determinaciones, reconocidas a partir de esta práctica que reflexiona sobre si misma o praxis conjunta entre trabajadores sociales y vecinos que padecen la problemática.

Las respuestas estatales al problema de la vivienda

Abordar el contexto de nuestra experiencia de intervención en el área de la vivienda y la salud implica incursionar en el terreno de las políticas sociales en general y de las políticas sectoriales respectivas en particular.

Respecto de la política de vivienda existe consenso para referirse a ella en términos negativos, en un doble sentido: ya sea como falta o ausencia de políticas o como política expulsiva y represiva. Lo primero en alusión al vaciamiento del IVC, organismo creado con el objetivo explícito de reducir el déficit habitacional siendo casi la única respuesta los subsidios habitacionales del PAFSIT, un beneficio restrictivo en cuanto al acceso, las escasas posibilidades que brinda y su limitación en el tiempo. Ya volveremos sobre este punto.

La respuesta por excelencia del actual gobierno de la Ciudad ha sido la de favorecer los desalojos: vetando el artículo de la ley de emergencia habitacional sancionada por la legislatura que prohibía los desalojos en agosto de 2.010; impulsando la figura de los desalojos administrativos y expulsando a los desalojados de los espacios públicos adonde fueron llevados por la misma política.

Por su parte en relación a la política desde salud un aspecto central de la cultura dominante en este ámbito, es la disociación de la salud respecto de sus determinaciones sociales, tanto en términos de la comprensión del proceso de salud enfermedad como, y sobre todo, a la hora de diseñar las estrategias de intervención.

Finalmente, no podemos dejar de mencionar la incidencia de procesos macroeconómicos que condicionan o aún más trascienden la acción de gobierno en tanto son expresión del desarrollo mismo del sistema capitalista en su fase especulativo financiera.

Una de las manifestaciones de dichos procesos son las transformaciones urbanas y en particular la emergencia del fenómeno de la ciudad global. Este se caracteriza a nivel mundial por transformaciones en la estructura de las grandes ciudades cuya configuración responde a la primacía del capital comercial y financiero. Esto se expresa en un doble proceso: por un lado en la producción de mejoras tendientes a la captación de dichos capitales. Las ciudades globales compiten por ser elegidas para ser sedes de grandes capitales transnacionales. Por otro lado, la producción de grandes negocios inmobiliarios que van de la mano del incremento del valor del suelo urbano (y consecuentemente de la renta generada) producto de las mejoras realizadas y de las grandes inversiones de capital (¿sobrante?) en negocios inmobiliarios.

Estos procesos apenas esbozados aquí, son el trasfondo tanto de las políticas expulsivas (desalojos masivos) y de la ausencia de planes que posibiliten el acceso a la vivienda a los sectores populares como de la intención manifiesta, por parte del actual gobierno, de desmantelar y cerrar organismos públicos (como en el caso antes mencionado de varios hospitales) cuyos terrenos serían destinados a la política denominada de "renovación urbana".

Nos enfrentamos, entonces, a procesos de un orden tal que sólo podrían revertirse en el marco de una transformación de carácter estructural global. Nos referimos particularmente a la reconfiguración de las grandes ciudades (Buenos Aires es una de ellas) como proceso emergente de las transformaciones sufridas por el capitalismo en su fase actual.

En medio del vacío generado en materia habitacional el gobierno responde con dos programas de neto corte asistencial: los paradores y los subsidios habitacionales, ambas del ámbito del Ministerio de Desarrollo Social.

Es necesario detenernos en algunas cuestiones fundamentales del segundo de los programas mencionados que es, como hemos dicho, la respuesta asistencial por excelencia del actual gobierno:

1. Se presupone erróneamente que la imposibilidad de amplios sectores de la clase tra-

bajadora para acceder a una vivienda obedece a una circunstancia transitoria e irrepetible.

2. La suma asignada cubre sólo parcialmente el monto de un alquiler de una habitación por lo general muy precaria en una vivienda colectiva (inquilinato u hotel de muy baja categoría).

3. La meta impuesta a nuestra intervención y la de la demanda de la población no es otra que la de una vivienda inadecuada, sólo menos indeseable que la situación de calle.

4. Las trabas burocráticas, entre ellas la condición de acceso consistente en estar en situación de calle o en inminencia de, hace de la demanda y de la intervención, un acto signado por la urgencia, condición incongruente con la demora de la respuesta gubernamental.

Los obstáculos al acceso se potencian con la negativa generalizada por parte de numerosos servicios sociales de efectores de salud y desarrollo social a realizar los informes sociales que se exigen para obtener el subsidio.

La primera pregunta que se desprende de la lectura realizada es qué hacer desde el trabajo social cuando la política social, por acción y por omisión, es un instrumento al servicio de la reproducción de las relaciones sociales dominantes y, en lo que respecta al área específica de nuestra experiencia, cuando tan claramente está al servicio de intereses ajenos al derecho a la vivienda de la clase trabajadora. O dicho de otro modo cuando como trabajadores sociales nos enfrentamos a una situación en la que de un lado, del lado de las políticas sociales, se nos pide que seamos agentes de un mecanismo de control social y del otro, del lado de la población, se nos coloca en un lugar de salvadores, único o último recurso para enfrentar situaciones extremas a través de la provisión de recursos críticos cuyo acceso en el esquema instituido depende de nuestra intervención.

La pregunta pasa a ser desde donde nos paramos para pensar o concebir la nueva formulación que nos posibilite una salida. Obviamente no puede para nosotros haber otro lugar que el de la perspectiva del trabajo social en la cual creemos: la perspectiva crítica. En esta encontramos los elementos que serán el fundamento necesario para articular una estrategia superadora. Nos referimos a:

- La concepción de los problemas sociales como emergentes de una estructura más amplia que los determina.
- La concepción del conocimiento como construcción social e histórica y como herramienta de liberación enraizado en la práctica social en la que los sujetos se constituyen por lo que la nueva conciencia, crítica, no puede surgir sino asociada a una nueva práctica social transformadora.
- La confianza en la posibilidad de la transformación social a través de la articulación de estrategias que operando entre lo micro y lo macro político sienten las bases de un orden social alternativo al actualmente vigente.
- La confianza profunda en el hombre como sujeto del proceso de transformación social y político en orden a sus necesidades propiamente humanas.

Descripción del dispositivo de intervención

Actualmente la intervención ha tomado la forma de un proyecto local de Hábitat y Salud que consta de los siguientes componentes:

Entrevistas: Se realiza una caracterización de la situación problemática, tomado un registro de los distintos aspectos que intervienen en dicha situación. La integración de estas entrevistas en el marco del proyecto local, permite resignificar el espacio de entrevista. Este se extiende más allá de la confección de la Historia Social y el Informe Social. Se trabaja en el asesoramiento personalizado respecto de la manifestación parti-

cular del problema de emergencia habitacional que se expresa en cada vecino que asiste a la consulta. Se crea, entonces, un espacio de reflexión conjunta. Se indagan las posibilidades de colectivizar la demanda y la acción con otros vecinos y se pone a disposición la información de las redes de organizaciones comunitarias que trabajan la problemática y que pueden servir de apoyo para determinadas medidas de resistencia. Asimismo se articulan los recursos legales y de defensa de derechos acordes a la situación que trae cada vecino. Se convoca a participar del espacio grupal, para retrabajar lo discutido y para poder poner en vinculación la manifestación individual con la colectiva, con su carácter de problema social.

Reuniones grupales: Se trata de una reunión en la que cada persona que concurre realiza una breve presentación y descripción de su situación. A partir de lo que surge en estas intervenciones, se comienzan a trabajar los temas emergentes ligados a la urgencia que implican las situaciones de desalojo o de inestabilidad habitacional. El objetivo principal es, además de comenzar a visualizar el problema como problema social, poder brindar herramientas individuales y colectivas para defenderse de la vulneración de derechos ante los desalojos. Para esto las herramientas que se brindan van desde la legislación vigente que regula el mercado de piezas de alquiler, hasta las posibilidades de resistencia y la socialización de experiencias exitosas de defensa de los derechos. Se trabaja también los recursos institucionales involucrados en esta defensa, brindando los datos de referencia para poder realizar denuncias, presentar pedidos de amparo, exigir intervención ante casos de vulneración de derechos. Cabe destacar que estas reuniones se han ido perfeccionando a medida que se fueron chequeando recursos y conociendo referentes de estas instituciones. Las primeras reuniones se realizaron en forma conjunta con organizaciones que llevan un recorrido en la lucha por la vivienda y contra los abusos de dueños de hoteles e inquilinatos. Esto permitió no sólo plantear en abstracto los derechos ante los desalojos sino en su realidad histórico concreta. Los derechos no respetados tienen un correlato de lucha, esta dimensión permite acercarse a la importancia de la acción colectiva y a reflexionar sobre lo desprotegido que se encuentra el individuo o el grupo familiar en el enfrentamiento solitario de la situación.

Articulación con organizaciones sociales: La articulación se da en los distintos espacios del proyecto. En sus inicios se trabajó en vinculación con CIBA (Coordinadora de Inquilinos de Buenos Aires) quienes concurrían a las primeras charlas para trabajar qué hacer ante los desalojos. Para el caso de las situaciones particulares de desalojos en el área del CeSAC se trabajó y trabaja articuladamente con distintas organizaciones: FOL, MRP, Caminos de los Libres, Proyecto 7. Estas organizaciones han sido clave en los procesos de resistencia a los desalojos que se han dado en el barrio, impulsando y apuntalando procesos organizativos. La experiencia acumulada de estas organizaciones permite forjar nuevas estrategias ante estas situaciones y dar una disputa, que a partir de cambiar la correlación de fuerzas entre vecinos y dueños de hoteles y pensiones garantiza la protección de algunos derechos.

Seguimiento de hoteles en conflicto: Algunas de las situaciones que llegan a través de la demanda espontánea o que se ponen de manifiesto en el espacio grupal ameritan un acompañamiento y apoyo con recursos organizativos y legales por parte del equipo que lleva adelante el proyecto local. Para ello se realizan reuniones en algunos hoteles en conflicto y se articula con los movimientos, anteriormente mencionados. Una pieza clave dentro de esta estrategia es contar con servicios jurídicos que además de ser gratuitos trabajan desde una perspectiva de defensa del derecho a la vivienda. Es en esta instancia de participación en procesos de lucha en la que las personas se apropian de las herra-

mientas que brindamos en los talleres, porque es allí donde se genera una praxis que permite transformar conocimientos en acción.

Hasta aquí la descripción de las distintas líneas de acción que se fueron construyendo como resultado de la reflexión y revisión de la práctica. El proyecto cuenta con un equipo integrado por trabajadores sociales de planta de los CeSACs, residentes de trabajo social y educación para la salud y estudiantes de la Carrera de Trabajo Social que realizan sus prácticas pre profesionales. Este equipo es el que se encarga de definir y redefinir líneas de acción, dado que el proyecto en su formulación va cambiando a medida que así lo exige la realidad.

Bibliografía

- MARTINELLI Maria Lúcia, (1997) "Servicio Social: Identidad y Alienación", San Pablo, Cortez Editora.
- PIEDROTA GIL, Gonzalo. (2008) "Medicina preventiva y salud pública". Buenos Aires, Ed. Masson.
- VALENZUELA, Carolina. (2004) "Plantas transformables. La vivienda colectiva como objeto de intervención", Santiago de Chile.
- PASTRANA, Ernesto, (1995) "Vivir en un cuarto: Inquilinatos y hoteles en Buenos Aires". En Revista Medio Ambiente y Urbanización, Año 13, N. 50/51, Buenos Aires, IIED - AL
- RODRÍGUEZ, M.C. (1997). "Ocupaciones de edificios, autogestión, políticas del hábitat y derecho a la ciudad". Buenos Aires, CEUR.
- WACQUANT Löic, (2001), "Parias Urbanos". Buenos Aires, Manantial
- Diario Página 12."El Gobierno porteño desalojó a otras diez familias sin orden judicial", Buenos Aires, 7 del Marzo del 2009.
- Diario Página 12. "Macri vetó la ley que frenaba los desalojos en edificios del Estado ocupados por familias", Buenos Aires,14 de enero del 2009.



XII Jornadas de la APSS
Mesa simultánea.

EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA EN SALUD MENTAL EN RÍO DE JANEIRO: APORTES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN ABORDAJE ANTIMANICOMIAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Lic. María Belén Butrón
Lic. Magdalena Fernández Cisneros
Lic. Yamila Ventureira

. . . . .

Introducción

La presente ponencia recupera aprendizajes de la rotación electiva realizada en el *Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Mental de la Escuela de Salud Mental de Río de Janeiro (ESAM).* La rotación, enmarcada en el Programa de Formación de la Residencia de Trabajo Social del GCBA, se realizó entre los meses de junio y agosto de 2018, siendo el objetivo de la misma conocer y adquirir estrategias de intervención en atención primaria de la salud mental, a partir de la incorporación en equipos interdisciplinarios de atención en territorio, en el contexto del sistema único de salud de Brasil.

En este marco, se realizó una rotación supervisada en tres servicios de salud mental (Centros de Atención Psicosocial, CAPS) dependientes del Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), como parte del Programa de Formación Integrada en Salud Mental de la ESAM/IMPP. La Residencia Multiprofesional en Salud Mental se crea en el año 1994, con el objetivo de llevar adelante una formación de profesionales acorde al paradigma de la reforma psiquiátrica. Es un programa de posgrado de capacitación en servicio con duración de dos años, guiado por los principios directrices del Sistema Único de Salud. Está integrada por Trabajo Social, Psicología, Terapia Ocupacional y Enfermería, y se orienta a la formación especializada de profesionales para la atención y el cuidado en Salud Mental.

En el actual contexto, en el cual se cuestionan y atacan fuertemente los principios de la salud mental comunitaria y antimanicomial, creemos de fundamental importancia recuperar los aportes de estas experiencias de atención y cuidado en salud mental, para enfrentar los retrocesos que cotidianamente se intentan imprimir en la política pública local. Asimismo, entendemos que se vuelve necesaria la incorporación de una perspectiva de género en el análisis de los procesos de producción social de los padecimientos psíquicos, que habilite la creación de abordajes integrales en salud mental.

Reforma psiquiátrica en Brasil

En los años 60 el proceso político y social que se dio en varios países del mundo dio origen a un movimiento que, consciente de la necesaria transformación en el abordaje de la salud mental, supo también que dicho proceso no era posible sin una transformación más radical de la sociedad. Retomando los planteos de Franco Basaglia de la Reforma Psiquiátrica en Italia, se formula la idea de que reformar el modelo de atención de la psiquiatría hegemónica debía *"fomentar un pensamiento y una práctica institucional original que apuntara, no sólo a la sustitución de los hospitales psiquiátricos, sino también el conjunto de saberes y prácticas- científicas, sociales, legislativas y jurídicas- que los fundamentaron. A su vez que no se reducían a una simple reformulación de los servicios de salud, las transformaciones deberían alcanzar las prácticas y concepciones sociales más amplia*s (Amarante; 1995: 2007).

Surge entonces en Brasil el Movimiento de los Trabajadores en Salud Mental (MTSM), con el objetivo de constituirse en un espacio de lucha antimanicomial. Los primeros debates giraban en torno a las condiciones laborales y de asistencia a la población. Luego, como movimiento incluye a otros actores, no sólo trabajadores del campo de la salud mental, bajo la consigna "por una sociedad sin manicomios". A partir de su incorporación en la Red Internacional de Alternativas a la Psiquiatría y en el Movimiento de Articulación Nacional por la Lucha Antimanicomial, se logra un alcance que habilita la incidencia en materia de política pública.

En Brasil, el acceso a la salud debe estar garantizado por ley para toda la población y es el Estado el responsable de garantizar y proveer todos los medios necesarios para ello. El Sistema Único de Salud -SUS- vigente desde fines de los años 80, es una de las propuestas de política pública en salud más complejas de América Latina. El instrumento principal para avanzar hacia la universalización de la salud ha sido el Programa de Salud de la Familia (PSF), cuyo principal objetivo fue reorientar la práctica hacia la atención primaria a la salud, mediante la creación de equipos que prestan atención tanto en unidades de salud como en hogares u organizaciones de la comunidad.

En el mismo período histórico en el que se implementa el SUS en Brasil, los debates sobre la atención en salud mental se profundizan. La influencia del paradigma que considera a la locura como un fenómeno histórico y social (y por ende, a las instituciones y saberes existentes en torno a ella como dispositivos que responden a un orden social determinado), permiten cuestionar los modelos imperantes. Aquellos actores que logran disputar la conceptualización de la salud como derecho son quienes representan los paradigmas de atención en salud mental orientados hacia la desinstitucionalización o corrientes de la antipsiquiatría (por ejemplo, la corriente Basagliana). A la par, la toma de responsabilidad por parte del Estado y del pueblo en su conjunto de garantizar la salud en tanto derecho, invita a repensar las instituciones existentes hasta el momento.

Como antecedente en lo que respecta a la política de Salud Mental en Brasil, en el siglo XIX se abre el primer manicomio en Brasil, el cual a su vez se trató del primero en América Latina, en el año 1852. Coincide con el período histórico en el que la medicina toma para sí el "tratamiento" de la locura. El aislamiento, el encierro y el control aparecen como respuesta principal. En este sentido, la reforma, o el movimiento antimanicomial aparece como una respuesta desde una perspectiva de los derechos humanos para enfrentar ese "tratamiento" manicomial; como una propuesta inclusiva de la locura en la sociedad; y para que ello suceda lo fundamental es construir servicios sustitutivos a los manicomios; a tal punto de sancionar firmemente que no hay posibilidad de realizar ningún cuidado desde el encierro, sino desde los principios de libertad y la vida en sociedad/comunidad.

A partir de los años 80, entonces, surgen como propuestas políticas concretas, más allá de las denuncias y la crítica al modelo hospitalocéntrico y de encierro, creando nuevas instituciones sustitutivas, tales como los Centros de Atención Psicosocial y los Núcleos de Atención Psicosocial. A su vez, fue de suma relevancia que desde la política pública del Ministerio de Salud, las directrices acordaran con los lineamientos de la reforma pudiendo dar financiamiento a dichas propuestas. "*Además, los pacientes y sus familiares, organizados en asociaciones, empezaron a participar en las conferencias municipales, regionales y nacionales de salud mental*" (Venacio; 2012: 185).

Actualidad de la Política Asistencial de Salud Mental en Río de Janeiro

La política de Salud Mental de Brasil en la actualidad se organiza bajo la Red de Atención Psico-Social (RAPS), conformada por los siguientes dispositivos: Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia, Consultorio de Calle, Servicios Residenciales Terapéuticos, Programa "Vuelta a casa", camas para la atención por salud mental en Hospitales Generales, emprendimientos y cooperativas, Centros de Atención Psicosocial (CAPS).

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son dispositivos de atención de la salud mental, considerados de valor estratégico para la Reforma Psiquiátrica Brasilera. Como mencionamos anteriormente, con la creación de estos centros, se posibilitó la organización de una red sustitutiva al Hospital Psiquiátrico en el país. Los CAPS son servicios de salud municipales, abiertos, comunitarios, que ofrecen atención diariamente.

Su objetivo es ofrecer atención a la población, realizar acompañamiento clínico y promover la reinserción social de los usuarios mediante el acceso al trabajo, el placer, el ejercicio de los derechos cívicos y el fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios.

Es función de los CAPS:

- Prestar atención clínica en un régimen de atención diaria, evitando las internaciones en hospitales psiquiátricos.
- Acoger y atender a las personas con trastornos psíquicos graves y persistentes, buscando preservar y fortalecer los lazos sociales del usuario en su territorio.
- Promover la inserción social de las personas con trastornos psíquicos por medio de acciones intersectoriales y comunitarias.
- Regular la puerta de entrada a la red de asistencia en salud mental en su área de actuación.
- Dar soporte a la atención de la salud mental en la red básica de salud.
- Organizar la red de atención a las personas con trastornos psíquicos en los municipios.
- Articular estratégicamente la red y la política de salud mental de un determinado territorio.

Estos servicios deben ser sustitutivos y no complementarios al Hospital Psiquiátrico. Se propone que los CAPS sean el núcleo de una nueva clínica, productora de autonomía, que invita al usuario a la responsabilización y al protagonismo en toda la trayectoria de su tratamiento. Los proyectos de estos servicios, muchas veces, sobrepasan la propia estructura física, en busca de una red de soporte social, potenciadora de sus acciones, preocupándose por los sujetos, su singularidad, su historia, su cultura y su vida cotidiana.

Estos dispositivos, entonces, materializan "el desafío de construir nuevos servicios sensibles, flexibles, de fuerte inserción comunitaria y territorial, insertos en la red básica de salud, tomando por encargo la responsabilidad de acompañar la trayectoria -a veces errante y atravesada por dolor y sufrimiento- de sujetos marcados por la singular condición de una subjetividad loca. [Se trata de apostar a] la viabilidad de construcción de

una generosa red de atención, sensible a la producción singular del sujeto psicótico y construyendo con él múltiples posibilidades de existencia en el tejido social" (Ministerio de Salud; 2014).

En tanto instrumentos terapéuticos, los CAPS funcionan como soporte de la red de asistencia en salud mental, articulando con otras instituciones y programas de atención.

"Si lo que se busca con cierto modelo de salud mental es superar una visión tecnocrática, biologicista, individualista, curativista y hospitalocéntrica, -contra la cual se colocó el movimiento por la reforma sanitaria y la lucha antimanicomial- es preciso problematizar también la articulación entre producción de salud y la necesidad de participación" (De Oliveira y Passos; 2017: 51). La mayoría de las experiencias de trabajo en los CAPS, mantienen como dispositivos privilegiados los espacios grupales, actividades culturales, grupos de música, asambleas de pacientes, discusión colectiva de los procesos terapéuticos de los pacientes, etc.

Si bien el proceso de reforma tiene una historia de más de 30 años, los debates están constantemente presentes en la actualidad. El eje de los mismos, se relaciona con la necesidad de recuperar los fundamentos de la reforma analizando la práctica en relación a ellos, orientando la tarea de los CAPS hacia la comunidad, el afuera, para no reproducir lógicas hospitalocéntricas.

Principios de la reforma: creación de una clínica antimanicomial

La lucha contra el sistema opresor que el manicomio representaba no podía agotarse en la consigna del cierre de dicha institución, sin crear dispositivos que puedan alojar la locura y brindar respuesta al padecimiento. Fue parte de dicho movimiento, la reorganización del sistema sanitario en función de aquel paradigma y de una praxis acorde a las necesidades y derechos de los sujetos. En este marco, surge la Red de Atención Psico-Social como política pública en materia de salud, desde una perspectiva antimanicomial.

Los principios que orientan la intervención en los dispositivos que integran la red se basan en:

- Atención primaria: En la Declaración de Caracas de 1990, que plantea una reforma en los sistemas de atención en Salud Mental, se produce explícitamente una ligazón entre los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) y los requerimientos para lograr una reforma en los modelos de atención en Salud Mental. En el año 1953 la Organización Mundial de la Salud, recomienda la sustitución de los Hospitales Especializados en Salud Mental (manicomios) por servicios de enfoque comunitario. Se promueven formas de asistencia que tiendan a reemplazar las internaciones prolongadas en los hospicios, para evitar los efectos iatrogénicos del confinamiento y atender la enfermedad en el contexto social de la persona, resguardando sus derechos (Stolkiner; 2007).

Entre las tendencias deseables de esta reforma se establecen: Centrarse en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento y no el de enfermedad mental; La ruptura de la representación de la locura asociada a la peligrosidad; La propuesta de formas ambulatorias de atención integradas a la comunidad; El abordaje de los procesos de producción social del padecimiento subjetivo; La incorporación de los conceptos de ciudadanía y derechos como componentes fundamentales de la práctica de atención y cuidado.

Las tendencias deseables y los fundamentos de la reforma se condicen con la estrategia de APS, la cual plantea orientar la práctica hacia la atención de las necesidades de la población, garantizando la participación, priorizando la intervención territorial, las estrategias de intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario.

Las políticas de desmanicomialización, enmarcadas en este enfoque de atención primaria, se dirigen a la recuperación de la capacidad de ejercicio de ciudadanía por parte de les usuaries, construyendo dispositivos que actúen como espacios de subjetivación.

- Interseccionalidad: A partir de la premisa de la existencia de una multiplicidad y simultaneidad de factores de opresión como: clase, género, etnia.

- Grupalidad: La grupalidad, por su parte, refiere a la construcción de dispositivos de intervención que rompan con la lógica bidireccional de la consulta individual. Estos dispositivos grupales permiten poner en suspensión la "enfermedad" o el "diagnóstico" para contextualizarla en lo subjetivo -en tanto mediación entre lo particular y lo general-, devolviéndole la complejidad necesaria para entender los procesos de producción de sufrimiento y construir mecanismos para su prevención y atención.

- Territorialidad: Entendida como condición de posibilidad de un abordaje para la inclusión y la autonomía, permite el conocimiento del contexto y la cotidianeidad del sujeto y a su vez modifica esa cotidianidad, construyendo territorio, construyendo una intervención multisectorial, en vinculación con otras instituciones. Los CAPS se anclan en un determinado territorio, e intervienen en la constitución de dicha territorialidad.

- Abordaje intersectorial e interdisciplinario: Implica la intervención desde diversas miradas respecto a la salud, en contraposición con una hegemonía del discurso biologicista. La participación de distintos sectores en las políticas públicas de atención a la salud permite brindar una respuesta integral.

Producción social de los padecimientos: interseccionalidad y género

Otro de los principios del abordaje antimanicomial en salud mental, implica el reconocimiento del carácter sociocultural de los padecimientos. Es decir, que son los procesos sociales los productores de padecimientos psíquicos. En el proceso de producción social de los padecimientos intervienen diversos determinantes, entre los cuales es posible incluir al género. Si partimos de entender que el género -en tanto categoría relacional y normativa- es constitutivo de nuestras identidades, se habilita la pregunta respecto de la participación de dicha categoría en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en salud mental.

La inclusión de una perspectiva de género en el abordaje antimanicomial de la salud mental permite incorporar en las prácticas de atención y cuidados, el análisis de las particularidades que las relaciones sociales patriarcales imprimen en los procesos de salud-enfermedad de las personas que atraviesan un padecimiento psíquico. A partir de reconocer la manera en que los roles, mandatos y estereotipos de género, pero también las disputas y las reconstrucciones del deber ser, participan en los procesos de constitución subjetiva, se vuelve necesaria la articulación entre las teorías de género y el abordaje antimanicomial.

Reconocer al género como una categoría normativa y relacional, implica otorgarle un lugar central en los procesos de subjetivación: "se asume la simultaneidad de la construcción sujeto-género, o en otros términos, el proceso de (en)generización como una dimensión fundante del proceso de subjetivación" (Bonder; 1998: 5).

Si las relaciones de género participan activamente de los procesos de subjetivación, las mismas tendrán un impacto directo en los modos de transitar los procesos de salud mental, constituyendo formas diferenciales de sufrir y de expresar dicho sufrimiento, así como maneras distintas de acceder a la atención y a los cuidados. Es decir que, "los modos de subjetivación en torno a las relaciones de género producen modos específi-

cos de vivenciar y enfrentar los padecimientos" (Leite et al.; 2017: 313). Las implicancias del género en los procesos de producción de padecimientos, también se evidencian en relación a los factores estresantes asociados a los roles asignados a lo femenino y lo masculino. Mientras que en el caso de las mujeres, los principales detonantes de malestar se relacionan con la sobrecarga asociada al trabajo doméstico y las tareas de cuidado, la presencia de estresores cotidianos y la violencia de género, entre los varones se destacan las cuestiones vinculadas al ámbito laboral. Por lo tanto, se vuelve fundamental "considerar la manera en que la desigualdad influye en las experiencias de salud (...) para entender de qué manera el género se interrelaciona con otras dimensiones de inequidad social" (Ramos-Lira; 2014: 276) creando modos diferenciales de transitar los procesos de salud-enfermedad-atención.

En el caso particular de las mujeres, los procesos de subjetivación se dan íntimamente ligados a los mandatos asociados a lo femenino, relativos a las tareas de reproducción y de cuidados. Distintos dispositivos participan en la configuración de los roles asignados al ideal de mujer-madre, "creados, mantenidos, reafirmados por la microfísica del poder, sobre todo a través de las tecnologías de género" (De Oliveira Pereira y Gouveia Passos; 2017: 59). Los efectos de estas configuraciones en los cuerpos, comportamientos y relaciones constituyen una clara generización de los procesos de subjetivación.

Cuando las mujeres nos alejamos de las normas impuestas por el género, o creemos no cumplir adecuadamente con alguno de estos mandatos socioculturales, aparece una ruptura que puede constituirse en fuente de padecimientos. "Podemos entender por qué, entonces, ciertos factores son considerados estresores para mujeres y otros para varones: son aquellos que colocan en jaque, identitariamente, al sujeto. Esos puntos identitarios son construidos y mantenidos por las tecnologías de género" (Ibidem: 62).

En el proceso de producción social del padecimiento, el género ocupa un rol central -en interrelación con otros determinantes-, configurando malestares que son "efecto de relaciones de poder injustas que obligan a resignar aspectos fundamentales de la existencia" (Bonder; 1998: 15). De aquí se desprenden experiencias de salud-enfermedad diferenciadas, expresadas en la generización de los sufrimientos. La inclusión de una perspectiva de género en el abordaje de la salud mental, habilita la incorporación de estos elementos en el proceso de creación de estrategias de atención y cuidado.

Algunas conclusiones

La atención psicosocial en salud mental -en tanto propuesta superadora construída desde las perspectivas antimanicomiales- ha logrado devolverle al proceso salud-enfermedad su carácter sociohistórico, destacando los determinantes que participan en la producción social de los padecimientos.

Resulta de vital importancia avanzar en el desarrollo de intervenciones que -recuperando los principios de la atención psicosocial antimanicomial- incorporen al género como un factor clave para pensar el análisis, la atención y los cuidados a desplegar en salud mental.

En este marco, las políticas públicas de salud mental, deben reconocer los atravesamientos del género en la constitución de maneras particulares de vivir y actuar sobre los padecimientos psíquicos, para evitar reproducir intervenciones iatrogénicas que sumen nuevas violencias.

En contextos como los actuales, toda estrategia que permita fortalecer una perspectiva de derechos humanos en el abordaje de la salud mental -en detrimento de intentos renovados de sostener intervenciones relativas

a la patologización y la segregación- debe necesariamente incorporar la lectura acerca de la manera en que las relaciones de poder que se expresan en el género construyen padecimientos.

La articulación entre los movimientos antimanicomiales y los movimientos feministas, potencia la posibilidad de "*distinguir entre las normas y convenciones que permiten a la gente respirar, desear, amar y vivir, y aquellas normas y convenciones que restringen o coartan las condiciones de vida. (...) La crítica de las normas de género debe situarse en el contexto de las vidas tal como se viven y debe guiarse por la cuestión de qué maximiza las posibilidades de una vida habitable, qué minimiza la posibilidad de una vida insoportable o, incluso, de la muerte social o literal*" (Butler; 2006: 23). Sólo así será posible construir sociedades más saludables, a partir de la transformación de las relaciones de opresión que son base y sustento de los procesos de producción social del padecimiento psíquico.

Bibliografía

- Amarante, P. (1995): "Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica", en Cadernos de saúde pública Nº3, volumen 11, páginas 491-494, Brasil.
- Bonder, G. (1998): "Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente", en Género y Epistemología, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, Universidad de Chile, Chile.
- Butler, J. (2006): "Deshacer el género", Introducción, Editorial Paidós, Barcelona.
- De Oliveira Pereira, M. y Gouveia Passos, R. (2017): "Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira", Editora Autografia, Río de Janeiro.
- Leite, J. F. et al. (2017): "Condiciones de vida, salud mental y género en contextos rurales: un estudio a partir de asentamientos de reforma agraria del nordeste brasilero", en Avances en Psicología Latinoamericana Nº35, páginas 301-316, Bogotá.
- Ministerio de Salud (2014): "Cuadernos Humaniza-SUS. Atención Básica", Vol. I y II, Brasilia.
- Ramos-Lira, L. (2014): "¿Por qué hablar de género y salud mental?", en Revista Salud Mental Nº4, volumen 37, páginas 275-281, México.
- Stolkiner, A. (2007): "Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías", Ed. Paidos, Buenos Aires.
- Venacio, A. T. (2012): "La asistencia psiquiátrica en la historia política brasileña", en Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia Nº1, volumen LXIV, páginas 167-188, Madrid.



XII Jornadas de la APSS
Mural colectivo.

SALUD LABORAL Y CONDICIONES DE TRABAJO

ENCUESTA A TERAPISTAS OCUPACIONALES MUJERES SOBREVIOLENCIA EN EL ÁMBITO LABORAL EN LA ARGENTINA. RESULTADOS PRELIMINARES

Lic. Andrea Portela
Lic. Florencia Rosemblat
Lic. Julieta Briglia
Rocío Rey Ferraro
Nora Noelia Vázquez

. . . . .

Introducción

En este artículo se presenta un informe de los resultados preliminares obtenidos en la "Encuesta a Terapistas Ocupacionales Mujeres sobre Violencia en el ámbito Laboral en la Argentina" desarrollada por la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres - ATL y difundida a través de redes sociales durante los meses de noviembre y diciembre de 2018.

La Terapia Ocupacional, tanto en Argentina como en otros países, se caracteriza por ser una profesión feminizada desde su creación. Las presuntas virtudes atribuidas e inmutables por el sólo hecho de ser mujeres (simpatía, amor, bondad, sensibilidad, intuición) nos convirtió en ideales para ejercer las tareas de rehabilitación de la época. De ese modo, se construyó una identidad profesional sexuada en la que las representaciones y modelos culturales la conciben como una profesión naturalmente destinada a las mujeres. (Testa, 2013)

Es la hipótesis de este trabajo, que las mujeres terapistas ocupacionales estamos expuestas a lo largo de nuestro recorrido laboral, a múltiples situaciones de violencia que se basan en una relación desigual de poder y que afectan nuestra vida, libertad y dignidad.

Llamativamente, al ser una disciplina con una contundente mayoría de mujeres, no hemos encontrado antecedentes de trabajos locales que aborden el tema de la violencia hacia la mujer en el ejercicio de nuestra profesión.

Por este motivo, el objetivo general de esta investigación fue describir y explorar las formas en que las situaciones de violencia hacia la mujer en el ámbito laboral ocurren durante el ejercicio de la Terapia Ocupacional. Es uno de nuestros supuestos que la formación en perspectiva de género favorecería la identificación y el afrontamiento de las situaciones de violencia basadas en el género, mientras que la falta de este tipo de formación contribuiría a la naturalización, continuidad y repetición de las mismas, a la vez que condicionaría negativamente las posibilidades de respuesta.

En este primer informe se exponen los resultados preliminares de la investigación realizada, a partir de variables seleccionadas. Los mismos permiten una aproximación y caracterización de la situación en el país al tiempo que hacen posible la identificación de circunstancias que exponen a una mayor vulnerabilidad a situaciones de violencia durante el ejercicio de nuestra profesión.

Definiciones Conceptuales

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, promulgada en 1994 en Belén do Pará (Brasil), define a ésta como *"cualquier acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado"*. La República Argentina aprobó esta Convención mediante la Ley 24.632 en el año 1996 y junto a la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1981) y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer de las Naciones Unidas (ONU, 1993), constituyen la base de la Ley Nacional 26.485 Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009), legislación marco actual en esta temática. Esta ley entiende a la **violencia contra la mujer** como toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecta su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Define, además, tanto los **tipos de violencia** (física, psicológica, sexual, económica y patrimonial y simbólica) como las **modalidades** que adopta en función de los ámbitos en los que ocurre (doméstica, institucional, laboral, reproductiva, obstétrica y mediática).

En el presente trabajo se considera a la **perspectiva de género** como una categoría analítica que mira las relaciones sociales y la realidad económica, social y cultural desde la concepción de los géneros y sus relaciones de poder. Se entiende a la **formación en perspectiva de género** como un proceso de transformación que tiene como objetivo proporcionar conocimientos, técnicas y herramientas para desarrollar habilidades, nuevos modos de organización, de afrontamiento, cambios de actitudes y comportamientos. (ONU Mujeres, 2019).

Metodología

La investigación se inició en octubre de 2018 con el diseño de un protocolo de investigación que utilizó herramientas cuanti y cualitativas. La recolección de la información se realizó a partir de una encuesta autoadministrada y voluntaria realizada en un formulario Google digital que se difundió entre los meses de noviembre a diciembre de 2018 a través de las vías de comunicación electrónicas de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (AATO) y de distintas Asociaciones disciplinares de las provincias del país. También se subió a redes sociales, páginas de internet locales y se difundió por listas de correo electrónico dirigidas a terapistas ocupacionales.

En el formulario de la encuesta se informó tanto los objetivos del relevamiento como la intención de las autoras de difundir sus resultados. La participación en la investigación fue anónima y voluntaria.

La población objetivo fueron terapistas ocupacionales mujeres que ejercen profesionalmente en la República Argentina. El cálculo del muestreo se realizó tomando como base la información proporcionada por la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional que estimaba para 2018 en 12.000 a les terapistas ocupacionales habilitades para el ejercicio profesional en el país.

El muestreo fue no probabilístico y el método de selección, casual o accidental. El tamaño muestral se estableció en 330 terapistas ocupacionales.

Los resultados que se presentarán en este informe corresponden a las siguientes variables, subvariables y cruces; en función de los objetivos ya mencionados:

- Frecuencia y tipo de violencia experimentada durante el ejercicio de la Terapia Ocupacional (psicológica; física; sexual; económica y patrimonial; y simbólica).
- Edad, nacionalidad, universidad en la que realizó estudios de grado y provincia de residencia de las terapistas ocupacionales encuestadas.
- Aspectos vinculados a las condiciones de

trabajo de la terapista ocupacional que vivió la situación de violencia: tipo de gerenciamiento de la institución, situación laboral, estatus jerárquico/antigüedad, lugar donde ocurrió la situación de violencia.

- Rol/estatus jerárquico y género de la persona que ejerció la violencia.
- Percepción de la situación como violencia de género en el momento que ocurrió y en la actualidad.
- Formación en perspectiva de género de la terapista ocupacional que experimentó la violencia.
- Asociación entre la identificación de distintos tipos de violencias y la formación en perspectiva de género.
- Factores de riesgo o situaciones que se asocian a una mayor prevalencia de situaciones de violencia en el ámbito laboral.

Resultados

La "Encuesta a Terapistas Ocupacionales Mujeres sobre violencia en el ámbito laboral en la Argentina" fue respondida por 330 terapistas ocupacionales mujeres entre el 12 de noviembre y el 6 de diciembre de 2018.

Caracterización de la muestra

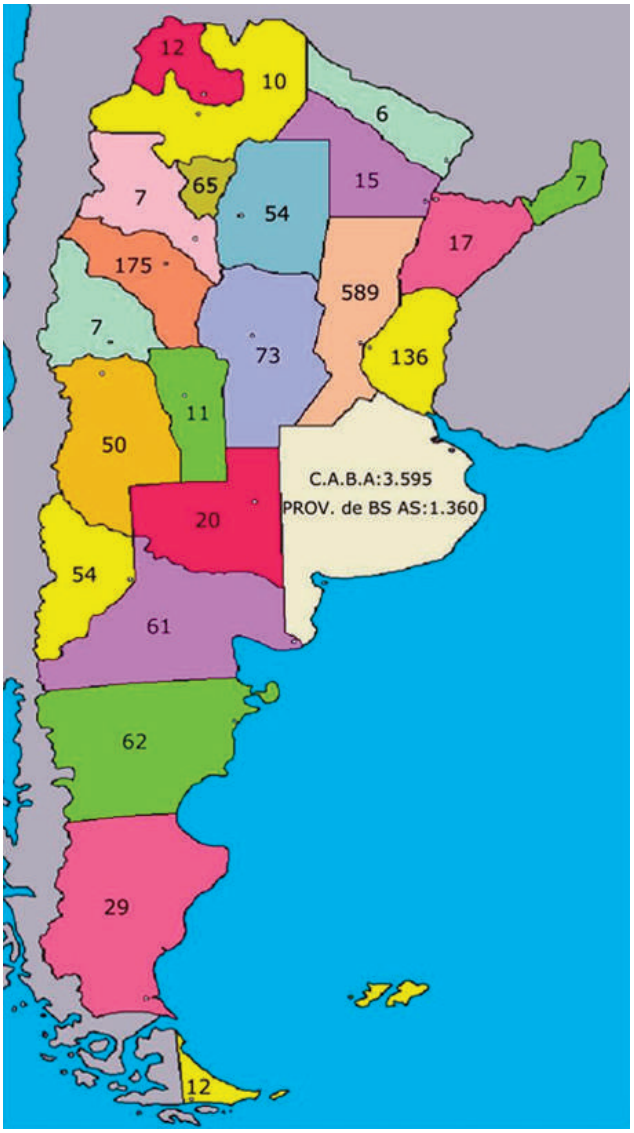
La edad promedio de las mujeres que contestaron la encuesta fue de 36 años, con un rango de 22 a 71 años.

El 97,8% (323 terapistas ocupacionales) era de nacionalidad argentina, el 1% chilena, el 0.6% uruguaya, el 0.3% ecuatoriana e igual porcentaje, peruana.

En cuanto al lugar de formación, la Universidad de Buenos Aires fue la más indicada como lugar de estudio (32%), seguida por la Universidad Nacional de San Martín (23%), la Universidad Nacional de Quilmes (14.8%) y la Universidad Nacional de Mar del Plata (9%). Las restantes casas de estudio de la carrera en el país estuvieron representadas en porcentajes menores.

La muestra obtenida presenta una distribución geográfica similar a la de la población total de terapistas ocupacionales que ejercen en el país (**Imagen 1**). El 47% residía en la Provincia de Buenos Aires, y el 36% en la Ciudad de Buenos Aires. Así mismo, respondieron la encuesta, 10 colegas de las provincias de Chubut y Santa Fe, 7 de Córdoba y la Rioja, 4 de Tucumán y Santiago del Estero, 3 de Río Negro, 2 de Neuquén, Catamarca, La Pampa y Entre Ríos, y 1 en las Provincias de Tierra del Fuego, Mendoza y Jujuy.

Imagen 1: Distribución de Terapistas Ocupacionales matriculades en el país.
Fuente: AATO. Nov. 2018



NINGUNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA	EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN EL ÁMBITO LABORAL					TOTAL
26.7%	1 de los 5 tipos de violencia	2 de los 5 tipos de violencia	3 de los 5 tipos de violencia	4 de los 5 tipos de violencia	5 de los 5 tipos de violencia relevados	100%
88	30.3%	22.4%	13.3%	6%	1.2%	330
	(100 TOs)	(74 TOs)	(44 TOs)	(20 TOs)	(4 TOs)	
	73.33%					
	(242 TOs)					

Variables principales: Resultados a nivel país

De las 330 terapistas ocupacionales que completaron la encuesta, el 73, 3% (IC 95% 0.6831-0.7782) refirió haber experimentado situaciones de violencia durante el ejercicio de la profesión.

El 56.7% (187 terapistas ocupacionales) afirmaron haber sufrido violencia psicológica durante el ejercicio de la profesión (IC 95% 0.5127 a 0.6191). De ellas, el 73,8% (138 terapistas ocupacionales) refirieron haber experimentado este tipo de violencia en más de una oportunidad.

El 36.1% (119 terapistas ocupacionales) refirieron haber experimentado violencia económica y patrimonial en sus lugares de trabajo (IC 95% 0.3107 a 0.4137). De ellas, el 63% refirieron que este tipo de violencia lo han sufrido en más de una oportunidad durante el ejercicio de la profesión.

El 31,8% (IC 95% 0.2703- 0.3703), 105 terapistas ocupacionales, refirieron haber experimentado violencia simbólica; de ellas, el 69,5% (73 terapistas ocupacionales) afirmaron haber sufrido este tipo de violencia en más de una oportunidad.

El 11.8 % (IC 95% 0.0877 – 0.1575) sufrieron violencia física (39 terapistas ocupacionales), de ellas, el 61.5% (24 terapistas ocupacionales) experimentaron este tipo de violencia en más de una oportunidad.

El 9% (30 terapistas ocupacionales) afirmó haber sufrido violencia sexual durante la práctica profesional (IC 95% 0.0644-0.1268). El 43.3% de ellas refirieron haber sufrido este tipo de violencia en más de una oportunidad.

Situaciones de violencia hacia terapistas ocupacionales mujeres en el ámbito laboral. Características y factores de riesgos

Las 330 terapistas ocupacionales encuestadas identificaron un total de 480 situaciones de violencia en el ámbito laboral. A continuación se describen los resultados de las variables vinculadas a las condiciones de trabajo y status profesional/antigüedad de las terapistas ocupacionales que vivieron situaciones de violencia durante su práctica profesional y a las características de la/s persona/s que ejercieron la violencia.

- Tipo de gerenciamiento de la institución u organización para la cual la terapista ocupacional presta servicios

El 61.4% de las instituciones u organizaciones donde ocurrieron las situaciones de violencia fueron de gestión privada, contra un 32% de gestión pública.

Dado que no se cuenta con datos acerca de la proporción en que se da la inserción laboral de las terapistas ocupacionales en los ám-

bitos públicos y privados, no es posible discriminar si la alta prevalencia de situaciones de violencia en el ámbito privado obedecen a las particularidades organizativas de este tipo de gestión que favorece hechos de abuso de poder o si la misma se debe a la mayor inserción de las terapistas ocupacionales en este tipo de instituciones. De todas formas, vale destacar que en las instituciones de gestión privada las situaciones relevadas de violencia de tipo económica, se multiplican por 6 en comparación a las instituciones públicas, mientras que se duplican las de violencia sexual.

	TIPO DE GERENCIAMIENTO				TOTAL
	PÚBLICO	PRIVADO	OBRA SOCIAL	ONG	
V. PSICOLÓGICA	75 (40.1%)	102 (54%)	4 (2.1%)	6 (3.2%)	187
V.ECONÓMICA Y PATRIMONIAL	14 (11.7%)	95 (79.8%)	3 (2.5%)	7 (5.9%)	119
V.SIMBÓLICA	44 (41.9%)	53 (50.5%)	3 (2.9%)	5 (4.8%)	105
V.FÍSICA	11 (28.2%)	26 (66.6%)	2 (5.1%)	0	39
V.SEXUAL	10 (33.3)	19 (63.3%)	1 (3.3%)	0	30
TOTAL	154	295	13	18	480

- Lugar donde ocurrió la situación de violencia

El 95.8% de todas las situaciones de violencia mencionadas por las encuestadas sucedieron en el espacio físico de una institución u organización. Cabe destacar que 10 eventos ocurrieron en el domicilio de la persona usuaria.

- Situación laboral de la terapista ocupacional que vivió la violencia

En el 47.5% de las situaciones de violencia que se describen, las terapistas ocupacionales se encontraban en relación de dependencia, seguidas por un 45.4% que eran "monotributistas". También, aunque en bajos porcentajes, había quienes trabajaban "en negro", eran becarias, pasantes o realizaban trabajo ad honorem.

Cabe destacar que en la comparación entre los distintos tipos de violencia y la modalidad de contratación de las terapistas ocupacionales, resalta el hecho de que en el caso de la violencia económica, el 63.9% de las terapistas ocupacionales eran monotributistas y sólo el 31% se encontraba en relación de dependencia. En los restantes tipos de violencia, el porcentaje de monotributistas oscila entre un 43.3% y 38%, y el de terapistas ocupacionales en relación de dependencia, va del 54.4% al 40%. Por estos motivos, podríamos inferir que las condiciones de empleo se encuentran relacionadas con la prevalencia de violencia económica.

- Estatus jerárquico/antigüedad de la terapista ocupacional que fue víctima de la situación de violencia

Se observa que las terapistas ocupacionales encuestadas que fueron víctimas de violencia se encontraban en su mayoría en sus primeros años de ejercicio profesional (54.4%). Se puede observar que la probabilidad de sufrir situaciones de violencia disminuye a medida que aumenta la antigüedad en los cargos y, si bien no desaparece, es aún menos frecuente en aquellas terapistas ocupacionales que ocupan cargos de conducción (jefas, coordinadoras, directoras). Esta tendencia es similar y se observa en todos los tipos de violencia estudiados.

TIPO DE VIOLENCIA	STATUS PROFESIONAL/ANTIGÜEDAD				TOTAL
	MENOS DE 3 AÑOS DE EJ.PROF.	MÁS DE 3 AÑOS DE EJ. PROF.	CARGO DE CONDUCCIÓN	OTROS	
V. PSICOLÓGICA	99 (52.9%)	66 (35.3%)	16 (8.5%)	6 (3.3%)	187
V.ECONÓMICA Y PATRIMONIAL	62 (52.1%)	38 (31.9%)	12 (10%)	7 (5.8%)	119
V.SIMBÓLICA	58 (55.2%)	32 (30.5%)	9 (8.6%)	6 (5.7%)	105
V.FÍSICA	23 (60.6%)	10 (26.3)	3 (7.9%)	3 (5.2%)	39
V.SEXUAL Y REPRODUCTIVA	19 (63.3%)	7 (23.3%)	2 (6.7%)	2	30
TOTAL	**261 (54.4%)**	**153 (31.9%)**	**42 (8.7%)**	24 (5%)	480

- Rol de la persona que ejerce la violencia

En el 71,2% de las situaciones de violencia descritas por las terapistas ocupacionales encuestadas, la persona que ejerció la violencia ocupaba un cargo de mayor jerarquía que la terapista ocupacional en cuestión. A excepción de las situaciones de violencia física, en todos los restantes tipos de violencia se puede observar claramente, en rangos que van del 56.7% en la violencia sexual y reproductiva hasta el 93.2% en el caso la violencia económica, que son las personas que ocupan cargos de mayor status jerárquico dentro de la institución las que ejercen violencia.

El caso de excepción es el de la violencia física, aquí en el 84.6% de las situaciones el/la agresor/a era la persona usuaria.

TIPOS DE VIOLENCIA	ROL DE LA PERSONA QUE EJERCE LA VIOLENCIA				TOTAL
	USUARIA/O	TRABAJADOR/A DE MENOR O IGUAL RANGO	TRABAJADOR/A DE MAYOR RANGO	FAMILIAR DE USUARIA/O	
V. PSICOLÓGICA	4 (2.1%)	35 (18.7%)	143 (76.4%)	5 (2.7%)	187
V.ECONÓMICA Y PATRIMONIAL	3 (2.5%)	5 (4.2%)	111 (93.2%)	-	119
V.SIMBÓLICA	3 (2.8%)	33 (31.4%)	68 (64.8%)	1 (0.95%)	105
V.FISICA	33 (84.6%)	2 (5.1%)	3 (7.7%)	1 (2.5%)	39
V.SEXUAL Y REPRODUCTIVA	4 (13.3%)	8 (26.7%)	17 (56.7%)	1 (3.3%)	30
TOTAL	47	83	342	8	480

- Género y número de la/s persona/s que ejercieron la violencia

En cuanto al género de la persona que ejerció la violencia, en el 45.8% de los casos se trató de uno o varios varones y en el 39.1% de una o varias mujeres. En el 12.3% de las situaciones la violencia provino tanto de varones como de mujeres. Cabe destacar que en el caso específico de la violencia sexual y reproductiva en el 76.7% de los casos fueron agresores varones, contra un 23% de mujeres. En las situaciones de violencia física y violencia simbólica el número de varones supera significativamente al de mujeres agresoras, mientras en las situaciones de violencia psicológica es a la inversa. En el 10.9% de las si-

tuaciones de violencia económica y patrimonial, no se especificó género dado que la situación de violencia no se encarnaba en una persona como agresora sino en "la institución", "la dirección", "la oficina de personal", "el Estado".

En el 65.6% de los casos la agresión provino de una sola persona y en el 31.7%, de un grupo de personas. En cuanto al género de les agresores, en las agresiones grupales se mantienen las mismas tendencias que en las situaciones de agresores individuales, según el tipo de violencia. Esto es, mayoría de agresoras mujeres en el tipo de violencia psicológica, y mayoría de agresores varones en los tipos de violencia física, sexual y simbólica; mientras que no se observan diferencias significativas por género en el tipo de violencia económica.

Violencia en el ámbito laboral y violencia de género

De las 480 situaciones de violencia descriptas por las terapistas ocupacionales que completaron la encuesta, 278 fueron consideradas al momento de la encuesta como situaciones de violencia basadas en el género. Esto es, el 57.9% de las situaciones.

Por otra parte, 109 de las terapistas ocupacionales que completaron la encuesta refirieron haber recibido algún tipo de formación en perspectiva de género. Este grupo clasificó a las situaciones de violencia como basadas en el género en mayor proporción que el grupo de terapistas ocupacionales que no habían recibido este tipo de capacitación (221 terapistas ocupacionales).

Del total de las situaciones de violencia relatadas por las terapistas ocupacionales con formación en perspectiva de género (168), el 65.5% (110 situaciones) fueron percibidas como violencia de género, esto es un promedio de 1 situación por terapista ocupacional con formación en perspectiva de género encuestada.

Por su parte, las terapistas ocupacionales sin formación en perspectiva de género, identificaron un total de 312 situaciones de violencia, y de ellas consideraron que 168 consistían en violencias basada en el género. Lo cual representa un 53.8% de las situaciones descriptas por este grupo, y un promedio de 0.76 situaciones por terapista ocupacional encuestada.

También se puede observar un cambio en la percepción de las situaciones de violencia con el paso del tiempo. Sólo 162 de las situaciones que refieren las encuestadas fueron consideradas por ellas mismas como violencia de género en el momento que sucedieron (33.75% del total de hechos de violencia). Sin embargo, en el momento de completar la encuesta clasificaron como violencia de género a 278 de las situaciones relatadas (57.9%) Este número muestra un aumento de 24,15 puntos porcentuales en la percepción del hecho vivido como violencia de género.

Percepción de la situación como violencia de género. Particularidades según el tipo de violencia experimentada

Al analizar los casos de violencia física en general, encontramos que sólo el 13% de las terapistas ocupacionales que sufrieron violencia física consideró lo sucedido como violencia de género en el momento del hecho. Porcentaje que se duplica y pasa a un 26% al momento de contestar la encuesta.

Si analizamos estos datos considerando por separado aquellos donde el agresor/a era un/a usuario/a y aquellos donde la violencia provino de una persona del trabajo, encontramos que:

De las 33 terapistas ocupacionales que sufrieron violencia física por parte de usuarios, sólo 2 terapistas ocupacionales (6%) la consideraron violencia basada en el género al momento

	En ese momento		En la actualidad	
	SI	NO	SI	NO
Violencia Psicológica (187)	53 - 28.3%	134 - 71.7%	106 - 56.7%	81 - 43.3%
Violencia Económica y Patrimonial (119)	27 - 22.7%	92 - 77.3%	48 - 40.3%	71 - 59.7%
Violencia Simbólica (105)	59 - 56%	46 - 44%	85 - 81%	20 - 19%
Violencia Física (39)	5 - 13%	34 - 87%	10 - 26%	29 - 74%
Violencia Sexual y Reproductiva (30)	18 - 60%	12 - 40%	29 - 97%	1 - 3%

en que ocurrió. Mientras que de los 5 casos donde el agresor era una persona del trabajo, en más de la mitad, la terapista ocupacional que sufrió la violencia la consideró violencia de género al momento en que ocurrió.

Por otro lado, en ambos grupos se evidencia el cambio de perspectiva. En el primero, la cantidad de profesionales que en la actualidad considera que el episodio de violencia estuvo basado en el género, se triplicó. Las que cambiaron la percepción sobre la situación refieren que esto se debe a que se encuentran más informadas sobre el tema y porque creen que los usuarios ejercen violencia sobre las mujeres y no sobre los hombres.

En el segundo grupo, casi la totalidad de las terapistas ocupacionales que sufrieron violencia física por parte de compañeres de trabajo (4 de 5) considera que estuvo basada en el género.

Cabe destacar que el 69,2% de las terapistas ocupacionales que sufrieron violencia física en su trabajo refirió no tener formación en perspectiva de género.

En el caso de la violencia psicológica, en el momento que ocurrió la situación de violencia el 71,7% de las encuestadas no la consideró violencia de género. Sin embargo, al momento de realizarse la encuesta el 56,7% creía que la situación de violencia estuvo basada en el género. Cabe destacar que el 63.1% de las terapistas ocupacionales que sufrieron violencia psicológica (118 terapistas ocupacionales) refirieron no poseer formación en perspectiva de género.

En el caso de la violencia simbólica, el 45.7% de las terapistas ocupacionales que relataron situaciones de este tipo en el ámbito laboral refirieron tener formación en perspectiva de género. De las 105 terapistas ocupacionales encuestadas que sufrieron violencia simbólica, 59 la consideraron atribuible a violencia de género en el momento que sucedió. Esta cifra aumenta a 85 cuando se les preguntó si en la actualidad la consideraban como violencia de género.

En el caso de la violencia económica, cabe destacar, que sólo el 23% consideró al evento como violencia basada en el género en el momento de los hechos, sin embargo en la actualidad el 40% de las terapistas ocupacionales que sufrieron violencia económica, lo consideraría así. El 70% de las mujeres que identificaron haber sufrido este tipo de violencia durante el ejercicio de la profesión refieren no tener formación en perspectiva de género.

De las terapistas ocupacionales que relataron situaciones de violencia sexual durante la práctica profesional, el 56.7% (17) refirió no contar con formación en perspectiva de género. Sin embargo el 60% consideró a la situación como violencia de género en el momento en el que ocurrió, porcentaje que se incrementa hasta alcanzar el 96.7% en la actualidad, donde 29 de las 30 terapistas ocupacionales que sufrieron este tipo de violencia creen que la misma está basada en el género.

Conclusión

A la luz de los resultados obtenidos, consideramos que es muy significativa la cantidad de mujeres terapistas ocupacionales que refieren haber sufrido situaciones de violencia durante el ejercicio de la profesión en la Argentina. En porcentaje fue el 73.3% de la muestra y se describieron un total de 480 situaciones de violencia. El análisis de las características de estas situaciones nos permitió delinear las particularidades con que cada tipo de violencia se expresa en la práctica y aquellas características o circunstancias que nos ponen en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Existen factores comunes a todos los tipos de violencia como por ejemplo, suelen suceder dentro de la institución de trabajo y cuanto menos experiencia profesional tenemos, más propensas somos a sufrirlas.

En el caso de la violencia sexual fue el único tipo de violencia que se dio en un 10% de las situaciones, por fuera del ámbito institucional. El tipo más frecuente de violencia fue la psicológica, mayoritariamente ejercida por mujeres y, sin embargo, considerada por el 56.7% de las colegas que la sufrieron como violencia basada en el género.

El 36.1% de las colegas sufrió violencia económica y patrimonial, muy vinculada a las condiciones de empleo (instituciones del ámbito privado que "contratan" monotributistas). En este caso, quienes ejercieron la violencia económica es en el 93.2% de los casos la persona empleadora -no se observan diferencias significativas en cuanto a su género- y, en el 40% de las situaciones se la consideró como violencia de género.

En cuanto a la violencia simbólica (31.8% de las situaciones) en el 81% de los casos se la consideró violencia de género y estuvo ejercida principalmente por varones.

Las situaciones de violencia física (11.8%) se dieron en el campo de la salud mental y discapacidad intelectual (64% de las situaciones relatadas) y en el 84% provino de la persona usuaria, sólo en el 18% de estas situaciones se la consideró violencia de género. Sin embargo, en los casos (5) en los que la persona de la cual provino la violencia era compañere de trabajo, en el 80% de los casos se la consideró violencia de género.

Por último, las situaciones de violencia sexual fueron las menos frecuentes, con un 9% del total de las situaciones descriptas, sucedieron con más frecuencia en el ámbito privado y el 76.7% de los agresores eran varones. En el 96.7% de los casos se las consideró violencia de género.

Cabe destacar el cambio de perspectiva en las terapistas ocupacionales encuestadas en relación a la lectura de la situación como violencia de género. En el momento en que sucedió, sólo 162 de las 480 situaciones fueron consideradas de ese modo, mientras que en la actualidad ese numero asciende a 278. Las terapistas con formación en perspectiva de género identificaron las situaciones como violencia de género en mayor proporción que quienes no contaban con esta formación.

El 70% de las colegas que sufrieron violencia no cuenta con formación en perspectiva de género.

Continuaremos analizando y compartiendo los resultados de esta encuesta con el objetivo de avanzar en la deconstrucción y desnaturalización de las formas de violencia y ejercicio del poder que limitan nuestras posibilidades de desarrollo como mujeres trabajadoras.

Finalmente, esperamos que esta investigación se torna relevante para la elaboración de futuros proyectos en nuestro campo disciplinar, de investigación, guías de práctica y creación de diversas instancias de formación en perspectiva de género. Dicha formación, tanto en grado como en posgrado, permitiría adecuar nuestras prácticas de atención y reconocer y actuar frente a los distintos tipos de violencia que afrontamos como trabajadoras. Tenemos el derecho a desempeñarnos

profesionalmente en las mejores condiciones y medio ambiente de trabajo, libres de todo tipo de violencias. Los efectos pueden ser sutiles y también devastadores; sobre nuestros cuerpos y sobre nuestras subjetividades. Dejar de invisibilizarlos y construir otras relaciones sociales más justas y respetuosas es tarea cotidiana de todes.

Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer. Medidas del Plenario N° 85. Ginebra, 20 de diciembre, 1993. Recuperado de https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx
- Bianco, M (4 de noviembre de 2018). Violencia de Género en el ámbito laboral: mayor conciencia. Clarín. Recuperado de http://www.clarin.com//
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará, Brasil), 9 de junio de 1994. Recuperado de http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html
- Informe Estadístico Línea 144, Datos Dinámicos 2018 (2019). Instituto Nacional de las Mujeres: Argentina.gob.ar. Recuperado de: www.argentina.gob.ar/observatorio-de-la-violencia-contra-las-mujeres/
- Ley N° 24.632 Convención de Belem do Pará. Violencia contra la mujer, su erradicación. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 9 de abril de 1996.
- Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 14 de abril de 2009.
- Mansilla Rivera, M.I.; Astete Valdebenito, N.C.; Garrido Salazar, L.C. y Maldonado Molina, F.C. (2017) Terapeutas ocupacionales: Influencia del género en su Desempeño laboral. Revista Chilena De Terapia Ocupacional, 17 (1), 155 - 163. DOI:10.5354/0719-5346.2017.46388
- ONU Mujeres, (2019). Formación y Desarrollo de capacidades en igualdad de género y empoderamiento de las mujeres: Unwomen.org. Recuperado de http://www.unwomen.org
- Testa, D. (2013, octubre - diciembre). Curing by doing. La poliomielitis y el surgimiento de la Terapia Ocupacional en Argentina (1956-1959). História Ciencia Saude Manghinos. Recuperado de http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/volume-20-%E2%80%A2-n-4-%E2%80%A2-out-dez-2013/
- Wlosko, M. y Ros, C. B. (2008). Violencia laboral y organización del trabajo en personal de enfermería. Recuperado de https://www.aacademica.org/000-032/256

CAMBIOS EN EL PROCESO DE TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE CABA. IMPLICANCIAS EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LAS/LOS TS Y LA RELACIÓN CON LAS/LOS USUARIOS

Lic. Claudia Balenzano
Lic. Virginia Cunzolo

. . . . .

El Plan de Salud CABA 2016- 20130[1], implica reformas estructurales en el proceso de organización y administración del sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires, en sus distintos niveles de atención. Reformas que a nuestro entender, son subsidiarias al servicio de establecer las condiciones básicas para la implementación de la CUS en la Ciudad.

En este trabajo queremos enfocarnos en la descripción/problematización e implicancias que las consecuencias de estas políticas traen en los procesos de trabajo y condiciones laborales de las/los trabajadoras/os.

Al mismo tiempo, esbozar algunas hipótesis sobre aquellos otras transformaciones (que se encuentran en el terreno de lo no pensado, ni explicitado, invisibilizados) que se han ido dando en el plano de las Comunicación Interpersonal en los últimos años, tales como el uso de las redes y dispositivos ; y su incidencia en el tiempo laboral/personal vs. la autonomía del trabajador.

Y en definitiva, cómo todos estos cambios inciden el PSEAC de los usuarios y de los trabajadores.

Algunas de estas modificaciones toman entidad en el registro de la HCI (Historia Clínica Electrónica, ahora Integral) de las/los pacientes. Otros se dan a través del sistema de asignación de turnos, nominalización de las/los usuarios, adscripción de los mismos a equipos de referencia, entre otros. Se trata de cambios tangibles, explícitos, visibles, que responden a algunos de los lineamientos del nuevo Plan de Salud.

En este sentido quisiéramos puntualizar algunas preguntas a desarrollar, puntualmente como TSs, siendo que una de las principales herramientas de trabajo es la *Entrevista*.

1. PLAN ESTRATEGICO DE SALUD 2016-2030 MINISTERIO DE SALUD DE CABA. 2016.

1. Cómo se modifica la calidad y la cantidad del tiempo que insume el uso de la HCI.: cantidad vs, calidad.

2. Cómo cambia el marco de la entrevista en la relación Usuaria/o-Trabajador/a; Trabajador/a-Usuario/a: la calidad de la escucha, en la forma de registro, la pantalla mediando entre el usuario y el trabajador, la atención que se le presta al paciente, etc.

3. Qué y no registramos de la entrevista: ya no es "secreta", todas/os la pueden ver. Se protege al usuario/a/paciente o al profesional de quedar o no expuesto? ¿Cómo se modifica la forma de escribir el relato de la situación, sigue siendo la misma?

4. En términos de tiempo/efectividad de la consulta: frente a un Estado que se corre en su deber de garantizar derechos, versus tiempo usado en la consulta en dirimir microgestiones en pos de un recurso. La implementación de los sistemas de HCI mencionados, en conjunción con las diversas políticas atinentes a la CUS, nos hacen contar con nombres y sistemas, pero que no redundan en políticas sociales que nos den instrumentos y herramientas para nuestro trabajo con la población que sea efectivo en términos de resolución de la cuestión social. Diríamos que son "títulos" "nombres" "sistemas", pero que no son más que un reservorio de información que responde a procesos burocráticos (trabajo muerto, en términos de Emerson Mérhy[2]) en cuanto a la baja resolución de la respuesta al paciente/usuario/a. Es decir, utilizamos nuestro tiempo laboral en llenar historias en nuevos sistemas, en regirnos por turneras que acortan los tiempos de los turnos, pero no contamos con recursos básicos en pos de satisfacer las demandas de los/las usuarias/os. Es decir, que al tiempo que se instalan estos sistemas, se vacían las pensiones, se acortan recursos, vacantes, subsidios, pero cada vez podemos registrar mayor cantidad y detalle de entrevistas con pacientes a quienes asistimos por la falta de estas cuestiones. Podemos registrar casi lo que queramos, porque lo único que interesa es que el sistema se utilice y que consideremos que funciona, que se vea.

Entonces, y siguiendo con esta serie de interpelaciones:

5. ¿Cómo medimos y visibilizamos entonces, nuestro trabajo, en términos de tiempo utilizado en el registro de la HCE?

6. Medición de la productividad: cuántos atendiste por la turnera? Vs. situaciones que llegan no por turno sino por DE y que consumen todo el tiempo que se tenía destinado a la turnera, frente a la aparición de hechos "inusitados" en la entrevista: situaciones de ASI, Violencia de Género, Situación de Calle, entre otras situaciones de la cuestión social, que no entran dentro de los parámetros de medición.

Por otra parte, estas modificaciones se suman a otras que se vienen dando de un tiempo a esta parte y que no sólo inciden en el proceso de trabajo sino en la salud de los trabajadores. Uso de tecnologías tales como el uso de las redes en forma permanente tanto en el espacio del cumplimiento de la jornada laboral, como por fuera de ella, lo que está implicando un uso del tiempo personal a favor del tiempo laboral .Este uso de tecnologías que se suman al proceso laboral, no están nomencladas en dicho proceso, como tampoco están pagadas por el Estado, empleador. El uso del celular, que permite el acceso a múltiples redes como whatssap, internet, facebook, instagram, etc. en horario laboral y fuera de él, es pagado por el /la trabajador/ra, lo que implica que el mismo esté atado en forma permanente a la tarea que continúa post-jornada laboral, salario que le es doblemente quitado: por el pago del dispositivo y por horas trabajadas que no cobra. A esto se le suma, lo que atraviesa a todas/os las/los trabajadores/as con un salario medianamente digno, que es la extracción del impuesto a las ganancias.

Otra consecuencia concomitante es la tensión que se da entre el tiempo dedicado al

2. Merhy, E.E. (2006). Cartografía del Trabajo Vivo. Buenos Aires. Lugar Editorial.

trabajo y el tiempo de descanso, ya sea dentro del día laborable, la post-jornada laboral, como el tiempo de descanso por vacaciones ordinarias y/o licencia por stress. Pareciera ser que cuanto más tiempo se le dedicará formalmente al descanso, más tarda éste en aparecer: la hipótesis es que el seguir conectado a través de las redes, incluso sin participar activamente de ellas, conlleva más tiempo simbólico, mental, que antes, para desconectar de y con la tarea.

Daría la sensación que se tarda mucho más en cortar con el trabajo, lo cual trae aparejado distintas cuestiones:

1. Se usa más tiempo de descanso formal pero peor aprovechado;
2. Aparentemente el sistema habilita el descanso, pero no es real porque se sigue trabajando (se reciben consultas a través de los distintos dispositivos: mandan mails, whatssap, etc.), tornándose un continuum que para el mismo trabajador es difícil de cortar.
3. Como consecuencia, el descanso no es tal, lo cual potencialmente afecta a la salud de les trabajadores.

Lo que se pone en juego, entonces, con la hiper permanencia de las redes celulares y sociales, es que el tiempo de corte y descanso, no depende solamente de la licencia y de la trabajadora que la goza, sino que queda en manos también, de todo el resto de las redes y vinculaciones laborales, que pueden tardar más o menos días en asimilar el descanso laboral de la persona que lo goza. Todo lo cual aumenta el nivel de estrés y multi exposición que tiene nuestra jornada laboral, exponiéndonos a mayores tirones sobre nuestra salud

¿Es realmente una facilidad contar con estas nuevas herramientas? ¿o es la forma de cubrir la vacancia de políticas sociales que se encuentran cada vez mas desarticuladas? Y por otro lado, ¿crea redes? O ¿facilita acostumbrarnos a la falta de herramientas de trabajo? Llamamos por celular porque no hay teléfono de línea, o porque nadie nos atiende?, buscamos un contacto personal porque no hay teléfono en la oficina con la cual nos queremos comunicar o preferimos que nos llamen y nos escriban a cualquier hora con tal de obtener una respuesta o alguna información. Es que contamos con tan poco instrumento desde la política social con la que trabajamos, que cualquier información, dato, contacto o respuesta se sobrevalúa llevándose por delante nuestro tiempo laboral y también nuestro tiempo libre, porque en definitiva son los únicos instrumentos con los cuales contamos para dar algún tipo de respuesta a la población con la que trabajamos, ¿cuánta más alienación nos provoca esta situación?

En tiempos donde la política social y el contexto socio económico calan el ajuste por cada resquicio posible, tendemos a aferrarnos a la asistencia, aunque esta implique sólo la escucha como acción posible, o resultar en emisoras de respuestas cada vez más flagrantes de la política social, exponiendo nuestros cuerpos, nuestros tiempos, nuestros bienes, nuestra salud como moneda de cambio del salario que recibimos por ser trabajadoras (dimensión que, sin embargo, sufre a menudo de nuestro propio desconocimiento). Y, tal vez no está de más arriesgarnos a pensar, que la dimensión de ser trabajadoras, se nos corre cada vez más de escena (y más allá de que este es un plan bien ganado por el estado, nuestro empleador) porque nos someten a hacer las tareas laborales mediante una suerte de voluntad y compromiso personal, que frente a la falta de recursos y políticas, terminan siendo el único instrumento de nuestro trabajo. ¿Es sencillo vernos como trabajadoras si gran parte de lo que hacemos en el marco de nuestro trabajo depende de nuestra voluntad personal para cubrir los baches de instrumentos de trabajo, recursos materiales y humanos, con los que no contamos?

En esta misma línea se observa como parte de estas transformaciones, que el tiempo se vuelve más urgente, y que se licúa, lo cual lleva a estar ejerciendo una suerte de ***multitasking***[3], *"término de la informática relacionado*

3. https://es.wikipedia.org/wiki/Multitasking

con una modalidad de operación del sistema operativo capaz de ejecutar varias tareas de forma simultánea o intercalada." Se atiende a un usuario, se contesta una interconsulta porque alguien abre la puerta y pregunta, se responde, se escribe en la HCI del paciente que se está viendo y en el medio, se lo trata de escuchar, mientras de reojo se mira el whattsap.

Es también interesante pensar que las tareas multitasking incluyen que gran parte de nuestro tiempo y energía laboral se dedica a gestionar conversaciones, gestiones, discusiones al interior de la institución y con otras instituciones en función de cuestiones que sencillamente no redundan en mayor bienestar para el paciente: insistir con pedido de informes médicos, discutir sobre lo que se pone o no se pone en un informe, sobre la fecha de un alta, cumplimentar los miles de requisitos para solicitar un recurso o vacante, insistir mediante llamados telefónicos, discutir con otros/as profesionales para que la institución brinde acceso a determinadas prácticas, etc., etc. Y así todas estas tareas no sólo consumen nuestro tiempo laboral sino también el tiempo, la salud, la sobrevivencia, la calidad de vida, el acceso a la salud, de les pacientes con quienes trabajamos que quedan en la espera del consumo de este tiempo y de gestiones sin gestión. ¿qué tipo de trabajo es el de gestionar sobre la saturación y la falla de la institución?

En definitiva, podemos decir que estamos frente a un proceso de trabajo alienante, en el cual el trabajador pierde autonomía. No decide necesariamente sobre dicho proceso y se encuentra con que cuenta cada vez con menos tiempo para pensar sobre las acciones y pensarse en términos de trabajador, se encuentra cada vez más separado de su "obra" (Souza Campos, Gastao[3]), con menos salario para sí y con tiempo suyo, propio, personal arrebatado por el empleador, el Estado, cargando sobre sí parte del ajuste.

Entendemos que los espacios colectivos para problematizar estos aspectos se ven obstaculizados por el monto de la tarea asistencial que describimos, entrampando la posibilidad de asumirlas colectivamente, configurando una tensión con la tarea y participación colectiva. Sin embargo, consideramos entonces que la salida no es individual. Es necesario promover espacios de lucha y construcción colectiva, en pos de mejorar nuestras condiciones laborales y las condiciones de vida de los usuarios/rias.

Bibliografía

- Flores, F. (1998) Inventando la empresa del S.XXI. Santiago de Chile. Dolmen Ediciones.
- Flores, F. (1997) Creando organizaciones para el futuro (5ta. Edición). Santiago de Chile. Dolmen Ediciones.
- Gastão Wagner de Sousa Campos (2001), Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- https://es.wikipedia.org/wiki/Multitasking
- Merhy, E.E. (2006). Cartografía del Trabajo Vivo. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- PLAN ESTRATEGICO DE SALUD 2016-2030 MINISTERIO DE SALUD DE CABA. 2016.

3. Gastão Wagner de Sousa Campos (2001), Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires, Lugar Editorial..

BUROCRACIA Y EJERCICIO PROFESIONAL EN LOS EFECTORES DE SALUD: UN ANÁLISIS DESDE LA RESIDENCIA DE TRABAJO SOCIAL

Lic. Irupé Collado

. . . . .

Interrogantes en torno a las condiciones de posibilidad y límites a la intervención profesional en el marco de instituciones burocratizadas

El tema de este trabajo se vincula con el estudio de las tendencias hacia la burocratización en las instituciones estatales y el trabajo social.

Parto de dos premisas: por un lado de la existencia de tendencias burocratizantes en las instituciones del estado (incluidos los efectores de salud), que atraviesan el desarrollo laboral de les trabajadores estatales. Por otro lado entiendo que existe una mirada generalizada al interior del colectivo de trabajo social a pensar nuestro ejercicio profesional como "crítico" ó desde la perspectiva de derechos humanos, que se intenta imprimir a su vez en la residencia. El mismo se encuentra expresado e instituido en el nuevo programa de la residencia. Pero además aparece como parte del imaginario de la residencia, a través de discursos democratizantes respecto de la organización y de la intención/existencia de relaciones más horizontales al interior de la residencia, así como respecto a les usuaries, en torno a propiciar procesos de garantía de los derechos humanos. Se presentó en mi trayecto formativo en las entrevistas de inserción con colegas de planta y residencia, en espacios colectivos como ser ateneos intersede o jornadas de capacitación, en trabajos producidos por compañeras, etcétera.

Entiendo que estos discursos al interior del colectivo profesional, que puede pensarse compartidos en mayor o menor medida por las diferentes actoras que conforman la residencia (residentes, colegas de planta, coordinadoras locales, coordinadora general, referentes, jefas de servicio), se dan en el marco de instituciones que establecen relaciones de autoridad, jerárquicas, donde la normativa de la residencia misma y de los efectores de salud tienden a reproducir lógi-

cas que entran en tensión/contradicción con el ejercicio crítico de la profesión. Me interesa el aspecto de tensión entre estas dos lógicas, haciendo hincapié especialmente en el proceso de reproducción de las residentes de una tendencia hacia la burocratización del proceso de trabajo. Pretendo en este trabajo indagar respecto a cómo las tendencias burocratizantes de las instituciones de salud penetran en el ejercicio profesional cotidiano, en el marco de la residencia de trabajo social.

Creo que es fundamental el análisis del ejercicio profesional en estos términos, lo cual no significa necesariamente que considere que el ejercicio profesional en el marco de la residencia solamente tienda a la reproducción de los aspectos burocráticos del mismo, o que no existan procesos de transformación de las relaciones instituidas[1]. Simplemente entiendo que mirar aquello en lo cual no nos gusta vernos reflejadas, es decir como funcionarias dentro de una estructura burocrática, puede echar luz a entender de manera más compleja las disputas al interior de la residencia, de las instituciones de salud y del colectivo profesional así como pensar y potenciar estrategias contrahegemónicas a esas tendencias. Es por esto que en este trabajo analizaré los aspectos del tránsito por la residencia vinculados a la reproducción de la burocracia en tanto aparato, sin desconocer la existencia de otras tendencias que la tensan y disputan.

En esta línea algunas de las preguntas que guiaron la escritura de este trabajo fueron: ¿Qué nos enseñan en la residencia que tiene que ver con el ejercicio de la función burocrática? ¿Que introyectamos en relación a respuestas fragmentadas, estandarizadas, a los sinsentidos de las trayectorias requeridas para el acceso a derechos de les usuaries? ¿Hay lugar para la creatividad o existe una tendencia que cercena nuestra mirada hacia respuestas repetitivas e institucionales? ¿Es posible la connivencia de un perfil profesional crítico y el funcionamiento burocrático de las instituciones? ¿Qué implicancia tienen las situaciones de introyección de la burocracia en el marco de un proceso formativo? ¿Qué nos dice del perfil profesional de la residencia de trabajo social el tipo de relaciones sociales que se establecen en el desarrollo del trabajo? ¿Qué aspectos o instancias del trayecto formativo aportan a la reproducción de relaciones sociales de autoridad y jerarquía?

Algunos de los interrogantes serán abordados en este documento y otros quedarán para futuras producciones.

Respecto de la metodología, la misma será cualitativa y etnográfica. Se recuperarán notas y reflexiones de los cuadernos de campo de los 3 años de residencia.

Por último intentaré realizar un análisis que salga de los lugares "políticamente correctos" de nuestra profesión[2], para mirar algunos procesos sin piedad, entendiendo que un paso fundamental para la elaboración de estrategias de democratización/transformación es retomar la dimensión de aquellos aspectos de nuestras propias acciones, que muy a pesar de nuestras intenciones, tienden a la reproducción de la burocracia como forma histórica del estado capitalista, por encima de garantizar los derechos de la población.

1. Existen diversas experiencias a las que podemos apelar, entre ellas todo lo vinculado a derechos sexuales y reproductivos, particularmente la lucha de profesionales de la salud (entre elles residentes) por el acceso a la ILE.

2. Estos lugares "políticamente correctos" son desarrollados por Matusevicius (2014), en el siguiente párrafo: "En los ámbitos académicos, en la formación profesional e incluso en los ámbitos de capacitación de posgrado, se suele presentar el problema de la intervención en distintas variantes que carecen de utilidad práctica. En todo caso, estas concepciones afianzan una imagen trastocada de nosotros mismos y de nuestras prácticas reales, contribuyendo a reforzar un autoengaño del que debemos desprendernos si pretendemos encontrar horizontes transformadores. Desde una perspectiva hegemónica, que nos pretende asegurar que el Trabajo Social cumple una función de garantía de derechos de acceso a recursos se organización de estrategias socio - comunitarias de abordaje de problemáticas sociales, no se nos habla de los problemas reales que deberemos enfrentar para ejercer esta "función social". Esto se debe a que se escamotea en el análisis de la intervención y de la realidad social, la desigualdad estructural que atraviesa nuestro sistema social, no se reconocen las luchas que los sujetos sociales entablan en el camino de la superación de las relaciones sociales capitalistas. (pág. 173)"

¿Por qué pensar a los efectores de salud como instituciones de la burocracia y qué características específicas podemos encontrar?

Conceptualmente este trabajo se nutrirá de líneas de pensamiento diversas que intentan explicar y comprender a los aparatos burocráticos, tomando distintas perspectivas teóricas, pero posicionándome desde una mirada marxista respecto del capitalismo y del estado (Marx, Poutlanzas, Piva[3]). Las otras líneas de pensamiento vendrán a complejizar esa mirada (Weber, Foucault, Milgram, etc.).

Entre los siglos XVIII y XIX, se produjeron en Europa una serie de revoluciones que dieron como resultado el ascenso al poder de una nueva clase social, y la aparición de un nuevo orden social político y económico (Huertas, 2009), vinculadas al proceso de expropiación violenta y de destrucción de las relaciones feudales, conocido como "acumulación originaria" (Marx, 2004). En el surgimiento del capitalismo uno de los elementos centrales es la propiedad, fue el eje sobre el que se expresó la ciudadanía y por el cual se posibilitó el desarrollo del sistema (Huertas, 2009). La propiedad plantea una tensión entre los derechos propios y ajenos, un límite a la libertad, porque el derecho a la propiedad es inviolable y la libertad termina allí donde empieza la propiedad del otro. Este derecho se impuso como derecho del gran capital a la explotación sistemática de bienes económicos, antes que al derecho individual de apropiarse de bienes para cubrir las propias necesidades.

En este marco, surge el Estado, como aparato que garantiza la reproducción de las relaciones sociales, es decir que permite sostener la acumulación del capital. La forma específica que toma el estado en el capitalismo, con sus diversas formas históricas es el de aparato burocrático. El estado se encarga de garantizar las condiciones generales de acumulación de capital y para hacerlo debe resguardar el "libre" intercambio entre propietarios a través de los marcos regulatorios que aseguren relaciones contractuales. De ahí se desprende el andamiaje burocrático del aparato estatal, la regulación a partir del dominio de la norma impersonal como forma de organizar esas relaciones contractuales (Poutlanzas, 1979).

Diversos autores han tematizado sobre las características de la burocracia en términos abstractos, intentando identificar sus principales características. En este caso tomaremos algunos para intentar pensar a los efectores de salud como instituciones que forman parte de la burocracia estatal, y a su vez pensar qué consecuencias generan en les trabajadores de la salud pública para posteriormente particularizar en el ejercicio profesional del trabajo social.

Podemos pensar a la burocracia como una estructura material organizada a través de relaciones jerárquicas, centralizadas y disciplinarias, con niveles y nudos de decisión/ejecución, escalones de delegación y mecanismos de ocultamiento de información (secreto burocrático), con reclutamiento de sus funcionarios a través de concursos. La burocracia se presenta como un organismo autonomizado con sus propios intereses, que no expresa directamente el interés de la clase dominante, sino que permite la persistencia a largo plazo de la acumulación del capital, y en este movimiento erige sus propios intereses de crecimiento y/o sostenimiento en tanto organización (Piva, 2014).

A su vez, la burocratización de las instituciones o el carácter burocrático de estas permite que la canalización de las demandas de la población en términos de derechos o reivindicaciones, se tematicen y traduzcan en pasos y formulaciones burocráticas (Piva, 2014). En términos de Foucault podemos ha-

3. Decir que para los fines analiticos tomaremos aportes de ambos autores sin adentrarnos en la discusiòn sobre derivacionismo del estado.

blar de contra derecho, es decir mecanismos que reglan y norman el acceso a recursos, a través de procesos velados de control social.

Otra característica que Weber (1969) aporta es que la burocracia implica el reinado de la norma impersonal, donde los funcionarios particulares deben someterse a esas reglas, diferenciandola de los sistemas de gobierno precapitalistas. La define como actividad de dominación niveladora, calculadora y calculable y, por lo tanto, previsible. El dominio de la norma impersonal implica en cierto modo que aun quien toma decisiones se encuentra sujetado a un (abstracto y formal) marco normativo, lo cual permite el sostén de la igualdad y libertad formal de les ciudadanes. Esto tiene como consecuencia inmediata la limitación de la capacidad de acción autónoma, la iniciativa y la creatividad de quienes forman parte de las estructuras burocráticas.

Con respecto al hospital, podemos ver de qué modo las características generales de la burocracia entran en juego y son fundantes de su funcionamiento, pero a su vez alimentados por aspectos propios de las instituciones de salud (medicalizaciòn, modelo médico hegemónico, biologisismo, relación médico paciente, disputas de modelos de atenciòn, etc).

En principio podemos objetivar la finalidad manifiesta de las instituciones públicas de salud en varias herramientas jurídicas: la ley 153 de CABA, y las declaraciones universales con jerarquías constitucionales (Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y Declaración Universal de Derechos Humanos). No obstante, estos objetivos, al momento de analizar los procesos de atención y su contraparte, los procesos de trabajo de los trabajadores de la salud, podemos ver cómo se van corriendo y son desplazados por intereses de autoreproducción de la burocracia misma. Por encima del acceso a tratamiento comienzan a imperar otros intereses como el giro cama, intereses sectoriales y corporativos de las diferentes disciplinas (con una fuerte hegemonía médica), que conforman la institución, normativas con respecto al acceso a turnos y tratamientos, requerimientos de producción de estadísticas, etcétera. Prima en el ejercicio cotidiano de les trabajadores de la salud la racionalización a los fines de la reproducción cotidiana de la vida hospitalaria, que se fundamenta a sí misma, al margen de las demandas de las personas que aquí se atienden[4].

Aquí cobra especial relevancia la división del trabajo, que a través de un organigrama atomizado, jerarquizado y fragmentado, va parcelando las incumbencias profesionales/laborales de les trabajadores y a su vez, estableciendo canales de comunicación fragmentados, que por un lado impiden la comprensión/apropiación de les pacientes de los diagnósticos profesionales y tratamientos, así como por otro lado, generan procesos de expropiación y alejamiento del dominio de los procesos de trabajo de les propios trabajadores. De este modo, los equipos de salud carecen del pleno control sobre los procesos de atención de les pacientes[5], quedando muchas decisiones en manos de quienes ocupan puestos de jerarquía intermedia.

El funcionamiento del hospital está además signado por la hegemonía del modelo médico en la atención de los PSEAC, lo cual se traduce en dos aspectos: con respecto a les usuaries sus padecimientos son interpretados desde una perspectiva que se centra en el concepto de enfermedad, vinculandola a signos e indicadores meramente biológicos. Esto involucra un proceso de separación del sujeto enfermo de sus relaciones sociales con-

4. Al mismo tiempo, el transitar los pasos burocratizados de los efectores de salud suele ser el modo a través del cual las personas pueden acceder al ejercicio del derecho a la salud, aunque sea parcial y fragmentadamente.

5. Este proceso de expropiación de control del proceso de trabajo, que será abordado posteriormente, atraviesa a las distintas disciplinas que conforman los equipos de salud, no obstante las disciplinas médicas, al tener hegemonía en el proceso de atención, pueden a veces tener un relativo mayor control del proceso de trabajo.

cretas, ocultando del carácter político de dicho proceso[6]. Por otra parte, imprime características específicas a la relación entre les trabajadores de la salud, donde las disciplinas médicas, tienen mayor legitimidad y fuerza para imponer sus miradas respecto de la organización del trabajo y los tratamientos, al margen de los lugares en la jerarquía institucional de les mediques. De este modo la relación entre trabajadores de la salud va a estar estructurada por un lado por los espacios ocupados en la jerarquía del hospital, y por otro lado atravesada por las relaciones de poder entre disciplinas.

Entiendo que las bases del modelo médico hegemónico operan como racionalidad que construye y estructura las características específicas de la norma impersonal al interior de las instituciones de salud. Es decir, a través de los postulados de la disciplina médica y su mirada sobre los PSEAC se van a erigir los marcos normativos y regulatorios de la atención, que en última instancia implican los modos de acceso a tratamiento y los modos de trabajo en esas instituciones. Es decir, es un saber/poder que fundamenta la estructura burocrática de las instituciones de salud.

En este punto, para comprender el ejercicio profesional de les trabajadores de salud y de les trabajadores sociales en particular en este marco, es importante recuperar que es lo que sucede con les burócratas particulares. Como organismo autonomizado con sus propios intereses, la burocracia crece y fagocita, aumentando sus espacios de penetración, pero al mismo tiempo desposee al burócrata[7] del control sobre su propio proceso de trabajo, lo que lo deja con menos y desfavorables posibilidades de disputar los sentidos de las acciones profesionales.

La residencia como sistema de formación. Implicancias en el ejercicio profesional cotidiano

Según la Ordenanza 40997, "las Residencias del Equipo de Salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad asistencial programada y supervisada, tendiente a incorporar a todos los profesionales del área de la salud con el objetivo a formar en el ámbito intra y extra-hospitalario, un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad". Esta ordenanza además define las funciones del residente, entre las cuales se incluye realizar las tareas que asignen los coordinadores, de acuerdo al programa de cada disciplina, registrar las actividades, consultar frente a problemas diagnósticos, informar a les supervisores de las tareas realizadas, cumplir tareas en todas las áreas que exija el programa respectivo incluyendo consultorios externos, salas de internación, servicios de urgencia, centros periféricos y área extramural (entre otras funciones).

La normativa nomina a les residentes como profesionales en formaciòn, velando/ocultando su calidad de trabajadores de la salud, además de establecer mecanismos de control/acompañamiento sobre práctica profesional. Estos mecanismos están fundados en el fin educativo, que va a sostener diversos mecanismos de control sobre les residentes.

Para profundizar el análisis, retomaré aquí la perspectiva de Foucault (1984) sobre el análisis de las relaciones de poder, para dar cuenta de

6. Según Menéndez la enfermedad se transforma así en un problema abstracto que nada tiene que ver con los sujetos y sus condiciones materiales de existencia. Implica en última instancia, un proceso de apropiación y hegemonía sobre los procesos de salud-enfermedad-atención impulsados por los sectores dominantes, con el fin de eliminar el carácter socio histórico de los mismos. La hegemonía biomédica ha sido fundamentada en sus orígenes, y sostenida en la actualidad, no sólo por criterios profesionales sino también por instancias jurídicas, instituidas por los Estados. En una sociedad marcada por la desigualdad, las definiciones planteadas por las clases dominantes pueden expresarse como si fueran las necesidades de la sociedad en su conjunto, condicionando los conceptos de salud y enfermedad (Menéndez, 2005).

7. Entiendo al concepto de burocráta en este caso como quienes nos encontramos empleados en una institución burocrática, es decir, les trabajadores del estado.

cómo la normativa solamente ilumina sobre un aspecto de dichas relaciones, quedando otros aspectos importantes a tener en cuenta que deben ser observados. Según este autor, el poder existe solamente en términos de relación entre individuos y/o conjuntos sociales, y se inscribe en el terreno de la posibilidad, siendo una acción sobre acciones de un otre. Estas relaciones tienen como componente las normas instituídas (cristalizadas en leyes), pero a su vez es necesario analizar otros aspectos de la relación para poder caracterizarla.

Por un lado, propone analizar el sistema de diferenciaciones sobre el que se basa una relación. Incluye en este punto las diferencias jurídicas, económicas, de puestos en los procesos de producción, o culturales que considera claves ya que constituyen al mismo tiempo condiciones y efectos de las relaciones de poder. Esto se encuentra expresado en parte en la normativa anteriormente citada, así como en carrera profesional, y los diferentes programas de residencias, que ubican distintas figuras: residentes de diversos niveles, jefe de residentes, instructores, referentes, etc., ubicándolos en un sistema jerárquico. Esto se traduce en prácticas vinculadas al lugar de les residentes en los servicios y en los equipos de salud: el valor de sus opiniones, la supervisión de sus acciones profesionales (observación de sus intervenciones, control de horarios, control del uso del tiempo). Esto va a variar, de acuerdo a los lugares que se les de a les residentes en los distintos servicios. A veces aparece como órdenes directas y otras como una "negociación", Y también se traduce en los beneficios de les compañeres de planta: pocos mecanismos instituidos de control sobre su desempeño profesional, sobre sus acciones profesionales, sobre su horario, etc. Los sistemas de diferenciación se pueden pensar además entre les residentes de distintas disciplinas, siendo las disciplinas médicas las más legitimadas al interior del hospital, pero al mismo tiempo las más sobrecargadas laboralmente, es decir, que tienen mayores posibilidades de direccionar los procesos de atención, debido a la hegemonía médica, pero a su vez, son quienes cargan con más exigencias en cuanto al volumen de trabajo. A su vez, el sistema de diferenciaciones puede pensarse entre residencias de diversas disciplinas, observando que no todos los residentes tienen el mismo lugar en los servicios, cambiando los modos de evaluación, la cantidad de horas de capacitación y de actividades asistenciales, los procesos de autonomía progresiva en el ejercicio de la profesión, etcétera.

Otro aspecto a analizar es el tipo de objetivos que persiguen quienes actúan sobre la acción de los demás. Este punto nos adentra en la discusión acerca de cuáles son los objetivos de les actores que forman parte de la residencia. Por un lado del Ministerio de Salud del GCABA, en tanto organismo encargado de la implementación de las residencias a nivel municipal. En este punto es interesante volver a la normativa vigente, que desconoce la calidad de trabajadores de les residentes, ubicándolos nominalmente en el lugar de profesionales en formación y otorgándoles algunas condiciones salariales y de trabajo desfavorables en relación a les compañeres de planta8. Con respecto a pensar qué sucede a nivel de los efecto es llamativo como residentes de varios servicios suelen sostener dispositivos, consultorios, guardias, etcétera. Interesante recuperar además los pasillos y consultorios del hospital casi vacíos de personal de planta de diversos servicios a partir de las 12 del mediodía, estando en el establecimiento en gran parte residentes realizando actividades asistenciales y/o capacitación. Me parece importante tener en cuenta que ser residente implica diversos actores que influyen sobre nuestras acciones: DGDIDP, CODEI del Hospital, Jefes de Servicio, Coordinadores Locales y Generales, compañeres de planta[8]. Estos actores tienen distintos in-

8. Sin desconocer la existencia de otres trabajadores de la salud se encuentran en peores condiciones de contratación y trabajo como enfermería (excluidas de la carrera profesional) o personal de escalafón general. Esto se expresa además en condiciones de contratación otorgadas de manera desigual: licencia por estrés, más horas de trabajo por menor salario, diferencias en los acuerdos paritarios, etcétera.

tereses, muchas veces contrapuestos entre sí, que se disputan para poder definir el uso del tiempo de les residentes e incluso la duración de su jornada laboral. Si bien esto se encuentra en parte definido por la normativa, se disputa cual es el uso de ese tiempo (lo cual modifica en algún punto los perfiles y procesos de formación). No podemos desconocer además que lo que establece la normativa no es aplicado a rajatabla, especialmente todo lo concerniente al horario y a la cantidad de horas asistenciales y de capacitación. En este sentido, retomamos a Poutlanzas (1979) para pensar como el entramado legal de la burocracia encierra el uso de los márgenes de la ley y la ilegalidad misma en su desarrollo concreto. Por otro lado es importante mirar aquellas disposiciones tradicionales, estructuras jurídicas, fenómenos de costumbre o de moda, también pueden adoptar el aspecto de un dispositivo cerrado con sus reglamentos propios, sus estructuras jerárquicas cuidadosamente definidas, y una relativa autonomía funcional. En el caso de la residencia, muchos son los usos y costumbres que rigen nuestra práctica, nuestra relativa autonomía en el ejercicio profesional, el uso de nuestro tiempo, la organización de nuestros espacios de formación. Muchos vinculados al ejercicio profesional (cómo se relacionan entre sí las distintas disciplinas, como se realizan las derivaciones, de qué modo se piensan las interconsultas) otras ligadas a los procesos administrativos y/o a los trámites de la órbita de recursos humanos y personal (licencias, salidas fuera de hora, organización de rotaciones externas). Así como formas tradicionales de división de tareas en el trabajo, a través de la delegación de las actividades consideradas menos agradables a les residentes (registros, atención de pacientes no queridos en las instituciones, sostenimiento del orden y la limpieza en los lugares de trabajo, etc.) a través de discursos sobre la necesidad de aprender, que muchas veces velan instancias de sobrecarga de trabajo o pago de "derecho de piso". Este punto es fundamental para pensar como la fuerza de la norma impersonal se cristaliza en cada institución a través de prácticas y saberes de la cultura institucional, que no necesariamente tienen un correlato normativo pero que poseen la fuerza de un imperativo categórico muy difícil de problematizar y desnaturalizar.

Por último, los grados de racionalización permiten reconocer cómo se está ejerciendo el poder. Este ejercicio se elabora, se transforma, se organiza, adquiere procedimientos más o menos adecuados. El nivel de elaboraciòn va a estar dado por la eficacia de los instrumentos y de la certeza del resultado (refinamientos tecnológicos en el ejercicio del poder) o incluso en función del eventual costo (económico o "reaccional"). En este punto retomo todas las modalidades de evaluación y supervisión de les residentes y sus formas de organización: pases de guardia, ateneos clínicos, pases de situaciones, lectura de registros e informes por parte de superiores (residentes de otros años y/o profesionales de planta), grillas de evaluación, trabajos escritos, etc.

La residencia, como sistema de formación jerarquizado y de relaciones de autoridad, tiende a incorporar algunos saberes que no son aprehendidos en la carrera de grado, y que tienen que ser internalizados por les residentes, para su posterior ingreso a la carrera profesional[9]. Entre ellos: cómo dirigirse a jefes de servicio, a colegas de planta, a colegas con más años de ejercicio en el sistema de salud; cómo comunicarse con les pacientes, que decirles de su PSEAC, que no; cómo responder a las cadenas de autoridad hospitalaria; como manejarse en las jerarquías institucionales; como y con qué lenguaje comunicar información entre legos; cual es la responsabilidad legal frente a sus prácticas, cuáles son las consecuencias de la malaplaxis. Pero al mismo tiempo aprenden a trabajar desde la reproducción de la burocracia misma: como trabajar en pos de no ser

9. Independientemente de que no todes les residentes ingresan a cargos de planta, entiendo que los efectores de salud forman a profesionales para sus lugares de trabajo.

objetados, sin necesariamente atender a las demandas de las personas, cómo responder solamente a una parte de esas demandas, cómo acceden las personas a tratamientos, cuales son los "límites" de los efectores de salud en la atención, cuales son considerados "buenos" y "malos" pacientes, como manejarse en las jerarquías institucionales, como y con qué lenguaje comunicar información entre legos. Uno de los aspectos centrales de aprendizaje es el supercódigo estatal (Poutlanzas, 1979) y su forma específica dentro del subsistema público de salud. El supercódigo es un discurso (saber-poder) que opera como marco referencial de hornogeneización de los segmentos discursivos y de los aparatos que los transmiten al interior de la burocracia, que debe ser comprendido pero no compartido hacia les usuaries. Se traduce en notas, registros, pases de situaciones, comunicaciones inter y extrahospitalarias. Todo lo que pasa en las instituciones burocráticas debe ser escrito, y esto debe ser aprendido por sus funcionarios. El supercódigo implica un proceso de exclusión del saber y conocimiento del usuario de su propia situación, lo que lo deja desarmado y pasivo ante las técnicas de control, sin posibilidades de apropiarse de alternativas de tratamientos, acceso a recursos, diagnósticos y sus implicancias en la vida cotidiana, motivos de exclusión de determinadas prestaciones, etcétera.

La mirada expuesta hasta ahora respecto del funcionamiento burocrático de las instituciones de salud y de la residencia como sistema de formación de burócratas resultan un tanto abstractas. Los conceptos de orden y obediencia nos sirven para pensar en la reproducción de la burocracia al nivel de las relaciones interpersonales. Segun Canetti, "lo primero que llama la atención en la orden es que provoca una acción. Es propio de la orden no admitir desacuerdo alguno. Es clara y concisa, pues debe ser entendida de inmediato" (Canetti, 1981: pág. 235).

Entiendo los procesos de orden-obediencia/desobeciencia - con una tendencia a la obediencia en las relaciones al interior de las instituciones burocráticas- inscriptos en relaciones jerárquicas y de autoridad, en un sistema social que abona al sostenimiento de los mismos a través de procesos de socializaciòn primaria y secundaria (Milgram, 1980). La obediencia a la autoridad genera acciones concretas que garantizan el fin político de las mismas (Milgram, 1980). No obstante, estas no se dan sin tensiones y sin hechos concretos de desobediencia. La forma más pura de la obediencia es el estado agéntico. En este estado "la persona que entra en un sistema de autoridad no se considera ya a sí misma como actuando a partir de sus propios fines, sino que se considera a sí misma más bien como un agente que ejecuta los deseos de otra persona" (Milgram, 1980: pág. 123). En el estado agéntico las personas están a la espera de órdenes.

Su contraparte, la desobediencia implica una movilización de recursos internos hacia el campo de la acción, modificando las relaciones de autoridad establecidas. Surge a partir de una tensión que se plantea respecto de una orden, vence variados factores que apuntan a sostener la obediencia y se traduce en algo más que un cordial intercambio de palabras (Milgram, 1980). Entre estos dos polos nos encontramos la mayor parte de les residentes realizando nuestras tareas cotidianas.

La cantidad de órdenes que recibimos respecto a nuestro ejercicio profesional y a nuestras acciones en tanto trabajadores varían según situaciones, niveles de residencia, implicancias de las intervenciones, etc. Estas son órdenes, y no como acciones de conformidad, porque implican una relación jerárquica, donde quienes las emiten tienen un lugar de autoridad para quien las escucha (Milgram, 1980). A veces se plantean como órdenes directas, otras como "sugerencias" insistentes y otras como órdenes implícitas, pero su carácter de orden está dado porque quien las formula tiene mayores posibilidades de incidir en la acción del otro, es decir, se da en el marco de una relación de poder (Foucault, 1984).

La tensión, como indicador de la fragilidad de las relaciones de autoridad (Milgram, 1980) se

hace presente en el trabajo cotidiano. Perspectivas sobre les usuaries, sobre los procesos de atención, las valoraciones sobre nuestro desempeño profesional se tensan y se expresan en malestares corporales, enojos, miradas, e intercambios de palabras y argumentos que no tienen el mismo peso. También se presentan procesos de desobediencias, individuales y colectivas, con alianzas temporarias o permanentes entre residentes u otros actores institucionales (de distintas posiciones en la jerarquía institucional), que muchas veces implica para les residentes procesos de puesta en acción de respuestas (individuales o colectivas) creativas, que tensan los límites de las respuestas normativas y estandarizadas dentro de las instituciones de salud. Aquí aparecen un sinnúmero de pequeñas insurrecciones que pude observar o protagonizar en mi tránsito por la residencia, individuales, con otres residentes y/o profesionales de planta. Incluso en pocas ocasiones he podido observar la formación de estrategias contrahegemónicas por colectivos intersectoriales y con participación de movimientos sociales.

No obstante, considero que lo que prima como tendencia es la obediencia. El sostenimiento a regañadientes de acciones e intervenciones profesionales que no nos convencen del todo. La pregunta aquí es ¿por qué obedecemos? Siendo que existen algunos mecanismos de control sobre quienes supervisan nuestra práctica, y sobre les trabajadores de la salud en general.

En este punto Canetti (1981) nos trae en su desarrollo como en cada orden que recibimos existe una amenaza de muerte implícita si no la cumplimos, y una promesa de alimento, un soborno, un posible ascenso que nos coloque en otro lugar de las relaciones de autoridad. Milgram (1980) además aporta respecto de el valor de obedecer en nuestro sistema social, los costos psíquicos de la desobediencia, y los diferentes mecanismos que se ponen en juego para resolver las tensiones sin transformar las relaciones que se dirimen.

Les residentes nos encontramos en situaciones complejas en torno a estos dilemas: por un lado una cultura institucional nos ubica en un lugar de "protoprofesionales" (en general nos solemos presentar como residentes y no por nuestra profesión, como una marca de identidad que muestra nuestro lugar en los equipos de salud[10]), por otra parte, quienes nos ordenan a veces tienen legitimidad para nosotros, los respetamos, valoramos sus opiniones, su trayectoria institucional. Por otra parte siempre está el miedo de lo que puede implicar la desobediencia en sí. Milgram (1980) aporta en esta línea, que existen algunos factores psicológicos mantenedores de la obediencia a la autoridad, entre ellos: la naturalización de las cadenas secuenciales de acción, que implica la disminución de las tensiones que producen las órdenes a medida que repetimos las actividades. Podemos pensar en este punto como a medida que nos insertamos en los efectores de salud dejamos de problematizar aspectos que al principio nos impactan por su crudeza, como por ejemplo maltratos verbales a residentes de los primeros años, a pacientes, barreras en el acceso a tratamientos, etcétera. La pérdida de responsabilidad frente a la acción, que nos lleva a pensar que el contenido de las acciones de obediencia dependen de quien nos lo ordenó. La legitimidad de la obediencia en tanto valor en nuestra sociedad y el impacto en nuestra subjetividad: tendencia a alegrarnos y sentirnos bien cuando respondemos a la autoridad.

Hasta este punto quise exponer de qué modo las tendencias burocratizantes de las instituciones de salud permean las relaciones en la residencia. En el próximo apartado realizaré una primera indagación acerca de cómo se expresa esta tendencia en el colectivo de trabajo social y en la residencia de esta disciplina.

10. Sin desconocer que el llamarnos residentes en algunas ocasiones puede tener un sentido político de visibilización de nuestras condiciones de trabajo y/o un sentido de pertenencia.

Ejercicio profesional y residencia de trabajo social

Entender al trabajo social como una profesión implica hacer hincapié en su relación con la categoría de trabajadores (Gardey y Oliva, 2005). En el sistema capitalista les trabajadores sociales venden su fuerza de trabajo a sus empleadores, en su mayoría estatales, quedando legitimado su quehacer a través de las respuestas que dan a quien les contrata. Es decir, respondiendo a las demandas del Estado, encarnado en instituciones, a través de respuestas estandarizadas y normativas (Mallardi, Pérez, y Oliva, 2010). El ejercicio profesional está relacionado con la necesidad de intervención estatal en la cuestión social, entendida como un conjunto de problemas[11] económicos, sociales, políticos, culturales e ideológicos que delimitan la emergencia de la clase obrera (Netto, 2003). Esto se traduce en una demanda institucional de intervención fragmentada sobre la cuestión social.

Las incumbencias profesionales van a estar relacionadas entonces con las formas que adoptan las políticas públicas en el sistema capitalista. Están vinculadas a demandas de los movimientos sociales, tomadas por el Estado en tanto su reclamo atenta a la acumulación de capital, a través de respuestas fragmentadas, parcializadas y estandarizadas (Faleiros, 1992). Siguiendo a Piva (2014):

"toda estatalización de procesos sociales supone su traducción en mecanismos rutinizados y sujetos a normas objetivas e impersonales. Si en la base de muchos de estos fenómenos puede haber procesos de movilización social y de formulación de demandas desafiantes del poder político, su captura estatal equivale a un reemplazo tendencial de criterios de definición fundados en la deliberación y en la lucha por criterios técnicos normativamente determinados. Lejos de constituir formas más conscientes de control social, suponen la subordinación de los asuntos comunes a la lógica ciega de la razón instrumental autonomizada (pág. 147)."

Es en este marco que pensamos en los proyectos para la residencia de trabajo social. Según Yolanda Guerra (2015), pensar en un proyecto profesional es pensar en una intencionalidad política que sólo puede concretarse a través de la acción. Pensar en el proyecto profesional de la residencia desde esta perspectiva nos lleva una ética de la acción. No es suficiente la declaración en términos declarativos en programas, en ámbitos colectivos de la residencia, en trabajos, en espacios colectivos del colectivo profesional. Es necesario pensar cuáles son las luchas que queremos dar, en qué contextos se desarrollan (teniendo en cuenta las tendencias generales imperantes) y cómo llevarlas adelante. Esto implica "conocer de manera profunda las condiciones reales en las cuales el ejercicio profesional se lleva adelante; sino es solo una idealización. (Guerra, 2015, pág. 18)".

Retomo la importancia de ubicarnos como trabajadoras estatales, atravesadas por las dinámicas propias del sistema burocrático, que independientemente de nuestros deseos atraviesa y condiciona nuestro quehacer profesional. Y tener en cuenta las transformaciones sufridas por el empleo estatal en los últimos 30 años, que implicó al mismo tiempo precarización del trabajo, flexibilización de las leyes laborales y focalización de los programas y políticas en los que nos desempeñamos, en el marco de un proceso de flexibilización laboral de todes les trabajadores (Guerra, 2015). Proceso que se potenció en los últimos tres años, en un contexto de despidos masivos (Aloe y otres, 2017). Esto nos constituye en tanto trabajadoras, imprimiendo una subjetividad que adhiere acríticamente a parte de las tendencias actuales (no sin matices y/o desacuerdos).

Asimismo, la residencia de trabajo social de

11. Estos problemas que aparecen como fragmentados e independientes, son en realidad producto de la contradicción entre el proletariado y la burguesía, la cual pasa a exigir otros tipos de intervención desde el Estado, más allá de la caridad y la represión. El Estado pasa a intervenir directamente en las relaciones entre el empresariado y la clase trabajadora, estableciendo no sólo una regulación jurídica del mercado de trabajo, sino gerenciando la organización y prestación de los servicios sociales, como un nuevo tipo de enfrentamiento de la cuestión social" (Marilda Iamamoto y Raúl Carvalho 1986:77).

CABA se constituye como un espacio que en términos generales intenta tensar estas tendencias desde diferentes actores que la componen. No obstante, esas tensiones, si bien son importantes a la hora de pensar la residencia, no son el objetivo de mi indagación por dos motivos: por un lado, entiendo que centrar los análisis en aquellos aspectos instituyentes de nuestra práctica a veces operan ocultando los aspectos de reproducción de las tendencias burocratizantes de nuestra profesión. Por otro lado, volviendo a la idea de Yolanda Guerra, es necesario pensar en el funcionamiento burocrático como una condición de trabajo más (además del salario, el modo de contratación, las condiciones edilicias) que es necesario conocer en sus reales dimensiones para poder pensar proyectos profesionales.

Parte del proyecto profesional puede leerse en el Proyecto de Reformulación del Programa de Residencia, que establece lo siguiente:

"La propuesta formativa de los profesionales del Trabajo Social apunta a la construcción de conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la intervención en salud, tanto a nivel asistencial como a nivel de la promoción y educación para la salud. Orientándose, en este punto, a la formación de un profesional con una mirada crítico-reflexiva del campo de la salud y un posicionamiento ético-político centrado en la perspectiva de los derechos humanos, de género y de interculturalidad."

Asimismo, este perfil profesional vinculado a las perspectivas de derechos humanos, género e interculturalidad, que convive con otros en el marco de la residencia, debe ser pensado en tensión con las posibilidades reales que tenemos para definir nuestro proceso de trabajo y traducirlo en acciones. Pensar en el proceso de trabajo implica tener en cuenta en cuatro elementos: los objetivos del trabajo, los medios de trabajo, las actividades de les trabajadores y la forma de organización y división del trabajo (Aloe y otres, 2017)

Al estar ubicadas dentro de la división del trabajo como trabajadoras intelectuales (Poutlanzas, 1979), portando saberes especializados, nos permite cierto control del proceso de trabajo, y que además nos da la posibilidad de tensar el sentido de las intervenciones en términos de autonomía relativa. Particularmente, contamos con la Ley Federal de Trabajo Social, nro. 27072, que nos brinda un marco de ejercicio profesional y algunas herramientas para disputar en conflictos concretos[12]. No obstante, la mayor parte de los aspectos del proceso de trabajo son definidos por otres (Aloe y otres, 2017).

Con respecto a los objetivos de nuestro trabajo, si bien el Proyecto de Reformulación del Programa de Residencia de Trabajo Social, así como diversas actoras al interior de la residencia de trabajo social pueden plantear finalidades tendientes al ejercicio de los derechos humanos, del derecho a la salud integral, entre otros postulados, estas finalidades quedan muchas veces subsumidas al objetivo de los efectores de salud. No a su objetivo nominal, sino a su función social: la regulación de la población y al mismo tiempo el disciplinamiento de los cuerpos (Foucault, 1984) de les usuaries. Esto va a ir configurando la multiplicidad de actividades que realizamos (muchas veces simultáneamente) el ritmo de trabajo, las formas de control sobre el mismo, y el con qué trabajamos desde una lógica asistencial, médico hegemónica y biologicista.

Por otra parte, respecto de los medios de trabajo, es interesante recuperar que nuestros empleadores, encarnados en instituciones burocráticas y políticas sociales, tienden a responder a las demandas de la población de manera parcial, fragmentada e individualizante. En este sentido, la residencia se ve atravesada como parte de colectivo profesional por no poseer manejo alguno de los medios para garantizar los derechos de quienes demandan de nuestra intervención y encontrarse muy alejadas de quienes sí pueden definir la utilización

12. La ley detalla que les profesionales tienen derecho a "Negarse a realizar actos o colaborar en la ejecución de prácticas violatorias de los derechos humanos, que contravengan disposiciones de los códigos de ética profesional o que no se vinculen con las competencias profesionales establecidas en la presente ley;", entre otros derechos consagrados.

de los recursos estatales, en tanto nuestro quehacer profesional se relaciona con la ejecución terminal de las políticas sociales.

Con respecto a la organización y división del trabajo, una parte de la misma suele dirimirse al interior de las sedes de residencia, particularmente lo que se vincula a los espacios de rotación, los grados de autonomía en el ejercicio profesional de las residentes, los grados de decisión sobre las intervenciones, entre otros. Esto genera condiciones laborales muy distintas entre las sedes. Entiendo que estas diferencias tienen que ver por un lado la perspectiva ético política de las compañeras de planta que forman parte de la residencia y cómo piensan el ejercicio de la autoridad en esa jerarquía; y por otro lado se vincula con los niveles de control de les trabajadores en cada efector de salud. Si bien el volumen de trabajo diferencial de los efectores de salud incide en este punto, no es el argumento principal para las diferencias en la organización, según mis intercambios con compañeras de otras sedes de residencia.

Asimismo, hay mecanismos y formas de control sobre el trabajo de les residentes de trabajo social que presentan de manera transversal en todas las sedes. Que son ineludibles en tanto organización de las residencias en general, que a su vez naturalizan y justifican la desigualdad entre colegas para definir los procesos laborales. La relación de poder, en términos de acción sobre la acción, se hace carne en los trayectos de las residentes por las instituciones de salud. El entramado burocrático mismo genera estas cadenas de mando, de obediencia y autoridad de las cuales es difícil correrse aunque sea parcialmente.

Entiendo que esto se presenta muchas veces por los modelos de ejercicio de la tarea pedagógica en las instituciones jerárquicas que se vinculan a la "educación bancaria". La hegemonía de este modelo, su permeabilidad y funcionalidad en los efectores de salud, puede llevar a caer en ocasiones involuntariamente en estos modelos aprendidos, y dificulta pensar conjuntamente otros modelos pedagógicos alternativos.

Esto se traduce en varios mecanismos de control sobre el trabajo cotidiano de las residentes, por ejemplo la necesidad de fundamentar las estrategias de intervención sin que otras personas de los equipos de salud no residentes tengan que hacerlo del mismo modo. La traducción de diferencias profesionales en aspectos pedagógicos ("es que estas hace poco" "esto no se hace así", etcétera). La delegación de tareas sin un criterio pedagógico claro, o que no responden necesariamente a objetivos de formación. La observación/valoración de las intervenciones por parte de compañeres que no necesariamente están cumpliendo un rol pedagógico. Entre otros.

Recapitulando sobre el proceso de trabajo, entiendo que siempre se encuentra en disputa por parte de distintes actores que responden a diversos intereses, pero que existen mecanismos de control sutiles que penetran en nuestro quehacer cotidiano, independientemente de nuestras voluntades individuales. Que está vinculado a una tendencia burocratizante en las instituciones estatales, y que nos atraviesa en tanto somos parte de ese entramado. En la residencia de trabajo social, se traduce en las múltiples actividades que llevamos a cabo, el tipo de respuestas que podemos/queremos dar a les usuaries, las exigencias respecto del cumplimiento de nuestros objetivos, las formas de evaluación de nuestro desempeño. Es un desafío pensar las posibilidades de connivencia de otras formas de acompañamiento del proceso formativo en el marco de las instituciones burocráticas y jerarquizadas. No obstante, un desafío necesario.

Es importante volver a remarcar aquí, que el modo de organización de la residencia de trabajo social, a través de determinados espacios instituidos a lo largo de los años ha presentado transformaciones en torno a la posibilidad de establecer relaciones más democráticas. Especialmente en comparación

con cómo se dan las relaciones en las residencias de otras disciplinas, donde los diálogos entre residentes de distintos niveles, coordinadores locales, referentes y jefes de servicio se produce constantemente atravesado por la jerarquía institucional, profundizándose las dinámicas de control. En la residencia de trabajo social existen canales de comunicación, discusión y formación de consenso entre les diferentes actores (reuniones de jefas y coordinadoras, ateneos intersedes, ateneos abiertos de las distintas sedes, encuentros interresidencia, etcétera).

No obstante, estos espacios no invalidan otras instancias del tránsito por la residencia que tienden a la reproducción de aspectos burocratizantes de nuestro trabajo.

Personalmente mi experiencia en la residencia de trabajo social me ha dejado grandes aprendizajes respecto de cómo establecer determinadas estrategias conjuntas con otres para disputar algunos sentidos de las acciones llevadas adelante en el marco de las instituciones del estado. Pero ese no es el mayor ni el único aprendizaje obtenido: el otro aspecto fundamental que observo es cómo introyecté aspectos burocratizantes del ejercicio profesional.

Interiorice la trama burocrática y su funcionamiento y me pregunto en qué punto eso limita mis posibilidades de imaginar respuestas posibles a las situaciones de intervención que se presentan. Tiendo muchas veces a pensar en respuestas individualizantes, institucionalizadas, que difícilmente llevan al acceso a derechos, y que si lo logran, lo hacen a través de mecanismos que ponen a les usuaries en el lugar de pacientes y de merecedores de lo que nominalmente son sus derechos. Esto no lo hago por qué quiero, lo hago en tanto se presenta como lo posible. Pienso que aprendí a comunicarme, con jefas, con colegas, con médiques, etcétera. Aprendí también a ser parte de ese juego de jerarquías y de exigencias para lograr determinados accesos de las personas. Pero no se si esos modos a su vez no siguen retroalimentando las relaciones jerárquicas y de autoridad de los efectores de salud. Aprendí los modos de escribir y tematizar problemáticas al interior del sistema de salud.

Por último me pregunto: ¿les residentes (yo incluída) entonces se ubican en el lugar de víctimas en esta relación? Me parece que es una mirada errada, muchas veces sostenida por las mismas residentes. En este sentido, entiendo que somos parte de esas relaciones jerárquicas, basadas en la autoridad, y que las sostenemos cotidianamente, en pos de obtener los beneficios del tránsito por la residencia: el diploma, determinadas condiciones de trabajo ventajosas respecto a otros sectores del estado, el ingreso a la carrera profesional, el prestigio de haber finalizado la residencia. Muchas veces les residentes ocupamos lugares pasivos, con justificaciones que solamente opacan nuestro lugar de producción/reproducción en la residencia: "yo no puedo hacer nada", "cuando sea de planta" etc. Pienso que se tensionan varios aspectos que operan como sostenedores de los procesos de orden y obediencia en la residencia: por un lado muchas veces nos perdemos en los aspectos técnicos del ejercicio profesional, en dos sentidos: subsumimos nuestra práctica al cumplimiento de los objetivos pensados para nuestro desempeño; por otro lado, lo que se nos presenta como inmediato y urgente y los requisitos y normativas operan ocultando el carácter político de dichos procedimientos. Por otra parte, opera una cierta desresponsabilización de nuestras acciones, ya que no provienen de nosotras, sino de une otre que se nos presenta como externe (Milgram, 1980). Además el proceso de fragmentación de les trabajadores se traduce en varios aspectos en les residentes: dificultades para la organización sindical, diferencias de posiciones y beneficios entre las disciplinas, diferencias en torno a los procesos de capacitación, a la institucionalización de espacios de supervisión evaluación, a procesos de formación colectiva. A su vez, esto se ve profundizado por la fragmentación

propia del colectivo de profesionales de salud. Nuestras posiciones diferenciadas, delimitadas por las jerarquías institucionales traducidas en organigramas nos impiden muchas veces tender redes entre nosotres en tanto trabajadores del estado.

Es importante tener en cuenta que formar parte de estos procesos tanto siendo residentes como ocupando cargos jerárquicos, pero que nos llevan a realizar acciones que se alejan de aquello que pensamos/creemos como nuestro proyecto ético político desde la profesión tienen incidencia directa en nuestros PSEAC. Canetti (1981) acuña la noción de "aguijón", que hace alusión a la marca subjetiva que se inscribe en nuestro cuerpo cuando obedecemos una orden. A su vez Basaglia (1972), refiriéndose a la violencia que ejercen los técnicos, advierte sobre la violencia que aplicamos en nosotres mismos para poder ponerla en juego sobre les usuaries.

Comentarios finales

A lo largo del trabajo quise traer reflexiones que se me presentaron durante mi tránsito por residencia. Reflexiones que estaban siempre fundadas en una premisa: lo ineludible de la burocracia, como racionalidad que va penetrando nuestro quehacer cotidiano en diversos espacios de desempeño profesional. Que a veces se presenta de tal forma que en el ejercicio profesional cotidiano no nos es posible visualizarla o problematizarla.

El hecho de pensarlo desde la residencia tiene que ver con mi posición y trayectoria dentro del campo de la salud, siendo la experiencia como residente el insumo que más directamente se me presentan al análisis. Fue el recorte que elegí realizar para poder observar cómo se juegan ciertas tendencias desarrolladas desde el marco teórico seleccionado. No obstante es importante aclarar que los aprendizajes respecto de las tendencias burocratizantes se presentan cotidianamente a todes les trabajadores de la salud pública, más allá de estar transitando la residencia o no. Es decir, quienes ya no transitan la residencia o nunca la transitaron pero son parte de los efectores de salud tendrán otros modos de incorporar estos aprendizajes, poniéndose en juego otros mecanismos de control y dominación sobre elles. Creo que la clave del análisis político en este marco puede estar centrado en pensar colectivamente de qué modo es posible resignificar ciertos tránsitos que no siempre observamos, sin eludir la racionalidad burocrática, en tanto no es posible correrse de las relaciones sociales en las que nos insertamos como parte de un sistema social.

Bibliografía

- Aloe M. y otres. (2017) "La salud laboral en el proceso de trabajo de las/os Trabajadores/as Sociales". En: Producciones Colectivas. "Discusiones sobre procesos de trabajo, empleo estatal y salud laboral de Trabajadores/as Sociales". Consejo Trabajo Social CABA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Basaglia F. (1972) "La institución negada". Barral Editores, Buenos Aires.
- Canetti E. (1981) "Masa y Poder". Muchnik Editores. Barcelona.
- Faleiros V. (1992) "Las funciones de la política social en el capitalismo". En: Coord. Montaño C. "La Política Social Hoy" Cortez Editora. Buenos Aires, Argentina.
- Foucault M. (1984) "¿Cómo se ejerce el poder?". Traducido de: Hubert D y otres. "Un Parcours Philosophique". Editions Gallimard, París.
- Gardey M. y Oliva A. (2005) "La tematización de las condiciones del ejercicio del Trabajo Social" GIyAS, FCU, UNCPBA. Tandil.
- Guerra Y. (2015) "La intervención como proyecto ético-político y su vinculación con las reales condiciones de trabajo". En: Siede M. V. "Trabajo Social y el mundo del trabajo: reivindicaciones laborales y condiciones de la intervención". Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, La Plata.
- Huertas, R (2009). "Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma". En: "Cuerpo, biopolítica y control social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX". Siglo XXI. Buenos Aires.
- Mallardi M, Pérez y Oliva A. (2010). "Problematizando los procesos de intervención y las tácticas operativas en la práctica profesional del Trabajo Social". 3er Encuentro Argentino y Latinoamericano UNC.
- Marx, K (2004). "La acumulación originaria, capítulo XXIV". En El Capital. Editorial Siglo XXI. México.
- Matusevicius J. (2014). "Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales". En: Mallardí M. "Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico". Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, La Plata.
- Menéndez E. "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. En: Revista SALUD COLECTIVA, La Plata, Enero – Abril 2005, pp. 9-32
- Milgram S. (1980). "Obediencia a la autoridad: un punto de vista experimental". Ed. Desclee de Brouwer, S.A., Bilbao.
- Netto P. (2003) "El Servicio Social y la tradición marxista". En: "Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político". Cortez Editora. San Pablo.
- Piva A. (2014) "Burocracia y teoría marxista del Estado". Revista Contra Tiempos Nº 1, pág. 111.
- Poulantzas N. (1979). "Poder Estado y Socialismo". Siglo XXI Editores. México, pág 53 a 108.
- Weber M. (1969). "Economía y Sociedad". Fondo de Cultura Económica. México. Pág. 716-752. Disponible en: http://materiales.untrefvirtual.edu.ar/documentos_extras/1075_Fundamentos_de_estrategia_orga nizacional/04_Teoria_de_la_organizacion.pdf 24/10/2018



XII Jornadas de la APSS
Mesa Central ***"Estado y Cuestión social: políticas públicas y procesos de pauperización".***
Coordinación: Jorgelina Matusevicius. Expositores: Andrea Oliva, Mabel Thwaites Rey, Tulio Franco.

SALUD LABORAL, DESGASTE PROFESIONAL Y ESTRATEGIAS DE DISCIPLINAMIENTO DEL TRABAJO

Lic. Myriam Aloe
Lic. Camila Bajarlia
Lic. Omar Battistessa
Lic. Jorgelina Matusevicius

. . . . .

Introducción

El trabajo de las/os trabajadoras/es sociales presenta características que se vinculan con un particular proceso de salud enfermedad atención de quienes ejercemos la profesión. El presente artículo tiene por objetivo reconocer los padecimientos vinculados a nuestro proceso de trabajo a partir de la encuesta realizada desde el grupo de trabajo sobre Salud Laboral del Consejo Profesional de Trabajadoras/es Sociales de CABA. Intentaremos dar cuenta de dicho proceso desde la perspectiva de la organización colectiva. Se trata de instrumentarnos reconociendo nuestro propio sufrimiento en el trabajo para hacerle frente recuperando nuestra capacidad de organización y lucha.

A su vez buscamos comprender los vínculos de estos procesos con la aplicación de estrategias de disciplinamiento laboral que se buscan establecer con las nuevas legislaciones laborales, particularmente la Ley 6035 Carrera de Profesionales de la Salud. Esta Ley forma parte de un ataque a los convenios colectivos de trabajo y los derechos que tenemos como trabajadoras/es, que se enmarcan en la búsqueda de reforma laboral que pretende este gobierno y que es exigida por los organismos internacionales de crédito. Esto se acompaña de la implementación de nuevas tecnologías que permiten controles más exhaustivos de los tiempos y ritmos de trabajo.

El grupo de salud laboral se conformó al finalizar el Curso de capacitación en salud laboral a partir del abordaje de la investigación acción. Un debate necesario para la organización colectiva. Propuesta organizada a finales de 2016 por la Secretaría de Asuntos Profesionales del Consejo Profesional y el Taller de Estudios Laborales. La propuesta del curso fue introducirnos en la identificación y caracterización de las condiciones de trabajo y sus determinantes en tanto afectan el proceso de salud enfermedad de quienes ejercemos la profesión.

Con posterioridad, desde el grupo de trabajo conformado, sistematizamos lo trabajado en

una publicación (Aloe et al, 2017). Asimismo, elaboramos una encuesta que fue pensada para trabajarla a través de la investigación - acción en diferentes espacios de trabajo, con el objetivo de promover la elaboración colectiva de un diagnóstico sobre los riesgos laborales y las condiciones de trabajo de las/os trabajadoras/es sociales.

En la actualidad nos encontramos en un escenario de fragilidad exacerbada en relación a las propias condiciones de trabajo del colectivo profesional. Los procesos de reforma laboral que se busca implementar y la política de vigilancia y persecución se enmascaran tras el engañoso nombre de "modernización del Estado". Esta última involucra fundamentalmente la incorporación de lógicas propias del mundo empresarial, signadas por la búsqueda implacable de eficacia y eficiencia asociadas al aumento de la productividad y la disminución de los costos y no a la calidad de las políticas públicas. Involucra además un intento de instrumentar estrategias de competencia entre trabajadores/as y de distintos mecanismos de fiscalización y control de las tareas realizadas a través de "evaluaciones de rendimiento y productividad". Se trata de distintas iniciativas que se vienen aplicando de diferentes formas en el sector privado y que progresivamente se comienzan a adoptar también en el ámbito estatal en la búsqueda de imponer un disciplinamiento laboral mucho más extendido y eficaz. Desde los años 90 las "recetas" de organismos internacionales de crédito aconsejan la modificación del empleo público y leyes como la 471 del GCBA apuntan a la lógica del gerenciamiento aplicada al sistema público. A la par de esta legislación proliferó el crecimiento del trabajo precario en el Estado lo que nos deja en peores condiciones para enfrentar esta nueva ofensiva. Todo esto se encuentra enmarcado en la búsqueda de trastocar de modo profundo las relaciones entre el Estado empleador y las/os trabajadoras/es apuntando a debilitar el poder de presión de la clase, tanto de modo general en un ataque sistemático a sus organizaciones gremiales, como en cada lugar de trabajo.

Con este material esperamos aportar a la desnaturalización de los padecimientos que nos genera nuestro trabajo, de modo de poder buscar respuestas colectivas para fortalecernos como sujeto activo en la realidad que nos toca vivir. Se trata de rehuir de posiciones pasivas para asumir un protagonismo en la defensa de nuestras condiciones de trabajo. Es por eso que la metodología que utilizamos se enmarca dentro de la investigación acción participativa, dado que se trata de producir conocimiento que nos permita desnaturalizar los procesos sociales de los que formamos parte, en función de dotarnos de herramientas para la transformación colectiva de la realidad que vivimos.

Si la salud como dice Floreal Ferrara "se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen" (Ferrara, 1985), intentamos generar herramientas para posicionarnos mejor en esa lucha.

Los problemas de salud ligados a la organización del trabajo

Consideramos a los riesgos organizacionales como uno de los ejes centrales a tener presentes por cuanto se vinculan al proceso de trabajo, a cómo este se organiza y a cómo afecta el proceso de salud-enfermedad de las/os trabajadores.

Siguiendo las conceptualizaciones del ISTAS[1] las características de la organización del trabajo que afectan a la salud son:

- Las exigencias psicológicas del trabajo, tanto cuantitativas como cognitivas y emocionales.
- El control sobre el proceso de trabajo o la posibilidad que el trabajador asuma un rol

1. ISTAS es el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, promovido por Comisiones Obreras, de España.

activo, es decir la posibilidad de influir en la toma de decisiones respecto de la actividad que realiza.

- El apoyo social, que hace al vínculo con compañeras/os, superiores y usuarios.
- Las compensaciones materiales y simbólicas derivadas del trabajo.

Cuando se incrementan las exigencias y disminuyen la autonomía, el apoyo social y el reconocimiento a las/os trabajadoras/es se da lugar a un proceso que algunos autores llaman desubjetivación y que asociamos a los padecimientos detectados en nuestro trabajo.

Exigencias

Respecto de la cantidad de trabajo exigida a las/os colegas que respondieron la encuesta, el 44 % sostienen que pueden llevar al día su trabajo. En cambio, el 55 % que refiere que tiene dificultades y sólo el 4% nunca las tiene.

Parte de las exigencias se presentan de modo palpable cuando, aún fuera del horario laboral, una vez en nuestras casas, los problemas del trabajo persisten como preocupación. Sólo el 4% refiere que no les cuesta olvidar problemas del trabajo.

Por otra parte el trabajo se registra con una alta exigencia de concentración: 65 % responde que esta demanda se da entre muchas veces y siempre.

Quizás uno de los datos más significativos es el nivel de tensión o malestar que generan las decisiones que las/os colegas toman durante el proceso de trabajo. Quienes lo sienten algunas veces son el 40 % y el 41% sienten ese malestar muchas veces.

En nuestra práctica cotidiana nos encontramos frecuentemente con la exigencia de brindar respuestas urgentes ante situaciones de vulneración de derechos, muchas de ellas de vulneración extrema, sin contar con los recursos adecuados para responder a nuestras expectativas y la de las/os usuarias/os.

Incluso nos vemos enfrentados a realizar acciones que sabemos conducen a respuestas inadecuadas que sirven más al ocultamiento del problema, a la eliminación de tensiones y legitimación del gobierno y el sistema que representa que a una solución real del problema.

Respecto de la contraposición entre las tareas que realizamos y los propios valores y principios el 44 % de los encuestados respondió que le sucede alguna o muchas veces.

Con respecto al aspecto cualitativo de las exigencias Dejours identifica dos sentimientos que aparecen vinculados al contenido significativo de la tarea: la insatisfacción y la ansiedad. Destaca que la significación atribuida al trabajo realizado impacta en la subjetividad de un modo negativo cuando el trabajador está forzado a realizar una tarea desprovista de interés (sentimiento de indignidad), desprovista de utilidad (sentimiento de inutilidad) o con una baja calificación (sentimiento de descalificación). Dice Dejours que la vivencia depresiva que padecen muchas/os trabajadoras/es condensa esos tres sentimientos ampliándolos. Refiere además que esa vivencia está dominada por la fatiga, por una sensación de embotamiento intelectual y de anquilosis mental. En definitiva se trata de las consecuencias de un proceso en el que el sujeto ve frustrado el cumplimiento de sus expectativas. Por el contrario, en otro contexto, las exigencias del trabajo serían soportadas por el juego de la motivación y el deseo.

Cuando el incumplimiento de las expectativas por la actividad que realizamos o la función que cumplimos remite a una contradicción con las bases éticas de nuestra identidad, sea en el plano personal o profesional, se configura lo que Dejours denomina sufrimiento ético, que puede tener consecuencias destructivas para el sujeto. (Dejours, 1990)

Un dato significativo respecto de este apartado está dado por el altísimo porcentaje de personas que sienten un alto compromiso con la profesión (51% siempre y 37 % muchas veces). Asimismo la mitad de las/os entrevis-

tadas/os señalan que hablan con entusiasmo de su trabajo con otras personas. Nos preguntamos cómo incide ese compromiso en la aceptación pasiva de condiciones de trabajo inadecuadas y por tanto si se convierte en un factor negativo para la salud de las/os trabajadoras/es o, por el contrario, si el deseo y la motivación asociados al componente vocacional se constituyen en un factor protector frente a la degradación de dichas condiciones.

Respecto al trabajo por fuera del ámbito laboral, el 76% respondió que contesta mensajes por fuera de la jornada laboral, entre los que se incluyen mails, llamados y mensajes de Whatsapp. El 51% realiza distintas tareas vinculadas al proceso de trabajo, entre las que se contemplan informes, crónicas, comunicaciones, entre otras. En este sentido, siguiendo a Castrogiovanni, N. et al. (2015), estamos frente a lo que podría entenderse como un proceso de precarización de la vida. Esta precariedad implica, entre otros aspectos, la hiperactividad, la simultaneidad, la inestabilidad y el agotamiento afectivo o explotación emocional, como resultado de la necesidad de encontrarse permanentemente disponibles.

Control sobre el proceso de trabajo

El 42 % de las personas encuestadas refiere que nunca o sólo alguna vez tiene influencia en la cantidad de trabajo que le es asignada. Mientras que el 34 % puede tener algún nivel de decisión algunas veces y sólo el 21 % lo hace muchas veces.

Por otro lado, un significativo porcentaje (33%) considera que nunca o sólo alguna vez tiene incidencia en la definición de las líneas de intervención en su lugar de trabajo.

Respecto de la existencia de planificación en el trabajo, en un 60% del universo se expresa deficiencias en este sentido, ya que el 53% manifiesta que la planificación existe algunas veces o sólo alguna vez y en el 7% nunca existe planificación en el trabajo.

Es necesario reflexionar en torno a qué tipo de planificación es la que opera verdaderamente como sostén. Cuando se realiza desde las cúpulas de las estructuras jerárquicas propias de las estructuras burocráticas, más que sostén se presenta como imposición y ajena a las propias necesidades. Se presenta como una planificación normativa que borra el lugar de sujeto/a pensante y actuante indispensable para que el trabajo que realizamos cobre sentido en términos de subjetivación.

El nivel de control de las/os trabajadoras/es sobre el proceso de trabajo determina en primer término su grado de autonomía con lo que ello implica en términos de producción de subjetividad. Al mismo tiempo se deriva de ello la identificación de las/os trabajadoras/es con el sentido de la actividad que realizan así como las características que le imprimen, lo que se vincula con lo señalado anteriormente respecto del vínculo entre la vivencia de insatisfacción y el contenido significativo de la tarea. El elevado nivel de tensión o malestar que generan las decisiones que las/os colegas toman durante el proceso de trabajo, al que hicimos referencia anteriormente, tal vez se encuentre asociado al bajo nivel de control expresado por nuestras colegas encuestadas.

Apoyo Social

Sobre la realización de tareas y proyectos en equipo el 41% respondió que esto se produce algunas veces o sólo alguna vez. Es de mencionar que en casi el 14% nunca existe la realización de proyectos o tareas en equipo.

Otra dimensión a considerar es la existencia de mecanismos institucionales de

resolución de los conflictos. En relación a esto se destaca que el 31% de las/os entrevistadas/os respondió que nunca existen esos mecanismos, en tanto en el 55% de los casos esto se produce algunas veces o sólo alguna vez. Observamos así que en el 86% de nuestro universo existirían limitaciones o deficiencias en cuanto a la existencia de este tipo de mecanismos institucionales.

En relación a la existencia de espacios de supervisión de la práctica profesional el 47% no dispone de esas instancias y el 19% sólo alguna vez. Sólo el 21 % las tiene siempre o muchas veces.

Vinculado más específicamente al apoyo social por parte de compañeras/os de trabajo el 74% de las/os entrevistadas/os expresa sentirse parte de un grupo (siempre o muchas veces).

El 80% de las/os respondentes manifiesta que recibe ayuda y apoyo de sus compañeras/os (siempre o muchas veces).

Existe en el trabajo social una disposición mayor que en otras disciplinas al trabajo grupal, en equipo. Nuestros procesos de formación suelen estar signados por este tipo de prácticas. Sin embargo existe una tendencia en el mundo del trabajo actual a imponer mecanismos de fragmentación de esta grupalidad y por lo tanto a imponer un disciplinamiento que se asienta en la competencia entre pares.

La evaluación individualizada de los rendimientos lleva a todas/os las/os trabajadores asalariadas/os a un proceso de competencia generalizada y si esa competencia se asocia a una amenaza del puesto de trabajo, la competencia se vuelve aún más grave.

Sobre la existencia de conflictos con las/os compañeras/os de trabajo, el 73% de las/os respondentes manifiestan que nunca o sólo alguna vez han tenido conflictos de este tipo. El 20% lo ha tenido alguna vez y el 5% muchas veces o siempre.

Preguntados sobre la existencia de conflictos con las autoridades (conducción, jefaturas, directivas/os, etc.), el 56% de lxs respondentes manifestó nunca o sólo alguna vez haber tenido conflictos. El 43% expresó tener conflictos, el 29 % del cual el 14 % los tiene muchas veces y siempre. Observamos así que casi la mitad de nuestra muestra experimenta relaciones de conflicto con distintos niveles de autoridad.

En el mismo sentido, consultados por si sufrió algún tipo de agresión/maltrato por parte de las autoridades (conducción, jefaturas, directivas/os, etc.) el 26% respondió que algunas o muchas veces.

En relación al vínculo con la población y a partir de la consulta sobre la existencia de conflictos o agresiones por parte de la población con la cual se trabaja, el 86% manifiesta que nunca o sólo alguna vez tuvo conflicto con la población, en tanto el 91% respondió que no ha sufrido agresiones de parte de la población.

En relación a la existencia de espacios de comunicación entre autoridades (jefaturas, coordinaciones intermedias, etc.) y los equipos de trabajo el 72% responde que existen sólo alguna vez, algunas veces o nunca.

Sobre si existen espacios colectivos de problematización y resolución de situaciones conflictivas en el trabajo, el 69% respondió que nunca/ solo alguna vez o algunas veces).

Las compensaciones derivadas del trabajo

Respecto de esta dimensión incluimos tanto compensaciones de orden material como simbólico.

En este sentido, se identifica un contraste entre el reconocimiento por parte de la población (74% entre siempre y muchas veces) y el ejercido por las autoridades o responsables (29% entre siempre y muchas veces). Respecto del reconocimiento por parte de las/os compañeras/os de trabajo, se respondió afir-

mativamente en un 40%, entre siempre y muchas veces. Este valor se relaciona bastante con el obtenido al indagar sobre la realización de tareas y proyectos en equipo (44%), dando lugar a la pregunta acerca de si la realización de poco trabajo en equipo redunda en el desconocimiento del trabajo ejercido.

Por último, el 30% respondió que en sentido general el reconocimiento recibido le resulta adecuado, considerando el trabajo y esfuerzo realizados. Considerando que este valor se asimila más al porcentaje que arroja el reconocimiento de autoridades que al de la población, nos preguntamos si lo que determina lo "adecuado" es que el reconocimiento proviene de una jerarquía superior.

Con respecto a las compensaciones materiales el 81% de las/os encuestadas/os respondió que siente preocupación por posibles variaciones del salario, el 55% por posibles variaciones del horario de trabajo contra la propia voluntad, y el mismo porcentaje ante potenciales cambios en el espacio o lugar de trabajo.

El 48% se encuentra preocupado por la continuidad del contrato de trabajo. Por su parte, el 58% respondió que siente preocupación por la continuidad del trabajo en un determinado Programa donde se desempeña.

Estos datos resultan contundentes, reflejando el contexto de época en el cual se inscriben, toda vez que es un rasgo de la actual etapa, las más variadas medidas de la gestión del gobierno de Cambiemos en pos de la destrucción del empleo público y la reducción de las políticas públicas, expresadas no sólo y definidamente en despidos, sino también en una diversidad de mecanismos, desde el cambio y descalificación de funciones y tareas, vaciamiento de las mismas, entre otras.

Es importante mencionar que el 50 % de las/os respondentes se desempeñan en el sector salud en situación de planta permanente, el 34 % en organismos de la administración pública y el 13 % en residencia en salud (bajo contrato a término). Desde aquí se deduce que el 46% no se encuentre preocupado por la pérdida de trabajo al momento de la realización de la encuesta- 2016).

Sin embargo, como veremos, la sanción de un nuevo marco legal para las/os profesionales del sector salud genera las condiciones de posibilidad para un retroceso en el reconocimiento de los derechos de las/os trabajadoras/es y con ello una pérdida significativa de las compensaciones derivadas del trabajo.

Para terminar este apartado, y en relación a la posibilidad de afrontar las consecuencias de la organización del trabajo para la salud de las/os trabajadoras/es diremos con Dejours que "La verdadera prevención de las enfermedades mentales no es asunto de los médicos ni de los psicólogos. Si antes no había suicidios del trabajo es porque había solidaridades, había cooperación y no se dejaba a un miembro del equipo hundirse en la depresión, se lo socorría. Es la cooperación la condición de la salud mental en cada uno de nosotros". (Dejours, 2015)

Nueva carrera profesional e incidencia en las condiciones de trabajo y nuestra salud

En noviembre de 2018 fue sancionada, no sin importantes acciones de oposición y rechazo por parte de colectivos organizados de trabajadoras/es, la ley N° 6035 de Profesionales de la Salud. La misma, elaborada, debatida y finalmente sancionada a espaldas de las/os trabajadoras/es de la salud de la C.A.B.A., reemplazó a la Carrera Municipal del año 2005, introduciendo elementos que imponen nuevas y peores condiciones laborales para los sectores que desempeñamos nuestras tareas en el ámbito de la salud de la Ciudad. Entre estos, se incluye la evaluación del desempeño profesional, entendida dentro de las obligaciones de lxs profesionales de la salud, la cual prevé "un concepto descriptivo y no calificativo, que se realiza cada dos (2) años y formará parte de los antecedentes

curriculares de los profesionales". A pesar de su carácter "no calificativo", aparece como una instancia que habilita el crecimiento horizontal en la carrera profesional, generando un nuevo régimen de promoción de categorías, y por consiguiente, una nueva modalidad de disciplinamiento y sanción.

Si bien en la letra de la ley no se detalla su régimen de aplicación, basta con apelar a la ley de empleo público de la C.A.B.A. N°471, del año 2000, para comprender que esta evaluación permite acreditar la productividad evidenciada en el cumplimiento del trabajo. Aparece aquí entonces una noción propia del sector privado, más específicamente, de la lógica empresarial, en la cual la productividad y la efectividad (mayor trabajo en menor tiempo) se convierten en los principales valores perseguidos por las conducciones, en detrimento de la calidad de los servicios y los derechos laborales conquistados.

En este sentido, Christophe Dejours menciona a la evaluación individual entre los dispositivos que transforman el mundo del trabajo en el siglo XX con la incorporación de "los gestionadores", subrayando que la misma constituye el dispositivo más destructivo, gozando de un poder extraordinario que domina actualmente todo el mundo del trabajo. Dejours analiza la forma en que esta evaluación, de carácter cuantitativo, parte de la idea de que todo lo que no se puede medir es sospechado de falso, sin embargo, "lo que se mide no es el trabajo, ya que el trabajo vivo es una producción subjetiva y la subjetividad no pertenece al mundo visible". (Dejours, 2019)

Por consiguiente, ésta no constituye una evaluación del trabajo en sí, sino de sus resultados, y estos, según el autor, no siguen una línea de proporcionalidad con el trabajo. Asimismo, esta evaluación genera relaciones de competencia entre las/os trabajadoras/es, convirtiéndola en un instrumento de miedo, transformando así los vínculos entre "colegas", en tanto el beneficio de una/o significa un riesgo o un perjuicio para otra/o.

En concordancia con lo antedicho, esta nueva instancia evaluativa conlleva, como fue mencionado, un régimen sancionatorio o disciplinario, en tanto susceptible de adquirir valores que "aprueban" o "desaprueban" el accionar de un/a determinada/o trabajador/a evaluada/o, de acuerdo a criterios arbitrarios o al menos, ajenos a la participación de las/os trabajadoras/os. En este sentido, de acuerdo a lo establecido en la ley de empleo público "los trabajadores que hubieren tenido dos evaluaciones negativas en forma consecutiva o tres alternadas en un plazo de cinco años, podrán ser encuadrados por la autoridad competente dentro del régimen de disponibilidad de conformidad con lo previsto en el Capítulo XIII de la presente ley y lo que establezca la reglamentación respectiva". Esto supone que acumular evaluaciones negativas (calificadas por el empleador o por cargos de mayor jerarquía) hace tambalear la tan aclamada estabilidad del empleo estatal, en tanto habilita a la reubicación de las/os trabajadoras/os, y de no acceder a la misma, a la cesantía, es decir a la pérdida del empleo.

Podemos entonces comenzar a analizar el impacto que una medida de estas características genera, no sólo en nuestras condiciones objetivas de trabajo, sino también en nuestra relación subjetiva con el mismo y en los vínculos de cooperación y organización colectiva de trabajadoras/es.

Reflexiones finales

Como señalamos a lo largo de este trabajo las nuevas ofensivas para el empleo público tienen el doble objetivo de hacer más productiva nuestra capacidad de trabajo y también introducir mecanismos de competencia entre compañeras/os que apunten a la fragmentación y, por lo tanto, debilitamiento de nuestra capacidad organizativa.

Si tenemos en cuenta que los datos aquí presentados respecto de las altas cargas y de-

manda que exige nuestro trabajo, la exigencia de respuestas y la imposibilidad de abordarlas con los recursos suficientes podemos prever que la intensificación de los ritmos de trabajo redundarán en una presencia mucho mayor de padecimientos de salud vinculadas al trabajo. Esto asociado al debilitamiento de los apoyos que se vinculan con el colectivo de trabajo (ayuda y apoyo de compañeros) a partir de la introducción de la competencia que genera las evaluaciones de desempeño, nos permite pensar en que indefectiblemente se va a producir un incremento de los conflictos laborales y de situaciones de violencia y maltrato laboral.

Es necesario que reconozcamos nuestros padecimientos de salud atravesadas por estos procesos sociales de profundización de una ofensiva contra el trabajo para, de ese modo, pensar en soluciones colectivas a problemas que, aunque se presenten de modo singular o individual, remiten a problemáticas sociales.

Un primer paso es la posibilidad de la lucha colectiva en torno a mecanismos de resguardo de nuestra salud. Exigir licencias compensatorias, espacios de supervisión, lugares de trabajo adecuados, ambientes saludables y defender nuestro derecho a la organización gremial y a decidir sobre nuestro propio proceso de trabajo.

Ahora bien, más allá de esto, las consideraciones que hemos volcado en este escrito tienen por objetivo hacer visible nuestro malestar y padecimientos en el trabajo, no solamente buscando encontrar estas medidas y mecanismos "compensatorios", sino para realizar el esfuerzo de una problematización mayor. Entendiendo que nuestro proceso de trabajo se realiza en el marco de relaciones sociales que buscan perpetuar los modos injustos y aberrantes de un sistema social, pretendemos que, al reconocer el carácter social de nuestros padecimientos, intentemos buscar respuestas estructurales que a partir de nuestra propia organización colectiva empalmen con los procesos de lucha por la emancipación humana. Procesos que otorguen al trabajo otro carácter ya no como fuente de sufrimiento sino como fuente de realización personal y colectiva.

Bibliografía

- FERRARA. 1985. Teoría Social y Salud. Catálogo Editorial. Buenos Aires.
- DEJOURS. 2001. Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo. Ed. Lumen – Humanitas, Bs. As.
- DEJOURS 2013 El trabajo y la salud mental. Conferencia dictada en Bs. As.
- DEJOURS 2019. Procesos de subjetivación y desubjetivación en el trabajo. Seminario dictado en Bs. As.
- ISTAS. 2011. Ajustes de plantilla, exposición a riesgos psicosociales y salud. Ed ISTAS CCOO. Madrid.
- BAJARLIA, CASTROGIOVANNI, CUNZOLO, POLANCO, SIMONOTTO, VIEDMA, 2015. Discusiones sobre procesos de trabajo de trabajadores/as sociales en el marco de la precariedad laboral. Colección Página Abierta. Editado por Editado por el CPTS CABA.
- ALOE, BAJARLÍA, BATTISTESSA, LORENZO, MARTINEZ, MATUSEVICIUS, SCELZO. 2017. La salud laboral en el proceso de trabajo de las/os trabajadoras/es sociales. En Discusiones sobre proceso de trabajo, empleo estatal y salud laboral de trabajadoras/es sociales. Colección Página Abierta. Editado por el CPTS CABA.

MUJERES Y DISIDENCIAS

YO SOY...
DISPOSITIVO DE ATENCIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO A INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS TRANS

Lic. Debora Diás
Lic. Ailin Riveros Saavedra
Lic. Marina Servera

. . . . .

El propósito de este trabajo es dar cuenta del proceso de inserción del Trabajo Social en el Equipo de Atención a Niñes[1] y Adolescentes Transgénero que funciona en el Hospital desde hace aproximadamente dos años, asimismo nos proponemos reflexionar sobre las intervenciones desplegadas tanto en la conformación del equipo de trabajo, como en las situaciones abordadas con les adolescentes que durante el tiempo transcurrido fueron derivades al Servicio Social.

Antes de abocarnos a los propósitos de nuestra ponencia cabe mencionar y destacar que el Grupo de Atención a Personas Transgénero (GAPET) funciona en el Hospital Durand desde el año 2005, inserto en la Unidad de Urología, constituyendose en el primer servicio de salud en brindar atención integral y gratuita a las personas trans, el equipo está coordinado por un médico psiquiatra, se brinda acceso a tratamientos de reafirmación de sexo/género auto percibido tanto hormonales como quirúrgicos.

Para contextualizar la necesidad y prioridad de conformación de un equipo que aborde específicamente la demanda de atención, en el ámbito de la salud, de las infancias y adolescencia trans, debemos ubicar como trascendente en la política pública de nuestro país la sanción en mayo de 2012 de la Ley 26.743 de Identidad de Género[2]. Esta legislación junto con la ley de matrimonio igualitario es producto de un largo recorrido de lucha de la comunidad LGBIT+ (lésbica, gay, bisexual, intersex, transgénero y mas diversidades).en la defensa y exigibilidad de derechos históricamente conculcados. Cabe destacar que desde el retorno a la democracia

1. En base a un posicionamiento ético político, enmarcado en un proyecto societal despatoligizante, plural, antipatrialcal y equitativo, este trabajo utilizara lenguaje inclusivo no binario que contemple las diversidades de género.
2. Ley 26.743, IDENTIDAD DE GENERO, sancionada y promulgada en Mayo del 2012.

en la Argentina las demandas de reconocimiento de derechos y de inclusión social de este movimiento se inscribieron en el discurso de la protección y promoción de los derechos humanos, al respecto Laura Saldivia Menajovsky señala: *"este discurso tuvo un rol central para imbuir de sustancia al derecho a la identidad, fundamental para resolver las consecuencias de la apropiación de recién nacidos durante la dictadura argentina, A su vez el desarrollo de este derecho a servido de plataforma para la construcción y exigibilidad del derecho a la identidad de género."* (2017; 30-31)

Asimismo el movimiento feminista se constituye en otro actor que acompaño e influyo en la visibilización e inclusión de los derechos de la comunidad LGBIT+ en la agenda pública. Consideramos relevante resaltar que la Ley del derecho a la identidad de género significa un cambio sustancial de paradigma en el reconocimiento a las personas transgénero, En la Ley se define al género como *"la vivencia interna e individual del genero como cada persona la siente, la cual puede corresponderse o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos, o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género como la vestimenta, el modo de hablar y los modales"* (Art. 2).

Esta definición implica en si, la despatologización y desjudicialización de las personas trans, ubicándolas como sujetos de derechos, cuando sostiene que el único sustento para definir las identidades es la auto percepción vinculada al deseo, la vivencia y el sentir de cada sujeto, cuestionando el mandato binario heteronormativo cisgenerico varón-mujer.

Saldivia Menajovsky enfatiza respecto a ello: *"Con esta regulación la ciencia y especialmente lo medico dejan su lugar central como constructores determinantes del sexo, ocupándolo, en cambio, la autodeterminación personal del genero (…) Es decir una desregulación medica del cuerpo"* (2017; 133)

Vale destacar que si bien esta Ley cuestiona el sistema binario hegemónico, desde la noción de auto percepción, coexiste aun, con un sistema jurídico construido con cimientos de clasificación binaria. Esto demuestra una deuda pendiente, que debe ser saldada a futuro en lo que respecta a otros marcos normativos que influyen en la vida civil, política y cotidiana de las personas trans.

Este reconocimiento y restitución de derechos vinculados al género interpela las representaciones, creencias y estereotipos construidos e instituidos en torno al sexo- genero, en tanto estas construcciones atraviesan y determinan las relaciones interpersonales en los distintos escenarios (instituciones, vínculos afectivos, trabajo, comunidad, etc.) en los que transcurren las existencias.

Este nuevo paradigma en la política pública, en torno a las identidades de género, interpela a las disciplinas y servicios que en ámbito hospitalario, abordamos e intervenimos con las problemáticas que atraviesan a las infancias y adolescencias.

Ahora bien ¿Por qué la conformación de un equipo de trabajo especifico para infancias y adolescencias trans? Las necesidades y demandas de estas infancias y adolescencias requieren de un abordaje multidisciplinario, que comprenda y aborde a la salud desde una concepción integral en función de propiciar instancias de inclusión social, el desafío es intervenir evitando circuitos discriminatorios y patologizantes.

Con referencia a nuestro equipo de trabajo, el mismo se encuentra integrado por el Servicio de Adolescencia, una médica endocrinóloga infanto-juvenil, una médica pediatra, el Servicio de Hospital de Día, un psicólogo[3], tres trabajadoras sociales y un médico psiquiatra quien es responsable de la coordinación del equipo.

3. Vale destacar que del equipo también participan tres psicólogas de la UBA que no se encuentran autorizadas a realizar tratamientos psicológicos.

En cuanto a la modalidad de trabajo implementada, la atención se inicia con la llegada de les niñes y adolescentes al Servicio de Adolescencia ya sea por turnos programados o demanda espontanea. Aquí se lleva a cabo una entrevista en profundidad de su historia de salud y vital. Generalmente estes niñes/adolescentes llegan en compañía de un referente afectivo con quienes también se mantiene una primera entrevista y son tenidos en cuenta en tanto se consideren continentes y de sostén afectivo. En estas primeras consultas se indican chequeos clínicos y se programa una entrevista con el coordinador del equipo. Luego de estas instancias de evaluación[4] se coordina con la endocrinóloga para dar inicio a los tratamientos hormonales específicos que estes requieran.

En este momento la medica endocrinóloga retoma las evaluaciones realizadas por las otras disciplinas, sistematiza los datos relevantes para la determinación del tratamiento (desde la noción de salud integral) y en acuerdo con cada niñe/adolescente y en consonancia con la capacidad progresiva de les mismes, se pautan los tratamientos y se formalizan los consentimientos correspondientes, apelando a la red vincular de acuerdo a cada situación. Estos tratamientos se implementan en Hospital de Día del Área de Pediatría.

Además de estos espacios de atención personal coexiste una instancia grupal de frecuencia mensual destinada, por un lado a niñes y adolescentes, y por otro a familiares y referentes vinculares socio-afectivos, con el propósito de trabajar desde la grupalidad los miedos inquietudes, experiencias y procesos personales entre otros temas que les participantes de los grupos consideren relevantes.

En este proceso simultaneo de conformación del equipo y de atención a la población niñe/adolescente trans, desde el Servicio Social nos incorporamos participando en las reuniones de equipo y en la atención de las situaciones a través de la modalidad de interconsulta.

Con respecto al proceso de conformación del equipo este transcurre con acuerdos, debates y conflictos. En virtud de ello Oliva-Perez-Mallardi, señalan:

"En los procesos de intervención los distintos actores involucrados tienen visiones, posicionamientos, recursos, intereses particulares, por lo cual es necesario poder identificar y comprender esas particularidades y relaciones.

En estos procesos, el profesional cuenta con la posibilidad de seleccionar alternativas que se inscriben y adquieren significado, dirección y materialidad, a partir de la finalidad estratégica asumida…" (2012; 8)

En consonancia con esta finalidad estratégica, en una primera instancia se ha logrado diseñar la trayectoria y modalidad de atención, en pos de propiciar el acceso de la población trans-infanto juvenil a los tratamientos estipulados en la legislación actual (anteriormente descriptos). Asimismo se ha avanzado en sostener una reunión mensual de equipo para abordar en forma multidisciplinaria situaciones de les niñes y adolescentes que han iniciado sus procesos de atención. Para entender la complejidad del trabajo en equipo apelamos a las expresiones de Elena de la Aldea que plantea *"…en un equipo hay que combinar la singularidad de la situación con el hecho de que cada uno (refiriéndose a cada integrante del equipo) está en una situación particular y con esto hay que llegar a dialogar. Esta capacidad de diálogo entre las disciplinas y entre quienes conformamos el equipo es el sustrato para poder arribar a un proyecto de atención integral destinado a las infancias y adolescencias trans, donde se les garantice la expresión de sus deseos desde cada subjetividad. Las personas trans han atravesado históricamente situaciones de discriminación, violencias y de patologizacion de sus vidas y sus cuerpos, vulnerando así todos sus derechos. Como equipo debemos tener como directriz evitar desde nuestras inter-*

4. Entendemos este proceso de evaluación como momento de conocimiento subjetivo y vincular de cada niñe/adolescente, y no como un requisito meritorio para encarar los tratamientos solicitados.

venciones victimizar y/o instalar practicas de control sobre les sujetes y sus corporalidades en detrimento de la construcción de sus identidades".

Desde el Servicio Social hacemos una lectura reflexiva y estratégica de este proceso de conformación del equipo de trabajo y consensuamos en intervenir inicialmente desde la interconsulta en función de abordar las situaciones singulares de les niñes y adolescentes, acordamos entonces que la interconsulta es una instancia de intervención que posibilita ir desplegando acciones tendientes a problematizar las trayectorias de vida de cada adolescente que se acerca al Servicio portando una derivación, como así también ir construyendo un espacio de escucha y contención.

En virtud de aportar al proyecto de atención a las infancias y adolescencias trans nos planteamos desde nuestra disciplina algunos objetivos iníciales para enmarcar nuestras intervenciones y también aportar al equipo nuestra especificidad.

Objetivo general:

Intervenir para garantizar y promover los derechos inherentes al proceso de identidad de género de adolescentes y niñes que consulten en el Htal. Durand.

Objetivos Específicos:

- Propiciar un espacio de escucha a fin de conocer las trayectorias vitales y la construcción de sus vínculos socio-familiares.
- Detectar y abordar situaciones problema que atraviesen les adolescentes y niñes trans a fin de construir estrategias de abordaje conjuntas.
- Generar estrategias multidisciplinarias que faciliten el transito institucional en función de favorecer el proyecto identitario de cada niñe o adolescente.
- Promover espacios de encuentro grupal de les niñes y adolescentes y sus redes vinculares que posibiliten el abordaje de problemáticas e intereses que les atraviesan como colectivo.
- Generar mecanismos de articulación inter-intra institucional que garanticen el ejercicio pleno de los derechos de las infancias y adolescencia trans.

Finalmente daremos cuenta de algunos aspectos relevantes de las situaciones abordadas, los motivos de consulta y las intervenciones. En cuento a les adolescentes que fueron derivades al Servicio Social en su totalidad fueron varones trans[5] entre 13 y 19 años de edad, los motivos de consulta se referencian en primera instancia a demandas de orientación sobre acceso a medicación, tramite de DNI, prestaciones de las obras sociales, inserción escolar entre otras, no obstante al establecerse un espacio de escucha les adolescentes comienzan a desplegar sus historias vitales, atravesadas por miedos, angustias, violencias, dificultades para vincularse con pares, y fundamentalmente la relación subjetiva con el propio cuerpo. En algunas situaciones se dio respuesta a la demanda concreta a través de articulaciones con los registros civiles, la Coordinación de género del Ministerio Publico Tutelar, Regiones Sanitarias de Provincia de Bs. As., organismos municipales especializados en género entre otros. En particular con tres adolescentes se logro construir un espacio de escucha e intercambio donde comenzar a problematizar aspectos vinculados a la imagen corporal, las expectativas con respecto a los tratamientos, la angustia ante la mirada del entorno en particular de otres adolescentes en el ámbito escolar. Asimismo se evidencia en los relatos de les adolescentes que una problemática recurrente es la posición ambivalente de aceptación/rechazo de los vínculos familiares próximos y la vivencia dolorosa y, a veces traumática que esto implica en la vida cotidiana. En estos procesos de intervención se propiciaron también, con el consentimiento

5. Varones trans: apelamos a esta nominación solo a los efectos de identificar la población con la que estamos interviniendo, sostenemos que deberíamos tender a desandar las identificaciones binarias del sexo/genero.

de les adolescentes, entrevistas con referentes de la red vincular.

A modo de reflexiones finales de esta ponencia, consideramos que la atención de las infancias y adolescencias trans nos interpela a, fortalecer y consolidar nuestro equipo de trabajo para poder garantizar el acceso a los tratamientos y a un abordaje de salud integral, en este sentido como equipo debemos asumir el compromiso de trabajar nuestras fragilidades en pos de consolidar las trayectorias de atención en el marco hospitalario, evitando establecer modalidades que vulneren los derechos de niñes y adolescentes. Asimismo entendemos que es prioritario reforzar los procesos grupales para abordar colectivamente la construcción de las identidades.

Creemos que la construcción de las identidades implica profundas transformaciones ya que como expresa Baccaro, M.: *"La identidad Trans no se circunscribe a la portación de un documento de identidad con el nombre del género auto percibido, ni a los tratamientos hormonales o de modificación corporal que realicen. Las relaciones con los otros, su visibilidad o invisibilidad y los grados de aceptación o desprecio que generan en los demás también forman parte de la constitución de las identidades trans."* (2014; 9)

Estamos convencidas que hay que re pensar las identidades rompiendo la concepción binaria del sexo genero y configurando nuevas formar de entender las corporalidades, la sexualidad, la afectividad, el placer. En síntesis que cada une intente y pueda construir su ***"yo soy..."***

Bibliografía

- Baccaro, M.(2014) SOBRE TRABAS Y TRAVAS. POLÍTICAS DE INCLUSIÓN LABORAL DE LA POBLACIÓN TRANS EN ARGENTINA EN EL PERÍODO 2011-2013.
- Burgués, M. B., Di Miele, A. V., & Gamboa, G. (2016). Niñez trans: experiencias de reconocimiento y derecho a la identidad. Ediciones UNGS.
- Mansilla, G. (2018). Mariposas libres: derecho a vivir una infancia trans. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Oliva, A., Pérez, C., & Mallardi, M. (2012). Procesos de intervención y tácticas operativas en Trabajo Social. Oliva A. y Mallardi M.(comp.) Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención de Trabajo Social.
- Saldivia Menajovsky, L. (2017). Subordinaciones Invertidas. Sobre el derecho a la Identidad de Género.



XII Jornadas de la APSS
Mesa Central ***"Estructura social e instituciones: reflexiones necesarias para pensar la salud pública hoy".***
Coordinación: Dolores García. Expositores: Juan Pablo Sierra Tapiro, Celia Iriart, Adrián Piva.

SER MUJER, EMBARAZADA Y/O PUÉRPERA Y, ADEMÁS, SER MIGRANTE... ¿PRÁCTICAS HUMANIZADAS EN EL EMBARAZO, PARTO Y POST PARTO?

Lic. Daiana Cichello

. . . . .

El presente trabajo se enmarca en el cierre del primer año de la Residencia de Trabajo Social realizada en un Hospital General de Agudos de la Zona Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El mismo tiene como objetivo plasmar el proceso reflexivo que surge a partir de la inserción e intervención profesional como residente en uno de los espacios de rotación, el cual corresponde al equipo de Obstetricia del Servicio Social de dicho efector.

A lo largo de la experiencia transitada tanto en la Sala de Internación Conjunta de Obstetricia como en el Consultorio de Control Prenatal de "Bajo Riesgo," se observaron situaciones que suscitó a interrogar, problematizar y analizar el tipo de prácticas y/o trato que reciben las mujeres embarazadas y puérperas que se atienden en el Hospital por parte de personal y/o profesionales de la salud. Para ello, se toma la noción de "*Humanización del parto-nacimiento*" y las tensiones que la misma implica en una institución de salud, donde impera el modelo médico hegemónico, a fin de guiar el análisis del escrito. Asimismo, se parte de la articulación entre las perspectivas de género, de derechos humanos y de interculturalidad a través de la aplicación del análisis interseccional.

Cabe destacar, que, si bien la población perteneciente al espacio de rotación son mujeres en edad fértil, a los fines de este trabajo se seleccionó como unidad de análisis mujeres migrantes de países limítrofes (particularmente Bolivia) y Venezuela. El motivo que impulsó llevar a cabo la delimitación de población se debe a la observación y conocimiento de obstáculos en el ejercicio efectivo de los derechos sociales, específicamente en el derecho a la salud y, por ende, en recibir prácticas humanizadas durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el post-parto. Es preciso señalar que aquellas situaciones que den cuenta de un trato deshumanizado

se puede observar en general en la población usuaria del efector, pero es agudizado ante determinadas condiciones ; una de ellas mujer migrante.

En primera instancia, con el fin de sustentar y comprender integralmente la temática abordada se desarrolló las principales categorías teóricas y marco jurídico vigente pertinente al presente trabajo.

En segunda instancia, se expuso la vinculación teórica con aquello vivenciado en la práctica profesional. De este modo, se permitirá comprender de qué formas –implícitas y explícitas- las mujeres migrantes ven vulnerados sus derechos doblemente, por el hecho de provenir de un país de origen que no es Argentina y con ello las diversas representaciones sociales que trae consigo la migración.

Por último, a partir de las consideraciones finales se intenta problematizar en torno a aquellas prácticas –silenciosas- implementadas en un Hospital General de Agudos que no condicen con el trato humanizado que deben recibir las mujeres durante la gestación, parto y nacimiento, y cómo esta situación se agudiza en la población seleccionada. Asimismo, se pretende contribuir a la reflexión del rol que juega el/la Trabajador/a Social en la promoción de los derechos humanos desde una perspectiva de feminismo interseccional en una institución de salud.

Marco conceptual

Históricamente, la maternidad no se concebía y/o practicaba de la misma forma que en la actualidad. Sin embargo, aún persisten determinadas representaciones sociales acerca de lo que es *"ser madre"*. Es así, que la idea de mujer y su capacidad reproductora se encuentran estrechamente vinculadas y, por ende, el sentido que se le atribuye a la maternidad: el instinto materno/amor materno. En este sentido, la maternidad se consideraba meramente un acontecimiento fisiológico el cual deviene de ser mujer.

Ahora bien, desde una perspectiva antropológica, varios autores coinciden en asociar "*ser madre*" a un hecho no solo biológico sino a un proceso sociocultural dado que convergen factores ideológicos y materiales que dan sentido a cómo es y debe ser el embarazo, parto y puerperio. Siguiendo a Palomar Verea (2009), el proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones, y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones que producen, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Aquí, se desprende la noción de maternidad vinculada al género, pues el mismo alude a las actividades, atributos, conductas y roles establecidos culturalmente que una sociedad considera adecuado ya sea para hombres o mujeres. Por ello, en nuestra cultura el supuesto central en la identidad femenina corresponde al modelo *"mujer=madre"*, siendo éste universal e inalterable.

En consonancia con lo desarrollado, y teniendo en cuenta que en nuestra sociedad y cultura ha prevalecido el discurso biologicista, el cual sostiene la condición natural de embarazarse y parir como aspecto central de la mujer, surgen entonces interrogantes respecto al modelo de atención en el embarazo-parto-puerperio *¿Desde la atención biomédica qué condiciones se consideran propicias para parir? ¿Lo relativo a la subjetividad de las mujeres forma parte de esas condiciones? O ¿Sólo es un "cuerpo" pariendo?*

Así es cómo a partir de un marcado cuestionamiento al modelo biomédico y por consecuente, el aumento de medicalización y tecnificación de los partos surge en Brasil en

el año 2000 la noción de *"Humanización del parto-nacimiento"* a raíz de un congreso realizado por un movimiento de mujeres que venían trabajando la temática desde la década de 1980. Desde ese entonces, en América Latina se comenzó a incorporar los principios de "Humanización obstétrica" en instituciones médicas a fin de mejorar la atención en el parto y nacimiento y garantizar los derechos de la mujer, promoviendo su participación activa en la toma de decisiones de su cuidado y cuerpo.

Siguiendo a Wagner (2001), el autor señala cuatro factores para humanizar el parto. En primer lugar; destaca un entorno que facilite la toma de decisión de la mujer. En segundo lugar; las instituciones sanitarias deben estar basadas en los principios de la atención primaria de la salud. En tercer lugar; los profesionales de la salud deben establecer relaciones simétricas con las mujeres. Por último, las prácticas médicas deben basarse en la evidencia científica.

Este modelo que impulsa humanizar las prácticas del parto-nacimiento se construyó en contraposición al que predomina en la sociedad actual, llamado según Davis-Floyd (2001), "*Modelo tecnocrático de nacimiento*". El objetivo del mismo parte de que el comportamiento de las mujeres no interfiera con las intervenciones del personal médico, de este modo, los/as profesionales de la salud esperan que las mujeres sean obedientes y se "porten bien" (Canevari 2011). Asimismo, el autor Davis-Floyd sostiene que el parto es considerado desde este modelo como un proceso únicamente fisiológico donde, lo que las mujeres saben, sienten y/o expresen tiene poca o nula relevancia en el proceso.

Es por ello que la propuesta del eje principal de este trabajo es, en palabras de Fornes (2011), *"Humanizar el sistema de atención biomédico desde este marco corresponde a evitar la medicalización y tecnificación del parto y nacimiento, devolviéndoles el protagonismo a la madre y su hija/o en ese momento, respetarlos como personas-sujetos de derechos y no como meros cuerpos-objetos." (Fornes, 2011)*

Respecto al marco normativo nacional, la humanización del parto-nacimiento se encuentra enmarcada en la Ley 25.929 "Parto humanizado" sancionada en el año 2004. La misma establece los derechos de la mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, los derechos de las madres, los padres y de la persona recién nacida. Cabe destacar, que, si bien rige un marco legal, algunos aspectos del mismo distan de la efectivización dado su escasa difusión y políticas públicas acerca de los derechos en el parto.

Ahora bien, no es una mera coincidencia que muchas mujeres vean sus derechos vulnerados en el acceso a la salud y posterior atención médica, sino que éste hecho se encuentra vinculado a la histórica inequidad de género en el ámbito de la salud, dado que existen asimetrías sociales entre mujeres y hombres que determinan diferencias en el proceso de salud-enfermedad-atención. Por tanto, el género opera como un determinante de la salud al reducir el mismo en un exclusivo conjunto de roles sociales, generando distintos modos de vivir, enfermar, ser atendidos/as y morir.

Asimismo, es preciso señalar que el género como determinante de la salud se encuentra vinculado con otros condicionantes en relación con la estratificación social, configurando múltiples desigualdades (Esteban, 2006). Resultaría fragmentado reconocer, problematizar y analizar las desigualdades que atraviesan las mujeres migrantes sin partir de la noción de interseccionalidad y, por ende, como se relacionan la clase, raza/etnia y el género. En palabras de Pombo "el análisis interseccional de estos estructuradores sociales como herramienta para comprender las modalidades situadas en que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación crean las desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres" (Pombo, 2014)

Frente a esto, surge un nuevo interrogante

¿qué sucede cuando a la inequidad de género se le suma otras fuentes de inequidad tales como: edad, etnia y/o clase social? ¿Opera de igual manera la asimetría? ¿La humanización del parto-nacimiento dependerá de nuestra estratificación social?

A los fines de este trabajo, se considera necesario desglosar el análisis en los ejes seleccionados para el mismo. Asimismo, se recupera algunos aspectos centrales sobre el acceso de la población migrante a los servicios públicos de salud.

Para ello, en primer lugar, se considera pertinente mencionar el imaginario social que circula respecto a la migración en la sociedad argentina y su posterior criminalización a la condición migratoria. Pensar la figura de la persona migrante implica abordar las miradas de dos grandes conjuntos de inmigrantes; por un lado, la inmigración ultramarina proveniente principalmente de Europa, portando una connotación positiva dado el ascenso social y económico de dicha población convirtiéndolos en un rol *civilizador.* Por el otro, la inmigración proveniente de los países latinoamericanos, compuesta por migrantes *incivilizados*[1] y percibida como inmigración "no deseada", la cual se construye en oposición a la europea. No existen argumentos sólidos para la distinción mencionada, sino que está fuertemente asociada con el éxito o el fracaso de las trayectorias migratorias.

En segundo lugar, nos centramos en la población migrante de países limítrofes y Venezuela dado que es la unidad de análisis seleccionada, y de qué manera los mitos y discursos acerca de la migración repercute en el acceso a sus derechos.

Dado que en la actualidad es frecuente observar discursos de responsabilización y/o criminalización de los migrantes en contextos de crisis socioeconómicas, como también la configuración de los mismos como predadores, aprovechadores ilegítimos de recursos, o responsables por la saturación de los servicios, provoca efectos nocivos en los intercambios vinculares y en las diversas prácticas desarrolladas, tendientes a la progresiva construcción de sentidos estereotipados que colisionan con una perspectiva de derechos (Finkelstein, 2012). No obstante, en Argentina a fines del año 2003 el Congreso sancionó la Ley de Migraciones N°25.871, la cual garantiza el acceso igualitario de los derechos básicos a todos los migrantes residentes en Argentina, independientemente de su situación migratoria, estableciendo una marcada perspectiva de derechos y un criterio regional.

Aun contando con esta herramienta legal, la población migrante ve obstaculizado el ejercicio pleno de sus derechos, reproduciéndose en el imaginario colectivo la noción de que tendrían "menos derechos" que los nativos.

¿De qué hablamos cuando hablamos de Partos humanizados y población migrante?

Para comenzar con el análisis de lo observado en la práctica profesional desarrollada en la Sala de Internación Conjunta de Obstetricia y Consultorio de Control Pre-Natal de "Bajo riesgo" de un Hospital Gral de Agudos de la Zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires es necesario situar el contexto del mismo.

El efector pertenece al sistema de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires, y se encuentra ubicado en el barrio de Liniers (Comuna 9) lindero a las comunas 7 y 8. Además, al estar cercano a la Avenida General Paz, gran parte de la población usuaria corresponde a residentes del Conurbano Bonaerense.

Cabe señalar, según el Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares realizado en el año 2010, que las comunas 7, 8 y 9 forman parte de las seis comunas con mayor cantidad de migrantes regionales correspondien-

1. Término extraído de "(Re) pensar las inmigraciones en Argentina" de Ministerio de Educación, Presidencia de la Nación.

tes a los tres colectivos mayoritarios en la ciudad (nacionalidad paraguaya, boliviana y peruana). En este sentido, el área de influencia del hospital está compuesta por un alto porcentaje de población migrante (especialmente procedente de Bolivia), tanto residentes de CABA como del Conurbano Bonaerense.

Para comenzar con la identificación y reflexión acerca de situaciones donde las mujeres migrantes reciben –implícitamente- un trato deshumanizado durante su embarazo, parto y post-parto, en primera instancia se recupera lo vivenciado en el Servicio de Obstetricia, dando cuenta de tensiones y dificultades propias de las personas migrantes al acceso al sistema de salud siendo esto el punto de partida para luego ser objeto de prácticas deshumanizantes.

Es recurrente que el Servicio Social reciba interconsultas por parte del Servicio de Obstetricia de situaciones donde las mujeres se encuentran próximas a parir y no realizaron controles prenatales. Luego de indagar, la ausencia de controles prenatales durante la gestación se encuentra usualmente ligada a dos equívocos, por un lado creer que se requiere obligatoriamente un documento para recibir atención médica; y por el otro, temor al exponer su situación de irregularidad atribuyéndole al hospital una función de *"policiamiento"*.

Independientemente de los argumentos de carácter administrativo que soliciten la identificación de los pacientes, (por ejemplo corroborar si poseen cobertura social) y del país de origen, el colectivo migrante presenta rasgos de mayor vulnerabilidad a la hora de acudir a los efectores de salud sumado a la gran complejidad que simboliza el hecho de ser migrante en situación irregular .Siguiendo a Jelin (2006), como consecuencia de las trabas que dificultan el acceso a los inmigrantes en situación ilegal, muchos no recurren a un servicio de salud por temor a ser rechazados o denunciados, aun cuando experimentan síntomas o malestares severos (Jelin, 2006).

Efectivamente, se observa que en la población migrante no hay un pleno conocimiento del marco legal que los respalda y de cuáles son sus derechos. Sin embargo, no se trata solo de un discurso y/o mito que circula en la sociedad, sino que además la norma burocrática de presentar identidad para acceder al sistema de salud y/o otros derechos es vivenciado aún por las personas migrantes en muchas instituciones.

Indudablemente, este tipo de situaciones constituyen el primer contacto de los/as migrantes con las instituciones sanitarias, siendo el temor y/o desconocimientos indicadores que propician próximas instancias de vulneración de derechos en el ámbito de la salud.

En segunda instancia, se considera significativo señalar de qué manera una política institucional afecta en mayor medida a mujeres migrantes. Durante la experiencia transitada en sala de internación de obstetricia se visualizó que sólo las mujeres a quienes se les practicó cesárea pueden recibir acompañamiento en la habitación, y que el mismo debe ser por parte de mujeres, restringiendo el acceso a hombres. Pero… *¿qué ocurre cuando la mujer puérpera cuenta con escasa red socio familiar y solo puede recibir acompañamiento/cuidado de un hombre?*

Es posible que no se pueda dilucidar por completo la identificación de prácticas deshumanizantes en el parto/postparto a población migrante si sólo consideramos la norma institucional aplicable a todas las mujeres puérperas. Ahora bien, si nos detenemos en la Ley N°25.929 encontramos que su artículo n°2 discierne con la norma institucional que mencionamos, debido a que el mismo establece que toda mujer tiene derecho *"a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto"*[2], siendo además recomendado por la OMS. Por lo expuesto, lo observado en la institución no condice con uno de los aspectos

2.Articulo n°2 de Ley Nacional N°25.929 "Parto Humanizado" sancionada en el año 2004.

que da cuenta de un trato humanizado hacia las mujeres.

Si bien, se entiende que esta norma institucional rige para todas las mujeres puérperas internadas en el efector, en determinada población repercute negativamente aún más. Es decir, es frecuente que la población migrante cuente con escasa o nula red socio familiar en el país, o bien si cuentan con la misma, varios integrantes del grupo familiar se encuentran abocados a empleos en condiciones laborales sumamente precarizadas y/o de esclavitud, razón por la cual, no se les permite ausentarse al empleo o se les descuenta el día con las consecuencias que ello conlleva. En rasgos generales, las mujeres migrantes pueden atravesar dichas dificultades al momento de necesitar y recibir acompañamiento, tanto por las dinámicas familiares como también por las propias políticas institucionales.

Es aquí donde quiero introducir la relevancia de los vínculos a fin de humanizar la asistencia. La autora Judit Butler sostiene que los vínculos son una forma de superación de la violencia y una vía de afrontamiento de la vulnerabilidad (Butler, 2009). De acuerdo con lo que plantea la citada autora, podemos decir que la promoción de los vínculos familiares y la no-separación de la madre e hijo/a dentro del ámbito sanitario constituyen una práctica institucional que fomenta el trato humanizado.

En suma, se considera que lo dispuesto por el Hospital no propicia a que tanto mujeres embarazadas como puérperas transiten una experiencia placentera, haciendo gran hincapié que repercute no solo físicamente sino también subjetivamente aún más en la salud de mujeres migrantes con características similares a las mencionadas.

En tercera instancia, analizaremos otro factor necesario para que el parto/post parto sea humanizado: *la información.* La misma constituye el canal idóneo para fomentar el ejercicio de la autonomía de la mujer y su toma de decisiones, siempre que no implique un riesgo para sí o para su hija/o por nacer. En el cotidiano es habitual que ocurra lo opuesto: *la omisión de información* y las consecuencias que apareja esta acción.

Aquí no es la finalidad detenernos en las incumbencias médicas sino en lo que primordialmente las mujeres expresan como sufrimiento: no poseer información acerca de su salud. Resulta pertinente mencionar lo que contempla la Ley N°25.929 en su artículo n°2 inciso e, el cual establece que toda mujer tiene derecho a *" ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales"*. Si bien, muchas mujeres migrantes tienen pleno conocimiento de sus derechos, por su condición de subordinación encuentran muy difícil exigir asertivamente el respeto a sus derechos (Castro, 2015), impidiéndole manifestar y/o reclamar por ellos. Ser mujer y, además migrante, las ubican en un rol subordinado. Indudablemente, las pacientes ajustan su comportamiento al esperado por las instituciones sanitarias, propiciando de esta forma a la pérdida de su autonomía.

En este marco, me pregunto si *¿la institución actúa de igual manera con una mujer de nacionalidad argentina?* Y si fuese así *¿la mujer argentina acepta las condiciones al igual que la mujer migrante?* No existe una respuesta acabada a dichos interrogantes, pero sí se infiere que los mismos están ligados a las tensiones y/o discursos hegemónicos que parten de la premisa que los derechos de las personas migrantes son puestos en discusión en relación con los derechos de acceso de los/as ciudadanos/as argentino/as (Jelin, 2006), sin tener en cuenta que la salud es un derecho humano básico. Por ello, suele ser recurrente que la población migrante internalice ese pensamiento y no exija y/o demande lo que les corresponde.

En líneas generales, el ejercicio de autonomía de la mujer embarazada y puérpera está sujeto no sólo a determinados requisitos como la información, sino, además, a diversas variables como el género, edad, nacionalidad, clase social, entre otras.

Por último, se pretende dar cuenta de qué forma la comunicación y el tipo de relación que se establece entre el personal de salud y paciente, propician prácticas deshumanizantes, adjudicándose la responsabilidad a las mujeres migrantes bajo el supuesto de que presentan dificultades para comunicarse y/o que se torna complejo establecer una comunicación con las mujeres por presentar "limitaciones propias".

Por un lado, se observa que se le atribuye a las mujeres migrantes determinadas características personales que, luego, obstaculizan el contacto con sus hijos/as dado que no reciben suficiente información de la dinámica institucional o, si fue suficiente, no se transmite de una forma comprensible ni se problematiza respecto del lenguaje empleado. En palabras de Cerrutti, *"los médicos consideran que son las pacientes quienes no te entienden, no saben expresarse y, por lo tanto, casi nunca atribuyen la dificultad en la interacción de estos dos actores a sus propias formas culturales "* (Cerrutti, 2011). Sumado a ello, la población migrante suele acatar las indicaciones médicas con cierto temor y/o vergüenza de evacuar sus dudas. Este comportamiento al interior del colectivo migrante se refleja en mayor medida en la comunidad boliviana. Si bien, las mujeres de países limítrofes comparten la condición de ser migrante, existen diferencias significativas y características socioculturales en torno a cada colectivo, que legitiman determinados estereotipos y, por ende, agudizan las prácticas deshumanizantes. De modo que, el/la migrante boliviano/a es el que padece los efectos del mayor nivel de estereotipación (Mombello, 2006), lo que acarrea consecuencias en la relación equipo de salud-paciente al no intervenir desde una perspectiva de interculturalidad.

Por otro lado, al igual que la comunicación, otro factor que se considera fundamental en la relación mencionada es la confianza. Recuperando nuevamente los aportes de Mombello, la autora plantea que un vínculo de confianza entre el paciente y personal de salud se funda en tres aspectos: la cercanía simbólicamente entre los dos actores; el rescate del origen del paciente como valor y base de la estima; y la ponderación del tiempo y el espacio necesarios para lograr un nivel importante de comunicación (Mombello, 2006). Contrariamente, en líneas generales, la relación entre el profesional y el migrante está atravesada por la desconfianza mutua.

Por ello, hago énfasis en que indudablemente la calidad de la atención y el trato recibido son un aspecto crucial para humanizar las prácticas, impactando positivamente en la salud de las mujeres, pero es aún más significativo en poblaciones socialmente vulnerables como lo son las personas migrantes.

Consideraciones finales

Para concluir, resulta relevante señalar que las trayectorias migratorias pueden implicar múltiples problemáticas que debe atravesar la población migrante, sumado a los prejuicios y miradas estereotipadas como las prácticas deshumanizantes que ejercen sobre ellos diversos actores y/o instituciones.

Por ello, si bien, las prácticas identificadas a lo largo de este trabajo pueden ser vivenciadas por la población en general, lo que interesa acentuar aquí es que ante la condición de ser mujer y migrante el trato deshumanizado en el embarazo, parto y postparto se agudiza, aumentando la situación de vulnerabilidad de las mujeres migrantes. De aquí surge la relevancia de analizar dichas prácticas desde una perspectiva de interseccionalidad y no únicamente desde un marco conceptual centrado en las relaciones de género, a fin de comprender de que manera el género se interconecta con otras identidades y luego constituye y perpetúa desigualdades y experiencias de opresión.

En cuanto a la normativa vigente, entiendo

que la Ley Nacional N°25.871 "Migraciones" es un gran insumo legal y un avance en el abordaje de la temática si examinamos la antigua Ley N°22.439 de política migratoria, conocida como la "Ley Videla", sumamente represiva y discriminatoria, la cual negaba el acceso de a los derechos humanos básicos. Sin embargo, la actual ley dista mucho de la efectivización y, aún, continúa circulando y reproduciendo diversos discursos y/o imaginarios sociales que no sólo cuestionan el acceso a un derecho humano básico como lo es la salud, sino, además, las personas migrantes aparecen como responsables de las falencias del sistema público de salud. Pero… *¿de las políticas públicas de salud que se dice?*

En lo que respecta a la intervención profesional pienso y me interpelo acerca del rol del Trabajo Social en esta problemática. En reiteradas oportunidades, he visto y experimentado que desempeñamos un rol de "mediadoras" o, una especie de "traductoras", entre el equipo médico y las "pacientes" migrantes. No considero que difiera de nuestras incumbencias profesionales, pero sí me cuestiono cómo trascender dicho rol.

Asimismo, en el campo profesional del Trabajo Social, salud y género constituyen grandes áreas donde se ejerce la profesión, pero en relación a las prácticas que se llevan a cabo durante el embarazo, parto y post parto, aún es un desafío para el Trabajo Social mantener su impronta dado que la "humanización del parto-nacimiento" es una temática que aún, contando con una herramienta legal como lo es la Ley Nacional N°25.929 "Parto Humanizado", es poco visibilizada y abordada de manera integral en las instituciones sanitarias. No quedan dudas, que lo mencionado se encuentra ligado al histórico poder que implanta el Modelo Médico Hegemónico, donde otras disciplinas, entre ellas el Trabajo Social, quedan subordinadas.

Nuestra especificidad en el tema en cuestión se caracteriza por defender y/o promover los derechos de las mujeres embarazadas y/o puérperas, aquí específicamente migrantes, pero es inevitable que surja los siguientes interrogantes *¿Es suficiente que la población migrante tenga conocimiento de sus derechos? ¿Qué sucede, por ejemplo, cuando las mujeres, aun conociendo sus derechos, se encuentran solas en la sala de partos?*

No pretendo obtener respuestas acabadas, sino continuar problematizando y reflexionando acerca de nuestra práctica profesional en pos de un Trabajo Social crítico que fomente el acceso a la **salud integral** de las mujeres migrantes.

Como residente, considero que además de la rotación en Sala de Internación Conjunta, el espacio de atención interdisciplinaria con residentes obstétricas en el Consultorio de Control Prenatal de Bajo Riesgo, no sólo enriqueció la mirada de este trabajo, sino que es un punto de partida para seguir construyendo y/o fortaleciendo la temática aquí abordada.

Bibliografía

- Avila,Y.(2005). Desarmar el modelo mujer= madre. Debate feminista, año 15, numero 30., Octubre.
- AWID (2004): Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. En Género y derechos. Nº9: AWID.
- Beherán, M.(2016).La situación de las personas migrantes regionales en la Ciudad de Buenos Aires: acceso a derechos sociales. Buenos Aires, Argentina. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI); Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos (IPPDH.
- Butler, J.(2006). Regulaciones de género. Revista de estudios de género. La Ventana, núm. 23, junio, Universidad de Guadalajara.
- Canevari, C. (2011). Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública. Santiago del Estero, Argentina. Editorial Barco Edita. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE.

Castro, R. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia Obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. México. Universidad Nacional Autónoma de México; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Cerrutti, M (2011). Salud y Migración Internacional: Mujeres Bolivianas en La Argentina. Buenos Aires, Argentina. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. Centro de Estudios de Población
- Davis-Floyd, R. (2001). El modelo tecnocrático en medicina. Del médico al sanador. Buenos Aires
- Esteban, M, L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud Colectiva, vol. 2 numero 1; enero/abril 2006.
- Finkelstein, L(2013). El miedo a la igualdad: prejuicios y argumentos sobre el derecho a la salud de las personas migrantes. Tratado de Derecho a la Salud, Tomo I. Buenos Aires
- Fornes, L. (2011). Entre el instinto y el derecho. Representaciones de la maternidad en la humanización del parto. Buenos Aires, Argentina. VI Jornadas de Investigación en Antropología Social; Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- García, M.G (2017). Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. Buenos Aires, Argentina. Salud Colectiva; Universidad Nacional de Lanús; Art 391.
- Jelin, E. (2006). Salud y Migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Buenos Aires, Argentina. Editorial Ides.
- Lamas, M. (1986). Maternidad y política. México. Jornadas feministas. Feminismo y sectores populares en América Latina.
- Lázzaro, A.I (2017). Cuerpos al natural: la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado. Córdoba, Argentina. Centro de Investigaciones y Estudios de Cultura y Sociedad; Universidad Nacional de Córdoba; CONICET.
- Ley Nacional N°25.929 "Parto Humanizado".
- Ley Nacional N°25.871 "Migraciones".
- Palomar Verea. (2004). "Malas madres": la construcción social de la maternidad. México. Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara.
- Pombo, G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. Revista Margen Trabajo Social; N°66, Septiembre 2012.
- Pombo, G. (2014). Las mujeres migrantes y la violencia de género. Aportes para la reflexión y la intervención. Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Oficina Nacional de la OIM para Argentina
- Tarducci, M. (comp). (2008). Maternidades en el siglo XXI. Buenos Aires. Editorial Espacio
- UNICEF, Unla. (Re) Pensar las inmigraciones en Argentina. Buenos Aires, Argentina. Ministerio de Educación, Presidencia de la Nación.



XII Jornadas de la APSS
Mesa Central de Cierre ***"Disputas y Estrategias colectivas en el campo de la salud".***
Coordinación: Natalia Castrogiovanni. Expositores: Stella Maris Manzano, Marta Zappa, Valeria Salech.

REFLEXIONES EN EL MARCO DE UN RECORRIDO POR UN DISPOSITIVO DE ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA

Lic. Yoko Oshimo

. . . . .

Introducción

El siguiente ensayo se enmarca en mi rotación por el Programa de Atención a Mujeres en Situación de Violencia Machista de un Hospital "X", dirigido a mujeres que están atravesando situaciones de violencia por parte de sus parejas o ex parejas. Quien lo lleva adelante es una Trabajadora Social y durante el año rotan distintas residencias.

Es un espacio que funciona una vez por semana, los días jueves por la mañana hasta el mediodía. El dispositivo tiene dos momentos, por un lado se realizan entrevistas individuales donde se realiza el asesoramiento en cuanto a la situación que esté atravesando la mujer, sea que quiera realizar una denuncia o no. Y se propone como un espacio de escucha y de planificación para pensar distintas alternativas de acción. Por otro lado, se lleva adelante un encuentro grupal de mujeres en el cual se trabaja, comparte y dialoga acerca de las implicancias que nos atraviesan por ser mujeres en esta sociedad y en este contexto a partir de diversas propuestas y actividades.

Cabe aclarar previo a esta rotación no había tenido una experiencia concreta en trabajar en la temática y es por ello que considero que este ensayo viene a dar cuenta de mi proceso al inicio y durante la rotación en el programa desde lo personal y también el aprendizaje para el abordaje profesional en la temática.

Es por ello que la redacción va a ser en primera persona. Me parece extraño y por momentos incómodo realizarlo así, pero implica un desafío ya que es poner en palabras los movimientos, cruces y vaivenes que me fueron sucediendo durante esos meses y que me costó un tiempo ponerlo a flote.

En otras palabras, es un trabajo de carácter reflexivo que lo tomo como una herramienta para poder decir, para recuperar el recorrido desde el comienzo, como insumo para no olvidar parte del inicio de mi formación en la residencia y dar cuenta que el abordaje en situaciones de tanta violencia y opresión como lo que vivimos las mujeres y sobre todo estas mujeres que vienen al programa, nos atraviesa, nos repercute, nos duele, pero también puede encontrarnos. Es hacer visible lo invisible, rebelarnos, fortalecernos y unirnos para romper una trinchera más de este mundo patriarcal.

Jueves
¿Quién vendrá hoy? Vendrá María?
Sandra? Lisa? Gloria?
¿Volverán? No tenemos su teléfono,
hay que esperar…
Estoy preocupada

Fueron los primeros jueves, dos o tres, en los que no sabía cómo sentarme, cruzaba las piernas, me apoyaba en el respaldo o me adelantaba al borde de la silla… tampoco no sabía a dónde mirar. Si la miraba mucho tiempo a ella me daba cuenta que la incomodaba o yo me empezaba a incomodar… miraba la puerta, fijaba la mirada en la pared, para abajo, a mi compañeras mientras hablaba…

Escuchar, eso hacía, escuchaba pero no sabía si decir o no decir algo… Me encontré esos primeros jueves escuchando y pensando por dentro.

Y estábamos ahí, en un consultorio tan pequeño, de cuatro paredes tan cerca de esa mujer que tomó la decisión de venir, de hablar, de buscar una posible salida o por lo menos saber si hay alguna y puede ser la suya.

Los relatos, sus relatos, sus miradas, esos ojos de tanto resistir, marcas visibles e invisibles, cuerpos marcados de tensión, llantos. Silencios. Relatos distintos e iguales entre sí, distintos porque algunas mujeres se animan a decir lo que les pasa con más fuerza y claridad, otras con cierta naturalidad y resignación de que no va a cambiar nada de lo que está pasando, y otros relatos que parecen susurros, casi silencios llenos de desesperación y desesperanza.

Historias que me llevan a imaginarme las situaciones de manera tan real que mi cuerpo empezó a sentir dolor, angustia, tristeza, desesperación, enojo. ***Violencia***.

Considero que estos atravesamientos son parte de nuestras intervenciones, constantemente escuchamos relatos, observamos y percibimos distintas expresiones que las mujeres traen consigo. Y en el marco de esas intervenciones, sentí que fue necesario encontrar distintos espacios para supervisar y repensar las prácticas en pos de no quedar sólo con la cuestión inmediata, en el impacto que generan los relatos y poder elaborar con ello un plan, una estrategia para ir más allá.

En ese sentido, fui valorando cada vez más los espacios con compañeras, reuniones de equipo, supervisiones como momentos para pensar las situaciones conjuntamente. Son oportunidades para construir visiones superadores de lo inmediato o del criterio que una puede tener acerca de sus propias intervenciones y gracias a otras voces se puede repensar la situación. Instancias que nutren y posibilitan la problematización y la reflexión colectiva.

Por otro lado, en lo personal fue un gran desafìo, porque muchas veces tiendo a ser cerrada, producto de la inseguridad de no saber cómo plantear lo que me pasa. Este proceso me habilitó a conocerme más aún y a hablar acerca de las preocupaciones que me van surgiendo para poder tomar un mayor posicionamiento en la intervención profesional.

Fue así que de a poco me fui acomodando e incorporando, en tomar posición en las entrevistas y poder comentarle mis opiniones a mi compañera luego de ellas, planificar alguna de las tareas y pendientes que íbamos teniendo de una semana a la otra.

En ese punto, fui comprendiendo que parte del trabajo en la asistencia y en el acompañamiento a cada una de las mujeres en el marco del programa tiene que ver con ***poner el cuerpo***, en disponerlo para la escucha, para el abrazo, para la palabra. Porque es parte de la lucha feminista llevarlo a nuestros espacios de intervención, es traer todo ese bagaje conceptual, teórico y general en lo particular de esa demanda. Es un trabajo que rompe con la idea de "distancia objetiva" tan abordada en las ciencias sociales y en el trabajo social, que aún está presente en la formación el hecho de posicionarse frente a lxs sujetxs de manera diferencial porque hay un saber que nos distancia y no hay que perderla ya que puede desdibujar la intervención.

Este ritmo generó un movimiento que me posicionó activamente en la atención y en la escucha. Gracias a la libertad y la propuesta de parte de la compañera que lleva adelante el programa el espacio se fue convirtiendo en mi espacio también, pude ir apropiándome de ese lugar, de ese momento. Aprender, aportar y construir.

La incertidumbre… la ansiedad, la preocupación son una parte del trabajo en el dispositivo, como lo es trabajar en el campo de la salud. Muchas veces nos encontramos con situaciones en las cuales no sabemos qué puede llegar a suceder o con que nos vamos a encontrar. Esta sensación constante es parte de nuestro proceso de trabajo, es una variable más a tener en cuenta, que en parte influye en nuestro accionar, en el momento de pensar las estrategias de intervención, en replantearnos las planificaciones.

Las mujeres llegan y hay que tener en cuenta que puede ser la *"primera, única y última vez"*que vienen. Esa fue una de las premisas en el marco del programa. Puede ser la única vez por motivos y decisiones que ya exceden nuestra acción y por eso es algo que hay que tenerlo todo el tiempo presente como parte del marco de nuestra intervención.

Hay mujeres que entrevistamos, de las cuales no tenemos teléfono de contacto. Cuando eso sucede es esperar recibir alguna noticia o que vuelva al hospital.

Durante mi rotación, conocimos a una mujer joven de 23 años, en una situación de riesgo muy alta, con consciencia que estaba en riesgo pero no sabía como hacer para salir de ahí. Planificamos con ella algunas estrategias y pasos para no despertar sospechas del agresor con el que vive. Pero ese día se fue, con los papeles, teléfonos anotados y aún no sabemos nada, no tenía celular, ni teléfono de algún/a referente para comunicarnos…

Pasan los días y pregunto qué será de ella…

Otra mujer de 29 años, hace ya tres meses que viene. Una vez por semana o cada quince días se acerca al espacio. Diez años de violencia de todo tipo, logró hacer la denuncia e irse una vez con sus hijxs. Pero no pudo sostenerlo por lo económico y no poseer ninguna red que la acompañe. Este año se acerca al hospital por una interrupción legal del embarazo, porque su pareja la obliga a tener relaciones sexuales, violando todo tipo de decisión.

A partir de esa intervención la derivaron al programa y ella encontró en el espacio un lugar para hablar. Pensar la posibilidad de que se vaya de ese lugar, para ella hoy es imposible, más teniendo el antecedente de haberse ido por unos meses y tener que regresar hicieron que esa idea sea lejana e inviable.

Cada encuentro con ella, es un ir y venir. Pudimos ir viendo con ella cuáles eran sus prioridades o primeras necesidades a saldar para ir pensando en irse de ese lugar. Pero se trata de desandar y desarmar esos diez años de violencia a través de la palabra y de a un paso por vez.

A pesar de todas las dificultades y limitaciones que nos encontramos, en este recorrido fui aprendiendo que en este espacio...

Es posible pensar estrategias, y caminos alternativos…

No se trata de decirles qué tienen que hacer, sino pensar juntas qué se puede hacer. Se empiezan a desarmar los discursos, pensamientos y miedos instalados por este sistema patriarcal y machista.

Pero sobre todo, les decimos y nos decimos que acá **no se las va a juzgar** por las decisiones que tomaron o que vayan a tomar. Sino que es un espacio para ellas, donde se habilita la escucha y la reflexión de esas decisiones.

En otras palabras puede ser un punto de partida, un nuevo inicio, un punto de inflexión, un momento de suspensión, de avance, de retroceso. Un lugar para romper de a poco o todo junto lo instalado. De probar una y otra vez y las veces que sea necesario, porque a pesar de que aún las mujeres continuemos en una situaciones de opresión y violencia, siempre estaremos en *"tiempos de transformación"*. (Mogarde:2002)

Entendí que el programa es para eso, para construir nuevas formas, es un espacio de la

propuesta, de la suspensión de ese cotidiano violento y machista. Ese cotidiano que desdibuja la posibilidad de pensarse como mujeres de libertad, de decisión y de poder.

Un espacio donde el ejercicio de suspensión de lo cotidiano empieza a tener viabilidad, y se logra una intervención situada direccionada por una práctica profesional que se sustenta y se suscribe en un proyecto ético-político profesional crítico (Montaño:2004) y feminista.

Podría pensarse que en las entrevistas es donde se comienza a lograr cierto trabajo en la tríada de la singularidad, universalidad y particularidad. Ese movimiento de ir de lo más concreto y cotidiano, atravesarlo con una mirada más general y estructurante para poder luego pensar en conjunto qué de todo eso que nos abarca está contenido en la situación particular de la mujer que tenemos enfrente.[1]

Ese movimiento se da escuchando sus relatos acerca de los hechos más concretos de su situación de opresión y violencia de las preocupaciones, miedos y angustias, haciendo una lectura y análisis de todo aquello que vive es por un sistema patriarcal y machista que genera e impone las desigualdades entre varones y mujeres y legitima todo tipo de conducta violenta hacia las mujeres. Y teniendo en cuenta este marco es poder devolver en palabras, en la re-pregunta, en ejemplos de lo que ellas mismas traen para poder visibilizar cómo el machismo está impregnado en esa relación.

Pensando en eso, Iamamoto expresa que es necesario en nuestras intervenciones: *"desarrollar la capacidad de descifrar la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y tornar efectivos los derechos, a partir de las demandas emergentes del cotidiano. En fin, ser un* ***profesional propositivo y no sólo ejecutor***" (Iamamoto: 2003).

En este sentido, tanto las entrevistas y el espacio grupal buscan ser una herramienta superadora para problematizar las realidades a través del diálogo, de propuestas y actividades diversas que habiliten a pensar y reflexionar acerca de nuestras realidades. Y me parece que es interesante ver que este dispositivo tiene la característica de ir repensandose constantemente, de ver qué funciona y que no, tiene el dinamismo y la permeabilidad de crear y recrear acorde a los momentos y los intereses de las mujeres que participan.

Lo particular que se fue dando durante estos meses, es que pudimos rearmar nuevamente el espacio grupal con algunas mujeres con las que veníamos acompañandolas en la instancia de entrevista individual, otras que se fueron sumando desde la demanda espontánea, o el reparto de los folletos en la sala de espera y algunas que volvieron luego de un tiempo… Y más allá de la planificación que teníamos o lo que internamente íbamos diagramando, el espacio se va construyendo jueves tras jueves conjuntamente con ellas. Y eso hace a la permanencia de las mujeres en el grupo y en la participación activa en el mismo.

A modo de cierre…

Uno de los jueves, hemos podido trabajar acerca del Día de la lucha por la no violencia hacia las mujeres. La propuesta fue invitarlas la semana del 25 de Noviembre, para poder realizar algunas actividades para hacer conocer el espacio y también algunas intervenciones con carteles y folletos donde se pueda plasmar algunas voces con el deseo de llamar y convocar a otras mujeres.

Para eso nos hicimos la siguiente pregunta:

1. *"La violencia contra las mujeres no es un problema individual, sino que es el resultado de una estructura social patriarcal basada en la desigualdad entre mujeres y hombres. Para intervenir, es necesario reconocer el origen social y estructural de esta realidad, buscando soluciones que no se limiten a paliar e intervenir sólo sobre las consecuencias, sino que aborden las causas"*. Plantea Malvaluna, una organización feminista española que trabaja y acompaña a mujeres en situación de violencia machista.

"¿Qué le dirías a una mujer que está atravesando una situación de violencia?". Algunas de las respuestas fueron:

"Si en algún momento pensaste que eso era violencia… Sí, lo fue". "Decile ¡Basta a la violencia!"

"Soy yo la que decide qué hacer con mi vida". "No tengas miedo, no te calles. No estás sola".

El recorrido de estos meses por el programa, me deja muchas enseñanzas, palabras y experiencias gratificantes. Por otro lado también me llevo algunas frustraciones, historias de mucho dolor y situaciones de las cuales todavìa no sabemos qué habrá pasado.

Por las primeras y sobre todo por las últimas, a seguir apostando y fortaleciendo este y todos nuestros espacios de intervención.

"El momento que vivimos es un momento lleno de desafios. Hoy como nunca es preciso tener coraje, es preciso tener

esperanzas para enfrentar el presente.

Es preciso resistir y soñar. Es necesario alimentar los sueños y concretizarlos día a día teniendo como horizonte nuevos tiempos más humanos, más justos y más solidarios"

(Iamamoto: 2003)

Bibliografía

- Gianna, S. (2011). Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional. Revista Cátedra Paralela.

- Iamamoto, M., Pastorini, A., & Montaño, C. (2003). El Servicio Social en la contemporaneidad: trabajo y formación profesional. Cortez.

- Montaño, C. (2004). Hacia la construcción del proyecto ético-político profesional crítico. Documento presentado en el XVIII seminario latinoamericano de Escuelas de trabajo social–ALAETS. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

- Morgade, G. (2002). Aprender a ser mujer, aprender a ser varón: Relaciones de género y educación: Esbozo de un programa de acción. Noveduc Libros.



XII Jornadas de la APSS
Auditorio.

LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Lic. Daniela Teveles
Lic. Natacha Levisman
Lic. Estefanía Romero
Lic. Macarena Bonillo Revaz

. . . . .

La presente investigación surge en el marco del proyecto transversal de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires.

La pregunta problema de investigación que nos planteamos es: ¿Cuáles fueron las estrategias de intervención profesional frente a la demanda de mujeres que deseaban interrumpir su embarazo en el Servicio Social del Hospital "Dr. Juan A. Fernández" y Centro de Salud y Acción Comunitaria Nº 21, durante 2017-2018?

Objetivo general

Conocer las estrategias de intervención profesional en situaciones de interrupción legal del embarazo en el Servicio Social del Hospital "Dr. Juan A. Fernández" y Centro de Salud y Acción Comunitaria Nº 21, durante 2017-2018.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población que demanda realizar una interrupción de su embarazo en el Servicio Social del Hospital Fernández y CesacNº 21, durante 2017-2018.
2. Conocer cómo se aplica la normativa vigente en relación a interrupción legal del embarazo en los Servicios Sociales analizados durante el período 2017-2018.
3. Explorar las dimensiones de la intervención profesional de los Servicios Sociales analizados respecto de las situaciones de interrupción legal del embarazo durante el período 2017-2018.

En esta oportunidad nos centraremos solo en el tercero a los fines de cumplir con la extensión permitida.

Fundamentación

El propósito de indagar las estrategias de intervención del Servicio Social frente a la demanda de mujeres que deseaban realizar una interrupción de su embarazo, busca brindar aportes tendientes a dar a conocer el desarrollo de la práctica de interrupción legal del embarazo (en adelante ILE) que por su reciente inclusión como práctica de estos efectores de salud no se encuentra tan estandarizada como otras prácticas que se realizan en dichas instituciones.

En este sentido, entendiendo la intervención del Trabajo Social desde la perspectiva de Derechos Humanos y una perspectiva crítica de género, nos proponemos contribuir con nuevos conocimientos que den lugar a una mayor accesibilidad[1] en el desarrollo de las prácticas de ILE, no sólo en los efectores analizados sino también aportando al estado del arte respecto al conocimiento de la temática en general. Este enfoque otorga un marco legal que da lugar a la obligatoriedad en la incorporación de los derechos humanos tendiendo a prácticas efectivas que den contenido a dichos derechos, entendiendo que "no basta señalar que se garantiza un derecho, o que se restituyen otros, sino que tales garantías deben necesariamente cumplimentar con los estándares necesarios para que no sea una mención 'retórica' sino efectiva" (Pautassi, 2015:45). En esta línea, consideramos que a partir de las investigaciones disponibles respecto a la temática, las observaciones de la práctica profesional diaria en los efectores de salud y el reciente rechazo de la normativa de Interrupción Voluntaria del Embarazo en la cámara de Senadores el 8 de agosto de 2018, aún queda un largo camino que recorrer en pos de la garantía del derecho de interrupción de los embarazos en nuestro país.

Asimismo, entendiendo la importancia de abarcar la interrupción del embarazo en un contexto más amplio que contemple la garantía de los derechos sexuales y (no) reproductivos, comprendemos que la presente investigación podría dar lugar a nuevos hallazgos y preguntas que aporten a pensar el derecho a la salud sexual desde una perspectiva integral.

Por otro lado, al proponernos estudiar un Hospital General y un Centro de Salud, buscamos dar cuenta de las diversas formas de abordaje desde distintos dispositivos, entendiendo que según el período en el que se encuentre el embarazo y la complejidad de la situación de salud, es debido atenderlo desde uno u otro dispositivo, apelando a acciones de articulación basadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud la cual tiene en cuenta principios como el acceso y cobertura universal, la atención integral e integrada, énfasis en la promoción y prevención, constituyéndose en la puerta de entrada al Sistema de Salud (OPS, 2008).

Por último, resulta fundamental el aporte que se puede realizar desde el Trabajo Social para avanzar en la comprensión de las causales que dan contenido a la interrupción legal del embarazo, aportando a pensar las causales desde la perspectiva de género y la integralidad de la comprensión de dichas categorías.

Marco teórico

Consideramos que investigar acerca de las estrategias de intervención profesional desde el Trabajo Social, que atraviesan a las situaciones de interrupción legal del embarazo, significa ahondar en las relaciones que se establecen entre usuarias, trabajadorxs e instituciones atravesadas por una disputa que recorre al sistema de salud y a las sociedades en su conjunto: los cuerpos- y en particular los de las mujeres- como "territorios" de in-

1. Entendida como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, en tanto posibilidad o imposibilidad de encontrarse (Comes y Stolkiner, 2005).

tervención.

A continuación, se presentan las principales categorías y conceptos que orientarán el proceso de investigación, siendo las mismas interrupción legal del embarazo, integrando un breve desarrollo histórico en relación a derechos sexuales y (no) reproductivos, e intervención profesional.

Interrupción Legal del Embarazo y Derechos Sexuales y Reproductivos

Resulta oportuno hacer un breve recorrido histórico por la trayectoria legal que el aborto ha tenido en nuestro país y en la CABA, su relación con la política de anticoncepción y su correlato con las políticas públicas que se han construido en torno a ello. La relación entre métodos anticonceptivos (en adelante MAC) y aborto contribuye a poder analizar las interrupciones de embarazos y sus diferentes valoraciones a lo largo de la historia, en tanto se visibilizan las posibilidades que tuvieron las mujeres de poder decidir sobre sus propios cuerpos, sobre sus propias vidas.

El aborto es legal en Argentina desde la segunda reforma del Código Penal en el año 1921, donde se permitía la interrupción en dos situaciones: con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer, y producto de un embarazo fruto de una violación o de un atentado contra el pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. Ahora bien, durante el devenir de los diversos gobiernos tanto democráticos como de facto, se establecieron ires y venires respecto de esta legislación.

En el año 2012, la Corte Suprema de Justicia se pronuncia con el fallo "F.A.L" sobre el aborto por violación y resuelve que las mujeres violadas, sean "normales o insanas" (de acuerdo al fallo), pueden interrumpir un embarazo sin autorización judicial previa ni temor a sufrir una posterior sanción penal, eximiendo de castigo al profesional médico que practique la intervención. Según el fallo, sólo es necesario una declaración jurada que deje constancia del delito del que fue víctima la persona que quiera interrumpir el embarazo.

Finalmente el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE) desarrollado por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2015, retoma los lineamientos del fallo "F.A.L" y agrega consideraciones en cuanto al concepto de salud, incorporando los aspecto físicos, psíquicos y sociales, aclarando que el peligro de la salud puede ser potencial (ídem).

En este marco, partimos por conceptualizar ILE para diferenciarla de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta última garantiza el acceso a interrumpir su embarazo a toda persona gestante que así lo desee. En contraste, cuando hablamos de interrupción legal, hacemos referencia al acceso al mismo a partir de causales que justifican su práctica tal como ocurre actualmente en Argentina a partir del Protocolo mencionado, entendiendo la ILE como derecho a la salud, razón por la cual dicha temática nos convoca. En este sentido, se explicitan dos causales: causal salud que incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, este último entendido como la situación extrema de afectación de la salud en un sentido potencial, es decir no requiere la constatación de una enfermedad o que el peligro sea de una intensidad determinada. De esta forma, se entiende a la salud desde una perspectiva integral cuyas dimensiones son física, mental-emocional y social de acuerdo con la definición que propone la Organización Mundial de la Salud[2].

Por otro lado, la causal violación refiere que toda mujer víctima de violación, con independencia de que tenga o no discapacidad mental o intelectual, tiene derecho a la interrupción legal del embarazo, siendo el único requisito para acceder a una ILE que la mujer o su representante legal realice una declara-

2. Definición adoptada en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de Junio al 22 de Julio de 1946, que entró en vigencia el 7 de Abril de 1948.

ción jurada donde afirme que el embarazo es producto de una violación.

En línea con el Protocolo, los equipos de salud tanto en Hospitales como en Centros de Salud, son actores y actrices claves para el acceso sin discriminación de todas las personas a sus derechos, en este caso, sexuales y reproductivos. Consideramos que es un tema fundamental en la agenda de salud pública, ya que si bien la normativa vigente prevé su legalidad bajo ciertas causales, aún resulta poco accesible, y el riesgo de que sea llevado a cabo de manera insegura y clandestina, produce grandes índices de mortalidad de mujeres/personas con capacidad de gestar[3].

Asimismo, coincidimos con Berra al afirmar que "Los riesgos de los modelos de regulación restrictiva, como el que rige en la Argentina y en gran parte de América Latina, se expresan en las dificultades con que se encuentran las mujeres para el acceso al derecho de un aborto no punible"(2017: 26), y que se reproduce en una relación de desigualdad de poder entre lxs profesionales y lxs usuarios/as de los servicios de salud, enmarcado en el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988: 451).

A su vez, a este análisis de las desigualdades, le sumamos las que se generan por estar hablando de un derecho que corresponde a mujeres y cuerpos gestantes, razón por la cual consideramos fundamental incluir la perspectiva de género, pero evitando reduccionismos y limitaciones del concepto, intentando rescatar la politicidad del género y escapando a sus "(des)usos", tal como lo plantea Pombo: "Rescatar la politicidad del género supone, por un lado, contemplar que el género expresa un conflicto social resultante del ejercicio de relaciones de poder entre varones y mujeres,(...) y por otro lado, contemplar que el género, en tanto construcción relacional, afecta a todas las subjetividades –no solo a las mujeres-, delimitando normatividades que producen y regulan los cuerpos, las identidades y las interacciones sociales" (Pombo, 2012: 2). De acuerdo con esto, resulta imperativo incluir la perspectiva de género en el abordaje de las interrupciones de embarazos para desnaturalizar la ecuación mujer = madre que subyace en los estereotipos de género de muchos equipos de salud y sus efectos sobre la relación médico-paciente a la hora de facilitar u obstaculizar el acceso de las mujeres al aborto legal (Berra, 2007).

Intervención profesional

Según las leyes que regulan la actividad profesional, Ley N° 23.337 y Ley N°27.072, el ejercicio profesional del Trabajo Social implica el desarrollo de actividades socio-educativas, preventivas, promocionales y asistenciales con individuos, grupos y comunidades en situaciones de vulneración de derechos; así como también el asesoramiento, supervisión, investigación, planificación y programación de acciones, teniendo como objetivo principal el mejoramiento de la calidad de vida de lxssujetxs. Los principios que orientan estas acciones son la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad.

Lxs autores Andrea Oliva y Manuel Mallardí (2015) presentan reflexiones en relación a los procesos de intervención profesional, planteando que el trabajo social debe ser situado como una profesión inserta en un contexto socio-histórico e institucional, y configurada como un tipo de especialización en la división social del trabajo. Siguiendo con esta línea, Sergio Gianna (2011) sostiene que la intervención profesional en el área sanitaria se produce de acuerdo a las demandas de los sujetos con respecto a su vida cotidiana, lo que significa que se presenta de forma heterogénea, desde la superficialidad

3. Según los Anuarios de Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, las muertes por abortos inseguros en Argentina representan el 17% del total de las muertes maternas en el trienio 2014-2016, constituyendo la muerte por abortos inseguros la primera causa individual de muerte materna en nuestro país desde 1980 (ELA/CEDES/REDAAS, 2018).

propia de la expresión de las manifestaciones de la desigualdad estructural propia de nuestro orden socio-económico.

Acordamos con Gianna (2011) considerando que: *"… la intervención profesional se realiza en el marco de la atención de diversas situaciones de la vida cotidiana de amplios segmentos de la población, situaciones que demandan del profesional la construcción de estrategias de intervención que partan de la reconstrucción analítica de los problemas sociales reconociendo en ellas las determinaciones que le otorgan significado social e histórico (...) frente a los cuales la institución en la cual el profesional se encuentra inserto, adopta una modalidad particular de atención"* (p. 56).

De esta forma, el análisis de la intervención profesional busca recuperar la singularidad de las situaciones problemáticas con respecto a su inscripción en las relaciones sociales de producción y a la convergencia de múltiples actores con diversos intereses.

En línea con los planteos de lxs autores mencionadxs, tomamos los aportes de MarildaIamamotto (2003) quien sostiene que en la intervención profesional existen tres dimensiones. Primeramente, una perspectiva teórico-metodológica conformada por el bagaje de teorías del campo de las ciencias sociales y las herramientas metodológicas que permiten la intervención profesional de manera sistemática y fundamentada, todo lo cual permite la lectura de la realidad social por parte de lxstrabajadorxs sociales y la definición de acciones pertinentes. En segundo lugar, una dimensión ético-políticaque remite a los principios éticos y la adscripción a un proyecto societal comprometido con la igualdad, inclusión, diversidad y derechos humanos, en tanto se trata de una profesión íntimamente articulada con las relaciones de poder de la sociedad. Por último, una dimensión técnico-operativa que da cuenta de los instrumentos de actuación profesional, la cual debe estar direccionada por las anteriores.

Marco metedológico

Se realizará un estudio de tipo descriptivo y de corte retrospectivo. Para el logro de los objetivos propuestos se empleará una triangulación metodológica, combinando técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo. Acorde a la triangulación planteada, se emplearán dos técnicas de recolección de datos: una estrategia documental y la realización de entrevistas semi-estructuradas, trabajando de este modo con datos primarios y secundarios.

Por una parte se trabajará con registros de la práctica profesional de Trabajo Social. Mediante la lectura de los mismos se buscará obtener una "fotografía" global de la población del estudio y de las intervenciones realizadas.

Por otra parte, se realizarán entrevistas semi-estructuradas a informantes clave (profesionales de Trabajo Social pertenecientes a los espacios institucionales escogidos) a fin de completar la información obtenida de fuentes secundarias y profundizar en aspectos que se consideren relevantes de acuerdo a los objetivos planteados.

La población del estudio estará compuesta por las mujeres usuarias del Hospital Fernández y el Centro de Salud Nº21, cuyas situaciones han sido abordadas por el Servicio Social correspondiente a cada institución, en el periodo comprendido entre el 22/8/17 hasta el 30/11/18 inclusive.

Intervención profesional en situaciones de ILE

Dentro de las complejidades que comprende, en la actualidad, realizar una interrupción legal de embarazo, la intervención profesional de las trabajadoras sociales en el ámbito de la salud, pareciera tener un rol estratégico en varios sentidos.

Uno primero, que podría englobar al resto, es el de facilitar la efectivización del "dere-

cho a decidir". Si bien el mismo no está consagrado como tal en el sentido universal del término, se ha viabilizado mediante las causales que explicita el Código Penal, la jurisprudencia y protocolos vigentes.

En este capítulo se desglosará a partir de las diversas entrevistas realizadas y el análisis que de ellas deviene, este "rol estratégico" que la práctica profesional de las trabajadoras sociales asume, cuando se trata de intervenir en situaciones de ILE. Es decir, cómo se procura el cumplimiento de la normativa cuando la demanda es clara y precisa, y cómo en los casos en que el deseo de no continuar con un embarazo no es tan transparente, la tarea es la construcción de esa demanda en conjunto con lxs usuarixs.

La puerta de entrada: cómo llega la demanda

Las profesionales entrevistas, tanto del CeSAC como del Hospital, coinciden en que el Servicio Social oficia muchas veces como "puerta de entrada" ante el arribo de consultas.

La Trabajadora Social Nº4 perteneciente al CeSAC, refiere en relación a esto, que muchas mujeres se dirigen a la administración sin demasiadas especificaciones y que cuando el personal que allí atiende "descubre" la demanda, acude a una trabajadora social: "Sí hay un administrativo en particular que tiene como más oído, él sí nos deriva a nosotras y es como la puerta de entrada, ahí sí, por Trabajo Social"(Trabajadora Social Nº4).

Desde el Hospital, la Trabajadora Social Nº1 relata cómo muchas mujeres llegan de manera espontánea con otra impronta, donde el desafío no es ya detectar la demanda o dilucidar si lo que solicita o necesita es una interrupción, sino que, "...las mujeres que venían acá no tenían en claro si iban a encontrar la contención pero por ahí porque una amiga la aconsejaba venir al Servicio Social porque ahí iban a tener más información y la iban a poder acompañar, desde ese lugar. Si, por lo menos en la intervenciones en la que yo estuve, con una decisión tomada muy clara. Venían a buscar acompañamiento por algo que ya habían decidido. Saber cómo acceder, cómo proceder"(Trabajadora Social Nº1).

Retomando la conceptualización del Servicio Social como "puerta de entrada", esta idea podría dar cuenta de una dimensión del trabajo social, como se mencionaba al principio, en tanto receptor y procesador de demandas relacionadas a derechos que aún no se constituyen plenamente como tales, o incluso, derechos a conquistar, pero que se interpretan como necesidad a resolver. Necesidad, en este caso, expresada en el deseo de las mujeres de decidir sobre sus cuerpos y vidas, que no son solo conceptualizadas como tales por las trabajadoras sociales entrevistadas sino por una porción de la sociedad[4]. Esto involucraría no solamente el acto de interrumpir un embarazo en curso que no se quiere llevar a término, sino todo lo que sucedió para que esa gestación se consumará en términos de una cadena de deseos vulnerados.

Después de la frontera: seguimiento, promoción y prevención

Luego de la recepción de la demanda, los caminos a seguir en el Hospital y el CeSAC no siempre son espejados. Si bien hay una perspectiva de trabajo común en ambos, las dinámicas institucionales y las instancias (del embarazo) en que interviene cada efector

4. La legislación vigente que permite la realización de ILEs, incluido el fallo F.A.L emitido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación y la presentación por séptima vez del proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo y su acompañamiento con masivas manifestaciones en las calles del mismo, da cuenta de esta idea. Se concibe que todo lo suscrito fue producto de disputas de sentidos, concepciones y prácticas que expresan que una masividad pugna porque el aborto se convierta en un derecho, más allá de su materialización en un cuerpo legal o no.

configuran diferentes recorridos en cada caso.

La Trabajadora Social Nº3 explica que en el Centro de Salud, considera relevante la evaluación y diagnóstico de las situaciones de parte de Servicio Social, desde una perspectiva de salud integral a la hora de comprender la voluntad de las mujeres de interrumpir su embarazo. Esto implica el reconocimiento de las dimensiones sociales, determinantes sociales de la salud de las pacientes, sobre todo para construir la argumentación de las causales, que es lo que permite viabilizar o no una ILE.

En esa línea, hace referencia al acompañamiento de las pacientes en este proceso, tanto en relación a la toma de decisiones como a la comprensión de la información brindada por "los médicos". Esta profesional observa que en muchas ocasiones los mismos no logran explicar a las usuarias, cosas tales como las indicaciones requeridas para esta práctica. Entonces, marca como uno de los quehaceres profesionales, "hacer repreguntas sobre lo que el médico dice para que quede clara la información y acompañar un poco el proceso", así como realizar el seguimiento de la situación, porque el Servicio Social tendría "otra escucha de las situaciones, otra paciencia"(Trabajadora Social Nº3)

Podría pensarse a partir de este relato, que el rol de la trabajadora social en el CeSAC interviniendo en situaciones de ILE, representa la integralidad desde la cual mencionaba realizar su práctica, en tanto intenta asociar lo que pareciera completamente fragmentado. Lo médico de lo social, lo racional de lo emocional. En ese sentido, el acompañamiento de la trabajadora social que incluye la escucha paciente y atenta, el diálogo, la mediación con otros profesionales, entre otras cosas, va construyendo un sentido de totalidad tanto en la demanda como en su resolución. Expresar la causal de la interrupción como problema que deviene de las condiciones de vida de unx sujetx y no como un síntoma o una cuestión fisiológica, no sólo abona a vehiculizar una práctica como un ILE, sino a un trabajo más profunda con la mujer involucrada, que luego se desarrollará como perspectiva de intervención en los apartados siguientes.

Respecto al seguimiento de las situaciones, una de las trabajadoras sociales del CeSAC refiere realizarlo, sobre todo haciendo referencia al post-aborto, en pos de que la mujer finalice la atención con un método anticonceptivo (MAC), expresando que considera que esto sucede en la mayoría de los casos ("95% de los casos", Trabajadora Social Nº3, CeSAC). Y aclara que en situaciones de violencias múltiples o una vulneración muy alta de sus condiciones de vida se continúa con el seguimiento cuánto se evalúe necesario.

La Trabajadora Social Nº1 manifiesta que en el Hospital, el seguimiento de las situaciones una vez realizada la práctica, es un aspecto a reforzar, que se realiza en algunas situaciones por Consultorio Externo pero que no es lo habitual.

Una de las líneas vertebrales de la Atención Primaria de la Salud consiste en prestar los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver problemas de salud de las comunidades (Declaración de Alma-Ata, 1978) En ese sentido la Trabajadora Social Nº4, relata que el trabajo preventivo-promocional desde el Centro de Salud en relación a esta problemática no ha sido desarrollado de forma directa, planteando la duda de si esto sería posible con las controversias que genera aún hoy, el tema. Plantea que se aborda indirectamente enmarcado en actividades de salud sexual y reproductiva, sin brindar mayores detalles en relación a cuáles serían las dificultades y resistencias en el Centro de Salud. "Todo lo que es preventivo-promocional es la pata floja, y tampoco sé si podríamos hacerlo abiertamente, ¿no? Pero sí enmarcado dentro de salud sexual, abrir un poco ahí la ventana. Pero la verdad es que no lo hemos hecho hasta el momento"(Trabajadora Social Nº4)

Sin embargo, la Trabajadora Social Nº2,

desde el Hospital, aporta que independientemente de las ILEs la intervención profesional no puede escindirse en lo preventivo, lo asistencial y lo promocional, sino que todo es parte de un continuo. Expresa que ciertos debates profesionales subestiman lo asistencial, y que ésto es fundamental, ya que si lo preventivo y promocional no se concreta en un efectivo acceso a recursos y mejoramiento de las condiciones de vida, desde su perspectiva no resulta suficiente.

"Me parece como que todas esas dimensiones son parte de la intervención en particular y en general sobre este tema, como que trabajar en lo preventivo y en lo promocional solamente sin tener en cuenta el acceso a los recursos … me parece que es parte de la intervención y va en conjunto. Como que por ahí muchas veces se escucha, no digo acá sino en lo general en el colectivo profesional se habla de bueno… hay que hacer cosas más preventivas, promocionales y demás cuando en realidad eso es lo más importante por así decirlo de alguna manera porque si no se garantiza el acceso a recursos y demás como un aporte a mejorar las condiciones de vida y demás es muy difícil trabajar en lo preventivo y promocional. No sé ahora con los debates que hay ahora en la Facultad, pero es un tema que se subestima lo asistencial" (Trabajadora Social Nº2)

Una dificultad que emerge de las entrevistas realizadas y que relatan como parte de las condiciones de trabajo en el Hospital, es la falencia en el registro, aludiendo que poner en papel las intervenciones es muy costo, en tanto encontrar el tiempo para poder hacerlo. Respecto a esto la Trabajadora Social Nº1 relata, "El registro la verdad que es una falla grande pero en todos los aspectos. A mí en consultorios externos el registro me cuesta mucho sostenerlo. Después quiero reconstruir y me cuesta horrores. No es algo que me suceda con esta temática en particular."(Trabajadora Social Nº1)

Este señalamiento no es algo menor, teniendo en cuenta que la construcción de causales puede darse de manera conjunta pero la certificación de la misma debe firmarla unx medicx.En función de esto, el registro de las intervención, la argumentación de las causales, todo lo que quede por escrito de lo realizado en la intervención es de suma importancia a la hora de dar cauce a un ILE. Si bien la competencia atribuída a una trabajadora social no es la misma que a lxs medicxs por lo antedicho, es una apuesta avanzar como colectivo profesional en ese sentido.

El periscopio: enfoque y perspectiva

En el recorrido de las entrevistas realizadas, tanto en Centro de Salud como en el Hospital, se infiere un posicionamiento de las trabajadoras sociales desde una dimensión ético política con una perspectiva crítica de derechos humanos y de género. Esto se expresaría en acercar derechos a poblaciones cuyas condiciones de vida se encuentran precarizadas, así como el compromiso en el cuidado hacia las usuarias en tanto mujeres que atraviesan por múltiples violencias de parte del sistema de salud.

Por otra parte, se vislumbran cuestiones que están relacionadas con la inserción del trabajo social en tanto profesión históricamente identificada como subsidiaria de otras, donde la intervención profesional en el ámbito sanitario se presentaría como un desafío a construir. En palabras de una de las trabajadoras sociales del Hospital, " ...en este sentido el Servicio tomó una posición de intentar por todos los medios que se garantice. Se generaban discusiones en el Servicio: "no, esto hay que seguir peleándolo porque a esto hay que garantizarlo acá", y por ahí yo en ese momento entendía eso, pero también entendía que la angustia y el precio que estaba pagando esta mujer por tratar de sentar algún precedente o dejar en claro cuál es la posición y qué es lo que hay que garantizarse, también

era seguir exponiéndola. Pero por lo menos que yo haya sabido han sido dos situaciones."(Trabajadora Social Nº1).

Esta referencia tiene un anclaje directo con todo lo que se fue describiendo en el capítulo, logrando una síntesis del rol del Servicio Social en las intervenciones de ILE. Caracteriza a las trabajadoras sociales en estas situaciones como profesionales que priorizan la escucha amplia, que buscan acompañar, que intentan abrir caminos, abrir mentes, y aportar otra mirada que no sea desde el juzgamiento. Sin embargo expresa que el colectivo es tan amplio que hay diferentes intervenciones como tantos colegas existen, reconociendo diversidad y contrapuntos aún dentro del propio colectivo profesional, así como adherencias a diferentes líneas teóricas, prácticas, ideológicas, etc.

Interdisciplina, identidad y condiciones de trabajo

Si bien las trabajadoras sociales identifican tareas específicas como profesional que implican una intervención propia del Trabajo Social, entienden que el abordaje tiene que ser interdisciplinario para ser efectivo. Así lo expresa la Trabajadora Social Nº4.

"...pasa que no lo puede hacer sola la Trabajadora Social, entonces, una sabe que está haciendo las cosas… que está en un proceso y que hay muchas cosas que hoy no logra hacer pero que bueno que se propone ir mejorando en el día a día. Y acompañando también a los grupos, porque es muy movilizante para los profesionales recibir situaciones de interrupción de embarazo, en general con mucha ansiedad, y desde Trabajo Social también nos propusimos ser ordenadas en ese sentido, acompañar a nuestras compañeras, poder ser prolijas en la atención, garantizar el seguimiento. Hay cosas que nosotras no podemos garantizar, que es dar la medicación, no lo hacemos. Podemos hacer lo otro, y en eso creo que estamos"(Trabajadora Social Nº4, CeSAC).

En relación a esto, otra de las profesionales del Hospital marca algunas tensiones que se producen en el ya no intento de trabajo interdisciplinar sino en la necesaria intervención compartida que requiere las ILEs. Relata que en la primera intervención que realizaron, la usuaria llegó demandando una interrupción del embarazo y los médicos no podían encuadrarla de ninguna manera, sin embargo ella insistía en que:

"...tenía derecho ya que estaba que estaba muy bien informada y posicionada, entonces dieron intervención a Servicio Social. La TRabajadora Social comenta que hasta ahí no había nada construído en el Hospital respecto de la temática y que las llamadas eran constantes con el Programa (de Salud Sexual y Reproductiva), tomando nota de cada cosa que decían para después poder armar un informe que era la primera vez que realizaban" (Trabajadora Social Nº2) .

Otra de las trabajadoras sociales del Hospital también recuerda la misma situación y agrega:

"Yo recuerdo esta primera situación que me tocó intervenir, yo sentía que estaba muy en falta con ella, sentía que necesitábamos prepararnos más. Y Viviana nos decía "no, chicas, ustedes desde ahí tienen para decir, tienen para sostener cuál es el rol del trabajo social". Si no acompaña Salud Mental, si no acompañan otros servicios, ustedes tienen mucho para decir en ese informe. Y en ese momento es cuando yo empiezo a tomar conocimiento del lugar" (Trabajadora Social Nº1).

Si bien se deja ver que en un primer momento, la relación con otras disciplinas dentro del hospital se daba más como un enfrentamiento que como un intento de cooperación, la intervención de un programa ministerial, externo, que pueda asesorar y mediar cuando se requiera funcionó no solo en la concreción de la ILE sino en la autoafirmación del Servicio Social como un actor protagónico en el proceso y nada subsidiario,

característica que antes mencionaba una de las Trabajadoras Social como atribuída a la profesión. Este apoyo desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva brindó al Servicio Social del Hospital un lugar desde el cual posicionarse en la institución para intervenir, al menos en esas situaciones relatadas.

Otras de las tensiones que aparece en las entrevistas en relación al trabajo interdisciplinario o en equipo, son en lo referido a la normativa y la construcción de las causales. En el relato de una de las trabajadoras sociales aparecen ellas mismas como las únicas profesionales del Cesac que parecieran conocen la normativa vigente sobre ILE. "En las Trabajadoras Sociales que somos montón, bueno tantas como 3, con la resi, sí. El resto de los profesionales me parece que no en todos. Me parece que no y tambien me parece que algunos piensan que tiene conocimiento y es un conocimiento erróneo. O por lo menos lo interpretan distinto a lo que interpretamos nosotras" (Trabajadora Social Nº4, CeSAC)

Una de las trabajadoras sociales, aporta respecto de este punto, que en la construcción del causal se juega lo que cada profesional o disciplina entiende por salud, a por qué esta problemática afecta a la salud y qué aspectos forman parte de lo que es la salud. En ese diálogo o disputa, depende de la institución y del momento, identifican también que el mayor problema emerge cuando se debe enmarcar una interrupción en el causal salud y explican: "... poder dar cuenta que ese es un causal, que es lícito, que corresponde que la mujer acceda a la interrupción por eso. Pero una puede estar muy convencido de esa situación y lo charla con el equipo, pero después sabe que quizás hay otro que lee eso y que no está de acuerdo y que puede haber como, reprimendas" (Trabajadora Social Nº4, CeSAC)

Respecto al trabajo articulado con otrxs, además de los equipos de salud y profesionales, se mencionan la articulación con profesionales de medicina familiar (CeSAC), ginecología y referentes "amigables de la guardia (Hospital), Programa de Salud Sexual y Reproductiva de CABA, y otros centros de salud, refiriendo que no existen articulaciones con organizaciones sociales en el territorio (aludiendo dificultades de los equipos de salud para esto) y la Red de Profesionales por el derecho a decidir emergente de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Seguro, Legal y Gratuito que nuclea a profesionales de la salud de todo el país que procurar garantizar el derecho en el sistema público y privado.También refieren que se trabaja con la mujer en general, y con miembros de la red socio-familiar que ella desee y acuerde.

Un paso atrás, dos adelante: avances y retrocesos en la intervención con ILE

Un denominador común en las entrevistas realizadas, es la aparición del debate parlamentario por la legalización del aborto como un reactivo dentro de los procesos de trabajo. Es decir, algo que movió discusiones, estructuras, pensamientos y prácticas. Podría pensarse que no solo fue la votación en el Congreso lo que llevó a lograr ciertos avances en lo respectivo a las ILE, sino también una masificación de ciertos debates en torno al /los feminisimo/as y al lugar de las mujeres en la sociedad. Debates que generaron acciones pero también reacciones de acuerdo a los posicionamiento ético políticos profesionales e institucionales, pero también midiendo la correlación de fuerzas de lxs actorxs involucradxs en las compulsas por la realización o no de esta práctica.

En relación a identificar avances y/o retrocesos en la implementación del Protocolo de ILE en el hospital, una de las trabajadoras sociales del mismo, refiere que debe pensarse

como un objetivo profesional y en consecuencia debe haber una estrategia previamente pensada de abordaje que garantice el acceso; y lo diferencia de trabajar la ILE de manera aislada en cada situación. La entrevistada agrega que se ha avanzado en ciertos debates, que con algunos servicios cuesta mayormente la articulación, pero que en ello la ausencia de un plan de trabajo sistemático dificulta el avance.

En ese sentido, comentan que existió una experiencia de un grupo de estudio que se consideró un logro institucional ya que visibilizó orgánicamente el tema, aun siendo esto de forma teórica. Asimismo, también reconocen que su finalización coincidió con el fin del debate parlamentario y la no aprobación del Proyecto de ley de IVE.

También avances, me pareció sumamente que se creó un espacio, aunque como retroceso que no haya podido prosperar, que era el grupo de estudio. Donde buscaba discutir desde diferentes disciplinas. Entiendo que la idea es retomar el año que viene. Ojalá. Pero en relación a los retrocesos, así como este servicio manifiesta una posición, también abiertamente se manifiesta una posición claramente en contra y eso hace muy difícil trabajar, intervenir, y ahí sí lo veo como un retroceso, pero de ser posible retomar el grupo de estudio y seguir avanzando más desde las normativas, desde la letra, no desde sentimientos y posiciones personales, creo que se puede.

Habida cuenta de que la experiencia del grupo de estudio, fue impulsada desde el Servicio Social, también se destaca como avance un consenso casi generalizado en el colectivo profesional del hospital, donde en palabras de la Trabajadora Social Nº

Me parece que así como hay cosas que deberían estar saldadas, hay cosas que por suerte ya no se preguntan, y eso también está bueno. El servicio social se posicionó de tal manera que tuvo un impacto importante, en pos de esto, garantizar derechos. Me parece que como Servicio Social nos obligó a empezar a empaparnos del tema, a informarnos, a tener que reunirnos, y sobre todo tomar una decisión abierta y clara frente a la institución, que eso no es fácil, no es gratuito. Fuimos receptoras de muchas objetividades cuando se presentaban las mujeres solicitando la interrupción del embarazo, pero me parece que eso nos hizo fuertes también, ya no nos cuestionan, ya saben cuál es la posición y cuál va a ser la respuesta de este servicio. Eso me parece que fue un re avance, poder abiertamente decir qué pensábamos como colectivo.

Según otra de las trabajadoras sociales entrevistadas del hospital, desde la perspectiva Teórico-crítica del Trabajo Social puede pensarse la competencia profesional en ILE como una acción dirigida y activa en pos de generar la demanda y garantizar el acceso a la práctica. En base a ello, menciona que desde el Servicio se avanzó en tomar el tema como un objetivo de intervención, lo que permitió instalarlo en el hospital pese a las dificultades que surgieron.

En el Centro de Salud se reconocen en la actualidad avances producto de una articulación más fluida e incipiente con la conformación de equipo con otrxs profesionales (reconociendo que el ingreso de compañeros de equipos básicos favoreció esto), articulación con instituciones y políticas sociales para la obtención de la medicación, entre otras cosas.

Asimismo, una de las Trabajadoras Sociales del CeSAC sostiene que el movimiento social generado a partir del proyecto de ley de IVE favoreció el reconocimiento y el trabajo sobre esta problemática, y la discusión sobre sus características, evidenciándose no tanto en la conformación de equipo, sino más bien en el hecho de que otrxs profesionales del centro derivan estas situaciones a los profesionales intervinientes, alegando que se "puso el tema en agenda" (sic).

Conclusión

En la mayor parte de los relatos de las profesionales, se identifica al trabajo social como una profesión cuyo rol es estratégico, en las actuales condiciones, para garantizar la efectiva práctica de las interrupciones legales de embarazo. No solo por la capacidad de traducir demandas implícitas en derechos garantizados, o de viabilizar aquellas necesidades o deseos que son más explícitas, sino por la disputa que en la construcción de la causales se da.

Se destacó durante todas las entrevistas la centralidad de posicionamientos claros y consolidados como equipos y servicios para poder argumentar y concretar las prácticas requeridas. Esto no resulta algo menor cuando se mencionan las múltiples dificultades que se presentar a la hora de intentar trabajar interdisciplinariamente, algo que exigen este tipo de demandas. Dificultades que hablan en definitiva de qué concepción de salud se tiene, y de cómo se concibe a lxs sujetxs con lxs que se trabaja, así como que relación de poder se establece con ellxs.

Las trabajadoras sociales entrevistadas, consideran que sus servicios sociales procuran intervenir desde una perspectiva crítica de derecho humanos y de género, así como desde una visión integral de la salud y de totalidad de las situaciones que se les presentan como problemas fragmentados. Es función de estos criterios que discuten y disputan la garantización de una práctica solicitada, pensando no solo en que la mujer o persona con capacidad de gestar puedan vehiculizar ese deseo sino todo lo que implica y que hace al derecho a decidir de lxs usuarixs con lxs que se trabaja en tanto sujetxs de derechos deseantes.

En ese sentido, es que reconocen avances y conquistas que fueron logradas gracias a esos posicionamientos claros y a un contexto que por un lado acompañó y simultáneamente propició y generó muchas de las condiciones para que sucedieran.

Reflexiones finales

Realizar una investigación que implique un análisis retrospectivo sobre la práctica profesional da lugar a pensar cuáles son los desafíos que emergen por delante a partir de los hallazgos, siempre parciales y provisorios, que se elaboraron. Asimismo, surgen nuevos interrogantes, algunos de los cuales no ingresaron en el recorte elegido en esta oportunidad y otros que nacen como nueva preguntas a partir de lo que esta investigación sintetiza.

Es un desafìo desde la Residencia de Trabajo Social del Hospital "Juan A. Fernandez", realizar un aporte a la práctica profesional cotidiana de las trabajadoras sociales tanto del primer nivel como del segundo. Las instancias de producción de conocimiento previstas en el programa general de la Residencia, constituyen para este equipo una responsabilidad en tanto lo que se realice tenga un sentido real y no formal, es decir que contribuya con varios objetivos que desde los Servicio Social ya están en juego.

Por un lado, contar con un instrumento, una herramienta que, dentro de un Modelo Médico Hegemónico de concepción de la salud, de las instituciones, de lxs trabajadorxs y usuarixs - vigente en el ámbito de la salud y por tanto en los lugares de trabajo- logre un avance en la validación institucional de la intervención profesional del Trabajo Social en situaciones de ILE. En otras palabras, que se jerarquice científicamente la argumentación construida desde la disciplina, apuntando a que se la tome con el rigor con que se acepta la argumentación e intervención médica, y no

como "opiniones" subjetivas y sin base empírica. La importancia de este punto radica en avanzar en que la intervención desde los Servicios Sociales no sea cuestionada per se, como así tampoco los argumentos con los que se construyen las causales en las que se encuadran los ILEs, o la decisión de la realización o no de esa práctica. Contar con producción propia que sustente ese quehacer se espera que sea un aporte a progresar en este objetivo.

Otro de los objetivos impulsados desde los Servicios Sociales es lograr un posicionamiento claro respecto al proyecto ético político profesional desde el que se trabaja. En particular en esta temática, podría ser la vehiculización del deseo de las mujeres de interrumpir un embarazo, o de decidir qué hacer con su cuerpo. Esta demanda, se enmarca en una perspectiva como se dijo de Derechos Humanos, de Género, que abone a construir en conjunto con las usuarias procesos de autonomía sobre sus cuerpos y sus vidas; que trabaje con una conceptualización de salud integral y de totalidad, sin escindir el sujeto de sus condiciones de vida sino entendiendolx como constituídx por ellas; que no acepte pasivamente la subalternización de la profesión por parte de las disciplinas hegemónicas en el sistema de salud sino que dispute ese lugar y esa relación de poder; que pueda reflexionar constantemente y de manera crítica sobre la práctica, entre otras cuestiones.

Por último, podría pensarse en un objetivo que guarda relación con el anterior que tiene que ver con utilizar esta investigación para dialogar con otras disciplinas desde la experiencia compartida y recomenzar o continuar procesos de construcción de criterios comunes en pos de poder avanzar en un trabajo interdisciplinarios real en la temática y no fragmentado o desencontrado.

Como se mencionó en el encuadre de la investigación, las voces que aparecen son las de las profesionales de los Servicios Sociales. Es una tarea pendiente del equipo investigador, poder plasmar la perspectiva de las usuarias en un futuro trabajo, que es un faltante en la construcción de este análisis, y que en coherencia con los postulados teóricos e ideológicos de la investigación, son necesarias.

Algunos interrogantes se presentaron, también, luego de la finalización de los capítulos estipulados.

¿Es la intervención profesional del Trabajo Social circunstancial o coyuntural por la forma en que en la actualidad se lleva adelante la ILE? Se ha dejado claro que la participación de la disciplina en el proceso constituye un paso estratégico para su cumplimiento, ya que no es una práctica que se realiza a viva voz o de forma universal a pesar de su implementación por causales legal y obligatoria ¿Sería lo mismo si es el aborto como tal fuera legal en su totalidad o si existiera una política pública de obligatoriedad de implementación de la ILE ? ¿Qué de eso estratégico del rol continuaría y qué debería mutar en ese intervención? ¿Sería necesario intervenir siempre si se constituye como una práctica más del sistema de salud, si no se hace en otras tantas?

En consonancia con lo movilizante del proceso que la sociedad en su conjunto atravesó respecto de la lucha por el aborto legal, surge como puntapié a seguir pensando ¿Cómo nos atraviesa como mujeres trabajadoras y parte de una profesión feminizada, potenciales demandantes de una ILE, esta temática? Se trabajó acerca de lo que les sucede a lxs médicxs y a aquellxs que se reconocen objetorxs de conciencia o que polemizan con la decisión de la mujer de interrumpir pero escapó a este trabajo reflexionar en profundidad cómo moviliza a las trabajadoras sociales que intervienen activamente desde las perspectivas mencionadas, estos procesos.

Las que suscribimos, somos conscientes del dinamismo del proceso en el que está inmerso el trabajo con la Interrupción de embarazos. Así como se mencionó la correlación entre los debates que se dan socialmente y los

que suceden al interior de los equipos de salud, vale destacar también que lo que aquí se refleja será pronto más útil como una página en la historización de la legalización del aborto y su implementación en el sistema público de salud, que algo que se sostenga en el tiempo. Sin embargo, sea cual sea el devenir de los hechos, se entiende que la importancia del registro, el análisis y la producción de datos y conceptualizaciones contribuye en ese camino.

Bibliografía

- Berra, A. (2017) El derecho a la interrupción legal del embarazo: un estudio sobre el aborto como consulta de salud desde la perspectiva de género. Maestría Género, Sociedad y Políticas, FLACSO.
- Comes, Y., Stolkiner, A. (2005) Si pudiera pagaría': Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones, vol. XII, 2005 , pp. 137-143. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- ELA Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, CEDES Centro de Estudios de Estado y Sociedad y REDAAS Red de Acceso al Aborto Seguro en Argentina (2018) Las cifras del Aborto en la Argentina. El debate exige datos precisos y evidencia empírica de fuentes válidas.
- Fernández-Vázquez, Sandra. "Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires". Revista de Bioética y Derecho, núm. 43, Mayo-Agosto, 2018, pp. 145-160. Observatori de Bioètica i Dret - Cátedra UNESCO de Bioética.
- Gianna, S. (2011) Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional. En Revista Cátedra Paralela, N°8. Buenos Aires.
- Iamamoto, M. (2003) El Servicio Social en la contemporaneidad. Trabajo y Formacion profesional. Cortez Editora, Brasil.
- Menéndez, E. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. II Jornadas de Atención Primaria de la Salud . Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud (2015) Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Presidencia de la Nación, Argentina.
- Oliva, A. A. y Mallardí, M. W. (2015) Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del trabajo social. Tandil: Consejo Editorial de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- OMS (1946) Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York. 19 de Junio al 22 de Julio de 1946.
- OPS (2008) Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015) Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo
- Pautassi, Laura (2015) Los derechos en las políticas sociales. Desafíos teóricos y opciones estratégicas". Revista Debate Público. Argentina.
- Pombo, G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales, nº 66.
- Ley N° 23.377 del Ejercicio de la Profesión del Servicio Social o Trabajo Social. Año 1986.
- Ley N° 27.072 Federal de Trabajo Social. Año 2014.
- Ley N°18.987 (2012). "Interrupción Voluntaria del Embarazo". Uruguay.

VIOLENCIA MACHISTA, SALUD PÚBLICA Y DISPOSITIVOS GRUPALES

Lic. Maia Epstein
Lic. Marisa Viegas

. . . . .

El presente trabajo pretende ser un aporte para la reflexión entrono al abordaje dela violencia machista como problemática de salud pública. Desde el marco teórico se abordará las características y particularidades de este tipo de violencia, sus formas y modalidades. Asimismo, se retomaran debates en torno a las categorías de violencia y opresión, con el objeto de profundizar las definiciones en torno a esta problemática estructural. Una vez delimitada la problemática, se abordara la estrategia de los grupos de concientización, recopilando la historia que dicha herramienta detenta en nuestra ciudad, en clave del movimiento de mujeres y las distintas respuestas que se han constituido a lo largo de la historia para la contención y acompañamiento de los procesos de reflexión y autoconciencia de la problemática. Asimismo, se recupera el concepto de "espacios de suspensión" para profundizar los alcances del abordaje propuesto. En este sentido, la salud integral como perspectiva desde la cual revisar la práctica profesional orienta el análisis de los dispositivos grupales de atención. Finalmente, se retoma la experiencia de los grupos de mujeres del Cesac 20 y el Hospital Piñero, a los fines de entablar un dialogo entre el marco teórico y la práctica profesional, esbozando algunas reflexiones finales que aporten, entre otras cosas, a poner en tensión los abordajes actuales, la interdisciplina, los recursos institucionales, etc.

Perspectiva teórica

Violencia Machista[1]

Todo tipo de violencia ejercida hacia una persona por el hecho de ser o parecer mujer[2]. Otorgándole a estas un carácter de inferioridad y subordinación a quien detenta el poder en una sociedad patriarcal -asimetría-, el varón/masculino. En este sentido, la idea de superioridad masculina configura un tipo de masculinidad hegemónica que se impone también a otras masculinidades subalternas.

1. ¿Por qué no Violencia de género? Porque el género como categoría relacional de análisis y reflexión no es patrimonio exclusivo de uno solo de los grupos que podrían ser analizados a la luz de la misma. Utilizar la categoría género como sinónimo de mujer invisibiliza los otros colectivos que padecen opresiones expresadas en relación al género, por lo que resulta incorrecto utilizar violencia de género circunscripta a aquella que padecen las mujeres por serlo.

2. La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) define este tipo de violencia basada en género como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o sicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada" (Art. 1).

Asimismo, la violencia machista implica la construcción y reproducción de estereotipos y roles de género, portando un carácter instrumental, es un mecanismo de control para el ejercicio de la dominación: "La violencia contra las mujeres, en medio de un universo de violencia, presenta claves específicas. Es decir, formas específicas de legitimación, basadas no en su condición de personas sino de mujeres."[3] La violencia hacia las mujeres implica distintas formas y modalidades.

En nuestro paisa, la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres reconoce: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia económica y patrimonial, y violencia simbólica. Por otra parte, las modalidades de violencia de género se relacionan con los diferentes ámbitos donde se ejerce dicha violencia: violencia doméstica, violencia institucional, violencia laboral, violencia contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica, violencia mediática y violencia en el espacio público.

En nuestro paisa, la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres reconoce: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia económica y patrimonial, y violencia simbólica. Por otra parte, las modalidades de violencia de género se relacionan con los diferentes ámbitos donde se ejerce dicha violencia: violencia doméstica, violencia institucional, violencia laboral, violencia contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica, violencia mediática y violencia en el espacio público.

Violencia machista como problemática social

En los setentas, el movimiento de mujeres instaura el slogan "lo personal es político", los movimientos sociales protagonizan la lucha contra un Sistema que pese a su enunciación e universal era clasista, sexista, racista e imperialista. Se complejiza el análisis a la luz de las múltiples opresiones que atraviesan los distintos colectivos. En materia de mujeres, el entrecruzamiento y la interseccionalidad de las variables sexo, clase, género, etnia, se hace más evidente y comienza a reflejarse tanto en la producción teórica como en los espacios de debate y reflexión desarrollados por el movimiento. En este aspecto han tenido un rol protagónico las organizaciones de mujeres negras, que instalan la necesidad de visibilizar hacia el interior del movimiento de mujeres la diversidad dentro de dicho grupo, camino que también andarán las organizaciones de lesbianas en otra etapa. Las mujeres como un grupo heterogéneo en sí mismo es el punta pie para incorporar al análisis categorías como clase, raza, etnia, junto con el género.

"En su obra Política Sexual, Kate Millett escribe: No estamos acostumbrados a asociar el patriarcado con la fuerza. Su sistema socializador es tan perfecto, la aceptación general de sus valores tan firme y su historia en la sociedad humana tan larga y universal, que apenas necesita el respaldo de la violencia". Y, sin embrago continua Millett "(…) al igual que otras ideologías dominantes, tales como el racismo y el colonialismo, la sociedad patriarcal ejercería un control insuficiente, e incluso ineficaz, de no contar con el apoyo de la fuerza, que no solo constituye una medida de emergencia, son también un instrumento de intimidación constante"[4]. De este modo, lo que se propone es una lectura de la violencia machista como estructural, superando su condición de suceso, de problema personal entre agresor y víctima, la violencia machista implica una violencia estructural sobre el colectivo definido socialmente como femenino. En este sentido, el ejercicio de la violencia persigue el fin de la reproducción del sistema social, sobe sus bases de desigualdad de gé-

3. A. de Miguel Álvarez. La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. Universidad de A. Coruña. Ficha de Cátedra, Diplomatura "Género y movimientos feministas", Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 019. Página 23.

4. A. de Miguel Álvarez. Op. Cit., Página 238.

nero, pero también de clase, de raza, etc.

En este sentido, cuestionar las matrices vinculares familiares, la reproducción de la violencia dirige también el debate hacia la institución familia. Si bien el análisis de la categoría familia excede los alcances de este trabajo, resulta necesario mencionar que la familia inmersa en esta sociedad en crisis pone al descubierto su estructura de opresión y desigualdad. Si alguna vez operó como un "valor refugio", en tiempos de conmociones sociales, se ha convertido muchas veces en el escenario donde estalla el conflicto social. La familia no es violenta por naturaleza; es la violencia la que se instala en su seno, desde el orden social, es mediadora entre el orden social y la subjetividad. En un orden social fundado en clases sociales y el principio de la propiedad privada, éste se instala en la familia a nivel de los vínculos. Se naturaliza que haya sujetos que se consideran autorizados a la posesión del otro, que no es un semejante, sino un objeto, especialmente la mujer. Y asimismo, se establecen mecanismos de explotación y opresión en el marco de las relaciones sociales.

La reconfiguración de la problemática de la violencia machista como problemática social dio lugar a un proceso que implicó también algunas respuestas a dicha problemática: políticas -reivindicativas- para su erradicación centradas en aspectos preventivos y punitivos.

Violencia y opresión

La problematización de la violencia hacia las mujeres por fuera del ámbito privado, es decir, instalando el debate en la esfera de lo público, exigió ciertas demandas de justicia en las que se puede ubicar un giro hacia "el derecho penal" que establecerá algunos cambios en las concepciones y discursos en torno a la violencia.

En los 70' "El descubrimiento de la relación entre la sociedad Patriarcal y la victimización de las mujeres supuso la aparición del debate en torno al uso del derecho penal como instrumento de cambio social progresista y feminista."[5] Actualizar ese debate implica incorporar los nuevos debates acerca del punitivismo, por lo que podríamos sintetizar dos posiciones posibles, rechazar el derecho penal por pertenecer a la justicia patriarcal en su carácter de instrumento de poder de las clases dominantes, o la reivindicación de una aplicación más igualitaria del mismo, mientras el feminismo desarrolla nuevos y diferentes mecanismos para alcanzar instancias reparatorias y de impartición de justicia. El feminismo, como todo movimiento social, presenta heterogeneidad de posiciones y estrategias, el sentido de retomar este debate radica en la posibilidad de introducir alguna reflexión en relación al uso del término violencia por sobre el termino opresión.

El término opresión introduce al análisis varios fenómenos que entrelazan la violencia hacia las mujeres con otras situaciones de violencia u opresión que el feminismo poscolonial introducirá al debate a través del término interseccionalidad: es decir, el carácter constitutivo e indivisible de la opresión de género, clase, raza, etnia, etc.

T. Pitch plantea que el termino opresión permite una lectura de dicha totalidad, mientras que el termino violencia ha devenido en un recorte del análisis a un solo aspecto fenoménico, la violencia hacia las mujeres más vinculada al padecimiento personal. La opresión como termino devuelve al debate el carácter colectivo del padecimiento, y a su vez, permite colocar la violencia machista en el escenario de una sociedad desigual, en la que se producen y reproducen otra serie de desigualdades que constituyen opresiones, múltiples opresiones, que también afectan a las mujeres en tanto clase trabajadora, en tanto población migrante, etc. La autora mencionada ubica en los años 80' la pelea del feminismo por el reconocimiento de la violencia sexual como un delito, en contracara del reconocimiento del derecho a decidir y elegir

5. A. de Miguel Álvarez. Op. Cit., Página 240.

como, cuándo y con quién tener relaciones sexuales por parte de las mujeres, confirió al derecho penal un peso simbólico significativo. Aquello que se pretendía jerarquizar en tanto problema social (violencia sexual) protagonizo la escena discursiva, el termino violencia se impuso por sobre opresión. Siguiendo el planteo de la autora, la supremacía del concepto de violencia genero un efecto negativo al instalar la idea de víctima como única posición posible para las mujeres. Como consecuencia, la individualización del análisis, configurando cada situación como aquella dada entre un agresor y una víctima, descontextualizándolo recolocando la escena en el plano de un suceso particular, escindiéndolo del entramado de relaciones sociales complejas en el que dicho acto violento sucede. Así, se producen efectos de individualización y privatización de los hechos, de sus causas y consecuencias. Plantea Pitch "Este escenario simplificado a sabiendas, en el que se vuelve a poner el esquema binario dominantes- dominadas, verdugos-victimas, puede tener una potencia retorica en sí, pero, aparte de tener pocas esperanzas de ser asumido por la mayor parte de las mujeres como expresión de su experiencia de vida, no hace más que reforzar la importancia del derecho penal, sea como solución privilegiada sea como repertorio de lenguajes, símbolos e imágenes. Con esto no quiero decir que la justicia penal no deba intervenir ni que las mujeres que han sufrido violencia no deban ser definidas como "victimas", al igual, en este sentido, que cualquier persona que haya sufrido cualquier tipo de delito. En cambio, me sorprende, tal y como he intentado expresar hasta ahora, el uso de los términos 'violencia' y 'feminicidio' para definir la compleja situación de desigualdad, subordinación y discriminación a la que las mujeres todavía están sometidas, y también a experiencia que tienen en esta situación distintas mujeres en contextos diferentes"[6]. Finalmente, la autora propone la utilización de términos como violencia masculina o feminicidios para dar cuenta de las situaciones puntuales de padecimiento de mujeres concretas, sin perder el eje central de dar contexto a esas experiencia, en el marco general de desigualdades y opresiones en el que se expresan, comprendiendo que, si bien las respuestas jurídicas son en muchas ocasiones importantes en términos de dichas situaciones particulares, resultan insuficientes en términos de abarcar la trasformación social necesaria para el fin de dichas opresiones.

Grupos de autoconciencia, espacios de suspensión

Retomando desde el párrafo anterior, cabe mencionar que los grupos de mujeres a los que haremos referencia en este trabajo constituyen dispositivos grupales no exigen como condición para la participación la realización de ningún tipo de denuncia judicial, ni la constatación de la desvinculación de las mujeres de sus parejas violentas, etc. Si bien desde estos espacios grupales se puede acompañar el proceso judicial que muchas de las participantes atraviesa, e incluso ante una situación de alto riesgo de vida, recomendar se establezca una denuncia con el correspondiente pedido de medidas de protección y resguardo para la denunciante, estas circunstancias no configuran en ningún caso una condición para la integración al grupo. Asimismo, esto implica un abanico de intervenciones profesionales que, por fuera de lo jurídico, pretenden abordar el derecho a una vida libre de violencia, en el marco de acciones para la prevención de la misma y la promoción de una vida saludable, en los términos más amplios posibles.

Dedicaremos entonces unas líneas a recapitular el sentido con el que han sido creados los grupos de auto conciencia en el marco del movimiento feminista de los años 70', para establecer adelante un correlato con aquello

6. Tamar Pitch. Violence Against Women and their Political Uses. Universidad de Perugia (Italia). Ficha de Cátedra, Diplomatura "Género y movimientos feministas", Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 019. Página 25.

que sucede en los grupos de mujeres del Hospital Piñero y el Cesac 20del bajo flores porteño.

Grupos de concienciación: Espacios para la reflexión y toma de conciencia de la violencia machista en términos de problemática estructural

En los 70' en buenos aires el movimiento de mujeres desarrollo los grupos de concienciación. Los mismos consistían en grupos de mujeres pequeños (de 6 a 8 integrantes), en los que a partir de algún tópico vinculado a las opresiones hacia las mujeres (sexualidad, maternidad, dependencia económica, etc.), cada participante contaba con un tiempo para expresar su experiencia personal. Luego de esa instancia, la coordinadora del grupo realizaba algunas mediaciones entre los relatos allí vertidos vinculados a la esfera privada-íntima con la violencia como problemática estructural, ligándolos al plano público- político. "Las feministas trabajaron a partir de sus experiencias personales, intimas, y simultáneamente cuestionaron el orden público-social"[7].

Los grupos de concienciación son los orígenes de las diversas experiencias grupales que se han desplegado desde entonces hasta la actualidad para el abordaje colectivo de la situación de opresión y violencia que padecen las mujeres en nuestras sociedades.

Para el análisis y reflexión en torno a los dispositivos grupales que son el eje de nuestras experiencias profesionales, introducimos el concepto de "espacios de suspensión".

Lukács plantea que "(…) hay tres formas de suspensión de la cotidianeidad: el trabajo creador, el arte y la ciencia. (…) las suspensiones son justamente suspensiones de la cotidianeidad. Ellas que permiten a los individuos, vía la homogenización, asumirse como seres humanos genéricos (…) establecen un circuito de retorno a la cotidianeidad; (…) percibe la cotidianeidad diferencialmente: (…) el retorno a la cotidianeidad después de una interrupción (sea creativa o de disfrute) supone la alternativa de un individuo (…) que se elevó a la conciencia humano genérica."[8]

Los grupos de concienciación como espacios de suspensión posibles -en términos de establecer un corte en el cotidiano para la reflexión en torno a ello, con perspectivas de crear y desarrollar alternativas posibles para modificarlo una vez que ese espacio concluye y se retorna- permite recuperar la totalidad en la que se inscriben las situaciones singulares y particulares que circulan en los relatos de las mujeres participantes de los grupos.

Recuperando las ideas en torno a opresión y violencia antes mencionadas, se podría establecer que un abordaje de la violencia machista en clave de opresión exige espacios para la reflexión y el debate, para la construcción y deconstrucción de las ideas que sostienen las bases de la problemática en cuestión, que consoliden los intercambios necesarios para modificar la situación de padecimiento tanto en el plano individual personal como en el social-colectivo: la transformación social para una vida libre de violencia.

Salud integral: la Violencia Machista como problemática de salud

Desde una perspectiva de salud integral resulta necesario incorporar la atención a la problemática de la violencia como un problema de salud pública. La OMS establece que la salud consiste en alcanzar un equilibrio de bienestar físico, psicológico y social. En ese sentido, alejando el análisis de posturas biologicistas y reduccionistas, las condiciones de producción y reproducción de la vida cotidiana de las personas constituyen también materia de abordaje desde el sistema público de salud. La violencia de género

7. Dra. Catalina Trebisacce. Clase 3: Las feministas de los setenta, una militancia excéntrica. Seminario: Mujeres en lucha en Argentina. Ficha de Cátedra, Diplomatura "Género y movimientos feministas", Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 2019.

8. Jose P. Netto, "Capitalismo Monopolista y Servicio Social". 2° edición. Cortez Editora, 2002.

constituye una problemática social sumamente compleja, con consecuencias directas e indirectas sobre la salud y la existencia íntegra de las mujeres y las de sus relaciones sociales y vinculares -su contexto familiar y/o comunitario- y el ejercicio pleno de sus derechos.

Asimismo, la prevención, atención, asistencia e intervención profesional en situaciones de violencia machista, trae aparejado implicancias para el Sistema de Salud Público. Por ello, debe considerarse dentro del espectro de problemáticas de salud, y por tal razón, los grupos de mujeres resultan una estrategia de intervención en hospitales y centros de salud.

Por lo tanto, creemos que este tipo de experiencias constituyen un aporte a la salud integral de las mujeres, extendiéndose sus efectos hacia su grupo familiar y entorno social inmediato también.

Grupos de Mujeres en el Bajo Flores, dos experiencias de trabajo: Cesac 20 y Hospital Piñero

El presente trabajo se centra en el desarrollo de dos experiencias, una en la institución hospitalaria y otra en el nivel primario de atención (CeSAC), ambas abordan la violencia de género (desde una perspectiva integral, en el sentido de la opresión desarrollado anteriormente), a través de dispositivos grupales.

En una breve caracterización de los mismos se desea destacar que se confirman aproximadamente por grupos de entre 8 y 15 mujeres, coordinados por la profesional a cargo (psicología o trabajo social en estos casos), con una frecuencia semanal de los encuentros. La concurrencia a los mismos es de carácter voluntaria, sin necesidad de sostener la asistencia en forma regular, contemplando las posibilidades y limitaciones que muchas de las participantes presentan para la realización de cualquier actividad por fuera del trabajo doméstico (en algunos casos, también realizan trabajos remunerados). La dinámica de cada encuentro varía acorde a las necesidades que el propio grupo presente, no obstante lo cual, la coordinación elabora propuestas diversas para el desarrollo, con el objetivo de propiciar la emergencia de los relatos que serán el insumo de trabajo para la reflexión grupal. El grupo de mujeres del Cesac 20 comenzó a funcionar en el año 2011 y el del hospital Piñero en el 2014. Ambos dispositivos contemplan la posibilidad y necesidad de realizar seguimientos individuales acorde a las necesidades de las participantes, así como actividades de carácter formativo y preventivo como ser charlas en salas de espera, capacitaciones a los equipos de salud, actividad docente, supervisiones, etc.

Sostenemos que estas dos experiencias ponen en juego lo interdisciplinario:

- en la complejidad de la temática abordada;
- en la concepción y en la metodología de los dispositivos grupales;
- y en la práctica cotidiana actual misma, ya sea para la coordinación de los grupos como para el trabajo de seguimiento y acompañamiento individual que muchas mujeres requieren más allá del dispositivo grupal.

La construcción de interdisciplina es todavía un desafío para ambos espacios. En ese sentido, se han constituido como instancias de rotación para la formación de residentes de trabajo social, salud mental y medicina general. Asimismo, se han desplegado distintas estrategias para la profundización de los criterios para la interconsulta, articulación y derivación a los dispositivos grupales por parte de otres profesionales, servicios e instituciones.

En este sentido, desarrollándose los grupos en el ámbito de la salud pública (Hospital y CeSAC), se instala la problemática en el sitio mismo en el que muchas veces la consulta de la mujer inicia por otras razones. Es de destacar, que en ocasiones, las mujeres plantean en forma indirecta la situación de violencia vivida, en las consultas y/o revisación ginecológica o de clínica médica, en el planteo

de sufrimientos de salud mental, en curaciones o controles en enfermería, en consultas en trabajo social, en el marco de atención de sus hijes, etc. Por ello, se considera que en estos dispositivos, se recoge una demanda al sistema público de salud ya existente, abierta de modo indirecto o directo, ligadas a las consecuencias que conlleva la violencia de género afectando su salud integral:

- Lesiones, traumatismos, fracturas;
- SSYR: embarazos no deseados, dificultades y obstáculos en la elección y uso de métodos anticonceptivos, disfunciones sexuales, abortos, dolencias ginecológicas diversas;
- Discapacidad;
- Problemas neurológicos: mareos, cefaleas, migrañas, etc.
- Consumo problemático de sustancias;
- Depresión, cuadros de ansiedad y confusionales, trastornos del sueños, de la capacidad mnésica, aislamiento e introversión, cuadros de estrés post traumáticos, etc.

Desde los Grupos de Mujeres se abona a la construcción de un espacio cercano y confiable para las usuarias que sufren esta problemática, en las instituciones del ámbito de la salud pública que, por definición, deberían alojarlas y desarrollar acciones de prevención y tratamiento. A su vez, estas experiencias contribuyen a crear y afianzar lazos positivos con el sistema de salud, en términos de referencia, de efectividad y eficacia de las intervenciones y, fundamentalmente, de inclusión social. Espacios como los grupos de mujeres, colaboran en ampliar la accesibilidad de las mujeres a la atención, prevención y tratamiento en el sistema de salud público.

En ese sentido, atendiendo la salud como concepto integral, el abordaje a través de dispositivos grupales, configura una ocasión de observar a les sujetos y su comportamiento, la interacción entre lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo. Los grupos como herramienta aportan un plus: el de la identificación y referencia mutua entre sus participantes: los padecimientos, experiencias de vida, infancias, vicisitudes de la vida cotidiana, etc. Pero además, el feed-back positivo de los logros personales, individuales, para el resto de las participantes. La identificación y referencia mutua son condiciones muy importantes en la población con la que se trabaja en los grupos mencionados, en la que las cuestiones de clase, género, raza y etnia adquieren características significativas para su desarrollo cotidiano: son mujeres, de sectores populares/pobres, migrantes[9]. Es decir que, la grupalidad les permite generar vínculos más allá de los familiares, desplegar estrategias de supervivencia que también impliquen aspectos laborales, intercambiar saberes y trayectorias de vida, etc.

Si bien estos grupos no son terapéuticos, se observa que tienen efectos terapéuticos sobre sus participantes en tanto:

- ayudan a cuestionar, promover y sostener cambios en la modalidad vincular
- son un espacio de reflexión sobre la posición de la mujer en todos sus ámbitos de desarrollo
- despliegan una ocasión compartida de una concientización cada vez mayor sobre los niveles de opresión social
- amplían la asunción y ejercicio más pleno de todos los derechos adquiridos.

Primeras Conclusiones

Quisiéramos inscribir nuestro trabajo, como un pequeño aporte desde la salud pública, en la creciente presencia y participación de la lucha social por los derechos de todas las mujeres. La violencia doméstica y la violencia social - machista son parte de un todo integral, se entrelazan de manera estrecha y se refuerzan mutuamente[10]. El derecho a una vida

9. La zona sur de la CABA presenta los indicadores más altos de pobreza de toda la ciudad. El área programática del Hospital Piñero se caracteriza por población migrante proveniente mayoritariamente de Bolivia, Paraguay y Perú.

10. Ver Irene Fridman, "Efectos del terror en el psiquismo". En: "Violencia de género y psicoanálisis". Lugar Editorial. 2019.

libre de violencia como horizonte en la terea cotidiana exige respuestas a la altura de las necesidades, entendiendo que la salud pública constituye un sector más de todos aquellos que deben articular para generar alternativas posibles y de calidad para quienes atraviesan situaciones de violencia.

No contraponemos los abordajes grupales a las intervenciones individuales. A través de un espacio de confianza y confidencialidad, deseamos rehabilitar la importancia de las palabras, justamente en una problemática que las anula, y que busca desestimarlas, situándolo todo en clave de acto. Las instancias grupales constituyen espacios de suspensión posibles de la vida cotidiana donde sus participantes pueden reflexionar sobre su cotidiano, y las vías de transformación del mismo, en tres niveles, el singular, el particular y el universal, generando las instancias que permanentemente, y en forma dialéctica, parten y vuelven a lo individual, reconociendo sus vinculaciones, determinaciones y mediaciones con lo particular y lo universal. Es decir, una mujer que participa del grupo no solo tiene la posibilidad de pensar y repensar su situación individual, sino que allí podrá reconocer aquellos puntos en común con quienes comparte la pertenecía de clase, de etnia, de género, y finalmente reconocer ese universal al que pertenecen todas ellas, "las mujeres". Esta noción de universalidad habilita poner en juego las ideas de opresión desarrollada a lo largo de este trabajo, dimensionando así que las trasformaciones del cotidiano deben estar ligadas siempre a proyectos societales más justos, más humanos, más saludables.

Es esta lucha, así como la cada vez mayor popularización de estos temas en los medios masivos de comunicación y redes sociales, las que interpelan al sistema de salud pública, animándonos a alojarlos y abordarlos.

El abordaje a través de dispositivos grupales está en la línea de generar espacios saludables para las usuarias, pero también, y al mismo tiempo, espacios más creativos y saludables, menos solitarios, para les profesionales que trabajan comprometidamente estas problemáticas sociales.

Bibliografía

- Veronica Beechey. Tomado de: Feminist Review, Nº 3, 1979. Traducción de Blanca Ibarlucía. Revisado y corregido por Mayra Lucio (2009). Ficha de Cátedra, Diplomatura "Género y movimientos feministas", Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 2019.
- Tamar Pitch. Violence Against Women and their Political Uses. Universidad de Perugia (Italia). Ficha de Cátedra, Diplomatura "Género y movimientos feministas", Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 019.
- de Miguel Álvarez. La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. Universidad de A. Coruña. Ficha de Cátedra, Diplomatura "Género y movimientos feministas", Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 2019.
- Jesica Croce. Clase 1: Visibilización y conceptualización de la violencia de género. Ficha de Cátedra, Diplomatura "Género y movimientos feministas", Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 019.
- Dra. Catalina Trebisacce. Clase 3: Las feministas de los setenta, una militancia excéntrica. Seminario: Mujeres en lucha en Argentina. Ficha de Cátedra, Diplomatura "Género y movimientos feministas", Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 019.
- Jesica Croce. Curso: Violencia de género –Diplomatura Género y Movimientos Feministas (junio, 2019)
- Clase 3: Tipos y Modalidades de la violencia de género. Ficha de Cátedra, Diplomatura "Género y movimientos feministas", Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 019.
- Ana Berezin, "Acerca de la crueldad y la hospitalidad". En: "Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales. La experiencia argentina". Ed. Paidós. 2005.
- Irene Fridman, "Efectos del terror en el psiquismo". En: "Violencia de género y psicoanálisis". Lugar Editorial. 2019.
- Jose P. Netto, "Capitalismo Monopolista y Servicio Social". 2° edición. Cortez Editora, 2002.
- Ana P. de Quiroga. "Estructura familiar y procesos de aprendizaje. Rol de la familia en la génesis de las matrices de aprendizaje". En: "Matrices de aprendizaje". Ediciones Cinco. 2009.
- Ana P. de Quiroga. "Participación social y salud mental". En: "La salud mental como construcción colectiva". Ediciones Cinco. 2012.

SALUD MENTAL
PRIMER BLOQUE

EXPERIENCIA DE ABORDAJE TERRITORIAL, ORIENTADA EN REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

Lic. Gabriel Abramovici
Lic. Beatriz Baldeli
Lic. María Verónica Barral Santamaría
Lic. Belén Butrón
Dra. Laura García Blanco
Lic. Elizabeth Leoz
Dr. Nicolás Oviedo
Lic. Florencia Pelagagge
Prof. Marcos Remolgado
Lic. Marina Solodujin

. . . . .

Fundamentos de la intervención

Abordar la salud en tanto proceso social. La estructura de la sociedad y el modo de producción actúan como condicionantes en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (Menéndez). El modo de organización social actual genera exclusión en el acceso a los bienes-materiales y simbólicos-para el desarrollo en la mayoría de la población. En la intersección de vulnerabilidades, la problemática del consumo no puede escindirse de la situación estructural en la que se encuentran los sectores empobrecidos: situación de calle, género, consumo de sustancias, migración, marginalidad, etc.

Basar la intervención en los principios de la APS: accesibilidad de la población a la atención de la salud; cobertura universal en función de las necesidades de salud de la población; organización y participación de la comunidad para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado; acción intersectorial, entre las organizaciones de salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios.

Orientar la acción en consonancia con el marco normativo actual (Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657), la cual establece que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud, dirigido a reforzar, restituir y promover los lazos sociales. Construcción de una práctica que opere en el sentido contrario a la exclusión, basada en tres principios fun-

damentales: la singularidad, el límite y la articulación (Lobosque,1997). El enfoque de la singularidad implica interpelar las intervenciones que buscan adaptar al individuo a la sociedad, diluyendo su particularidad en lo general. Se trata de sustentar la diferencia sin exclusión de lo social, permitiéndose marcar un camino propio, pero manteniendo al mismo tiempo los límites de lo cultural e histórico. La construcción de dicho límite se realiza como un problema lógico, y no como un imperativo moral. En este sentido, este tipo de intervención, que plantea una deconstrucción en los modos hegemónicos en el abordaje de la problemática de consumo, exige un necesario cuestionamiento "sobre la estructura socioeconómica, política e ideológica de la sociedad en la que vivimos" (Lobosque, 1997). De aquí surge la necesidad de articulación con otros procesos que también cuestionan los diversos dispositivos de exclusión presentes en el modo de organización social. Dicha articulación implica un vínculo con los movimientos sociales, y a la vez supone una articulación a nivel interdisciplinar, no sólo en el plano teórico sino también en el abordaje de la salud mental.

La deconstrucción del modelo de atención hegemónico-entendido como un cierto modo de mirar y conceptualizar a les sujetes- implica el fin de las estructuras creadas bajo su semejanza (hospital psiquiátrico, granjas de rehabilitación, comunidades terapéuticas), como instrumento de dominación de la locura, del adicto y del marginal. De todas formas, esto no es condición suficiente para la constitución de una clínica alternativa. Esto exige, además, la construcción de un saber colectivo que habilite el abordaje del "loco/adicto" en tanto ciudadane, promoviendo mecanismos que rompan con la lógica de exclusión. Para ello, es necesaria la creación de una red de servicios que sustituyan la lógica del encierro, confinamiento y castigo, que se base en la atención y el cuidado integral de la salud mental, contemplando los pilares de vivienda, trabajo, placer y asistencia (Lobosque). En este sentido, implica la construcción de una praxis que se ubique en el plano de la reproducción cotidiana, donde se desarrolla la vida de las personas. Entonces, la acción se vuelca hacia afuera, en lugar de confinarse a los muros de la institución total, para provocar al espacio social e incluir a los distintos actores y actrices del territorio en la construcción de una sociedad que rechace la exclusión.

En este marco, el paradigma de atención se ubica en la reducción de riesgos y daños con un umbral mínimo de exigencia y encuadres flexibles, brindando espacios de escucha, promoviendo conductas de autocuidado, realizando actividades extramuros, no exigiendo la abstinencia como algo fundamental en el proceso de atención, considerando principalmente a les usuaries como sujetes de derecho.

Presentación del dispositivo

El Centro de Salud "La Otra Base de Encuentro", depende del Área Programática del Hospital Parmenio Piñero. Se encuentra ubicado desde su formación (hace 11 años), en el Barrio Rivadavia I, Bajo Flores, CABA. En la actualidad se ubica en la Mza. 1 de la Villa 1-11-14.

La propuesta del dispositivo consiste en la atención ambulatoria de personas que se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad y exclusión, la mayoría son usuaries de sustancias psicoactivas. Se trabaja con les usuaries, familiares y diversos actores/actrices que conforman la trama social.

Cuenta con dispositivos intramurales y extramurales preventivos, asistenciales, de inserción social y territoriales. Se trabaja bajo la estrategia de APS y el paradigma de reducción de riesgos y daños, generando espacios orientados a contener y alojar a les usuaries, estableciendo estrategias de abordaje acorde con la singularidad de cada quien. Los dis-

positivos propician la anudación del lazo social en el marco de la construcción de ciudadanía y restitución de derechos.

En relación al marco normativo, se trabaja en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657. Adherimos a un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial, teniendo en cuenta el contexto histórico, material, social y cultural. A su vez, desde este dispositivo se intenta promover la accesibilidad al sistema público de salud y a la red de recursos estatales y no estatales existentes en territorio. De esta forma, se intentan disminuir los riesgos jurídicos, sanitarios y sociales asociados al consumo.

Experiencia de intervención – Taller de radio

El taller de radio forma parte de la propuesta de LOBE desde 2007. Este proyecto se desarrolla desde una perspectiva de salud comunitaria, colectiva e integral, en tanto da cuenta de una actividad que comprende la integración de les usuaries en dispositivos comunitarios, fortaleciendo así, el restablecimiento del lazo social y la inclusión en espacios de salud. En este sentido, la radio permite visibilizar a una población vulnerada en sus derechos, buscando reducir el estigma que se asocia a la problemática del consumo de sustancias. Desde este espacio se promueve el acceso a un medio de comunicación y una ocupación que busca favorecer procesos subjetivantes. El taller de radio es semanal y permite desarrollar un proceso a largo plazo, en el que los participantes generan vínculos con los profesionales y la institución, se familiarizan con el lenguaje radiofónico, el uso de la voz, la escucha y la capacidad de formular preguntas.

En el marco del taller de radio, en el año 2017, surge la idea de desarrollar un Ciclo de Entrevistas, que consiste en convocar artistas con el objetivo de conocer su recorrido, biografía e historia de conformación, así como también, la posibilidad de compartir su música en vivo. El Ciclo intenta transformar las representaciones sociales sobre las personas con consumo problemático, asociándolas a actividades con una valoración positiva y a figuras reconocidas del arte.

El Ciclo contempla un espacio específico de circulación de la palabra, los sonidos y la música. Un lugar donde poder preguntar, hablar, improvisar, cantar y sobre todo escuchar: escuchar al otro, escucharse a sí mismo y hacerse escuchar. Se comparte un tiempo de trabajo en equipo, valorando todas las propuestas, fomentando el diálogo y el interés por los demás.

Previo a cada entrevista, se habilita un segundo espacio semanal de taller en el cual se investiga sobre la vida y obra del artista invitado y se planifica la entrevista con anticipación. En este sentido, el ordenamiento temporal del evento y sus diferentes momentos, pueden contribuir a una mirada de proceso, de construcción con otres y de concreción de objetivos. Asimismo, posicionarse de manera diferente con otres y frente a otres, habilitando un escenario que da lugar al surgimiento de la singularidad.

Es nuestra apuesta, en este punto, el generar un espacio donde se pueda revalorizar la palabra, prestando significantes cuando se cree necesario para que así pueda surgir una pregunta. Las mismas contienen elementos subjetivos de los participantes quienes, empapados por la vida y obra del artista, buscan puntos de contacto (identificaciones) con sus propias problemáticas. Por ejemplo, durante la entrevista a Pity Fernández, le preguntaron sobre la canción El Sensei, cuya letra describe un ritual de consumo de marihuana y surgieron risas y complicidades. El artista pudo dar su opinión acerca del consumo de drogas, los cuidados y la salud.

En el encuadre de taller lo que convoca es el hacer grupal. La grupalidad, refiere a la construcción de dispositivos de intervención que

rompan con la lógica bidireccional de la consulta individual. La marca distintiva de la radio, la diferencia, con respecto a otros talleres, es la presencia de un destinatario externo. La producción radiofónica va a ser escuchada por un oyente que está afuera de la institución. Les participantes piensan y deciden cómo quieren ser escuchades y qué mensaje quieren transmitir.

El Ciclo de Entrevistas es un proyecto que requiere de un trabajo conjunto e interdisciplinario, entre les trabajadores del centro y les usuaries, garantizando un marco de trabajo participativo desde un reconocimiento de estos últimos como protagonistas, como sujetes de derecho. Asimismo, comprende la coordinación con diversos actores y actrices del barrio, fomentando la articulación intersectorial y el trabajo en red.

Bibliografía

- Abramovici, G. (2017). "Las radios de salud mental y su encrucijada legal". Revista ECOS, 2 (1) 16 a 31.
- Álvarez Broz, M. (2011). "Representaciones del otro: imágenes televisivas del 'paquero' y del pibe 'poxi'". Trabajo presentado en IX jornadas de sociología. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Baldelli, B., Bogliano, E. (2014). "Dispositivos de abordaje extramuros con personas en situación de calle y en escenarios de consumo". En: "Dispositivos de intervención clínica. 1° Jornada de salud mental y adicciones". Ediciones: Lic. Laura Bonaparte
- Colectivo 85 – Isla, Cecilia; Demkura Mariana; Abramovici Gabriel & col (2008). "El hacer musical reflexivo: Hacia una construcción de una propuesta comunitaria". XXI Congreso Mundial de Musicoterapia Buenos Aires.
- Equipo interdisciplinario de salud de LOBE, (2017). "Fundamentación del dispositivo".
- Magrí, N y Carles, I. (1988). "La toxicomanía como fenómeno social". En: "Trabajar juntos, pero…", Grup Igia, Barcelona.
- Olivera, A. (2005). "Radio terapia des-estigmatizante". L'Interrogant (6), 60 a 66,
- Rabinovich, D. (1989). "Una clínica de la pulsión: las impulsiones". Ed. Manantial, Buenos aires
- Van Dijk, T.A. (1999). "El análisis crítico del discurso". En: Anthropos. Barcelona, España, 186, pp 23-36

INTERNACIÓN POR SALUD MENTAL: LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LOS ESPACIOS DE ENTREVISTAS DE FAMILIA

Lic. Luciana Di Mare Duran

. . . . .

Introducción

El presente trabajo se enmarca en el proceso de rotación de segundo año de la residencia de Trabajo Social en el servicio de Sala de Internación de Mujeres, en un hospital monovalente especializado en salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El tema que se analizará a lo largo del mismo es: "procesos de intervención del trabajo social en espacios de entrevista de familia".

La elección del tema se centra en poder reflexionar y problematizar la inserción del trabajo social en el espacio de entrevistas de familia[1] como parte y estrategia de intervención en los tratamientos de las pacientes que se encuentran internadas. Dicho espacio aparece como uno de los lugares del tratamiento en el cual se trabaja sobre las historias de vida, los acontecimientos que se inscriben y dejan una huella en la trayectoria familiar, las situaciones de vulnerabilidad de derechos, las representaciones sociales que se juegan en torno al padecimiento de salud mental y los conflictos históricos y actuales que atraviesan al grupo familiar. El abordaje desde el espacio de entrevistas de familia parte de que las pacientes puedan elaborar una reconstrucción de vínculos, pensar en los hitos en su historia y profundizar sobre sus relaciones afectivas. En caso de que la paciente y el equipo lo considere pertinente, se establece el espacio de entrevistas de familia con los familiares y/u otros referentes afectivos. El objeto es poder generar un encuentro donde se pueda reconocer las características del padecimiento, delinear estrategias de tratamiento como permisos de salida, reconstruir las trayectorias, abordar las posibilidades de acompañamiento y cuidado, posibilidades de externación, etc. El espacio de entrevistas de familia es una estrategia terapéutica que permite trabajar en conjunto con la paciente las limitaciones, dificultades e incluso la imposibilidad de reconstrucción de ciertos vínculos afectivos.

A continuación se destacan algunos interrogantes que surgen a partir de la práctica profesional y que orientan la problematización y reflexión sobre el tema elegido, estos son: ¿cómo se comprende el padecimiento de salud mental en el contexto familiar?; ¿qué se

1. Dentro del dispositivo de sala de internación de este hospital monovalente especializado en salud mental los y las pacientes cuentan con espacios individuales de psiquiatría, psicología y/o trabajo social, y entrevistas de familia donde se incluye un profesional de psicología y de trabajo social.

entiende por familia?; ¿qué implicancias tiene el espacio de familia en los tratamientos?; ¿cuál es el rol del trabajo social en los espacios de familia?; ¿cómo se realiza el abordaje de problemáticas familiares en un tratamiento por salud mental?, ¿qué problemáticas se trabajan en el espacio de familia?; ¿Cuáles son los efectos del abordaje familiar en la propia dinámica de la familia y en el padecimiento de las mujeres?

A los fines del trabajo se identifica como objetivo general: "Analizar la intervención del trabajo social en los espacios de entrevistas de familia en la Sala de Internación de Mujeres en un hospital monovalente especializado en salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". Del mismo se desprenden los siguientes objetivos específicos: "Describir las modalidades de entrevistas del espacio de familia en la Sala de Internación de Mujeres"; "Caracterizar las entrevistas con familiares en los espacios de entrevistas de familia durante la internación" y "Caracterizar las prácticas profesionales trabajo social en las entrevistas de los espacios de familia durante la internación".

La metodología utilizada parte de la revisión bibliográfica, elaboración de una viñeta y ateneos clínicos interdisciplinarios y prácticas profesionales del trabajo social.

El trabajo presenta tres apartados, en el primero de ellos se realizará una aproximación a los conceptos de Salud Mental e internación a partir de la Ley de Salud Mental 26.657 y se caracterizará las particularidades que adquieren los conceptos de Salud Mental e internación en la Sala de Mujeres. En el segundo apartado se introducirán nociones teóricas del concepto de familia y de los espacios de entrevistas familiares. En el tercer apartado, se aborda un análisis de la intervención del trabajo social en dichos espacios a partir de la exposición de una viñeta clínica de una paciente internada. Finalmente se arribaran algunas reflexiones.

Salud Mental e internación

En el presente apartado se realizará una aproximación a la definiciones de Salud Mental e internación. En un primer momento se profundizará sobre las conceptualizaciones y el cambio de paradigma a partir de la Ley 26.657 en relación a la Salud Mental y la internación. En un segundo momento se caracterizará la modalidad de intervención de la Sala de Internación de Mujeres de un hospital especializado en salud mental y aportes teóricos sobre la internación de Salud Mental.

Aproximación a los conceptos de Salud Mental e internación según la Ley de Salud Mental 26.657

El concepto de Salud Mental se corresponde con pasaje de la hegemonía psiquiátrica a la consolidación de un abordaje interdisciplinario el cual permite sintetizar distintos saberes y teorías. En este sentido la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental promueve la atención en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario que incluye Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (Ley Nº26.657, 2010).

La necesidad de poder pensar a la Salud Mental desde un abordaje interdisciplinario se relaciona con entender a la misma como un proceso que se encuentra determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos (Ley Nº26657 Art. 3, 2010). Esta conceptualización permite redefinir el término de "enfermedad mental" para introducir el concepto de "padecimiento mental", en palabras de Carballeda "la enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo, y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece" (Carballeda, 2013, p.72). Esto da cuenta de la

complejidad en la que se encuentran inmersos los sujetos, las distintas dimensiones que se conjugan y los procesos de salud como dinámicos.

En consonancia con esta definición es que se debe contextualizar y enmarcar la internación por salud mental, la misma debe ser considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (Ley N° 26657, Art. 14, 2010). Asimismo la normativa indica que las internaciones deben ser breves y se manifiesta que la extensión de las mismas debe regirse por los criterios terapéuticos interdisciplinarios y que estas no deben prolongarse por problemáticas sociales o de vivienda (Ley N° 26657, Art 15, 2010).

Cabe destacar que las internaciones por padecimientos de salud mental pueden ser de carácter voluntaria o involuntaria. El primer tipo de internación se encuentra definido en el Art. 18 de la Ley de Salud Mental en el que explica que la persona puede prestar su consentimiento si se encuentra en estado de lucidez y si está en condiciones de comprender todo lo que ella implica, asimismo puede revocar su consentimiento y decidir abandonarla en cualquier momento. En el Art. 20 se explica que las internaciones involuntarias deben concebirse como recurso terapéutico excepcional, es decir cuando no sean posibles tratamientos ambulatorios, y mediare una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Características de la Sala de Internación de Mujeres

La Sala de Internación de Mujeres cuenta con 30 camas habilitadas para la atención de mujeres de 18 a 65 años de edad en emergencia psiquiátrica. Está compuesta por los siguientes profesionales: seis médicos psiquiatras, seis psicólogas, dos terapistas ocupacionales, dos trabajadoras sociales, un médico clínico, una nutricionista y personal de enfermería y un jefe de sala (médico psiquiatra). Además, por la misma rotan residentes de todas estas especialidades tanto los que se están formando en dicho hospital como de otros hospitales que cuentan con residencia en Salud Mental.

El tratamiento en la sala de internación es conducido por un equipo interdisciplinario, la modalidad de intervención se organiza en entrevistas individuales psiquiátricas, psicológicas, y de familia. Cabe destacar que se diseñan y construyen los espacios terapéuticos y las estrategias de intervención a partir de la singularidad de cada sujeto. En términos de Negro (2012) y Rondan (2012) se apuesta a que el trabajo interdisciplinario permita al sujeto y a los profesionales dimensionar las particularidades de la "descompensación" que adquiere el padecimiento para evitar que la internación se imponga de forma de violenta y ajena o que la paciente no pueda registrar el motivo la internación y que no se pueda generar un registro propio de la misma.

En este sentido lo que se promueve es que cada internación tenga un impacto subjetivo, no arrasante sino una marca transformadora en el sentido de que las internaciones sean una pausa ante el sufrimiento "que se vuelve insoportable" como estrategia terapéutica para la compensación (en términos clínicos), la rehabilitación, en algunos casos la revinculación y el involucramiento de la paciente en la consolidación de estrategias y herramientas. El objetivo que guía a los equipos tratantes es la resolución de la crisis, la prevención de nuevos episodios y la rápida reinserción comunitaria de las pacientes, objetivo que se adapta a las particularidades de las situaciones que se presentan.

Según Negro (1996), la internación debe ser pensada como un recurso en un tratamiento, recurso acotado en el tiempo, lo que no tiene que confundirse con la prisa ni con la prolongación innecesaria de la misma. La autora hace referencia a una economía temporal la

cual implica "el suficiente tiempo para producir un ordenamiento y una marca propia" (Negro,1996, p.26). Si bien la brevedad de la internación es un imperativo que atraviesa el tratamiento, por otro, se busca una apropiación y subjetivación de este recurso terapéutico por parte de quien padece. En contrapartida una externación de tipo compulsiva, basada únicamente en la compensación psiquiátrica, en la remisión de los síntomas o en el logro de un índice de giro cama eficaz, acrecienta las posibilidades de una reinternación, de una fallida reinserción de la paciente en su medio familiar y social y sobre todo puede implicar la pérdida de una oportunidad para crear un lazo con el sistema de salud, tan necesario en casos de padecimientos severos. Para que una internación pueda convertirse en un acontecimiento particular para alguien luego de una crisis es necesario propiciar un alojamiento espacial y simbólico y la reapropiación de un tiempo para sí. En este punto es que el tratamiento en la internación se construye como un desafío para los equipos interdisciplinarios, ya que supone correrse de la lógica médico hegemónica que implica compensación/estabilidad y externación, para intervenir en la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

En la Sala de Internación de Mujeres, la interdisciplina aparece como "(...) un instrumento válido para la producción de actos de cuidado que faciliten a los miembros del equipo de salud mantener a las disciplinas en un diálogo orientado hacia la democratización del poder y la responsabilidad en las prácticas en salud" (Bruni, 2012, p.9). El trabajo en equipos interdisciplinarios intenta desplegar un tipo de intervención basado en incorporar la variable tiempo para pensar los motivos de internación, los objetivos que se esperan alcanzar en la misma, pensar las estrategias terapéuticas e intervenciones y respetar los tiempos subjetivos de las pacientes. Para ello los equipos tratantes adoptan una dinámica de intervención en donde se aplica el diálogo constante entre las profesionales de las distintas disciplinas en pos de garantizar un tratamiento integral corriendo el eje del diagnóstico y la compensación como única centralidad en el tratamiento para pensar las estrategias de intervención orientadas a las problemáticas sociales que atraviesan a las distintas pacientes.

A partir de recuperar las modalidades y características de intervención de la Sala de Internación de Mujeres a continuación se profundizará sobre el espacio de entrevistas de familia como parte del tratamiento desde un bagaje teórico y un análisis desde la práctica profesional del trabajo social.

Internación por salud mental: el lugar de la familia

En el presente apartado se desarrollarán en un primer momento nociones teóricas sobre el concepto familia y en un segundo momento se introducirán la características que adopta el espacio de entrevistas de familia en la Sala de Internación de Mujeres.

(Re)definiendo el concepto familia

El concepto de familia ha sido definido y redefinido históricamente. Los cambios que se han producido no son solo a nivel conceptual sino que este grupo primario se reformula y se reinventa dependiendo de la cultura, el contexto socio-político y económico. En este sentido resulta importante poder comprender el concepto familia como polisémico, no debe perderse de vista que el mismo se encuentra atravesado por variables históricas y contextuales que lo definen y lo redefinen de manera constante. Es por ello que en el presente trabajo se propone analizar el concepto de familia en función al neoliberalismo y desde una perspectiva de género.

Carballeda (1999) explica que pensar en tér-

minos de "familia" implica tener en cuenta "diferentes connotaciones donde el sentido de ésta no pasa por su conformación, ni por la permanencia de sus integrantes dentro de un ciclo definido, con tramas de relación claramente pautadas, y papeles construidos en forma armoniosa. Las familias se 'arman' y 'desarman' de acuerdo a avatares internos y externos, apareciendo como consecuencia su conformación con claras características heterogéneas e inestables. Se constituyen desde diferentes biografías, narrativas y relatos" (Carballeda, 1999.p. 1). La familia, desde su conformación como institución moderna, sufre de alguna manera el impacto de fuertes transformaciones, tanto en relación a la crisis de "sentidos", como desde el impacto de la aplicación de modalidades económicas de tipo neoliberal. En otras palabras, la familia también se ve atravesada por una suerte de crisis de representación y de legitimidad.

En consonancia resulta pertinente pensar a la familia como un entramado que se va a ir conformando en relación al contexto, las expresiones de la cuestión social y la fragmentación del lazo social. En términos de Jelin (2007) "la familia nunca es una institución aislada, sino que es parte orgánica de procesos sociales más amplios, que incluyen las dimensiones productivas y reproductivas de las sociedades, los patrones culturales y los sistemas políticos" (p.95).

Históricamente la familia fue definida, teóricamente y en el diseño de políticas públicas, desde una perspectiva funcionalista, la cual se basa en comprenderla como la institución destinada a atender las necesidades básicas, materiales y emocionales y a perpetuar el orden social (Montaño, 2012). Este modelo de familia como ámbito armonioso e igualitario, se ha puesto en tela de juicio a partir de adoptar una perspectiva de género, la cual "reconoce como central la existencia de relaciones de poder asimétricas entre grupos de varones y mujeres, históricamente desfavorables para las mujeres" y otras identidades de género (Teodori, 2015, p. 60). Según Montaño (2012) este debate es el que abre camino a entender la complejidad y diversidad de las familias, y visibilizar la importancia del trabajo doméstico no remunerado, la desigualdad en la división de tareas en el trabajo doméstico y en las tareas de cuidado, las relaciones de poder, la violencia contra la mujer, la violencia sexual intrafamiliar, etc. En este sentido Krmpotic y De Ieso (2010) explican que la cuestión de género se impuso como un llamado a dar visibilidad a las problemáticas sociales que quedaban silenciadas por encontrarse inscriptas en el ámbito de lo "privado".

No se debe perder de vista que en el seno de lo doméstico transcurre la vida cotidiana y se estructura y reestructura el funcionamiento de los miembros que componen a la familia, se definen y redefinen las conductas de los mismos en una interacción recíproca y constante. La familia no puede ser comprendida desde un modelo rígido y descontextualizado, debe entenderse a la misma desde la diversidad, desde una perspectiva de género y sin perder de vista el impacto de la cuestión social en las relaciones sociales que se dan en su interior.

A partir de la práctica y la intervención profesional se pueden caracterizar algunas problemáticas sociales que atraviesan a las pacientes y a las familias de las mismas. En un primer momento resulta interesante destacar que la mayoría de pacientes de la Sala de Internación de Mujeres ha ingresado a la guardia acompañada de algún familiar (madre, padre, hijos/as o cónyuge) o referente afectivo, como se mencionaba anteriormente la descompensación de salud mental suele provocar un fuerte impacto en la cotidianeidad de la familia y de los vínculos socio-afectivos, por ello es frecuente que las internaciones por salud mental los acompañantes de las pacientes hagan hincapié en las entrevistas que el padecimiento se presenta como una situación "insostenible", "agobiante", "desesperante", "insoportable" y "angustiante". Otro dato a tener en cuenta es

que la mayoría de las familias que concurren al hospital pertenecen al sector popular de la sociedad, poseen escasos ingresos, se encuentran en situación de vulnerabilidad habitacional y su zona de referencia territorial no se corresponde con la del Hospital quedando aislado el tratamiento del ámbito comunitario. Asimismo, tomando datos empíricos, al interior de algunos grupos familiares existen problemáticas vinculares, situaciones de violencia de género, violaciones y/o abuso sexual. Lo expuesto permite dar cuenta de las situaciones de vulnerabilidad de las pacientes que se encuentran internadas, las dificultades en el acompañamiento y cuidado que se pueden presentar al interior del grupo familiar o la imposibilidad de contar con un apoyo de la familia, ya que dentro de ella han ocurrido situaciones traumáticas y de vulneración de derechos.

A continuación se introducirán definiciones conceptuales y se caracterizará el espacio de entrevistas de familia en la Sala de Internación de Mujeres.

Caracterización del espacio de entrevista de familia

El espacio de entrevistas de familia es un lugar diferenciado en el interior de un tratamiento, el cual es pensado desde los equipos tratantes como una estrategia de intervención que se sostiene de forma independiente y, al mismo tiempo, de forma complementaria de los espacios individuales del tratamiento durante la internación. Este espacio de entrevistas es de carácter interdisciplinario, se caracteriza por estar conformado siempre por un/una profesional psicólogo/a y una trabajadora social o médico/a psiquiatra.

Es interesante tomar los aportes de Merea (2006), quien desde una perspectiva psicoanalítica, explica el concepto de familia a partir de considerar que la existencia mental y psíquica de la familia organiza la historia, permite a sus miembros lograr su salud o enfermedad y la estructuración de la identificación del yo y el modo de procesar las situaciones traumáticas. En este punto es que radica la importancia de convocar a la familia en el tratamiento de salud mental , "la familia es el lugar donde se gestiona el sufrimiento en nuestra sociedad, donde se enferma y donde se cuida la salud o se agravan los padecimientos" (Yurss Arruga, 2001 en Keimel, 2017,p.8). En este sentido y en consonancia con el Artículo 14 de la Ley de Salud Mental (2010), el espacio de entrevistas de familia intenta promover el mantenimiento de vínculos, el contacto y la comunicación de las pacientes que se encuentra internadas con su familiares y referentes afectivos.

Partiendo de lo desarrollado hasta el momento, resulta relevante aclarar que las pacientes que se encuentran internadas en la Sala de Internación de Mujeres han ingresado al hospital tras una descompensación psiquiátrica y ésta se presenta como irrupción en la vida cotidiana de las personas, produciendo que el sujeto que la padece o la situación social o familiar, llegue a un límite (Sotelo, 2008). Convocar a la familia a un espacio terapéutico implica poder vislumbrar y trabajar sobre el padecimiento, el momento de urgencia y emergencia, las características de la internación y profundizar sobre la historia, problemáticas y contexto.

Este espacio terapéutico propone abordar el proceso de salud-enfermedad-atención y el impacto subjetivo en la paciente y familiares o referentes afectivos. En consonancia y tomando los aportes de García Laborda y Rodríguez (2005), el padecimiento de salud mental tiene implicancias personales como familiares. En este sentido es que las estrategias de afrontamiento y acompañamiento ante situaciones de padecimiento están íntimamente relacionados con los recursos que se ponen en juego y en tensión. Por ello "es necesario conocer la dinámica y estructura de la familia, su actitud hacia el miembro designado como paciente, su manera de afrontar crisis anteriores y los posibles factores de cambio o de conflicto que hayan podido ocu-

rrir" (García Laborda y Rodríguez Rodríguez, 2005, p. 49).

Desde es el espacio de entrevistas de familia se comprende a la paciente dentro de un contexto familiar y social, desde un abordaje de tipo global. Pensar a la salud mental desde un abordaje integral en pos de que la internación sirva como un hito/corte en la historia de las pacientes y se comiencen a delinear estrategias para la compensación y recomposición del lazo social. Ahora bien, en este espacio terapéutico se van a poner en juego "denuncias", "narraciones" y "preguntas" que en muchos tratamientos ponen en tensión las relaciones al interior del grupo familiar.

Berenstein (1990) explica que es necesario adentrarse en la Estructura Familiar Inconsciente que adquiere forma de una matriz simbólica, lugar en que se entretejen los vínculos que permiten las relaciones familiares y en donde cada "yo" entra en conjunción con el mandato de lo cultural. Es aquí donde aparece el gran desafío de la intervención en los espacios de familia, en la confrontación de los distintos "yoes" y las diferentes versiones que se plantean sobre los hechos, en la que cada actor aporta su verdad la cual puede herir profundamente a los otros. Es por ello que el acompañamiento de los profesionales dentro del espacio de entrevistas de familia es fundamental para poder trabajar lo que se dice y lo que no se dice, poder introducir la pregunta y la mediación entre la paciente y la familia. Tomando a Guerrini (2009) "el abordaje familiar atañe a un proceso metodológico que incluye la valoración social, la planeación de las acciones, la intervención para el cambio y la evaluación de la misma. Es un proceso de ayuda dirigido a la persona en su dimensión individual, familiar y social, tendiente a activar cambios frente a los problemas familiares que los afecten y a lograr un mejor funcionamiento relacional y social" (p.2).

Partiendo de lo desarrollado hasta el momento y recuperando los aportes teóricos sobre el concepto de familia, a continuación se presentará un caso clínico que permitirá dar cuenta de las características que posee el espacio de entrevistas de familia, cómo se definen las líneas de intervención y, luego, problematizar y reflexionar sobre la intervención de trabajo social en dicho espacio.

La intervención del trabajo social en espacios de entrevista de familia: lectura a partir de caso clínico

Dentro del presente apartado se expondrá por medio de la elaboración de una viñeta las características que puede adoptar el espacio de entrevistas de familia, los procesos terapéuticos que se inscriben, los tiempos profesionales y de la paciente en un tratamiento y la intervención del trabajo social. En un primer momento se presentará una viñeta clínica que permite dimensionar la complejidad y el proceso de trabajo interdisciplinario dentro del espacio de entrevistas de familia. En un segundo momento se realizará una análisis de la intervención del trabajo social desde una lectura teórico-práctica a partir del caso elegido.

Presentación de caso clínico

Se ha seleccionado como caso clínico el espacio de entrevistas de familia de "S", a los fines de mantener la identidad de la paciente y su familia no se revelarán datos que permitan identificarlos. Dentro de la viñeta se consignan dos momentos del espacio que permiten adentrarse en los tiempos terapéuticos que se introducen en la internación y se exponen fragmentos de entrevistas.

Espacio de entrevistas de familia de S:

S tiene 30 años, al momento de la internación presentaba ideas de muerte y desesperanza, acompañadas por una crisis de angustia y conductas autolesivas como corte

en los antebrazos y piernas. Concurre a este hospital monovalente, especializado en salud mental, acompañada por uno de sus hermanos, tras haber perdido contacto con ella durante tres días en los que mantuvo conductas de riesgo y consumo problemático de sustancias, luego de una interrupción clandestina de un embarazo no deseado. Después de diez días de permanencia en guardia es derivada a la Sala de Internación de Mujeres, donde se le brinda tratamiento de psicoterapia individual, psiquiatría y espacio entrevistas de familia conformado por una Lic. en psicología y una Lic. en trabajo social.

Con S se acordó que la modalidad del espacio de entrevista de familias se basaría en encuentro individuales y de forma quincenal se citarían referentes familiares que ella quisiera convocar. Dentro del espacio de entrevistas de S se pueden dimensionar dos momentos terapéuticos:

Primer momento: Se aborda la historización y trayectoria de la paciente y su familia, el espacio de familia en este momento se basa en encuentros individuales y otros compartidos con un hermano de la paciente y su padre.

S es la menor de 6 hermanos, su madre se entera que está embarazada en contexto del inicio de la gestión de los trámites de divorcio, motivo por el cual los padres de la paciente deciden posponer su separación y "volverlo a intentar". S manifiesta tener en claro que "sus padres nunca la quisieron", dice que su madre siempre se encarga de repetirle que "nació con un DIU en la cabeza y que no deseaba ese embarazo".

Cuando S tenía 3 años, comienza a ser abusada sexualmente por parte de su cuñado (pareja de su hermana mayor con quien se lleva 17 años). La paciente cuenta que como sus padres estaban atravesando una crisis de pareja, muchas veces su hermana mayor se la llevaba a dormir a su casa. En este contexto este hombre la obligaba a desfilar desnuda y a bañarse con él, también la forzaba a tocarle los genitales, entre otras cosas. Al día de hoy la paciente narra las situaciones de abuso en detalle y a veces con extremada minuciosidad, manifiesta que ella se siente culpable y que no puede perdonarse por lo sucedido, dice: "yo de chiquita buscaba afecto, porque mis viejos no me lo daban en especial mi mamá (...) él (cuñado) era re copado, todos lo querían y yo también. Pensaba que lo que hacíamos estaba mal pero que era porque nos queríamos mucho. Hoy sé que me cagó la vida, me la sacó directamente."

Cuando S tenía 8 años sus padres ya se encontraban divorciados y su hermana mayor y la pareja se mudan a la casa de su madre durante un año, ya que se irían a vivir a España y necesitaban vender su departamento. La paciente narra que las situaciones de abuso comienzan a incrementarse hasta que en un momento las mismas se vuelven cotidianas. S recuerda que unos días antes de que ellos viajaran a España él se metió en su cama y la obligó a tener sexo oral..

S abandona sus estudios en el 2° año del secundario. En ese momento abandona la casa paterna y se muda a la casa de una compañera de la escuela. Explica que con el padre de su amiga logra un vínculo afectivo y que es a la primer persona que le cuenta que su cuñado abusaba sexualmente de ella cuando era niña. Según la paciente, este hombre (25 años mayor) y ella se enamoraron y comenzaron a tener una relación de "pareja". Dice al respecto: "con él me divertía, como era más grande hacia cosas que no podía hacer con gente de mi edad. Mi viejo siempre me dijo que las cosas que hacía con él eran de puta y que ya había tomado mi propia decisiones".

En este contexto es que los padres de S deciden enviarla a España durante las vacaciones de verano. En una entrevista la paciente dice: "ahí me cayó la ficha, el tipo que me abusaba ahora era el que me reeducaba… exploté y un día arme quilombo y se lo dije a mi hermana delante de él. Lo conté todo y ella, obviamente, no me creyó. Un día le robe mi pasaje, fui a Barajas[2] sola y cambié la fecha

2. Aeropuerto internacional de Madrid.

de regreso. Mi hermana se dio cuenta y le avisó a mis viejos lo que había pasado y cuando llegue a Ezeiza estaban "mi pareja" y mi viejo casi agarrándose a trompadas. Mi mamá con esa cara de 'no armen quilombo que la gente nos mira' y bueno… dejaron que me fuera con él."

S identifica que el consumo de sustancias comienza a ser problemático a partir de los 15 años, refiere consumir cocaína y crack. Ubica el inicio del consumo de sustancias como parte de la manipulación que ejercía este hombre sobre ella, ya que él también presenta problemas de adicciones y que este muchas veces la obligaba a prostituirse, intercambiando sexo por drogas con sus amigos. A sus 16 años queda embarazada y refiere que las situaciones de violencia de género aumentan, lo que ha motivado numerosas separaciones. Tienen en común tres hijos, actualmente tienen 13, 11 y 9 años. S se encuentra desde hace 2 años separada, tras que su hija menor denunciara situaciones de abuso, a partir de ello S comienza a sospechar que este hombre había violado a su hijo mayor cuando este era un bebé. La paciente acompañada por dos hermanos (cercanos en edad), con quienes mantiene una relación, a realizar la denuncia por violencia de género y abuso sexual, obteniendo una medida de restricción del acercamiento.

En relación al cuidado de sus hijos S tuvo la colaboración de sus padres debido a que en varias ocasiones ella se ausentaba del hogar en situación de consumo y los niños quedaban al cuidado de los abuelos maternos y con ayuda de sus dos hermanos.

Al momento de la internación los hijos de la paciente se encuentran conviviendo con el padre de la misma, mantienen visitas esporádicas a lo de su abuela materna y durante los fines de semana sus hermanos se encargan de programar visitas dentro del hospital para que mantengan contacto con S.

Segundo momento: Luego de tres meses de internación la paciente solicita que se sume al espacio de entrevistas de familia su madre, explica que desea poder contarle todos los hechos que sufrió cuando era niña para que ésta pudiera comprender por qué se fugó de la casa y los motivos que la llevaron al consumo problemático. En este momento del tratamiento, S se autodefine como una "leona enjaulada", manifiesta haberse internado para "estar bien, recuperarse y que cuando salga de la jaula va a ir por todo, como una fiera y hacer justicia por sus hijos". Asimismo identifica al tratamiento como una vía para "curar la herida del pasado que no me deja ser", porque se le reedita constantemente. Podría decirse que en este momento del espacio de entrevistas de familia comienza una especie de confrontación entre la madre y S, en relación a situaciones de vulnerabilidad y al proceso de salud-enfermedad.

Dentro del espacio de entrevistas de familia se programan los encuentros con la madre de la paciente de forma quincenal. S ha utilizado varias entrevistas para describirle a su madre los abusos que sufrió por parte de la pareja de su hermana, ante los relatos de la mismas la madre suele interrumpirla, a continuación se recuperan algunas de la frases utilizada por ésta: "¿Por qué me decís esto a mi?"; " Yo no me lo imaginaba, por eso no pude hacer nada"; "Me reprochas cosas que no hice yo, hay que salir adelante S, ¡basta del pasado!"; "Yo sé que lo que te pasó es horrible, pero ahora qué podemos hacer con esto".

Ante esta confrontación en el espacio de entrevistas de familia comienza a ser un lugar estratégico para el tratamiento, en el cual se ponen en juego y en tensión las definiciones, preconceptos y la estigmatización sobre el padecimiento de salud mental. En otras palabras se introduce que el pasado se reedita en el presente de la paciente y que es necesario comprender el padecimiento como un proceso que se encuentra determinado por componentes históricos, socio- económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

En este momento del tratamiento S comienza a introducir en el espacio de entrevistas de familia la preocupación de lo que

sucederá al momento del alta, esto permite comenzar a trabajar la voluntarización de la internación y programar permisos de salida con sus hermanos e hijos. Luego de estos permisos de salida se abordaba lo sucedido, cómo era la relación con sus hijos y cómo había podido desempeñarse en el mismo. La paciente en una entrevista pregunta: "¿por qué para pensar en el futuro con mis hijos tengo que frenar lo que pasó y que me vuelve y me vuelve? ¿voy a poder ser mamá devuelta?" . Estas preguntas y reflexiones permiten que desde el equipo tratante se comience a delinear en conjunto con S una red de apoyos para el cuidado y crianza de sus hijos. Asimismo se le propone que los niños participen de dicho espacio a los fines de generar instancias cuidadas de intercambio en relación a su padecimientos, inquietudes sobre la internación y tratamiento.

La intervención del trabajo social en los espacios de entrevistas de familia

A partir de la viñeta presentada con anterioridad y de los conceptos teóricos que se desarrollaron a lo largo del trabajo, resulta interesante poder reflexionar sobre el abordaje y la inserción profesional del trabajo social dentro de los espacios de entrevistas de familia. Es pertinente destacar que los espacios de entrevistas de familia son el lugar en el cual se puede visibilizar y resignificar las realidades narradas por el grupo familiar en relación a los desencadenantes ante una crisis y las problemáticas que lo atraviesan. En este punto es que la mirada disciplinar permite incorporar un diagnóstico situacional del proceso de salud-enfermedad y problematizar el contexto social en que se desarrolla, esto implica poder incorporar al espacio terapéutico las condiciones sociales en que se desenvuelve la vida cotidiana de la familia y dimensionando situaciones de vulnerabilidad y violación de derechos.

Dentro del espacio de entrevistas de familia se confrontan narraciones de la realidad: las de la familia y aquella que la familia construye en espacio de entrevista junto a los profesionales. Este espacio permite la co-construcción de realidades alternativas, producto de la forma de interactuar de todos los integrantes (Contrera, 2006). La interacción entre los miembros del grupo familiar y los profesionales permite ir ordenando, reconstruyendo e historizando las trayectorias familiares y cómo de "esa única" historia puede haber distintas interpretaciones. Es a partir de la confrontación con el pasado y las distintas lecturas sobre los sucesos significativos que se pueden delinear las estrategias de intervención y la direccionalidad del tratamiento. Dentro del caso clínico elegido, la historización de la trayectoria de la paciente juega un rol central en el tratamiento, ya que permite profundizar sobre el padecimiento que la aqueja a partir de la lectura de las problemáticas sociales complejas que la han atravesado hasta el momento de la internación.

La reconstrucción de la trayectoria, tanto de S como de otras pacientes, está relacionada con poder enfocar el recorrido de los "sujetos que padecen" en pos de enfrentar y resolver las problemáticas que los atraviesan. A partir de la experiencia de lo vivido se pueden recuperar las estrategias, debilidades, dificultades y fortalezas de las acciones que ha llevado adelante S ante el sufrimiento y padecimiento. Desde este posicionamiento es que el equipo interdisciplinario comienza a trabajar en espacios individuales con la paciente y quincenalmente se cita a los referentes afectivos que ella considerará sumar al espacio. En las primeras entrevistas la paciente comienza a desplegar las situaciones de violencia de género que ha sufrido en los últimos 13 años por parte de su ex-pareja, a quien ella lo define como "una mala persona", partiendo de los hechos que comienza narrar la paciente se decide elaborar una "ruta crítica" de los procesos de violencia familiar que había vivido.

Según Sagot (1998) la elaboración de una ruta crítica "remite a la construcción del recorrido que emprenden las mujeres afectadas

por una situación de violencia, en donde se analizan no sólo las acciones de la mujer, sino también los obstáculos con los que se enfrenta y las respuestas que se encuentra en la búsqueda de ayuda" (Sagot, 1998, en Teodori, 2015, p.68). La reconstrucción de la ruta crítica de S permite visibilizar las acciones que ha realizado desde su infancia para denunciar las situaciones de abuso sexual y luego el recorrido que inicia para denunciar a su ex-pareja. En este sentido, desde una perspectiva de intervención en lo social se problematiza y reflexiona sobre los espacios de socialización de S a partir de la historización, en donde se observa la falta de contención y estrategias institucionales para advertir las situaciones de violencia que atravesó S desde su niñez.

Retomando lo desarrollado en la viñeta, tanto la familia como la escuela nunca ha advertido las situaciones de abuso sexual que sufría desde niña, tampoco han evidenciado como una problemática la deserción escolar de S para irse a vivir con un hombre 24 años mayor. Según los relatos de la paciente dentro de las instituciones de salud donde tuvo los partos de sus tres hijos nunca repararon la existencia de violencia sexual ejercida por su ex-pareja. También resulta pertinente remarcar que desde el ámbito comunitario tampoco existieron advertencias ante las situaciones de violencia. Este punto de análisis remite a pensar cómo la violencia de género y las situaciones de abuso infantil están circunscritas al ámbito de lo privado produciéndose una invisibilización de dichas problemáticas.

Se puede decir que desde el espacio de entrevistas de familia, los profesionales y la familia contribuyen de algún modo al diseño del problema y a su posterior reformulación por múltiples vías. Aquí se pone en juego el principio de reflexividad, la capacidad para volverse hacia el pasado y alterar el presente en función de él, o de alterar el sentido que se tenía del pasado en función del presente. También la capacidad de imaginar alternativas, idear y poner en marcha las posibles estrategias de intervención que se consensuen (Contrera, 2006). En otras palabras los aportes disciplinares se relacionan con la reconstrucción del diagnóstico del paciente a partir de un abordaje integral de la salud mental. Particularmente en el caso de esta paciente, las situaciones de abuso sexual y violencia de género comienzan a ser denunciadas y evidenciadas como problemáticas a partir del tratamiento, si bien S había realizado denuncias en la comisaría de la mujer y accedió a una orden de restricción del hogar, poder denunciar lo vivido frente a su familia implica desnaturalizar el pasado.

Dentro del espacio se dio lugar a la contención y alojar las dudas que tenían los hermanos de la paciente sobre el proceder, se introdujo la importancia de ratificar las denuncias y el acompañamiento familiar en dicha situación. Para ello desde trabajo social se realizó un seguimiento de las denuncias que había realizado la paciente antes de la internación y se trabajó en conjunto con S y los hermanos sobre la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley N°26.485). El objetivo se relacionaba con evidenciar las situaciones de violencia en el marco de la complejidad de las problemáticas sociales y del proceso salud-enfermedad. Esta estrategia de intervención puede ser leída a través de los aportes de Carballeda (2008) quien explica que en estos nuevos escenarios, en tanto expresiones del contexto, como espacios de intervención se imprimen otro tipo de necesidades, que se relacionan con la recuperación y búsqueda de saberes y destrezas, allí donde la desigualdad dejó sus marcas. Convocar a la familia a consolidar un grupo de apoyo es valorizar y recuperar las capacidades y habilidades de cada miembro de la misma, orientando la intervención hacia una lógica de reparación (Carballeda, 2008). Los espacios de familia son un lugar privilegiado de recuperación y fortalecimiento de

los recursos del paciente y de su entorno social, el involucramiento de sus hermanos hace que S no solamente pueda poner en palabras lo sucedido sino que también pueda encontrar en parte de su familia un apoyo.

El proceso de historización de la trayectoria familiar y de S ha generado diferentes impactos en los distintos referentes afectivos, para los hermanos de la paciente el padecimiento de salud mental y consumo problemático comienza a ser dimensionado como un síntoma/una expresión de aquello que ha sufrido en el pasado. Ahora bien, los padres de la paciente no pueden empatizar con lo que ella narra, no se produce un acercamiento sino que se la revictimiza y estigmatiza de manera constante. Resulta pertinente tomar la palabras de Contrera quien explica que "el síntoma dice algo de la familia en su totalidad, no sólo de una de las personas de ella, quien lo porta, porque el síntoma es narrado dentro de la trama de relaciones"(Contrera, 2006, p.148).

En consonancia con lo expuesto, el trabajo interdisciplinario es fundamental ya que en el espacio de entrevistas de familia se aborda la constitución de la subjetividad y múltiples componentes inconscientes que hay al interior de la misma. La complejidad de los procesos de salud-enfermedad impiden abordar la familia aisladamente, en términos de De Jong (2000) la acción del trabajo social tiene sentido en la reconstrucción y en la construcción de vínculos en el mundo de la vida cotidiana, donde se da la tensión sujeto-necesidades. En este punto es que los profesionales que conforman los equipos de los espacios de familia juegan un rol central en el señalamiento de aquellos conflictos y aspectos de la dinámica familiar que están relacionados con el padecimiento. Es en este punto que se trabaja sobre las representaciones que los familiares tienen sobre el padecimiento mental y la repercusión de dichas representaciones en la cotidianeidad de las pacientes. Es aquí donde se produce una resignificación del padecimiento, a partir de abordar los prejuicios, estigmas, el aislamiento y evidenciar situaciones de vulnerabilidad intra-familiar como parte del proceso de salud-enfermedad. Poder desandar lo narrado implica problematizar la función de cuidado de los padres, durante la niñez y en el momento actual de la paciente.

En este punto resulta necesario abordar la categoría de cuidado, que a partir del caso de S debe ser leída en relación a ella y a sus hijos. Las prácticas del cuidado están situadas dentro de la vida cotidiana familiar, se basan en lo relacional y se trata de tareas que no se encuentran estipuladas y no son remuneradas (Krmpotic y De Ieso, 2010 en Cortez, 2017). Según Cortez (2017) la prácticas de cuidado son constitutivas del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, comprende en su complejidad tanto lo material, lo formativo y lo afectivo. "La contención familiar puede ser dimensionada a partir de: el análisis de la dinámica familiar, su trama vincular, roles y funciones; la historización de la narrativa familiar con identificación de hitos y rupturas; las condiciones de vida del grupo familiar, su acceso y organización entorno a la producción y utilización de recursos económicos; las formas de tramitación del padecimiento, el modo de funcionamiento familiar al respecto y significaciones acerca del mismo; estrategias de provisión de cuidado, red de apoyo y referencia, con identificación de disponibilidades, posibilidades y potencialidades; conformación de la red socio asistencial, parentesco y comunitaria, a partir del trazado de trayectoria de accesibilidad y referencias" (Cortez, 2017, p.7). Trabajar sobre el cuidado en el espacio de entrevistas de familia implica comprender las formas que adquiere el alojamiento y la contención dentro del grupo, lo que se constituye como uno de los ejes centrales para el diseño de estrategias terapéuticas. En el espacio de entrevistas de familia de S se delinean estrategias de cuidado y el deseo de ejercer su maternidad, para ello se planifican los permisos de salida y luego se aborda los facilitadores y obstacu-

lizadores que se le han presentado en los mismos. Asimismo se trabaja sobre las proyecciones que tiene la paciente al momento de externación, quien refiere querer vivir con sus hijos pero no con su padre ni sus hermanos, por ello se introduce la posibilidad de ejercer su maternidad con apoyos y poder diseñar estrategias de cuidado que incluyan a referentes afectivos y a la comunidad. En relación a las estrategias de contención familiar con lo que respecta al cuidado de la paciente, aparecen ciertas dificultades ya que todos los referentes afectivos dicen no sentirse capacitados para ejercer ese rol luego de la externación. Si bien la paciente no posee el alta está dentro del horizonte de la internación abordar las condiciones en las que esta se dará en un futuro, para ello es necesario trabajar sobre los vínculos afectivos, redes institucionales y comunitarias. Esto implica la introducción de un tercer momento dentro del espacio de entrevistas de familia y un trabajo en conjunto con los espacios de tratamiento individual.

La inserción del trabajo social en el espacio de entrevistas de familia de S ha permitido recuperar la trayectoria familiar trabajando sobre los hitos y acontecimientos a partir del reconocimiento de los mismos como problemáticas sociales complejas. Asimismo se ha podido introducir desde una perspectiva de género una lectura del contexto de descompensación de la paciente en donde se identifican factores sociales desencadenantes como: violencia de género, la violencia intrafamiliar, situaciones de violaciones y abuso sexual, la situación de consumo problemático de sustancias y la realización de un aborto clandestino. El ejercicio de historizar y narrar los hechos traumáticos ha permitido ir desnaturalizando los mismos e ir incorporando herramientas de ejercicio de derechos.

A modo de cierre del apartado, cabe destacar que la elección de la viñeta analizada habla de la necesidad del trabajo integral y interdisciplinario. Ahora bien, los ejes de intervención que guían la práctica profesional del trabajo social en los espacios de entrevistas de familia en la Sala de Internación de Mujeres (tanto en el caso seleccionado como en otros tratamientos), debe recuperar una perspectiva de género entendiendo a "la violencia de género e intra-familiar como fuente de sufrimientos y padecimiento, incluso como el origen de problemas de salud" (Teodori, 2015, p.28). Asimismo la mirada del trabajo social permite identificar las necesidades y problemáticas sociales que se entretejen con el padecimiento, construir herramientas identificando los recursos de las pacientes, familias y del ámbito comunitario y abordar el desarrollo de la vida cotidiana.

Reflexiones finales

A lo largo del presente trabajo se ha expuesto la necesidad de comprender a la salud mental desde una perspectiva integral, asumiendo la complejidad que adquiere el proceso de salud- enfermedad-atención-cuidado y el impacto que genera en el sujeto padeciente, la familia/referentes afectivos y la comunidad. La elección de centrarse en el análisis del espacio de entrevistas de familia y la intervención del trabajo social en dicho dispositivo se basa en la relevancia que adquiere en el tratamiento alojar y contener a las pacientes y sus familias y/o referentes afectivos, de visibilizar cómo la intervención se orienta a la promoción y restitución de los lazos sociales.

La intervención del trabajo social aporta una mirada integral del padecimiento, lo que permite realizar un diagnóstico que abarque componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. La incorporación del trabajo social dentro del espacio de entrevistas de familia potencializa el abordaje de las problemáticas de la salud

mental en sus distintas dimensiones visualizando recursos, aportando herramientas, restituyendo derechos, intentando abordar las problemáticas de salud en toda su complejidad.

La particularidad que adquiere el espacio de entrevistas de familia en la Sala de Internación de Mujeres es la necesidad imperiosa de abordar las problemáticas que aquejan a las pacientes desde una perspectiva de género y de clase, a partir de entender que en muchos casos el desencadenamiento del padecimiento se encuentra relacionado con situaciones de vulnerabilidad, de violencia y de perpetuidad relaciones basadas en el sometimiento, violaciones y abuso sexual. En otras palabras cuando se hace referencia a la ruptura del lazo social en relación al padecimiento de la salud mental no se puede separar de la variable género y de las variables socio-económicas, ya que las asimetrías de género y sociales establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales en el contexto de las formas actuales que asume el patriarcado y el neoliberalismo.

El espacio de entrevistas de familia intenta generar instancias que, a partir de la historización y la construcción de la trayectoria familiar, puedan dimensionar y desnaturalizar las problemáticas sociales complejas trabajando sobre las necesidades y contextualizando el padecimiento. Asimismo este espacio terapéutico tiene la particularidad de promover instancias de develamiento y denuncia sobre situaciones de violencia de género, violencia sexual e intrafamiliar, caracterizándose por trabajar con las familias sobre las dimensiones de estigmatización y el sufrimiento que han soportado las pacientes. Este dispositivo (que no trabaja con el violento) resulta innovador ya que no existen otros espacios que asuman estas características y se realiza un acompañamiento tal como lo determina la normativa de la Ley N°26.485 de Protección Integral a las Mujeres.

Por otra parte, en dicho espacio terapéutico, a partir de la historización se trabajan una amplitud de cuestiones como por ejemplo: se impulsa el ejercicio y la accesibilidad a la salud integral; se abordan problemáticas sociales; se diseñan estrategias para el desarrollo de la cotidianeidad, los permisos de salida y los proyectos de externación; se aborda el derecho a la salud sexual y reproductiva, se trabaja sobre la maternidad y la revinculación con referente afectivos; se promueve el acceso a derechos y se trabaja sobre la vulneración de los mismos; se identifican y problematizan las variables que hacen a la aparición del padecimiento y se efectúan señalamientos que tienen como objeto desarmar prejuicios y la estigmatización de la familia sobre el padecimiento.

El desafío que queda pendiente dentro del espacio de entrevistas de familia es quizás superar los límites del hospital, intentando articular con otras instituciones a los fines de incorporar recursos territoriales y comunitarios que permitan pensar nuevas estrategias de externación. De esta manera los procesos de externación no se limitarían a las "familias continentes" o a la institucionalización, sino que se formaría un sistema de apoyo que involucre a los actores comunitarios para evitar sobrecargar a las familias o forzar revinculaciones.

Bibliografía

-Berenstein, I. (1990). Psicoanalizar una familia. Ed. Paidós: psicología profunda. Buenos Aires.

- Bruni, M. (2012).La Parte Social. Sobre la cosificación del registro de trabajo social en la guardia hospitalaria. Revista Margen. Vol. 66, 1-5.

- Carballeda, A. Algunos cambios en la esfera de las familias. Una mirada desde la intervención en lo social.

- Carballeda, A. (2008). La Intervención en lo social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. Revista Margen, 48.

- Carballeda, A. (1999). Las políticas sociales y la esfera de la familia, crisis de legitimidad y representación. Revista Margen, 15.

- Contrera, V. (2006). La narrativa en trabajo social: entrevista familiar como espacio de re- construcción de relatos. Revista Tendencia y Retos, 11.

- Centro de Estudios Legales y Sociales-MDRI.(2008). Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en la Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

- Cortez, G. (2017) "Contención familiar: del preconcepto a la potencialidad de su deconstrucción" En línea: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/63591

- De Ieso, L.(2015) "Prácticas del cuidar en entramados familiares. Aportes desde un análisis situado en un núcleo urbano segregado del Gran Buenos Aires". Revista Debate Público. Año 5 Nro 10.

- De Jong, E. (2000) Cuestión social, familia y Trabajo Social. Revista Margen, 18.

- Guerrini, M. (2009). La intervención con familias desde el Trabajo Social. Revista Margen, 56.

- Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear [HEPTA]. (2012). Área epidemiológica. Programa de Investigación y vigilancia epidemiológica.

- Jelin, E (2007) Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales. Cap. V En Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros (CEPAL).

- Krmpotic, C., De Ieso L. (2010) "Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género". Revista Catálisis n° 13

- Ley Nacional N° 26.485 Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

- Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental.

Merea, C. (2006). Familia, psicoanálisis y sociedad: el sujeto y la cultura, Fragmento en Fondo de Cultura Económica: https://www.fcear.com/capit_solicitar.asp?CAP=217&CAT=EP - 7k –, 2000

- Ministerio Público Tutelas (2014). Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En línea: http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf

- Montaño, S (2007) El sueño de las mujeres: democracia en la familia. Cap. III

- En Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros (CEPAL). Negro, L. (2012). Trabajo clínico en internación 02. Revista Clepios N° 59, p. 116.

- Programa de epidemiología de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires [Pivesam], (2014) Prevalencia de problemas de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires; Factores asociados; Utilización de Servicios y cobertura sanitaria.

- Rondan, M. (2012) "Comentario del relato clínico: Cuando Roma no es un anagrama de Amor". Revista Clepios N° 59.

- Sotelo, M.I., y Begala, G., (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la Urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro. Revista de investigaciones UBA. Buenos Aires, Argentina.

- Stolkiner, A. (2012) Conceptualizando la Salud Mental en la prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas.

- Teodori, C (2015). A los saltos buscando el cielo. Trayectoria de mujeres en situación de violencia familiar. Ed. Biblios, Bueno Aires.

- Teodori, C (2015) Rutas críticas de mujeres en situación de violencia familiar. Estudio de casos en la ciudad de Buenos Aires. En línea: http://scielo.iics.una.py/pdf/riics/v11n2/v11n2a03.pdf

- Yurss Arruga, I. (2001). Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. España. Editorial Anales.



XII Jornadas de la APSS
Mesa de Apertura.

SALUD MENTAL: UN POSIBLE ABORDAJE COMUNITARIO

Lic. Ivana Amoroso
Lic. Ximena González Cao

. . . . .

En este trabajo nos proponemos reflexionar sobre el taller —Calidad de Vida□ desarrollado durante el año 2019, en el marco del tratamiento ofrecido desde Talleres de Rehabilitación en Salud Mental (en adelante *Talleres*).

Consideramos oportuno destacar que *Talleres* es una institución que depende de la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. De acuerdo a la ley nº 955, queda establecido que esta institución es parte integrante de los —*efectores estatales de la Red de Salud Mental y ejes esenciales en la implementación de las políticas de atención ambulatoria, reinserción y rehabilitación de las personas establecidas por la Ley Nº 448 de Salud Mental*— (Art. 1).

Se trata de un dispositivo de atención ambulatoria que cuenta con distintas sedes ubicadas en los barrios de Flores, Once y Barracas, donde diariamente concurren a realizar un tratamiento de rehabilitación personas adultas que presentan diagnóstico de trastorno mental severo. En el marco de este tratamiento, las personas realizan actividades de oficio (metalurgia; carpintería; actividades textiles, administrativas, etc.), con la supervisión de operadores en salud mental, quienes son los responsables de la producción de bienes y servicios que se distribuyen dentro del sistema de salud del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Estas tareas se configuran como mediadoras para el entrenamiento en diversas habilidades que, articuladas con la intervención del equipo profesional, buscan favorecer la inclusión social de las personas que asisten. Los profesionales de la salud mental, además de intervenciones individuales, llevan adelante diversas actividades grupales, tanto con usuarios como con operadores de rehabilitación: reuniones semanales/quincenales con los usuarios, reuniones con operadores y talleres transversales que abordan temáticas diversas basadas en los intereses y necesidades de los usuarios: actividades deportivas, comunicación y redes sociales, reducción del stress, salud bucal, derechos políticos, psicoeducación en administración de la medicación, actividades de la vida diaria, etc. Como parte de dichos talleres transversales, desde el equipo de Trabajo Social llevamos adelante el de Calidad de Vida, cuyo objetivo es trabajar en la práctica cotidiana las dimensiones que conforman este concepto a través de acciones tendientes a la construcción de ciudadanía, aportando al desarrollo del lazo social y la autonomía.

Caracterización del Taller Transversal Calidad de Vida

Este taller surge a partir de la observación de que los usuarios de *Talleres* transitan principalmente por el circuito de instituciones específicas del campo de la salud mental. En la búsqueda de abrir este circuito y propiciar su inserción social como ciudadanos (y no como *pacientes*), y de facilitar la accesibilidad para lograrlo, evaluamos la necesidad de desarrollar actividades en distintas instituciones y organizaciones de la comunidad barrial. A tal fin nos trasladamos junto con los usuarios a dichos lugares donde realizamos la actividad grupal de taller de manera itinerante.

Las intervenciones las realizamos desde una concepción integral de salud, superando nociones del biologicismo, patologicismo y medicalización, entendiendo a la salud como un estado que abarca la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente, en un proceso de salud/atención/cuidado, tal como lo enmarca la ley de salud 153 de la CABA. Trabajamos de manera intersectorial con actores sociales en un sentido amplio, superando concepciones lineales acerca de quienes forman parte del campo de la salud. Además de trabajadores sociales, médicos, nutricionistas, etc, articulamos con bibliotecarios, auxiliares, abogados, educadores, referentes comunitarios, comerciantes locales.

El concepto de calidad de vida se entiende en su relación con la salud, en tanto la salud es un factor determinante de la calidad de vida y a la inversa. La calidad de vida, según la OMS (2005), —*es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno*—. Es decir que, desde una perspectiva de salud integral, nos proponemos como objetivo general de este taller, promover la inclusión social de los usuarios a través de prácticas de promoción de la salud mental comunitaria. Los objetivos específicos se refieren a: favorecer la accesibilidad inicial a diversas instituciones, promover la adquisición de herramientas para la autonomía personal y la generación y fortalecimiento de vínculos entre pares.

Consideraciones teórico-metodológicas

Este taller consiste en la realización de encuentros semanales itinerantes en diversas instituciones de la comunidad barrial, principalmente dentro del territorio de La Boca-Barracas, con una duración de dos meses en su ejecución. Participan usuarios provenientes de los distintos talleres de oficios así como de todas las sedes de Talleres, de ahí su condición de transversal.

Nos parece interesante el rasgo de itinerante de este taller, en tanto permite reintroducir el padecimiento mental dentro de la dinámica de la ciudad, y no por fuera de ella como lo hacía el modelo manicomial, ya en franca retirada. En este sentido, consideramos que esta estrategia reconoce el derecho a la ciudad y a la participación social de las personas con padecimiento mental, intentando romper con la vieja lógica productora de exclusión social. Tal como plantea Amarante (2018), —*el lugar de la emancipación y la autonomía, entendidas como realidades dinámicas a ser construidas, es en la ciudad, en los espacios de convivencia colectiva, en los espacios de participación social, en los grupos sociales diversos y en la búsqueda del cuidado integral y el acceso a políticas públicas*—. (p.1095)

Para la elección de aquellas instituciones a las cuales concurrir en el marco del taller se toman en cuenta las siguientes dimensiones

del concepto Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2007): derechos; bienestar físico; relaciones interpersonales; autodeterminación e inclusión social. Destacamos que estas instituciones no necesariamente pertenecen al ámbito de la salud/salud mental, tomando esta decisión ya que consideramos, al igual que Amarante (2018), que la producción de salud no se logra únicamente en y dentro de las instituciones de salud, ni exclusivamente con los equipos multidisciplinarios, sino que requiere de la movilización de los recursos vivos de la comunidad. Es por esto que durante la etapa de planificación evaluamos la pertinencia de cada una de nuestras posibles visitas a través de relevamientos en ellas, reuniones de evaluación de viabilidad y entrevistas con sus referentes. Evaluamos entonces su accesibilidad no solo geográfica, sino en relación a las posibilidades de hospitalidad y alojamiento.

Esto se relaciona con la dimensión simbólica de la accesibilidad. Nuestro objetivo es que desde la institución con la que trabajemos conjuntamente, se abra la puerta al otro, en este caso, usuario de *Talleres*, considerando el vínculo en el que todos resultamos expandidos, en un encuentro de respeto y escucha, donde se dé lugar a la circulación de la palabra, a la emergencia de sus intereses e inquietudes, en donde se produzca una potencia y se construya un sentido.

Una vez que definimos los espacios institucionales a los que concurrir, planificamos cada encuentro de forma conjunta con los referentes de dichos espacios, de modo tal que se orienten a promover la participación de los usuarios a partir de dichas necesidades e intereses. Asimismo, este momento previo también permite ir trabajando con dichos referentes en torno al desmontaje de preconceptos relacionados al padecimiento mental que nos atraviesan a todos, en tanto están arraigados a nivel social. Este trabajo de deconstrucción suele verse reforzado en los encuentros con los usuarios, en los que pueden ir armando una nueva idea respecto del padecimiento mental.

Como cierre de cada ciclo, se lleva adelante un último encuentro de evaluación con los usuarios a fin de incluir su voz en la planificación del siguiente ciclo del Taller Calidad de Vida, introduciendo modificaciones tanto en lo relativo a las instituciones a las que acudir, como en aspectos metodológicos. Es un espacio de intercambio y escucha donde se recupera lo transitado a partir del taller. En palabras de Stolkiner (2005), es en ese espacio de escucha donde se recupera la dimensión subjetiva de la persona, introduciendo la noción de dignidad en el acto, entendiendo por dignidad no colocar al otro en lugar de objeto, medio o mercancía, sino en lugar de sujeto; sujeto singular y deseante.

Algunos resultados identificados

A lo largo del desarrollo del ciclo 2019 del Taller Calidad de Vida podemos acercarnos a algunos resultados que impactaron en distintos niveles. En sentido general, como primer resultado podemos ubicar la concurrencia y enlace efectivo con diversos espacios comunitarios, a saber: Biblioteca Popular —Joaquín V. Gonzalez—; CESAC 10; Espacio Cultural Sur; Ministerio Público Tutelar (MPT) sede La Boca; Bar —La Flor de Barracas—; Jardín Japonés. En estos encuentros realizamos actividades específicas correspondientes a cada una de las dimensiones mencionadas del concepto Calidad de Vida. A su vez, a través de los distintos encuentros mediante una metodología de taller utilizando dinámicas grupales, se fomentó la discusión, reflexión y participación de todos los integrantes, aportando en la conformación del grupo de pares y tendiendo, paulatinamente, a la conformación de un sujeto colectivo.

Impacto individual-grupal:

A los sentimientos de temor y resistencia inicial ante el ingreso a una situación desconocida, se fue dando lugar a una red de identificaciones a partir de la tarea y la generación de vínculos, en un proceso tendiente a la progresiva cohesión y pertenencia grupal. De constituir una *serie* se fue llegando a compartir un *nosotros*. Esta grupalidad se evalúa tanto en relación al aporte de cada uno en la tarea para la consecución de un objetivo grupal (a través de la expresión de sus opiniones y pareceres y la colaboración en cada secuencia de actividades), como en la integración de los participantes entre sí. Se generaron prácticas de solidaridad y apoyo a medida que iban avanzando los encuentros: se acompañaban mutuamente en el trayecto de los traslados de regreso desde los espacios comunitarios hacia sus lugares de residencia, cambiando el propio recorrido para ayudar y acompañar a quien lo necesitara; proponían espacios de ocio y disfrute grupal: paseos, mateadas y picnic, abandonando el lugar de aislamiento que muchas veces atraviesan. Inclusive, entre algunos integrantes se generaron lazos de amistad. Terminado el ciclo de este taller transversal comenzaron a reunirse por su cuenta y sin ninguna mediación institucional (para concurrir al cine o ver juntos un partido de fútbol). En el caso de uno de los usuarios, se hallaba sumamente emocionado ya que era la primera vez que recibía la visita de uno de sus compañeros en su domicilio.

Otro indicador de resultados a medida que se desarrollaban los encuentros fue el aumento de la participación activa: durante las actividades realizaban consultas pertinentes acerca del tema que se estaba abordando; emitían sus opiniones, dudas y desacuerdos y se centraban en cada uno de los ejes de la reunión. En esos espacios, los integrantes del grupo no se *presentaban* como *pacientes,* sino como ciudadanos consultando e inclusive peticionando acerca de diversos temas. Por ejemplo, en el encuentro desarrollado en el MPT, plantearon consultas sobre las tarifas elevadas de los servicios públicos y la posibilidad de acceder al Programa de Tarifa Social; así como sobre el nuevo Código Civil y las modificaciones en las cuestiones de familia. En consonancia, también en el espacio urbano se desempeñaban circulando libremente e intercambiando datos, indicaciones y conversaciones espontáneas con transeúntes, comerciantes y pasajeros.

A medida que se iba percibiendo al grupo como espacio seguro y de confianza, algunos de los participantes asumieron un rol de liderazgo. En el caso de una usuaria, en los dos últimos encuentros tomó la propuesta de ejercer el rol de coordinación tal que, moderó la discusión y registró los resultados del plenario de elección del lugar al cual concurrir en el último encuentro, y en la siguiente oportunidad, coordinó el mapeo de reconstrucción del recorrido realizado a lo largo de los encuentros. En el caso de otro usuario, que inicialmente se mostraba callado y tímido, se fue posicionando como referente para la planificación de los trayectos, ya que tenía gran conocimiento del barrio y alrededores, proponiendo e indicando él por cual calle circular, qué colectivo utilizar y la combinación de transporte más conveniente. De esta manera, con los matices de cada situación particular, los usuarios se fueron posicionando en un rol de liderazgo modificando las nociones de poder lineales y propiciando su circulación transversal.

En relación con la articulación institucional, cabe destacar que varios de los usuarios se referenciaron, a posteriori del término del ciclo del taller Calidad de Vida, con los espacios comunitarios a los que asistimos. A partir de ese conocimiento previo, pudieron efectuar luego otras aproximaciones sucesivas. Por ejemplo, en varios casos continuaron su atención en los servicios del CESAC 10, en clínica médica y en el Equipo de la temática de Vivienda. Otros usuarios realizaron presentaciones ante el MPT, ligados a inconvenientes sobre la renovación del CUD, a una

situación legal con un hijo y a la falta de acceso a la tarifa social de servicios públicos. Tomando otro ejemplo, luego del encuentro desarrollado en la Biblioteca Popular —Joaquín V. Gonzalez□, una usuaria se propuso concurrir allí algunas tardes, sobre todo durante los fines de semana; además del objetivo de lectura, como una forma de permanencia en un centro social que podría modificar su cotidianeidad ya que, por vivir en una pensión, pasaba muchas horas sola en su habitación. Otro de los usuarios se interesó y conectó con la posibilidad de realizar un curso de fotografía en un centro de educación no formal a partir de los libros que seleccionó en la visita. Accedieron de esta forma a una apertura en su derecho al acceso a bienes culturales, además de la apropiación del espacio urbano y de los recursos sociales.

Impacto en el grupo de referencia/familiar:
A partir de la circulación progresiva por los espacios comunitarios, ya posicionados con nuevos conocimientos y apropiándose de los recursos institucionales, los usuarios propagaron este conocimiento en su entorno más cercano. Uno de los usuarios refirió haber indicado a su hermano el recurso específico que le correspondía, el MPT, por la situación legal de su sobrina menor de edad; otro sugirió a su madre la concurrencia al CESAC de su barrio por una situación de salud y otra usuaria concurriría al Bar —La Flor de Barracas□ con su madre quien quería realizar un paseo a un bar notable de la ciudad. En relación al eje de ocio y tiempo libre, también otro de los usuarios refirió que propondría a su familia una visita al Jardín Japonés, ya que conocía las coordenadas de cómo viajar y requisitos de acceso. En este ejemplo, se puede evaluar como abandonó el lugar pasivo de *paciente circulante exclusivamente por el circuito de salud mental* para pasar a proponer, disponer y guiar la forma de realizar un paseo concreto, ocupando el lugar de mentor y promotor de un momento de esparcimiento familiar, no siendo ya objeto de las propuestas, acciones o discursos del otro, sino desde actuando desde su deseo, conocimiento y singularidad, es decir, desde su subjetividad.

Impacto interinstitucional/social:
La apertura y el trabajo *extramuro* desde una institución del campo de la salud mental, genera una suerte de interrogantes acerca de la forma de abordaje con su población en la articulación intersectorial. En la etapa de evaluación con los referentes de cada espacio al cual concurrimos, la mayoría destacó un cambio de percepción. En cuanto a sus diversos supuestos previos, se referían a que la población de *Talleres* presentaría limitaciones en su concentración o atención, se encontrarían —muy medicados□, serían apáticos en el momento del intercambio o las preguntas o podrían generarse problemas vinculares en el grupo. Sin embargo, a posteriori, destacaron cómo se había desandado este imaginario, comprobando un alto nivel de participación, la pertinencia en sus preguntas, la concentración en cada tema abordado y el agradable y distendido clima grupal. Creemos que de esta forma, aportamos desde nuestro lugar junto con los usuarios, en la modificación del peso social del estigma hacia las personas con padecimiento mental.

Reflexiones acerca de la intervención

El taller transversal —Calidad de vida— permite la generación y profundización del trabajo de articulación interinstitucional e intersectorial, necesario en los abordajes integrales y comunitarios en salud mental. En este sentido, ayuda a abrir el circuito institucional por el que muchas personas con padecimiento mental transitan: las instituciones específicas de salud mental, entre las que predomina el hospital monovalente. Y colabora en reintro-

ducir el padecimiento mental dentro de la dinámica de la ciudad y sus múltiples espacios de participación, abriendo la posibilidad a nuevas formas de convivencia social.

La interdisciplina es una herramienta que favorece la mirada integral en torno a las concepciones de salud y calidad de vida, permitiendo incluir distintos aspectos que no son tradicionalmente abordados en el trabajo con personas usuarias del sistema de salud mental. Esto se vio favorecido también a partir del trabajo conjunto con actores que no necesariamente forman parte del campo de la salud, pero que sí tienen interés e injerencia en él.

A su vez, este intercambio con otros actores sociales, con quienes se trabaja en forma conjunta para co-construir cada encuentro del taller, colabora en modificar el estigma atribuido a las personas con padecimiento mental grave. Es decir, a partir del encuentro con el Otro en el contexto de este taller, se han permitido abrir algunos interrogantes respecto de atributos que esperaban identificar en las personas usuarias y que no han encontrado.

Las prácticas de hospitalidad desplegadas a lo largo de los distintos encuentros del taller actúan como potenciadoras para la construcción de la accesibilidad simbólica a las instituciones. Esto es así dado que a partir de las prácticas hospitalarias llevadas adelante por los referentes institucionales, se comenzó a construir un vínculo positivo entre las instituciones y los usuarios. Las personas usuarias relatan haberse sentido a gusto, escuchadas, respetadas, favoreciéndose el corrimiento de la tradicional inseguridad respecto de cómo pueden llegar a ser identificadas y recibidas en sus intercambios, en tanto encarnan una forma de otredad. Algunas de ellas han regresado a las instituciones y otras aún recuerdan ese encuentro con alegría, deseando alguna vez volver.

Ante determinadas situaciones de vulnerabilidad una persona interactúa en forma reducida en su relación con el entorno. A partir de la participación en el grupo, cada usuario se va entramando en una red relacional que constituye subjetividades y genera formas de vincularse, tal que las trayectorias individuales remiten a un todo. El grupo aportó un papel de organizador, en un primer momento desde la tarea y la interacción inicial entre sus integrantes. El proceso grupal avanzó a partir de la identificación e interrelación de los participantes, rescatando la singularidad de cada uno, y del grupo como totalidad y agente transformador, logrando el desarrollo de capacidades y potencialidades y generando lazos sociales basados en el apoyo mutuo y la solidaridad.

Bibliografía

- Amarante, P. y Guimarães Torre, E.H. (2008). —De volta à cidade, sr. cidadão!□ — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Revista de administração pública. Rio de Janeiro 52(6):1090-1107.
- Carballeda, Alfredo. (2002) —La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales□. Paidós.
- Comes, Y. et al. (2007). —El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios□. Anuario de Investigaciones, vol. XIV, pp. 201-209. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina
- Goffman, E. (2006). Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Petit, M. (2000). —Lecturas: del espacio íntimo al espacio público□. Fondo de Cultura Económica. México.
- Pichon-Rivière, Enrique. —El proceso grupal□. Nueva Visión. Buenos Aires. 1999.
- Stolkiner, A. (2011). —¿Qué es escuchar a un niño?: Escucha y hospitalidad en el cuidado de la Salud□. III simposio internacional sobre patologización de la infancia. Bs. As.
- Ley de Salud nº 153, CABA
- Ley de Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental nº 955, CABA
- Organización Mundial de la Salud. —Informe sobre la Salud en el Mundo año 2005□. España. 2005.
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez, L.E. y Schalock, R.L. (2007). —Escala Integral de Calidad de Vida□. Madrid: CEPE

LOS NOMBRES, EL ESPACIO, EL JUEGO[1]. EL JUEGO COMO SENTIDO DE VIDA Y DE DISPUTA

Lic. José Luis Seoane Suárez

. . . . .

La alegría de hacer un gol, una gambeta,
un taquito, un caño, una gran jugada.
La alegría del abrazo, del grito que sale del alma,
del aliento de un compañero, de las ganas de jugar.
La alegría de que la pelota ruede,
de que la imaginación nos eleve y
los sueños en una cancha se hagan realidad.
La alegría del que viene, del que se va,
de lo compartido, de lo vivido,
de la memoria de haber sentido alegría al jugar.
La alegría de seguir gambeteando,
amagando, haciendo jugadas en la vida
que nos hacen sentir la libertad.

Jose Luis Seoane Suárez

En sintonía con esta producción, encontramos tonalidades y acordes donde el pensar y los quehaceres intentan relacionarse, entramarse. Considero propicio realizar algunas observaciones y descripciones del espacio de **Taller de Fútbol**[2], en tanto acción propositiva y constructiva desde el Trabajo Social en Salud Mental en un hospital psiquiátrico.

El origen de esta experiencia recupera la labor desarrollada por enfermeros en este hospital quienes organizaban partidos de fútbol, en tanto actividad grupal, en la que participaban personas que se encontraban internadas. La incorporación de esta actividad generaba bienestar, alegría, motivación e incidía en la reducción de "refuerzos"[3] de medicación. Partimos de estas ideas y vivencias configurando un espacio con características propias y singulares.

En el taller de fútbol participan jóvenes, mujeres y hombres que sufren algún padecimiento en relación a su salud mental y transcurren por diferentes instancias y modalidades de atención y vinculación en el hospital psiquiátrico (internación, hospital de día, consultorios externos, guardia); familia-

1. El Presente escrito configura el Capítulo V de la Tesis de Maestría en Trabajo Social "Conceptos, Discursos, Prácticas Sociales. Campos y Fuentes de Legitimidades. Seres Humanos - Sonoridades. Trabajo Social - Salud Mental". Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Trabajo Social. 2015.

2.Espacio coordinado a partir de mi transcurrir en la Residencia de Trabajo Social y extendiéndose en el marco de haber accedido por concurso a cargo de planta en un hospital de emergencias psiquiátricas. (2007 – 2014).

res, amigos y coordinadores.

Hemos intentado construir un ámbito que viabilice la participación a partir del juego, reconociendo la singularidad de cada sujeto y desarrollando acciones que posibiliten nutrir las proyecciones vitales de las personas, específicamente procurando aportar herramientas, aprendizajes, vivencias, experiencias que incidan en su salud mental.

Entiendo que "**Juego**" es distinto de "partida" o "pasatiempos". Considero al juego como viabilizador del hacer, expresar, descubrir, encontrarse, emocionarse, reírse, generando capacidad de abrazo. El "Juego es el espíritu de exploración en **libertad**, hacer y ser por puro placer".[4] "…implica emocionarse, quedar expuesto, ganar o perder, a veces sentirse torpe, estar entregado al grupo, no a la defensiva, etcétera".[5] "El juego es una actitud, un espíritu, una forma de hacer las cosas".[6] Desde esta perspectiva pienso que el juego permite la participación y se relaciona con formas de **hacer**, **crear**, **decir**; **vincularse** con el otro; de construir en forma conjunta; de aportar, colaborar, equivocarse, comprender, quedar en ridículo, configurando una de las múltiples formas de encontrarse con el **SER**, individual y grupal.

El juego necesita un ámbito propicio en torno a que pueda desarrollarse. "Esto conlleva a entender la participación desde la presencia, la realización, el deseo, lo instrumental. A la integración, como modalidad de relación con el otro, par o adulto. La aceptación de pautas en relación a la construcción del propio cuerpo. Y al juego como marco de contención del jugar"[7]. Winnicott plantea que es preciso considerar los juegos y

---

Procurando poner en valor la experiencia del taller, he realizado un ateneo denominado "Taller de Fútbol Ambulante", vinculado con este espacio (Diciembre 2007); como así también he presentado un trabajo con el nombre de "El Juego como Sentido de Vida y de Disputa" en las XV Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana, con miras a compartir las ideas, avances, vivencias que fueron surgiendo. (Noviembre 2007).

En el marco de la residencia en salud de servicio social en este hospital he podido realizar una rotación por cuatro meses en el taller de fútbol que coordina el equipo de Talleres Protegidos de Rehabilitación y Reinserción del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; esto posibilitó compartir tiempos, aunar criterios; enriqueciendo sendas experiencias. Desde este espacio participamos en el Encuentro Cultural y Deportivo "Patas Arriba", evento organizado en torno a desarrollar formas de integración social (Noviembre 2008); de las jornadas deportivas en el Club Flandria (Jauregui 2008) y en la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" (Torres, 2008).

Como cierre de esta experiencia de trabajo conjunta realizamos un corto cinematográfico del taller que pudo ser presentado en el 7mo Congreso Internacional, Salud Mental y Derechos Humanos, organizado por la Asociación Madres de Plaza de Mayo. (Diciembre 2008).

A partir de los intercambios realizados en la rotación hemos participado con un equipo de fútbol surgido del taller en dos encuentros deportivos organizados por "Talleres Protegidos de Rehabilitación y Reinserción" del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el predio del club Barracas Central (2009/2010).

Durante el período 2010 – 2011 realizamos partidos con diferentes equipos de fútbol, cuestión que fue permitiendo la consolidación de un equipo competitivo.Asimismo, he podido realizar un corto que posibilita visualizar el espacio de taller, dando cuenta de las vivencias y experiencias de los jóvenes que participan, habiendo sido presentado en las Jornadas de este Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear" realizadas del 16 al 18 de noviembre de 2011. (www.youtube.com / Taller de fútbol del Hospital Torcuato Alvear I Buenos Aires).

He presentado un trabajo describiendo esta experiencia en el V Encuentro Internacional de Trabajo Social en la Universidad de Buenos, habiendo sido incorporado en Trabajos Seleccionados. V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de la institucionalidad / Marcela Banegas… (et.al.); coordinado por Ana Arias, Bárbara García. Godoy, Romina Manes.1era. Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2014. E-book. ISBN 978-987-28642-6-2.

El 17 de agosto de 2013 he participado del panel "Campos de legitimidades y prácticas en salud mental" desarrollado en Taller Nivel IV de la Carrera de Trabajo Social, dando cuenta de los procesos subjetivizantes del juego en la salud mental. Decido cerrar el espacio, con dolor y decepción por diferentes contextos institucionales que inhibieron y coartaron hasta asfixiar la experiencia.

3. Dosis de medicación que se suman al plan farmacológico de las personas en momentos muy específicos. 4 Nachmanovich, Stephen. Free Play. La improvisación en la vida y en el arte. Ed. Planeta. 1991, pág. 58. 5 Pescetti, Luis María. Manual de Animación y juegos musicales. Ed. Guadalupe, pág. 31.

4. Nachmanovich, Stephen. Free Play. La improvisación en la vida y en el arte. Ed. Planeta. 1991, pág. 58.

5. Pescetti, Luis María. Manual de Animación y juegos musicales. Ed. Guadalupe, pág. 31.

6. Nachmanovich, Stephen. Free Play. La improvisación en la vida y en el arte. Ed. Planeta. 1991, pág. 58.

su organización como parte de un intento de precaverse contra los aspectos aterradores del jugar. Cuando los niños juegan tiene que haber personas responsables cerca...". En este sentido hemos ido construyendo diferentes momentos, tiempos, lugares, maneras que brindan oportunidades para algunas certezas, algunos errores, límites, sentidos y significaciones en el espacio.

- Implementamos el taller los días viernes en el horario de nueve a trece treinta a horas. Nos encontramos en la entrada o en el Servicio social del hospital y con algunos jóvenes, recorremos los servicios motivando y generando condiciones para que las personas puedan incorporarse al espacio. Desde el encuentro con las personas describiendo el taller; el dialogo con profesionales de los "equipos tratantes" y enfermeros con quienes acordamos:
- Personas que pueden participar.
- Especificidades del momento que las personas se encuentran atravesando en función a su salud mental.
- Acompañamientos necesarios para viabializar la participación de las personas.
- Acciones acordes.
- Hasta el diálogo telefónico días previos al taller en torno a motivar y apoyar.
- El taller está conformado por diferentes momentos: Precalentamiento: realización de ejercicios de entrada en calor y preparación para el desarrollo de una actividad deportiva. Presentación: espacio de dialogo que posibilita conocernos y compartir opiniones sobre temas convocantes[8] (conflictos, propuestas, proyectos). Conformación de equipos: con técnica pan y queso. Partido de fútbol, compuesto por dos períodos de cuarenta minutos con un tiempo intermedio para descansar, tomar agua, dialogar. Cierre: espacio de dialogo sobre actividades a realizar el fin de semana. Trabajamos cuestiones e inquietudes que surgen en el espacio.
- Construimos algunos acuerdos que permiten el desarrollo del juego y el transcurrir de las personas por el espacio. El ingreso y la salida al predio la realizamos juntos. Tratarnos bien. Cuidar al otro. Poner bien el cuerpo. Aceptar y viabilizar la participación de todas las personas que juegan. Reconocer y aceptar capacidades, limitaciones, posibilidades.
- Intentamos generar condiciones que posibiliten que los jóvenes puedan sostener su participación en los diferentes momentos. Iniciar desde los intereses, motivaciones y posibilidades de las personas. Si un joven puede participar de un momento del espacio; si puede pegarle a la pelota desde su área; atajar; observar el partido desde afuera; el comienzo es desde ahí. Brindándole apoyo, confianza, acompañando sus tiempos se intenta que pueda otras cosas como jugar, parar la pelota y pasarla; encargarse de ir a buscar a sus compañeros; traer los materiales.

Asimismo, considero que **el mismo grupo va aportando y brindándole apoyo y sostén** a las personas en su transcurrir por el espacio, motivando su participación, promoviendo la integración, aceptando las diferencias. De esta forma procuramos que las personas puedan sostener el taller, que se pueda jugar en equipo; que puedan ir construyéndose responsabilidades en un ir venir de lo singular y lo grupal. Es construir estrategias que tiendan a motivar, acompañar, destacar habilidades y potenciarlas en el contexto de un espacio compartido.

- Desde la coordinación participamos activamente en los conflictos que se manifiestan en el taller, procurando realizar análisis, consideraciones y tomar decisiones conjuntas con el grupo.

Las personas, la palabra, los roles, los tiempos, los lugares, los espacios, los momentos, los acuerdos, el grupo posibilitan configuraciones marco en tanto andamiajes generado-

7. Huellas Asoc. Civil, Proyecto "Caminando Juntos". CABA, 2001.

8.En un momento fue el trabajo sobre el cuidado de la salud, generando que los jóvenes puedan realizarse un chequeo clínico para obtener certificado de apto médico para realizar actividad deportiva. Se viabilizaron contactos con hospitales en función a que los jóvenes puedan realizarse estos estudios.

res de condiciones que viabilizan la participación.

En la misma sintonía, Winnicott (1971) expresa que es bueno recordar siempre que el juego es por sí mismo una terapia. **Conseguir que los chicos jueguen es ya una psicoterapia** de aplicación inmediata y universal, e incluye el establecimiento de una actitud social positiva respecto del juego. En tal sentido "Creemos que el juego brinda la posibilidad de expresarse, de ponerse en acción, de desarrollar la creatividad, aceptar diferencias y asociarse en los intereses comunes"[9]. El juego genera motivación, posibilitando a las personas levantarse de la cama; realizar jugadas increíbles, pensar formas de bajar una pelota de un árbol; comprender algo de lo que le pasa al otro, compartir vivencias, pensamientos, sentimientos.

El juego permite generar aportes, Eze propuso realizar salpicado como ejercicio de precalentamiento; Juan aportó algunos ejercicios de elongación; Mati traía agua para refrescarse. Los mismos jóvenes en alguna ocasión pudieron coordinar el espacio por su propia cuenta.

De esta y otras formas procuramos construir sentidos en el espacio donde el otro pueda ser aceptado, comprendido y acompañado; donde pueda expresarse y hacer; donde pueda construir lazos, donde sea reconocido; donde el grupo pueda dar soporte y apoyo; cuestiones enmarcadas en el juego en tanto propiciador y generador de una multiplicidad de conductas y no otras.

Un día se colgó la pelota

Patadón de Ezequiel, casi insolente hacia la pelota, que algo desinflada y como castigo ante tal atrevimiento se mete en la copa de uno de esos árboles con muchas ramas y huecos donde una pelota pueda colgarse.

Todas las miradas observando lo que pasaba y esperando los tiempos que uno mas o menos calcula para que pueda bajar, pero no. Pasado el tiempo no cayó. Partido suspendido hasta nuevo aviso.

Todos debajo del árbol mirando la pelota con las manos en la cintura. Bajar la pelota, acto casi imposible, había quedado atrapada por varias ramas y bastante alto como para llegar así no más.

Y fueron diversas las estrategias. Mati con una rama larga, trataba de llegar, saltaba, trataba, pero Mati era muy bajito con lo cual la misión se convertía en más que imposible. Todos pensamos, ya está Emiliano, más de un metro ochenta y pico, pero tampoco llegaba. Después casi la teníamos, Mati a caballito de Emiliano, nos acercábamos pero la pelota no se mosqueaba.

Eze ya casi aburrido se empezó a subir al árbol, Juan Manuel le hizo piecito para llegar y Eze llegó, cabeza y cuerpo para un lado, piernas para el otro y no podía ni subir ni bajar, mientras se buscaban otras alternativas. Por fuerza y tesón Ezequiel se subió y le pasaron la rama, pero desde donde estaba no veía la pelota, y con una rama todos le decíamos, "Para acá, más abajo, dale, dale, ponele ganas, ya casi está".

También Mati a cococho de Emiliano continuaban intentando. Ya eran dos ramas danzando alrededor de la pelota en forma endemoniada. Como si la pelota tuviera algo que la hacía intocable.

Por otro lado otros pibes buscaban otras posibilidades, entre las cuales se barajaba: bajarla a cascotazos, tirar ramas como flechas, mover el árbol, soplar todos juntos, que Eze se suba y de ser necesario que se sacrifique por todos.

En una de esas encuentran una varilla más larga que las ramas, pero tan pesada que pasársela a Eze era imposible. Eze se subió mas arriba y seguía dale que dale pero nada. Ahí surge una nueva opción, metieron la rama en la barrilla que era hueca y dos pibes la pusieron de pie. Esta llegaba y sobraba, había que tener puntería y pulso.

Eze miraba, Emiliano lo miró a Mati y se bajó de a cococho, esperando que esta fuera la gran opción. Y de aquí para allá, y de allá para acá, en una de esas la tocaron, estaba atrapada entre las ramas, pe-

9. Huellas Asoc. Civil. Proyecto "Caminando Juntos". CABA. 2001.

sada y dura de mover. Los pibes le pusieron este invento varilla – rama al costado de la pelota y muy despacito la fueron corriendo hasta que el gran invento se safó. La pelota se había movido, pero seguía atrapada. La operación se vuelve a repetir y girando, girando, como haciéndose rogar y recordándole que era necesario tratarla bien, con cuidado, acariciándola, volvió a rodar en la canchita.

Ah….Eze seguía colgado del árbol. También hubo múltiples opciones para que bajara; bajarlo a piedrazos, dejarlo arriba para que mirara como tratar a la pelota, mirar como intentaba bajar y contener la risa hasta verlo caer. Pero entre varios le hicimos piecito para que pudiera bajar de a poco. Se dio vuelta, puso uno de los pies en el hueco de dos manos que estaban pegadas el tronco del árbol para que tuviera donde apoyarse y el otro pie en las manos de Juan. Y casi haciéndolo deslizar lo bajamos. Desde ese día la relación de Eze con la pelota fue otra.

Jose Luis Seoane Suárez

El juego, la salud, los vínculos

Los diferentes padecimientos de salud mental afectan fuertemente la cotidianeidad de las personas, pero esto no quita la posibilidad de visualizar habilidades, capacidades a partir de las cuales trabajar. En la medida en que las personas puedan desarrollar capacidades de ser participes a través del juego esto incidirá en las posibilidades de retomar las actividades de su vida cotidiana. Winnicott (1971) expresa que "el juego es un elemento que está asociado a la salud, entendida como adaptación activa al medio, en el cual el niño se encuentra en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar la realidad, transformándose a la vez él mismo". Poder vincularse, tomar decisiones, asumir responsabilidades, realizar acciones tiene fuerte implicancia en las múltiples formas en que las personas puedan vivir su vida cotidiana. El "… reinterpretar la realidad y producir algo nuevo, evita que permanezcamos rígidos. **El juego nos permite reordenar nuestras capacidades y nuestra identidad misma para poder usarlas en formas imprevistas**"[10]. "Jugar es liberarnos de las restricciones arbitrarias y expandir nuestro campo de acción. Nuestro juego estimula la riqueza de respuesta y de flexibilidad de adaptación. Este es el valor evolutivo del juego, el hecho de que nos hace flexibles"[11]. De esta manera las personas pueden generar formas de interactuar a través del juego que lo nutran en su transcurrir en su cotidianeidad. "Un ser que juega es mas fácilmente adaptable a los contextos y las condiciones cambiantes. El juego como improvisación libre agudiza nuestra capacidad de enfrentar un mundo en cambio".[12] Que Eze, Mati, Emiliano, puedan conectarse con el juego; participar en el encuentro; realizar jugadas; preocuparse por sus compañeros. Que puedan responsabilizarse de algunas acciones tales como barrer la cancha, preparar los materiales, crear una jugada o buscar formas de hacer un gol incide fuertemente en el desarrollo de capacidades vinculadas con poder transformar la realidad. Implicándose, accionando, poniendo el cuerpo; cuestiones y aspectos que incidirán en las posibilidades de resolver, pensar, hacer, de SER en su cotidianeidad.

El juego viabiliza la construcción de **vínculos**, entendiéndose como un proceso, que incluye a un Sujeto, un objeto y la interacción entre ambos, siendo ésta última, el elemento central de todo vínculo. Según Pichón Riviere (1956) se acuerda en que toda conducta implica un vínculo, toda acción en el mundo externo, es una relación de un sujeto con un objeto, ya sea este animado o inanimado. Toda relación con un objeto implica un vín-

10. Nachmanovich, Stephen. Free Play. La improvisación en la vida y en el arte. Ed. Planeta. 1991, pág. 58.
11. Ídem.
12. Ídem.

culo humano, por lo tanto, toda conducta es siempre un vínculo humano. Pichón Riviere intenta demostrar a través del concepto de vínculo, que la hostilidad y el amor emergen de la relación con el otro y cumplen con la necesidad del sujeto a partir de su gratificación y su frustración. Asimismo, se acuerda con Pichón Riviere en que el sujeto es emergente de un sistema vincular, a partir del interjuego entre necesidad y satisfacción, entre causas internas y externas que operan en la constitución del sujeto en términos de dialéctica entre el sujeto y la trama vincular en que las necesidades cumplen su destino vincular gratificándose o frustrándose.

De esta forma visualizo desde el espacio la posibilidad de que las personas puedan construir vínculos, nutriendo entramados relacionales significativos que brinden sostén y apoyo. El conocerse, pasando de ser "aquel", a ser Tony, Rodri, Mati enmarcan procesos de reconocer y conocer al otro, permitiendo compartir ideas, miedos, fracasos, pensamientos, historias, proyectos. La construcción de vínculos va permitiendo un acercamiento con las personas en función a sus tiempos, sus deseos, sus necesidades. El juego va permitiendo la creación de estos vínculos, fortaleciéndolos y propiciando un acercamiento al otro desde lo que el otro ES. "La gente, mientras juega, se olvida de si misma y de su entorno; y ése es el punto. Entonces se muestran de una manera tan abierta como no lo hubieran hecho si directamente les hubiéramos preguntado, o alguna cosa parecida."[13] De esta forma los vínculos construidos a través del juego permiten conocer al otro, desde sus miedos, sus deseos, sus sentimientos, conformando el espacio un ámbito donde poder dialogar, escuchar, comprender, pedir ayuda, enojarse, discutir, pelearse, aceptar equivocaciones, compartir.

Algunas expresiones de algunos jóvenes "Ayer me sentí mal, me quise tirar por la ventana pero me agarraron y zafé"; "No sabes como consumía, vendía de todo para conseguir merca"; "Yo estoy acá porque no quería salir de mi habitación, me costaba estar con otras personas"; "Mirá que Mati se escapó, vino uno le ofreció falopa y se fueron" "Mirá a Javi que está mal, está besando el piso" "Jonathan está re duro no puede ni correr", "el sábado salimos con Jonathan y Chaca, fuimos a bailar".

Considero que la **construcción de vínculos**, configurarse como **referentes significativos**, sostener un **espacio de escucha y apertura**, que contiene y aloja lo que se comparte **viabiliza la palabra**. Que Miguel pueda comentar lo que siente; que Esteban pueda contar porqué está internado; que Eze pueda decir lo que está viviendo; que Johny pueda decir que le hace bien participar en el espacio. Esto posibilita encontrarse con lo que le pasa al otro, conocer sus vivencias, experiencias y **poder desarrollar formas de acompañar**. En función a lo que quiere; a sus tiempos y a las aperturas que se vayan construyendo, **formas de acompañar singulares y subjetivizantes e intersubjetivas.**

- En el Espacio

Desarrollamos formas singulares de acompañar a cada persona, teniendo en cuenta su forma de vincularse, de participar, su juego… En el momento de Presentación realizamos aportes, comentarios, intercambios, observaciones del transcurrir individual de las personas que es enriquecido por los participantes.

Llevamos a la práctica estrategias de trabajo en los diferentes momentos del espacio, en forma individual y grupal. Entre ellas habilitar a quienes se les dificulta participar; ubicar a los jóvenes en el espacio; jugar en equipo, profundizar la escucha del otro. Analizar cuestiones, propiciar e implementar propuestas.

- En el Hospital

Articulamos acciones con los equipos de salud de los jóvenes en función a dialogar sobre su participación y formas de acompañar, desarrollando estrategias acordes en fun-

13. Pescetti, Luis María. Manual de Animación y juegos musicales. Ed. Guadalupe pág. 32.

ción al momento que las personas se encuentran atravesando.

Articulamos acciones con coordinadores de otros espacios por los que transitan las personas (talleres, escuela.).

Mantenemos comunicación fluida con los diferentes servicios del hospital. (Guardia, Internación, Hospital de Día, Adolescencia, Consultorios Externos, Servicio Social, Ropería, Escuela).

- En la Comunidad

Viabilizamos la incorporación de jóvenes en otras instancias tanto laborales, terapéuticas, comunitarias, deportivas en función a sus motivaciones e intereses.

Generamos diálogos entramando una comunicación fluida con las familias de las personas. Esto posibilita un acercamiento al espacio, conocer realidades familiares, visualizar cómo generar acciones para que el grupo familiar pueda apoyar al joven en su participación en el taller.

Participamos en torneos organizados por instancias estatales de salud mental, sosteniendo las características y modalidades del espacio. Organizamos encuentros de fútbol con amigos, familiares, de los jóvenes que participan en función a compartir tiempos y espacios. Intentamos que el espacio posibilite que los familiares puedan visualizar a los jóvenes en un ámbito abierto a la participación y que tal espacio intente deconstruir representaciones sociales en torno a la locura.

- Registro – Evaluación - Planificación

Realizamos una crónica del taller donde se visualizan cuestiones vinculadas con lo grupal (convocatoria, participantes, desarrollo del juego, desarrollo de espacios de diálogo). Efectuamos análisis de la forma en que cada persona participó en el espacio (forma de vincularse, formas de jugar, relación con sus compañeros, ideas, propuestas, avances, dificultades); esto permite ir contemplando los avances de las personas; las cuestiones a fortalecer, formas de poder acompañarlo.

Estas consideraciones se trabajan junto a los "equipos tratantes" en torno a potenciar los tratamientos de las personas, desarrollando estrategias conjuntas.

Realizamos evaluaciones de proceso en forma trimestral del espacio de taller como así también de la forma en que las personas participaron en el espacio, que volcamos en fichas que se incorporan a las historias clínicas, formando parte de las estadísticas del hospital.

Participamos de Espacios de Planificación previos al taller y de Evaluación una vez finalizado. Participamos en forma mensual de un espacio de co-visión.[14]

Realizamos el registro en las historias clínicas de la forma en que han participado los jóvenes.

El juego, algunas reflexiones para continuar pensando y haciendo – haciendo y pensando

Considero que el taller de fútbol en tanto sonoridad relacionada con el juego, configura una propuesta que se entrama en teorías prácticas y prácticas teóricas, formas de pensar y hacer con diferentes contenidos y dimensiones desde el Trabajo Social en salud mental.

A partir de esta sonoridad, **propiciamos la construcción de vínculos**, en tanto forma vital de encuentro, acercamiento con el otro, que permite acceder a sus ideas, pensamientos, sentires, proyectos y a partir de esto construir formas de acompañar en función a capacidades, potencialidades, deseos, proyectos. Estos entramados vinculares y acompañamientos se van entretejiendo en función a melodías, armonías y ritmos de las personas.

14. En términos de Bokser llamamos aquí "covisión" a un encuentro donde confluyen horizontalmente miradas de diversas disciplinas con algún o algunos profesionales con variadas y múltiples experiencias teórico-prácticas para estudiar y analizar "casos" que denominamos "situaciones problemáticas" con miras a ir identificando prácticas sociales de abordaje y posibles superaciones de sus conflictivas.

Los entramados vinculares permiten acercar a las personas que sufren algún padecimiento en torno a su salud mental con la comunidad, construyendo formas de comprenderse, acompañarse, entenderse y de visualizar al otro como un otro, en tanto sujeto, en tanto persona incidiendo en la superación de estigmas y preconceptos, cuestión que se amplifica en los imaginarios sociales relacionados con la salud mental.

El encuentro y la búsqueda de los PUEDO de las personas que participan, son parte fundamental en sostener el taller de fútbol y diferentes espacios grupales, los cuales se nutren y retroalimentan con / y de sus participantes, interpretes principales de estas obras.

Participar en espacios grupales permite que el juego, las actividades, las tareas generen un encuentro que acepta, comprende y parte de las diferencias, necesarias y vitales en marcos de riqueza en la diversidad.

Es vital identificar capacidades, habilidades, deseos, que faciliten y propicien empezar a visualizar al otro desde su multidimensionalidad; es la posibilidad de construir protagonismos que tienden indefectiblemente a incrementar procesos de autonomía. Que Juan pueda elegir donde vivir, qué comer, cómo vestirse después de estar años internado; que Diego pueda responsabilizarse en sostener horarios; que pueda realizar su trabajo tallando muñecos en goma espuma. Que Lucas pueda pensarse en una cancha de fútbol, construir jugadas en equipo, dialogar con sus compañeros, hacer una gambeta; habla de PODER elegir, de SER autónomos, de SER protagonistas; SER que se relaciona con PODER.

Estas lecturas parten de las potencias y capacidades teniendo en cuenta cómo se inscribe el sufrimiento y el padecimiento en la subjetividad; es decir subjetivizando el padecimiento y viabilizando a partir de la acción, el protagonismo, la participación, la responsabilidad en marcos de libertades.

Son vitales los entramados de lazos entre las diferentes experiencias tanto artísticas, laborales, lúdicas, deportivas con miras a incrementar el capital, sinfonías divergentes y convergentes, con múltiples sonoridades, instrumentos y participantes, de los diferentes agentes dentro del campo del hospital psiquiátrico.

El desarrollo de prácticas aisladas tiende a que las experiencias perezcan o se institucionalicen. Y para ello considero vital la construcción y sustentabilidad de espacios de diálogo, escucha, capacitación y formación donde se puedan ir formulando debates, desarrollando acciones en un ir y venir de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría con la participación de TODOS y esto incluye a las personas que padecen algún sufrimiento en torno a su salud mental.

En este sentido, durante 2014 hemos elaborado junto a diferentes talleristas, que desarrollan tareas en forma voluntaria en un hospital de emergencias psiquiátricas el proyecto denominado **"RE-CREARTE Espacios Transversales"**[15], intentando conformar un colectivo de trabajo. El mismo tiene como objetivo general "Promover espacios grupales destinados a personas que transitan por los diferentes servicios del hospital con miras a desarrollar prácticas que nutran la subjetividad". Esta propuesta abarca el desarrollo de diferentes Talleres, tales como Fútbol, Recreación, Música, Albañilería y Jardinería, enmarcados en estrategias integrales y articuladas de trabajo en el hospital.

Es vital pensar desde las personas, desde los jóvenes que atraviesan diferentes padecimientos en salud mental en función a generar diferentes quehaceres subjetivizantes, empoderantes, que apoyen itinerarios vitales y sus diversas expresiones en los variados contextos que atraviesan.

15. "RECREARTE – Espacios Transversales" proyecto elaborado en 2013 por equipo de trabajo de talleristas en un hospital de emergencias psiquiátricas, contemplando diferentes espacios y disciplinas.

Bibliografía

- Bokser, Mirta F. "Derechos de Niñas, Niños y Jóvenes. Políticas de Gestión Territorial". Buenos Aires. Editorial Lumen – Humanitas. 2005.
- Bokser, Mirta, Legalidades Ilegitimas. Derechos Humanos y Prácticas Sociales. Buenos Aires. Ediciones Colihue. 2002.
- Bokser, Mirta. Comentarios a la Presentación del Lic. Jose Luis Seoane Suárez... Desafíos de la convocatoria a una institución hospitalaria. Sujetos y Subjetividad. Una lectura en, desde y hacia el campo de Derechos Humano. 2007. Inédito.
- Bokser, Mirta. Legalidades Ilegítimas. CABA. Ediciones Colihue. 2002..
- Bokser, Mirta. Seres Humanos Personas (Su) Personalidad Jurídica. (Viceversa y Recíprocamente). Buenos Aires. Colihue. 2009.
- Huellas Asoc. Civil. Proyecto "Caminando Juntos". CABA. 2001.
- Nachmanovich, Stephen. Free Play. La improvisación en la vida y en el arte. Ed. Planeta. 1991.
- Pescetti, Luis María. Manual de Animación y juegos musicales. Ed. Guadalupe.
- Proyecto "RECREARTE – Espacios Transversales". 2013.

Corto Audiovisual

Experiencia de Taller de Fútbol
- www.youtube.com / Taller de fútbol del Hospital Torcuato Alvear I Buenos Aires.



XII Jornadas de la APSS
Auditorio.

EL TRABAJO SOCIAL EN EL ENTRECRUZAMIENTO DE DISCURSOS. LA SALUD MENTAL EN EL DEBATE SANITARIO CONTEMPORÁNEO

Lic. Ana Laura Blanco
Lic. Andrea Grosso
Lic. Diana Mosto
Lic. María Cecilia Rivero
Lic. Mariana Rolando

. . . . .

Introducción

El presente trabajo se fundamenta en la necesidad de problematizar nuestra intervención profesional en tanto trabajadores sociales de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas de la CABA, analizando la modalidad de abordaje que desarrollamos, en función de la actual coyuntura y la legislación vigente.

El mismo contará con cinco apartados que se organizarán de la siguiente manera:

En el primer apartado se abordará el pasaje del modelo de atención biomédico al modelo comunitario, transición a partir de la cual se sientan las base de la modalidad de abordaje actual del hospital en análisis y del servicio social en particular.

A continuación se realizará una reconstrucción histórica de dicha modalidad y como la misma se ha ido modificando en los distintos contextos socio- políticos. En el tercer apartado nos centraremos en presentar el rol del trabajo social al interior de los equipos de trabajo, y el lugar que adquiere la interdisciplina en la práctica profesional.

Luego se plantearán los obstáculos observados en la intervención en términos de tensiones, analizando la tensión existente entre la lógica manicomial y la comunitaria y aquella que se presenta entre la misión hospitalaria (Emergencia Psiquiátrica) y la política pública y el marco normativo actual.

Para finalizar plantearemos algunas reflexiones finales a las que arribamos y que esperamos sean de aporte para continuar repensando la práctica profesional en el campo de salud mental.

Breve reseña de los modelos de atención en el campo de la salud mental

Para comprender la actual modalidad de abordaje del Servicio Social de dicho hospital resulta fundamental revisar brevemente la historia del modelo de atención en salud mental.

La salud mental como objeto de estudio y de intervención ha sido entendida y abordada de múltiples maneras a lo largo de la historia. Desde ser entendida como posesión demoníaca, pasando por su constitución como objeto científico (aparición de la psiquiatría como disciplina científica) observado y descrito a partir de su abordaje "racional" al igual que demás objetos de la ciencia, hasta su actual concepción desde el campo biopsico-socio-cultural (Faraone; 2006). Nos interesa puntualizar, a los fines de este trabajo, en el pasaje del modelo de atención biomédico al modelo comunitario, entendiendo que es en esta transición que se posibilita el abordaje interdisciplinario, intersectorial y comunitario de la salud mental, y se sientan las bases sobre las que se erige la modalidad de abordaje actual del hospital en análisis y del servicio social en particular.

Natale (2005) plantea que el modelo de atención biomédico "basa la comprensión de la enfermedad mental, y por consiguiente sus intervenciones, en un substrato biológico"; constituyéndose así como "un claro representante de la medicalización de la salud mental", sobredimensionando el campo médico sin "asumir que las dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas del problema son más relevantes que las específicamente médicas o psiquiátricas".

En cuanto al modelo comunitario, Levav (1992) señala que "la salud y la enfermedad son visualizadas como un proceso y como un producto social, psicológico y biológico, por lo que la atención y las intervenciones deben incluir y accionar en estos tres ámbitos. Prioriza el contexto y los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad, ya que entiende que el cuidado y la promoción de la salud están ligadas a las condiciones de vida".

Se trata de un enfoque histórico-social, ético y democrático, que propone una atención territorial, accesible, descentralizada, participativa e integral, sosteniendo valores de solidaridad y equidad.

En este modelo de atención "lo social" se entiende no como un elemento contextual que "acompaña" al trastorno, sino como "el texto" mismo de la enfermedad. Atenderlo en forma integral es uno de los principios de la salud. (Galende; 2008: 183)

Es así que al empezar a ampliarse la conceptualización en torno a esta problemática, se van integrando a los dispositivos saberes y profesionales no pertenecientes a la ciencia médica: psicólogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, entre otros.

En palabras de Stolkiner dicho cambio de paradigma produce un pasaje de una comprensión y abordaje unidimensional a otro centrado en la complejidad de los problemas. Dicha complejidad implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial. (Stolkiner-Solitario; S/D).

En relación al primero, supone un abordaje conjunto que implica la "construcción conceptual común del problema, un marco de representaciones común entre disciplinas" (Stolkiner; 1999), disponibilidad para el diálogo, actitud cooperativa, actitudes no dogmáticas, todo lo cual implica el pasaje de una acción clínica individual a una acción de equipo.

Para que el abordaje sea efectivamente interdisciplinario "la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber deben definirse en relación al problema" (Stolkiner).

Como mencionamos, la modalidad de atención en salud mental no solo requiere de un abordaje interdisciplinario sino también intersectorial, entendiendo que las problemáticas que presentan las personas son complejas y exceden las respuestas que se pueden brindar desde el sector salud. Consideramos que ambas modalidades de abordaje descriptas contribuyen a evitar la fragmentación social que impera en nuestra práctica cotidiana. Es en la transición de estos modelos que puede situarse el surgimiento del hospital en cuestión.

Haciendo un poco de historia: Reconstrucción de la modalidad de abordaje del Hospital

En nuestro país con la vuelta a la democracia reaparecen prácticas alternativas al modelo asilar y es en ese contexto que en el año 1983 se inaugura la División de Emergencias Psiquiátricas del Hospital Gral. de agudos I. Pirovano. Luego de cinco años el hospital tuvo estructura propia y cambia de nombre a Hospital de Emergencias Psiquiátricas. Inicialmente el Servicio Social compartía la jefatura del Hospital Pirovano hasta que, paulatinamente, la planta va adquiriendo el número de profesionales necesario y una jefa de división, para quedar totalmente constituido en el año 1991 como un servicio con un número total de 12 profesionales trabajadoras sociales de planta con tareas de ejecución y una jefa de división. El servicio de guardia contó, desde sus inicios, con una dotación completa, incluido el profesional de trabajo social.

Inicialmente los tratamientos eran pensados para aquel que pudiera tomarse ese tiempo de "tránsito". Los que no, los que carecían de referente, los que las huellas de la locura habían calado hondo eran trasladados al asilo. En este momento, según dichos de los primeros trabajadores sociales del hospital, el trabajo disciplinar fue empírico en su mayor parte y con una fuerte presencia de la cuestión legal. La internación parecía la única respuesta al desborde de la locura y la judicialización la posibilidad de garantía de derechos.

Los embates de la política neoliberal de los años 90, obligaron a pensar salidas más comunitarias. La sanción de la ley 448 de la CABA en el año 2000 no alcanzó para generar modificaciones sustanciales en las modalidades de atención, será a partir del año 2005, con la ley ya reglamentada y con una coyuntura en que los dos grandes manicomios sufren una re-adecuación de funcionamiento (ya no es posible derivar a los pacientes considerados "crónicos" a los grandes Monovalentes: Borda y Moyano) que se comenzará a pensar otras alternativas de abordaje a las desarrolladas hasta entonces.

Algunos profesionales continuaban sustentando las ideas de la reforma psiquiátrica que el Proceso de Reorganización Nacional había mantenido en las sombras y así poco a poco una institución que podía entrar dentro de las llamadas "instituciones totales" fue abriendo sus muros.

El trabajo comienza entonces a pensarse no solo planteándose que "el loco" salga si no que pueda tratarse, transitar y al mismo tiempo que otros entren interesándose en efectuar adentro un trabajo, para el afuera. Se empieza a dar a la internación otro sentido, un modo de intervención necesario pero acotado en el tiempo, el suficiente para producir un ordenamiento y una marca propia. Se empiezan a realizar trabajos más comunitarios, el hospital de día cobra vital importancia, comienzan los tratamientos grupales y las actividades como la huerta, festejos de primavera, actividades artísticas, etc. Al mismo tiempo, empieza a germinar la idea de la interdisciplina. Un nuevo proceso se inicia.

Primero había que conocerse, luego había que dejar a un lado las hegemonías, para confluir en un equipo de trabajo. La práctica asistencial se va transformando en práctica clínica.

El proceso de construcción de esta modalidad de atención no fue fácil, llevo muchos años de construcción, requirió poner el cuerpo y la disponibilidad al encuentro con el otro. A fines de los años 90 se implementa el programa de residencia de trabajo social en el hospital, el cual desde un inicio fue pensado en articulación con el programa de formación de salud mental (psiquiatría y psicología) y de terapia ocupacional, dato que no es menor en relación a dicha construcción interdisciplinaria de la modalidad de atención en el hospital.

Modalidad de abordaje actual: lugar de la interdisciplina y rol profesional del Trabajo Social al interior de los equipos de trabajo

El hospital cuenta, desde sus inicios, con dispositivos de tratamiento ambulatorios: Consultorios Externos (turno mañana y turno tarde) y Hospital de Día (turno mañana y turno tarde) e Internación: guardia, equipo de admisión y seguimiento y salas de internación de adultos hombres y mujeres, y de adolescencia mixta.

En cuanto al Servicio Social del HEPTA, actualmente está conformado por 12 integrantes de planta (de los cuales uno está a cargo del servicio), y por 6 residentes y una jefa/instructora de residentes. Asimismo, un trabajador social forma parte del equipo de guardia de cada día de la semana. Es de destacar que cada profesional del servicio social se incluye en los equipos de trabajo interdisciplinarios de cada uno de los dispositivos del hospital, trascendiendo la modalidad de la mera interconsulta.

Esta doble inserción de los trabajadores sociales, en el servicio social y sus respectivos dispositivos de tratamiento, otorga un enfoque transversal permitiendo que se pueda mantener una visión integral del sujeto desde que inicia su proceso terapéutico.

A los fines analiticos diremos que la intervención del trabajo social en este Hospital consta de 3 momentos:

En el **primer momento** participamos del proceso de admisión interdisciplinario del paciente al dispositivo de atención, realizando entrevista individual al mismo, y en una segunda instancia a sus familiares o referentes afectivos. En este momento el equipo confecciona un primer diagnóstico situacional en el cual se indaga:

- Motivo de consulta y evaluación de cómo venía transcurriendo su vida previo a la misma.
- Reconstrucción de la trayectoria de vida e institucional de la persona.
- Antecedentes de tratamiento: si venía realizando tratamiento y de qué tipo.
- Red socio familiar y/o de apoyo: dinámica de vinculación de la persona con sus referentes familiares y/o afectivos, y los recursos con que cuentan, pensando esto no solo en términos económicos sino también desde lo emocional y lo vincular, en relación a la existencia o no de otros lazos sociales de pertenencia (amistades, institucionales, etc) que pueden operar como un sistema de apoyo para la persona.
- Visualización de las consecuencias sociales del padecimiento, que pueden traducirse en la dependencia, la sobrecarga familiar o bien la ausencia de familia y/o red social de apoyo.

Del análisis y la puesta en común de la información recabada en el proceso de admisión, el equipo construye conjuntamente una mirada clínica de la situación del paciente y delimita el tratamiento a seguir.

Es en el marco de esta construcción conjunta que, como trabajadores sociales, definimos el diagnóstico social, a partir del cual jerarquizamos la o las problemáticas sociales que requieren de nuestra intervención profesional.

En un **segundo momento** se implementa la estrategia interdisciplinaria de intervención mediante entrevistas disciplinares e interdisciplinares al paciente y su familia o referente afectivo, informes interdisciplinarios, gestión de recursos socio asistenciales, articulación de red interinstitucional e intersectorial, y supervisión de la práctica profesional (revisión periódica de los diagnósticos, estrategias y modos de implementación).

Dicha estrategia puede modificarse a lo largo del tratamiento en función de diferentes variables en juego (situación clínica del paciente, situación socio- familiar, limitaciones institucionales, carencia de recursos socio asistenciales, etc.)

Es de destacar que para que el abordaje interdisciplinario sea posible es fundamental que al interior del equipo se incluyan de manera programada los dispositivos necesarios -reuniones de discusión de casos, ateneos

compartidos, etc.-, que permitan el pasaje de "la sustentación pragmática o intuitiva a la explicitación de los diferentes saberes en inter- juego" (Stolkiner; 1999) lo que habilitará la discusión e intercambio entre los diferentes profesionales.

Es en ese sentido que valoramos como positivo que cada dispositivo de atención en el que nos insertamos cuente con un espacio de reunión de equipo instituido formalmente, en el que se discuta sobre la situación clínica de cada paciente y las estrategias de intervención a implementar. Momento privilegiado para promover el intercambio de información y perspectivas y la construcción colectiva de los proyectos terapéuticos.

Por último, en un **tercer momento**, intervenimos conjuntamente en el proceso de alta del tratamiento en el Hospital y la continuidad del cuidado en el efector de salud más cercano al lugar de residencia del paciente. Es en este marco que se realizarán las articulaciones intra- extra hospitalarias necesarias a fin de favorecer la continuidad del tratamiento, se trabajara la adherencia al mismo con el paciente y su familia y se articulará con los sectores con los que se evalúe necesario.

Puntualizando algunos obstáculos en la modalidad de abordaje

En este apartado analizaremos dos tipos de obstáculos que observamos en la modalidad de abordaje que hemos desarrollado hasta el momento. Por un lado, la tensión entre la lógica manicomial y la comunitaria, y por el otro, la tensión entre la misión hospitalaria (Emergencia Psiquiátrica) y la política pública y el marco normativo actual.

En principio quisiéramos puntualizar que, cuando hablamos de tensiones, aludimos a la existencia de lógicas implícitas en las prácticas que desarrollamos. Con esto queremos decir que la lógica manicomial o la comunitaria no se circunscriben exclusivamente a lugares y/o espacios físicos, sino que se sustentan en las prácticas sociales (sean jurídicas, médicas, psicológicas, económicas, políticas, etc.) que desarrollamos (Schmuck y Serra; S/D).

En este sentido, es necesario comprender que estas lógicas anteceden y exceden los límites de los hospitales psiquiátricos, lo que pone en evidencia la necesidad de "construir procesos de sustitución de las lógicas implícitas en las prácticas que justifican la existencia del manicomio" (Ídem Pág. 3). Es necesario señalar que hablar en estos términos también supone comprender que dicho proceso de sustitución implica una construcción en la que convivirán elementos de uno y otro modelo de atención.

Tensión entre la lógica manicomial y la comunitaria

Identificamos que en el modelo de atención actual del Hospital, en clara correlación con lo que sucede actualmente con las políticas sanitarias, prima la lógica manicomial, que se traduce en la hegemonía del discurso médico en determinadas prácticas, como por ejemplo, en relación a la patologización de algunas situaciones que presentan los pacientes, y en la concentración del recurso humano en los diferentes servicios de internación, en detrimento de los dispositivos de atención ambulatoria. Esto conlleva a una modalidad de abordaje individualizada, que pone foco en el momento más agudo del paciente.

Otra manifestación de dicha lógica es la concepción imperante en el hospital en relación a la "continuidad del tratamiento", la cual se reduce a una derivación entre servicios. De esta manera el paciente queda desvinculado del equipo de salud que lo atendía, debiendo generar lazo con el nuevo equipo, lo cual observamos favorece el desligamiento de las responsabilidades entre servicios más que a la continuidad de cuidado.

Consideramos que un modo de sustituir esta lógica presente en el Hospital sería la

constitución de un equipo de salud "móvil/transversal" que acompañe al sujeto en la trayectoria de tratamiento que este realice, y no que sea el sujeto el que deba adaptarse al servicio, según el momento clínico en el que se encuentre.

Una modalidad de trabajo como la descripta, posibilitaría trabajar en objetivos centrados en las necesidades de las personas, más allá de la manifestación sintomatológica, y no se enmarcarían exclusivamente en las características del servicio en el que se encuentra en tratamiento.

En ese sentido, varios autores hablan de la necesidad de desarrollar programas de continuidad de cuidados centrados en un "seguimiento comunitario", lo que implicaría intervenciones para "acompañar a las personas en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social" (Alonso Suárez, S/F: 3459). Se tratan de programas que favorecen la accesibilidad en la atención, facilitando los cuidados y apoyos que las personas requieren.

Por otro lado, consideramos que esta tensión entre la lógica manicomial y la comunitaria también se pone de manifiesto en la modalidad de abordaje de cada equipo, en la medida en que el trabajo interdisciplinario se encuentra supeditado a las concepciones teóricas y ético políticas que los profesionales sustentan de la salud mental. De esta manera, según sea la concepción subyacente, observamos que en algunos profesionales predomina una mirada reduccionista de la clínica en la que se desconocen o se desestiman las variables sociales en juego, y en otros una mirada omnipotente en la que se considera que desde una sola disciplina pueden resolverse todos los problemas. Es claro que, desde una u otra posición, no es posible el trabajo interdisciplinario; y que tampoco es posible que este quede sujeto a las voluntades individuales de los profesionales intervinientes.

En este punto, también es necesario considerar la desigual distribución de profesionales en cada servicio del hospital según la disciplina de base. Con esto nos referimos a que en todos los servicios observamos una mayor presencia de profesionales de psiquiatría y psicología en relación a los profesionales de trabajo social y terapia ocupacional; por poner un ejemplo, en las salas de internación de adultos suelen haber entre cuatro o cinco psiquiatras, cuatro psicólogos, dos trabajadoras sociales y dos terapistas ocupacionales. Claramente entendemos que no se trata de una asignación azarosa sino que refleja cierta concepción implícita de la salud mental y del abordaje que se considera necesario priorizar.

Tensión entre la misión hospitalaria (Emergencia Psiquiátrica), la política pública y el marco normativo actual

El Hospital en el cual desarrollamos nuestra práctica profesional tiene por objeto brindar tratamientos breves a todo aquel sujeto que se encuentre atravesando una emergencia psiquiátrica. Esta misión institucional tiene su correlato con la actual legislación nacional en materia de salud mental (Ley Nacional N° 26.657), la cual plantea, en el caso de las internaciones, que las mismas deben realizarse cuando se hayan agotado todas las instancias previas y por el menor tiempo posible.

Sin embargo los datos estadísticos reflejan que las internaciones se prolongan en el tiempo, debido a la escasez de recursos socio sanitarios que posibiliten el diseño del proceso de externación y el sostenimiento del tratamiento ambulatorio en su comunidad de referencia. En este punto nos estamos refiriendo a:

- Tratamientos ambulatorios adecuados a la necesidad del sujeto (hospital de día, centro de día, CET, centros de salud mental comunitarios, etc.)
- Recursos habitacionales (hogares, casas de medio camino, residencias protegidas, etc.)
- Servicios de inclusión social y laboral (ta-

lleres protegidos, centro de formación laboral, emprendimientos sociales, etc.)

- Programas y recursos socio asistenciales que permitan la sustentabilidad del tratamiento por parte del sujeto y su familia en el contexto de vida que presenten (acompañamientos terapeuticos, atencion domiciliaria supervisada, programa de fortalecimiento de vínculos, equipos territoriales de trabajo).
- Recursos socio económicos (pensiones, becas escolares, asignaciones familiares).

La carencia de estos recursos y dispositivos obstaculizan la integración social del sujeto y condicionan las posibilidades de acompañamiento de parte de sus familiares y/o referentes afectivos, en tanto que estos también requieren de una red de contención y/o un apoyo en el cotidiano para cumplir la función de cuidado.

Dicha escasez de dispositivos intermedios también se visualiza en los servicios de tratamiento ambulatorio, que se ven "obligados" a sostener a los sujetos en francas condiciones de vulnerabilidad social con escasos apoyos socio asistenciales, lo que en muchas situaciones se traduce, posteriormente, en la necesidad de efectivizar la internación que se pretende prevenir.

Esta tensión pone en evidencia las dificultades para descentralizar la atención del Hospital a efectores comunitarios cercanos a la zona de residencia de la persona. Si contemplamos la Ley Nacional de Salud Mental, en su artículo 9 establece con claridad que "el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud (...). No obstante, observamos una vacancia importante al nivel del diseño de las políticas públicas, en relación a la escasa existencia de dispositivos intermedios de tratamiento y de dispositivos de reinserción socio comunitarios por fuera del ámbito hospitalario que promuevan un modelo de atención comunitario.

En el marco de lo hasta aquí expuesto, es de considerar que las políticas neoliberales implementadas en los últimos años, se traduce en un claro achicamiento del Estado en sus responsabilidades y competencias, privatizándose las mismas al sujeto y sus familias. Consideramos que en este tipo de política sanitaria subyace la invisibilización de las condiciones sociales de vida de los sujetos con padecimiento mental y la imposibilidad de ejercer sus derechos ciudadanos.

Reflexiones Finales

El presente trabajo ha intentado dar cuenta de nuestra experiencia de trabajo en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas, las modalidades de abordaje que la institución fue adquiriendo a lo largo de la historia, para arribar a la coyuntura actual y las tensiones existentes en nuestra práctica profesional en relación a la atención a personas con padecimiento mental.

La elaboración de este escrito nos convoca a continuar repensando y analizando qué aportes podemos realizar desde nuestra disciplina, en el modelo de atención que brinda actualmente el Hospital, teniendo en cuenta, como hemos mencionado, que la población atendida presenta altos grados de riesgo y vulnerabilidad psico- social, requiriendo de un mayor apoyo y protección por parte de los organismos estatales, las instituciones y su comunidad.

Entendemos que existen algunos aspectos de la actual modalidad de atención que es preciso modificar, pero dicha transición sólo será posible en el marco de las tensiones anteriormente explicitadas, es decir, es ineludible la co-existencia de prácticas manicomiales y aquellas más comunitarias, que hoy se presentan en el campo de la salud mental, en

franca tensión con nuestra práctica cotidiana.

Consideramos que la transformación de la modalidad de atención actual requiere no sólo de decisiones políticas (las cuales no negamos son sumamente necesarias), sino también cambios institucionales promovidos por actores con disposición subjetiva y capacidad de acción, que propicien e impulsen los procesos de cambio. En este punto, no podemos dejar de considerar que tal proceso no será sin conflictos ni tensiones.

Por último, queremos resaltar la potencialidad del carácter transversal del servicio social del hospital, que al contar con un profesional de la disciplina en cada uno de los servicios del hospital puede contribuir a fortalecer la articulación de los servicios que atienden al paciente en los diferentes momentos de su tratamiento, favoreciendo la accesibilidad en la atención y facilitando los cuidados y apoyos que la persona requiere.

Entendemos que esto puede operar como un antecedente para la (necesaria) construcción de los equipos móviles/transversales que mencionamos en este trabajo, en pos de trascender la derivación entre servicios y promover una lógica de continuidad de cuidados.

Bibliografía

- Alonso Suárez, M y otro. (S/D). "Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad".
- Elichiry Nora (2009) "Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias". Publicado en: Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional. Manantial. Buenos Aires.
- Galende, E. (2008) "Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser". Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Levav, I. (1992) "Temas de Salud mental en la Comunidad". En Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (2010). Argentina.
- Natella, G. (2005) "Modelo Clínico y Modelo Comunitario". En Salud Mental. Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión.
- Negro, L (1996). Artículo "De la internación". Ateneo Hospitalario.
- Schmuck y Serra. (S/D). "Sustitución de lógicas manicomiales: De las perplejidades a los desafíos".
- Stolkiner, A. (1999) "La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas" en http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm
- Stolkiner, A. (1999) "Equipos interprofesionales y algo más (¿Es posible hablar de intersaberes?)" en http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner2.htm
- Stolkiner- Solitario (S/F). "Atención Primaria de la Salud y Salud Mental : laarticulación entre dos utopías" en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_cated ras/obligatorias/066_salud2/material/unidad3/atencion_primaria_de_sm. pdf
- Woronowski, M (2018). "Encrucijadas" en Revista Soberanía Sanitaria. Año 2. Número 4.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y SOCIALES
SEGUNDO BLOQUE

DEBATES ACERCA DEL ROL DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES RELIGIOSAS COMO DISPOSITIVOS DE ABORDAJE TERRITORIAL EN LA ACTUAL COYUNTURA

Lic. Daniela Ivana Acosta
Lic. María del Carmen Behrens
Lic. María Milagros Cepeda
Lic. Paula Gaona Talavera

. . . . .

Introducción

El presente trabajo ha sido elaborado en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Diego Paroissien, -en adelante H.I.G.A Paroissien- a partir del recupero de la experiencia de rotación de las residentes en las áreas de internación de adultos/as (Clínica Médica, Traumatología, Unidad de Terapia Intermedia, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, entre otras). En tal proceso, han surgido múltiples interrogantes en torno a las políticas públicas destinadas a la población adulta con la cual se interviene, así como las implicancias de las mismas en la práctica hospitalaria.

En el marco de las XII Jornadas de APSS 2019, cuyo principal eje de análisis se asocia a la reflexión sobre la "Cuestión Social, Procesos de Organización y Trabajo Social en el Debate Sanitario Contemporáneo", se considera que la temática abordada permitirá reflexionar acerca las políticas públicas y sociales, siendo éste uno de los ejes propuestos. En ese sentido, se propone la incorporación de cuerpos teóricos críticos y perspectivas de análisis vinculadas a la determinación social de la salud, que contribuyan a la problematización del rol de las organizaciones sociales religiosas -en adelante OSR- como dispositivos de abordaje territorial en la actual coyuntura. En esa línea, la propuesta consistirá en analizar, por un lado, las condiciones que motivan la articulación por parte del equipo de salud del hospital con las OSR y, por otro lado, la respuesta que las mismas brindan ante la demanda de intervención con la población adulta en situación de vulnerabilidad socio-familiar, económica, habitacional, entre otras.

A continuación, se realizará una incipiente

contextualización del territorio en el cual desarrollan su accionar estas instituciones, introduciendo posteriormente una descripción de la modalidad de abordaje de las mismas para luego analizar las articulaciones con el sistema de salud y sus respectivas políticas. Finalmente, se presentarán algunas líneas que permitan identificar las implicancias de dichas interacciones en las prácticas hospitalarias cotidianas con la población. Se considera que tales aportes constituyen un imperativo teórico que permite visibilizar el impacto de la actual coyuntura en la intervención desde el segundo nivel de atención, así como las implicancias en el abordaje territorial del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado -en adelante SEAC- de los sujetos y la reivindicación de sus derechos.

Objetivo general

- Problematizar el rol de las organizaciones sociales religiosas del partido de La Matanza como dispositivos de abordaje territorial frente a la actual coyuntura.

Objetivos específicos

- Describir la modalidad de abordaje de las organizaciones sociales religiosas dentro del territorio con la población adulta que es derivada desde el H.I.G.A Paroissien.
- Reflexionar sobre los modos de interacción entre estas organizaciones y el Estado en relación a las políticas públicas existentes.
- Identificar las implicancias de la articulación hospitalaria con tales organizaciones en las prácticas cotidianas y la población con la cual se interviene.

Contextualización

En el presente apartado se realizará la contextualización del territorio donde se encuentran las instituciones que se constituyen en objeto de análisis: las OSR y el H.I.G.A. Paroissien. Desde esta última institución se originan las articulaciones con las OSR, en el marco de procesos de externación de pacientes, orientadas al abordaje de su proceso de SEAC.

El H.I.G.A Paroissien se encuentra ubicado en la localidad de Isidro Casanova perteneciente al partido de La Matanza. Dada su extensión territorial, el municipio se encuentra dividido analíticamente en tres zonas, las cuales coinciden con la delimitación de los denominados cordones dentro del Conurbano Bonaerense (siendo el primero el que se encuentra en la zona próxima a CABA[1], mientras que el último se ubica a mayor distancia de la misma). Esta división geográfica visibiliza la heterogeneidad del partido, reflejando las diferentes características económicas, sociales, habitacionales, educativas, sanitarias y de empleo; agudizándose las condiciones de precariedad y vulnerabilidad hacia el tercer cordón. Según datos que surgen del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda (2010), aproximadamente uno de cada cuatro hogares del partido se caracteriza por tener necesidades básicas insatisfechas (NBI). El 8% de la población vive en villas de emergencia o asentamientos y el porcentaje que reside en barrios de viviendas sociales es bajo en relación al número de viviendas existentes en el municipio. Asimismo, los indicadores socio económicos no presentan una distribución homogénea al interior del partido. De la misma manera, la población que asiste a la institución sanitaria es heterogénea y proviene de las distintas zonas referidas, debido a que –por tratarse de un hospital de agudos con dependencia provincial- se configura como la cabecera del partido.

Respecto a la población que asiste al establecimiento sanitario, resulta necesario inscribir las características particulares que la atraviesan en el contexto macrosocial que enmarca su cotidianeidad. Este contexto está

1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

determinado por un sistema capitalista que, como desarrolla Matusevicius (2014), representa un modo de acumulación que reproduce relaciones sociales desiguales de producción. Ello supone dejar en la pobreza y al límite de la posibilidad de subsistencia a vastos sectores de la población. Como resultado de ello, es posible inferir que las personas que asisten al hospital se encuentran en una situación de precarización laboral, en condiciones de vulnerabilidad socio-económica por la imposibilidad de acceder al mercado formal de trabajo; teniendo acceso restringido a derechos, tales como educación (visualizado en casos de analfabetismo, primaria y secundaria incompleta); vivienda (hacinamiento, viviendas precarias, personas en situación de calle); salud (escasa cobertura de obra social o de recursos económicos para acceder a los servicios sanitarios que provienen del sector privado). Ante esta situación, demandan atención en el sector público, el cual se encuentra atravesando una etapa de crisis producto del desfinanciamiento económico y ajuste por parte del Estado y sus políticas; lo cual se materializa en el desmembramiento de programas, el desmantelamiento de instituciones, recorte de recursos y precarización laboral de los/as profesionales y trabajadores/as, entre otros.

Articulaciones entre la institución hospitalaria y las OSR

Los/as profesionales médico/as del equipo de salud del área de adulto/as, al momento de interconsultar al Servicio Social, suelen considerar determinadas características que presenta la población; y agruparlas en la categoría de *pacientes sociales*. En producciones previas, desde la Unidad de Residencia (Acosta, Behrens, Cepeda, et. al., 2019) se ha problematizado y deconstruido tal categoría; arribándose a diversas conclusiones. Por un lado, ha sido posible inferir que "(…) la construcción de la categoría de *pacientes sociales* se realiza desde las carencias del sujeto (…) las cuales no logran ser respondidas desde la intervención profesional pensada a partir del Modelo Médico Hegemónico" (2019: p. 9). Por otro lado, ha sido posible afirmar que:

"[tal categoría refiere a la] (…) franja etaria comprendida entre los 18 a 64 años. Se observa que la misma presenta un deterioro de salud físico que no condice con su edad, pudiéndose asociar esta condición con una biografía atravesada por la vulneración de distintos derechos, tales como el acceso a empleo, a la salud, vivienda, educación, entre otros. Sumado a ello, para esta franja de población, se observa una inexistencia de políticas de cuidado por parte del Estado que garanticen la protección de sus derechos." (Ibídem, p. 10)

En ese sentido, la escasa red familiar de la población, así como la ausencia de un recurso habitacional –considerando que un gran porcentaje se encuentra viviendo en situación de calle- son las principales razones por las cuales el Servicio Social se encuentra obligado a articular con diversos dispositivos para garantizar el egreso hospitalario.

Ante la ausencia de políticas públicas focalizadas en tal franja etaria y vinculadas a proveer recursos habitacionales y/o de cuidado, desde la institución hospitalaria en general y desde el Servicio Social en particular, se presenta el dilema ético de la búsqueda de dispositivos que –aún enmarcados por fuera de las políticas o programas públicos, desprofesionalizados y dotados de escasos recursos- operen como espacios inclusivos y de contención, que respondan a la demanda de vivienda de los/as sujetos; y que, a su vez, aborden la complejidad de las problemáticas que atraviesan la salud de los/as mismos/as. Por ello, se torna necesario recurrir a organizaciones sociales, en este caso, de índole religiosa, siendo las mismas las únicas que disponen de instituciones para albergar a tal población en situación de extrema vulnerabilidad.

Tal interacción, basada en el intercambio de recursos –tanto del hospital que demanda res-

puesta a la necesidad habitacional de la población; como en ocasiones desde las OSR que se acercan al hospital con el fin de acceder a distintas prestaciones sanitarias para las personas que se encuentran alojadas en sus hogares– requiere ser analizada a la luz de las implicancias que se generan en el proceso de SEAC de la población; considerando para ello los siguientes ejes: la falta de profesionalización de tales organizaciones en el abordaje de la salud de la población, el rol que las mismas ocupan en el escenario territorial frente a la ausencia de políticas públicas específicas de cuidado; así como la vinculación de los distintos actores intervinientes y la forma en que ello incide en las prácticas cotidianas.

Caracterización de las OSR y modalidad de abordaje

Las OSR con las cuales se articula para el egreso hospitalario de sujeto/as sin recursos habitacionales ni red de contención familiar, se encuentran ubicadas en barrios con extrema vulnerabilidad, los cuales suelen coincidir con los lugares de residencia de la población que abordan. Desde un aspecto económico, las personas que viven en estos barrios carecen, generalmente, de un empleo formal y estable. El ingreso económico con el que subsisten proviene de trabajos temporarios, no registrados y las denominadas *changas*. Otra fuente de ingresos son las prestaciones de programas estatales, como el programa Hacemos Futuro en el cual convergen la población destinataria de los programas Argentina Trabaja y Ellas Hacen; y la seguridad social (pensiones, jubilaciones y Asignación Universal por Hijo). La inestabilidad económica genera que las familias, en ocasiones, no cuenten con los recursos para sustentar sus necesidades alimentarias, por lo que deben recurrir a comedores comunitarios o escolares.

Respecto a las características geográficas y habitacionales, es posible mencionar como rasgo notorio la ausencia de pavimentación: las calles son de tierra, de difícil acceso y muchas veces intransitables para el ingreso de ciertos vehículos como ambulancias, camiones de bomberos y recolección de residuos. Eventualmente, ello dificulta la asistencia ante situaciones de emergencia que comprometen la salud e integridad de los que allí residen. En referencia a las estructuras habitacionales, predominan casas que aún se encuentran en construcción, no cuentan con instalaciones de agua potable, gas de red ni instalaciones eléctricas apropiadas; en algunas ocasiones tampoco poseen sanitarios internos; muchas de estas edificaciones, no cuentan con revoques en las paredes, pisos de cemento ni ventilación apropiada.[2] También existen viviendas denominadas *casillas*, caracterizadas por paredes de madera y techos de chapa. Estos rasgos geográficos y habitacionales, sumados a situaciones de hacinamiento de familias numerosas generan ambientes propicios para el desarrollo de determinadas afecciones de la salud tales como enfermedades infectocontagiosas, respiratorias, dermatológicas, gastrointestinales, entre otras.

Por otro lado, el contexto se encuentra atravesado por el consumo problemático de sustancias y las actividades ilícitas vinculadas al mismo, como cocina de sustancias psicoactivas, compra y venta en el interior del barrio y a miembros de zonas aledañas. Esto impacta en los vínculos sociales al interior de la comunidad, se generan situaciones de violencia producto de la comercialización y competencia entre distintos proveedores; y el consumo de dichas sustancias que provoca un estado de enajenación y agresividad.

La violencia también se encuentra presente en las relaciones interpersonales, como en vínculos de pareja atravesados por situacio-

2. Fuente de datos: Relevamiento de Asentamientos Informales 2016 Techo, La Matanza.

nes de maltrato y asimetría de poder, y al interior del núcleo familiar, ya sea de padres a hijos/as o entre miembros de la familia con diferencia generacional. Esta dinámica relacional es generalmente naturalizada e invisibilizada, siendo reproducida en las historias de vida particulares.

Teniendo en cuenta las características anteriormente mencionadas y ante las situaciones de vulneración de derechos que se presentan en los barrios, resulta necesaria la intervención de instituciones públicas de asistencia y promoción. Frente a la ausencia de las mismas, en términos de Stratta y Barrera (2009), los sectores populares que atravesaron distintos procesos de desafiliación y marginación comienzan a constituirse en espacios de articulación e integración: "(…) en el barrio comienza la recomposición del tejido social y surgen las posibilidades de reorganización desde donde efectuar sus demandas e interpelar al Estado". (p.94).

En este contexto, emergen organizaciones sociales con anclaje territorial que pretenden dar respuesta a las demandas de la comunidad. El CENOC[3](2007) en su informe de Organizaciones de la Sociedad Civil en Argentina, refiere que:

"La inserción en el territorio de las organizaciones sociales adquirió creciente importancia desde la última década en Argentina, debido en parte, según interpretan numerosos analistas, a que debieron suplir el 'retiro' de la intervención estatal y/o el deterioro de los servicios sociales provistos por el Estado en el plano local". (CENOC, 2007: 38).

Entre estas organizaciones, es posible diferenciar aquellas de índole religiosa que pueden ser consideradas como *organizaciones de promoción social*, ya que:

"Son organizaciones destinadas a la asistencia directa de personas y/o familias que sufren carencias básicas, y a promover sus capacidades individuales para acceder a recursos necesarios para su supervivencia y bienestar. La relación entre las organizaciones y las personas que asisten configura el esquema clásico que diferencia entre donante/receptor cuando se brinda ayuda material o servicios, propio de la relación filantrópica y el culto" (Ibídem: 61).

En el territorio de La Matanza convergen distintas OSR que abordan diferentes temáticas y/o problemáticas tales como consumo problemático, migraciones, violencia, niñez y adolescencia, entre muchas otras. Al momento de intervenir con una persona adulta sin redes de contención y sin recurso de vivienda que garantice su egreso hospitalario, desde la institución se articula con las OSR que, principalmente, dan respuesta a la demanda habitacional pero que además abordan otras problemáticas que la atraviesan (consumo, documentación, acceso al sistema de salud, redes, desempleo, entre otras).

Podría afirmarse que la población objetivo sobre la cual se enfocan las OSR referidas, comprende a personas mayores de 18 años, con alguna problemática habitacional (situación de calle, conflictos intrafamiliares que generaron la expulsión o la huida del hogar, ausencia de redes de cuidado y contención). Si bien la principal condición de ingreso es la imposibilidad de contar con alojamiento, no contemplan otros criterios para delimitar el acceso de la población que se presenta por demanda espontánea o es derivada de otras instituciones. En ese sentido, se las podría caracterizar como inclusivas ante las distintas situaciones problemáticas de la población; de tal manera que los objetivos de acompañamiento no están determinados a priori, sino que se van conformando a lo largo del tiempo, según las particularidades de cada persona.

Es posible inferir que el criterio inclusivo responde a dos aspectos fundamentales: por un lado, el lineamiento religioso enraizado en la solidaridad desde una lógica basada en la asistencia y caridad; y por otro lado, podría pensarse que la ausencia de profesiona-

3. Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad.

les u otros recursos humanos (operadores) capacitados dificulta la posibilidad de realizar un plan de acción y recorte o delimitación de población, a la vez que complejiza el análisis de cada situación particular en pos del diseño de estrategias de intervención adecuadas. En ese sentido, las acciones realizadas no se constituyen en intervenciones profesionalizadas, sino que tienen como principal fundamento dogmas religiosos -caridad y amor al prójimo- cuyo objetivo es ayudar al otro ante la necesidad que se visualiza.

De esa manera, se generan distintas tensiones entre las demandas de los sujetos y los recursos disponibles, así como la capacidad profesional y técnica para abordar las distintas problemáticas de forma integral. Los recursos con los que cuentan tales instituciones (humanos, materiales, económicos y técnicos) son escasos, tornándose precarios y en ocasiones, inexistentes. Si bien la propuesta de acompañamiento que realizan es de carácter territorial y sostenida en el tiempo -con la consecuente reconstrucción de lazos afectivos y redes de contención- en ocasiones, el desconocimiento sobre distintas áreas (gestión, educación, salud, empleo, entre otras), imposibilita el abordaje integral de los procesos de lo/as sujetos que asisten, generándose, muchas veces, intervenciones fragmentadas e inmediatas, ante situaciones que requieren atención especializada y multidimensional a largo plazo.

Interacciones de las OSR con el Estado y las políticas públicas

Resulta importante mencionar que, si bien las OSR se configuran como entidades de gestión autónoma, no se constituyen como organismos paraestatales, sino que interactúan con el Estado en diferentes aspectos.

Tales organizaciones reciben financiamiento principalmente económico, a través de subsidios (en su mayoría de bajo presupuesto) y, en menor medida, se les suelen asignar de forma excepcional algún/os profesional/es provenientes de otros programas o contratos estatales (municipales, provinciales y/o nacionales). No obstante, es posible observar que estos escasos recursos no se encuentran enmarcados en políticas públicas vigentes ni están acompañados de estrategias o lineamientos –tales como formación profesional y/o técnica en gestión y planificación– que los potencien.

Es posible problematizar que dicha interacción se configura como un elemento estratégico por parte del Estado; el cual –a pesar de encontrarse ausente en la materialización de políticas públicas concretas– se hace presente de una forma solapada canalizando recursos a través del financiamiento precarizado de estas instituciones, logrando así cierta protección frente a eventuales reclamos de reivindicación de derechos. En términos de Marro (2011) es posible afirmar que esta política social adquiere "claros contornos de *contra-insurgencia* para evitar cualquier escenario de contestación político-social" (p. 81). Se trata entonces, de "respuestas de emergencia que consolidan una *intervención social residual* del Estado en los parámetros de supuesta inversión social (…)" (p. 91). De esa manera, el Estado se desentiende de su rol de garante de derechos y responsable del bienestar social; expresándose ello en un retroceso histórico, según la autora, hacia una política de *beneficencia pública* que coloca a la protección social en el ámbito privado (familia, comunidad y mercado).

Como consecuencia de ello, las organizaciones sociales religiosas se configuran en el único referente territorial que da respuesta a demandas sobre las cuales el Estado debería intervenir; constituyéndose así en un actor funcional a las políticas residuales del mismo.

Implicancias en las prácticas cotidianas y desafíos actuales

En consonancia con lo expuesto, es posible identificar que la articulación entre la institución hospitalaria y las OSR tiene implicancias en las prácticas cotidianas que, a su vez, repercuten en el abordaje del proceso de SEAC de la población.

Desde el Servicio Social, al momento de intervenir con la población que se encuentra próxima a la externación –aquella denominada por los/as profesionales médico/as como *pacientes sociales*– y ante la ausencia de políticas habitacionales y/o de cuidado, la propuesta de articulación con estas OSR responde a una estrategia de *reducción de riesgos y daños* (RRyD), considerándose lo posible y viable frente a lo ideal. Los ejes conceptuales del modelo de RRyD, según Quevedo (2010), priorizan la anidación del lazo social y la construcción de ciudadanía, fortaleciendo la pertenencia de los individuos en los colectivos sociales e instituyéndolos como sujetos de derechos.

Es decir, ante la imposibilidad de contar con organismos o recursos estatales que garanticen tales derechos, se presenta como única estrategia viable la institucionalización en tales dispositivos[4]; que si bien –como se mencionó previamente– no se encuentran profesionalizados ni cuentan con recursos suficientes, brindan acompañamiento territorial y favorecen la conformación de lazos de solidaridad y redes de contención.

Ahora bien, en las prácticas cotidianas, muchas veces, se reproduce –desde la institución hospitalaria como organismo público[5]– la lógica depositaria de la protección social en el ámbito privado, adjudicando y exigiendo a las OSR la capacidad de dar respuesta a determinadas demandas para las cuales no están preparadas. De esta manera, se las ubica en un rol de garante de derechos que invisibiliza la responsabilidad propia e inherente a las funciones del Estado. Esto se ve reflejado, en ocasiones, donde se les exige la atención especializada en situaciones de mayor complejidad (como por ejemplo acompañamiento en el tratamiento de enfermedades infectocontagiosas, padecimientos de salud mental, consumo problemático de sustancias, abordaje en violencia, entre otros). Ante la sobreexigencia y sobredemanda de la institución hospitalaria, la respuesta de las OSR suele ser acotada y desprovista de conocimientos técnicos; generando como consecuencia un abordaje desarticulado y fragmentado de la salud de la población.

Considerando tales lineamientos, se torna necesario, a modo de cierre, introducir ciertos desafíos desde las prácticas hospitalarias cotidianas que contribuyan a fortalecer el abordaje conjunto de las situaciones problemáticas sobre las cuales se interviene, revalorizando el rol de las OSR como actor referente dentro del territorio en la actual coyuntura de ajuste y precarización. Se constituye un imperativo, en ese sentido, generar espacios que favorezcan la articulación y el intercambio, donde se recupere la experiencia, recorrido y saberes de estas organizaciones, a partir de la resignificación de sus trayectorias barriales. Finalmente, es posible afirmar que la institución hospitalaria, como entidad pública, se configura en un dispositivo estratégico para la inscripción de prácticas instituyentes, que impulsen la profesionalización de tales organizaciones, faciliten instancias de diálogo, así como estrategias conjuntas de referencia y contrarreferencia, cuyo principal objetivo se oriente a potenciar la integralidad en el abordaje del proceso de SEAC de la población.

4. Cabe mencionar que los mismos se configuran en instituciones de puertas abiertas.

5. La institución hospitalaria como entidad estatal, tiene el objetivo de implementar políticas públicas existentes, no así de participar en su diseño y/o planificación.

Bibliografía

- ACOSTA, I., BEHRENS, M., CEPEDA, M., DIAZ PEREYRA, V. y VALLE, V. (2019). "Deconstruyendo la categoría de pacientes sociales: aportes del Trabajo Social Crítico a su conceptualización y abordaje integral desde el ámbito hospitalario". Presentado en XII Jornadas Provinciales de Trabajo Social: La intervención del Trabajo Social en la coyuntura actual.

- CENOC (2007). "Organizaciones de la Sociedad Civil en Argentina. Similitudes y Divergencias". Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Buenos Aires: Ecadat S.A.

INDEC (2010). "Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010". Resultados definitivos. Serie B, Nº 2, Tomo 1. Disponible en https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf

- MARRO, K. (2011). "La organización de los trabajadores desocupados y el enfrentamiento de la cuestión social: Un componente de contrainsurgencia en la política social argentina" En Mallardi, Madrid, Oliva (comp.). Cuestión social, reproducción de la fuerza de trabajo y políticas de asistencia. Buenos Aires: Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires.

- MATUSEVICIUS, J. (2014). "Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con Movimientos Sociales." En Mallardi, M. (comp.) Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. La Plata: Colección Debates en Trabajo Social. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

- QUEVEDO, S. (2010) "Políticas y modelos en el campo del uso de drogas" en "Salud y Bienestar de los Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral". Cap. 48.Ed. en CD. OPS/OMS- Facultad de Medicina: Universidad de Buenos Aires.

- STRATTA, F. y BARRERA, M. (2009). "El tizón encendido: protesta social, conflicto y territorio en la Argentina de la posdictadura". Cap. VII. Buenos Aires: Colectivo.

- TECHO (2016). "Relevamiento de Asentamientos Informales 2016". La Matanza. Disponible en https://observatoriosocial.unlam.edu.ar/index.php?seccion=5

EL TRABAJO EN RED EN LAS PROBLEMÁTICAS COMPLEJAS EN TORNO A LA TUBERCULOSIS

Lic. Silvana Agüero
Lic. Laura Fernández Vecchio
Lic. Cecilia Montenegro
Lic. Maria Capelli
Lic. Viviana Visintin

. . . . .

Introducción

Según el informe de la OMS en el año 2015, la tuberculosis (en adelante TB), junto con el VIH, es una de las principales causas de mortalidad en el mundo. En el marco de las prácticas profesionales en salud, se visualiza que quienes padecen tuberculosis, se encuentran atravesados por múltiples determinaciones sociales, culturales, económicas, etc. Siendo esta enfermedad una clara manifestación de dichas determinaciones.

En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad en el mundo. Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. En Argentina, según el último reporte del Programa Nacional de Control de Tuberculosis en el año 2017 se notificaron 11.695 casos, con una tasa de 26,5 casos/100.000 habitantes.

Las provincias con mayor incidencia continúan siendo Jujuy, Salta y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), compuesto por Ciudad Autonoma de Buenos Aires (CABA) y los 40 partidos del primer y segundo cordón de la Provincia de Buenos Aires.

Lejos de su desaparición, las tasas de notificación del año 2017 de todos los casos en AMBA demuestran que la enfermedad continúa presente, instalada con mayor profundidad en determinadas zonas, donde se observa a una de las mayores concentraciones poblacionales junto a los mayores índices de desigualdad. Según los datos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS) en dicho año la tasa en la Provincia de Buenos Aires es de 35,72 y en AMBA de 39,85.

En este histórico escenario, desde el colectivo profesional de trabajadorxs sociales del sector salud, en el año 2007 se manifiesta la necesidad de construir un espacio de encuentro, con la finalidad de problematizar las cuestiones presentes en la atención (o des-

atención) de esta enfermedad, en relación a las representaciones y las prácticas sanitarias, y las políticas públicas que la atraviesan.

Es así que se conforma la RED DE TRABAJADORXS SOCIALXS INTERVINIENDO EN TB, la cual está conformada por profesionales que se desempeñan en hospitales, centros de salud y programas vinculados a la TB, mayoritariamente de CABA y del Conurbano Bonaerense.

El presente documento se propone recuperar la experiencia de la red y dar cuenta del proceso a partir del cual se han ido ampliando los objetivos de la misma. Actualmente se centran en hacer visible la problemática de la TB profundizar en sus aspectos más complejos y lograr instalarla en la agenda pública.

Fundamentación

En la atención a las personas con TB, se observan todas las manifestaciones de la cuestión social, tales como extrema pobreza; desempleo; empleo precario; explotación laboral; consumo de sustancias tóxicas; violencia institucional y precariedad habitacional, entre otras. Estas manifestaciones atraviesan la situación de padecimiento de la enfermedad, a las que se suman las exigencias que impone el sistema de salud para alcanzar la cura y evitar nuevos contagios: sostener un tratamiento regular y prolongado.

Las posibilidades que las personas tienen de cumplir los requisitos de este tipo de tratamiento se definen en relación con las cuestiones subjetivas, socio-económicas y culturales, en tanto esta enfermedad irrumpe y altera su vida cotidiana. Esta lógica es fundamental para comprender y abordar las cuestiones vinculadas a este padecimiento y constituye un objetivo primordial en la tarea diaria de lxs trabajadorxs sociales, incorporando un abordaje diferenciado del modelo biologicista en salud.

Frente a estas complejidades es imposible pensar que el abordaje de esta problemática pueda realizarse desde un ejercicio profesional individual, por lo tanto, la práctica disciplinar pensada desde las redes es fundamental. Desde este colectivo de profesionales sostenemos que el trabajo en redes es un aporte en la búsqueda de nuevas respuestas a los interrogantes que se presentan en la atención, "...la esencia del trabajo en red es la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los participantes" (Rovere, 1999).

Historia y construcción de la red

Puntos de partida

A lo largo de estos años se fueron pensando objetivos, acciones y propuestas para sostener la red, acordando los siguientes objetivos generales: generar un espacio de encuentro para lxs Trabajadorxs Sociales de los distintos efectores de Salud, relacionados con la promoción, prevención, atención y tratamiento de la tuberculosis a fin de repensar la práctica cotidiana; y unificar criterios de intervención para contribuir a disminuir la morbimortalidad por TB y por el otro contribuir a la visibilización de la tuberculosis en la agenda pública como enfermedad prevalente que requiere de un abordaje integral.

Para la aproximación a estos objetivos se plantean los propósitos de favorecer dispositivos de atención interdisciplinaria que faciliten la accesibilidad al sistema y la adherencia al tratamiento, así como favorecer la articulación entre los distintos efectores de salud y otras organizaciones, de

gobierno y no gobierno (ONG), para garantizar el tratamiento integral de las personas.

En pos del cumplimiento de estos objetivos, es fundamental incluir acciones que involucren a la comunidad, a través de estrategias de promoción de la salud y prevención de la tuberculosis y generar un espacio de capacitación permanente para los integrantes del equipo de salud.

Para el acercamiento a estas propuestas, la Red realiza reuniones mensuales en días y horarios predeterminados, estableciendo un cronograma anual. La convocatoria es permanente y la participación es voluntaria, "…una advertencia de los administradores respecto de la construcción de organizaciones en red es que se procure no normatizarlas ni regularlas demasiado, a fin de no caer nuevamente en esquemas burocráticos rígidos, perdiendo las cualidades de la flexibilidad y la voluntariedad que caracteriza a las redes". (Rovere, 1999). En estos encuentros se comparte el diagnóstico de la situación de cada efector respecto las distintas modalidades de trabajo; abordaje de problemáticas complejas y accesibilidad a los recursos.

Las dimensiones ético políticas de la red

La Red como espacio colectivo es un actor activo en las Políticas Públicas, sumamente importante a la hora de pensar la intervención, para trascender las situaciones puntuales que se presentan día a día en la atención, y problematizar la atención asistencial de la tuberculosis, junto al conjunto profesional.

Por otro lado, supone una decisión ético-política de **hacer visible esta enfermedad** en espacios colectivos de trabajo y/o discusión disciplinar o interdisciplinar, favoreciendo el intercambio de experiencias y conocimientos y reflexionando sobre los aspectos de la cuestión social que impactan en la salud de los sectores más vulnerables y vulnerados de la población, que son mayoritariamente los que padecen TB.

En cuanto al análisis colectivo, se entiende que es prioritario garantizar el acceso al tratamiento a través de la provisión gratuita de los medicamentos; la atención en equipos interdisciplinarios de salud; la articulación interinstitucional e intersectorial; el acceso a los recursos que garanticen la atención adecuada (como estudios de diagnóstico bacteriológico, radiológicos, análisis de sangre, controles por especialistas, etc.) y también el acceso a recursos que acompañen y garanticen la reproducción material (ya que se compromete la vida laboral y social).

El llamado "abandono de tratamiento" o "pérdida de seguimiento" registra porcentajes cercanos al 20 o 30 por ciento respecto del total de tratamientos, estas cifras no reflejan los subregistros ni los datos desconocidos, lo cual conduce a pensar que los porcentajes de abandonos son aún mayores. Siguiendo las indicaciones de la OMS las principales estrategias para reducir este abandono que promueve el sistema de salud, están orientadas a la supervisión de los tratamientos. Los términos de abandono de tratamiento exigen un debate, en su reemplazo, resulta adecuado hablar de adherencia, ya que abarca al sujeto, al equipo de salud y al Estado como garante de derechos.

Implica un proceso de trabajo con el sujeto, donde intervienen las responsabilidades del equipo de salud, la propia organización del sistema de salud, y el rol del Estado como garante de políticas públicas para la reproducción material diaria de las personas - en este caso- que atraviesan una enfermedad con las características de la TB.

En relación a las políticas públicas, cabe aclarar que algunas provincias de la Argentina cuentan con una legislación que plantea el amparo económico a las personas con TB durante el tratamiento (Ley 10.436 en provincia de Buenos Aires). Por otro lado, a partir del intercambio en la Red se visualizan dificultades en la implementación de esta ley, tales como la demora en el cobro del subsidio, obstaculizando el objetivo de acompañar el tratamiento y promover la adherencia. Desde la Red se viene problematizando esta

situación y se convocó a las autoridades correspondientes para que den respuestas.

En este marco, en el ámbito de la CABA, una de las acciones promovidas desde la Red fue la presentación del **Proyecto de Ley Nº1688- D- 13- Selser**, en al año 2013, para establecer un subsidio de carácter universal destinado a las personas que padecen TB, como soporte económico que favorezca las condiciones materiales necesarias para sostener el tratamiento. Inicialmente en el 2010 desde la Red se contacta algunos miembros de la Comisión de Salud de la Legislatura del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con el objetivo de instalar en agenda pública la temática. Se hace especial insistencia en los pedidos para que se reglamente la ley de subsidio de transporte libre y gratuito para las personas que realizan tratamientos prolongados. Es lamentable, pero no hubo avances en la reglamentación, caducando las posibilidades de implementarse.

En el año 2012 se reiteró el pedido de subsidio ante la comisión, luego de varias reuniones con el Legislador a cargo de la Comisión de Salud, se elaboró y se presentó un borrador del proyecto –trabajado en conjunto entre el Legislador y la RED- que llegó a discutirse en la legislatura en varias oportunidades, en las que esta Red fue invitada a participar como cuerpo colegiado. Por otro lado, y ante el rechazo de dicho proyecto de Ley, durante el periodo 2016/2017 se intentaron alternativas de acceso a otros recursos materiales que acompañen la adherencia al tratamiento. Para ello se realizaron reuniones ante representantes del Ministerio de Desarrollo Social, y de Salud de la CABA, sin tener respuesta favorable hasta el momento.

Espacios de promoción y difusión

Desde esta Red se impulsó el diseño y la elaboración de material informativo para las personas que padecen tuberculosis; sus contactos y la población en general. Para la existencia de este material, se realiza un constante seguimiento en el proceso de Producción en la Imprenta de la Ciudad para poder distribuirlo a todos los efectores de salud de CABA. Además, se realizan acciones de educación para la salud, reforzándolas en el día internacional de la Lucha contra la TB. Se llevan a cabo talleres de difusión en hospitales, centros de salud, instituciones barriales, etc. Se participa en programas de radios comunitarias y se distribuye material informativo.

Espacio para la capacitación y la gestión

Desde la red se organiza y lleva a cabo consecutivamente jornadas y encuentros de intercambio algunos disciplinares y otros abiertos a los equipos de salud interesados en la temática. En el año 2012 se realizó el "Primer encuentro de la Red de Trabajadorxs Sociales en TB, Reflexiones en torno a la temática de la tuberculosis"; en 2013 las II Jornadas de la Red "Reflexiones desde la Intersectorialidad en torno a la TB"; en 2014 las III Jornadas de la Red "Reflexiones en torno a los equipos de salud en el abordaje de la TB" y en 2015 las "Jornada de trabajo de los equipos de salud sobre el abordaje de la TB".

Por otro lado, los encuentros mensuales, son espacios de capacitación interna dada por la presentación de ateneos, la reflexión sobre el rol del profesional del trabajo social dentro del Equipo de Salud, la exposición de profesionales especialistas en la temática (área de investigación, jurídico, etc.). Se participa además en espacios de formación profesional (cursos, jornadas, congresos) y se presentan trabajos científicos y artículos referidos a la temática.

Desde 2008 se presentan trabajos en las Jornadas Científicas de la RED de TB de CABA, organizadas por la Asociación de Médicos Municipales.

En esta red, las acciones de gestión se enmarcan, por un lado, en la participación en el Confederal Nacional de TB: Año 2011 Provincia de Santa Fe y en el año 2012 C.A.B.A. y por el otro, en la permanente convocatoria a las distintas Regiones Sanitarias del Conur-

bano para concurrir al espacio de encuentro mensual, a la vez que se confecciona una guía de referentes institucionales del Programa de TB.

Además, se interviene en la articulación tanto con la Red de Médicos a través de la participación en las reuniones bimestrales del Programa de TB sumando encuentros con representantes de los distintos consulados como, por ejemplo, los de Bolivia y Paraguay.

Paradigmas en la intervención

Ejercitando el concepto de adherencia

Desde esta red se comenzó a pensar en la importancia del concepto de adherencia en relación al tratamiento de una enfermedad compleja como la tuberculosis, y se le dio un marco dentro del proceso salud enfermedad atención cuidado, tomando como principio fundamental la concepción de la salud como un derecho humano y al Estado como responsable de garantizarla.

Se considera, por un lado, que la enfermedad enfrenta a las personas afectadas con un quiebre en la organización de su cotidiano, frente al cual es necesario desarrollar nuevos procesos de organización y reorganización y por el otro, que el paradigma del "saber médico" constituye una fuente importante de significación y sentido en la biografía de las personas que demandan asistencia médica. A partir de estos supuestos se toman los ejes de análisis proceso salud enfermedad atención y accesibilidad en el marco del derecho a la salud. Respecto al proceso salud enfermedad atención, se lo interpreta desde una perspectiva relacional (Menendez;1991), que recupera los procesos históricos y considera que todo campo socio – cultural no es homogéneo, sino que en el mismo se constituyen relaciones de hegemonía/ subordinación y operan procesos transaccionales que favorecen la cohesión-integración.

El eje que se relaciona con el concepto de accesibilidad, se lo vincula como facilitador de la adherencia y como forma de poner en práctica el derecho a la atención de la salud en la práctica cotidiana. Se considera a este, como uno de los ejes en que lxs Trabajadorxs Sociales basan su intervención. Este colectivo profesional, comparte la mirada respecto a la accesibilidad como la construcción de un vínculo entre los sujetos y los servicios. (Stolkiner; 2000)

Considerando que en la adherencia interviene la particular inserción que cada persona tiene en su entorno familiar, laboral y económico, es importante destacar la responsabilidad que le compete al sistema de salud como facilitador de accesibilidad al mismo. Por tal motivo una de las propuestas de la Red es conformar equipos interdisciplinarios donde la intervención desde el trabajo social, se inicie desde el momento del diagnóstico de TB, favoreciendo un espacio de contención, información, reflexión y acompañamiento a la persona en situación de tratamiento.

Por otro lado, como Red se ha trabajado en la actualización de las "Normas de Servicio Social" realizadas desde el Programa de Control y Tratamiento de la Tuberculosis de la Ciudad de Buenos Aires en la década del 80, momento socio histórico muy distinto al actual.

En este sentido, se generó al interior de la Red un proceso de reflexión y construcción conjunta, con la posterior elaboración de las "Propuestas para la intervención de lxs trabajadorxs sociales en el Programa de TB". Dicho documento fue compartido y presentado ante colegas de distintos efectores del ámbito de la salud, y trabajado en un encuentro disciplinar abierto al conjunto de trabajadorxs sociales, organizado por la Red, para generar intercambios y reflexiones colectivas en torno a las propuestas elaboradas.

Estas propuestas intentan superar una remota lectura de la problemática que responsabilizaba a lxs sujetxs ante la enfermedad -según sus posibilidades de cumplimiento de

los tratamientos- y donde la intervención profesional se vincula a una perspectiva de control social.

En el documento actual se otorga relevancia a la tarea realizada en torno a las propuestas de intervención, que plasman un posicionamiento ético político compartido como profesionales del trabajo social, en torno a la problemática y abordaje de la TB, visibilizando el rol profesional dentro de los equipos de salud y el aporte a los mismos respecto de los condicionantes que inciden en los procesos de salud enfermedad atención y cuidado. Las propuestas se elaboraron, además, con el objetivo de brindar herramientas a lxs profesionales que se insertan en diferentes espacios de trabajo en torno a la problemática de la TB.

Paradigmas en la intervención

Desde el colectivo profesional que conforma esta red se sostiene que a partir de la experiencia transitada se pudo realizar un salto cualitativo de lo individual hacia lo colectivo en una construcción tanto de perspectivas de trabajo como de estrategias de intervención. Se considera además que el trabajo en red, posibilita una mirada más integral sobre la enfermedad y dentro de las complejidades que la atraviesan junto con las políticas públicas y la realidad coyuntural. Formar parte de esta red retroalimenta las experiencias que cada integrante aporta y permite canalizar demandas, necesidades y gestiones con mayores posibilidades de injerencia en torno a la problemática de tuberculosis.

La posibilidad de incidir desde la red de Trabajadorxs sociales interviniendo en TB, en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas vinculadas al tratamiento de la tuberculosis, así como la posibilidad de posicionarse como actorxs sociales para disputar sentidos relacionados con la temática, están íntimamente relacionadas con una postura profesional respecto del lugar del trabajo social como disciplina de las ciencias sociales.

Es una decisión ético-política de la red de trabajadorxs sociales en TB, hacer visible esta enfermedad en espacios colectivos de trabajo y\o discusión, dando a conocer las experiencias y conocimientos acerca de esta temática para la formulación de políticas públicas cuyo objeto de interés sean las manifestaciones de la cuestión social que atraviesan y condicionan la vida cotidiana de las personas que padecen la enfermedad. Se entiende que trabajar en la temática tuberculosis es trabajar sobre una de las manifestaciones de la cuestión social. Es fundamental llevar adelante estrategias que incidan en la política pública, con una mirada que vaya a la génesis de las desigualdades sociales y sus manifestaciones, es decir que nunca deje de lado la cuestión social.

INTERNACIONES PROLONGADAS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: UN DESANCLAJE ENTRE RECURSOS DE BIENESTAR Y NECESIDADES DE CUIDADO

Lic. Mabel Battaglia | Lic. Karina Brovelli | Lic. Natalia Castrogiovanni
Lic. Virginia Cunzolo | Lic. Jesús del Canto | Lic. Natalia Lardiés
Lic. Pilar López | Lic. Carla Mancinelli | Lic. Nancy Morán
Lic. Mónica Nicolini | Lic. Gabriela Otero | Lic. Lorena Pratto
Lic. Marcela Quiroga | Lic. Candela Ruiz Díaz
Lic. María José Venuto | Lic. Marina Vezzetti

. . . . .

Presentación

Un hecho recurrente en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires es la presencia de personas que permanecen internadas, una vez en condiciones de alta, durante días, meses o inclusive años. Partiendo de la constatación de esta realidad, en el presente trabajo nos preguntamos ¿quiénes son estas personas que "viven" en los hospitales?, ¿cuánto tiempo permanecen internadas luego de resuelto el "episodio agudo" de enfermedad que determinó su ingreso?, ¿qué aspectos "sujetan" a estas personas a estas instituciones? y ¿qué ofrecen las diferentes esferas de bienestar para la resolución de estas situaciones?

Para acercar respuestas a estos interrogantes, nos propusimos conocer las alternativas de organización de los cuidados de las personas adultas internadas en condiciones de alta en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, a lo largo de un período de 6 meses. Para ello, por una parte buscamos caracterizar la situación social y las necesidades de cuidado de estas personas, y por otra parte describir los servicios de cuidado ofertados por el Estado, la seguridad social, la sociedad civil y el mercado, y las posibilidades de las familias de asumir los cuidados.

En línea con los objetivos postulados, el estudio fue de tipo descriptivo y de corte retrospectivo. Se planteó una estrategia documental basada en la lectura de documentos de políticas públicas y registros institucionales de hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, combinando técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo. La

población del estudio estuvo conformada por las personas adultas internadas en siete hospitales[1] en el período comprendido entre el 01/04/17 y el 30/09/17, y que cumplieran con el siguiente criterio de inclusión: haber estado internadas en condición de alta hospitalaria en el período referido. La muestra se seleccionó de manera intencional y teórica, en función de los objetivos del estudio, a la vez que atendiendo a los criterios de factibilidad y viabilidad respecto del acceso a los datos. Puesto que para la recolección de los datos en los hospitales se recurrió a registros de la práctica profesional de Trabajo Social, quedaron excluidos todos aquellos casos que, aún cumpliendo con los criterios de inclusión, no hubieran sido objeto de conocimiento o intervención por parte de los/as profesionales de esta disciplina. El número de casos así seleccionado fue de 111.

Como resguardo ético, se garantizó el anonimato de la información relevada a fin de preservar la identidad de los/as pacientes del estudio. Asimismo, en el marco de la Ley N° 3301 sobre protección de derechos de sujetos en investigaciones en salud de la Ciudad de Buenos Aires, el presente trabajo fue evaluado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación (CEI) de todos los hospitales participantes.

Las personas que "viven" en los hospitales

La mayoría de las personas que permanecen internadas por tiempo indefinido en los hospitales en los que se realizó el relevamiento son varones (70%), de nacionalidad argentina (83%), residentes de la Ciudad de Buenos Aires (78%) y mayores de 60 años (56%).

La edad media de esta población es de 60,9 años, registrándose una edad máxima de 96 años y una mínima de 20. En correspondencia con este perfil etario, un 54% de la misma se encuentra jubilado o pensionado, y cuenta, por lo tanto, con cobertura de la obra social PAMI o del Programa Nacional "Incluir Salud" (Ex-Profe)[2], respectivamente. Asimismo, un 37% se encuentra desempleado o bien se desempeña laboralmente de manera precaria y/o informal.

Respecto de la situación habitacional de estas personas, se registra que en un 57% de los casos las mismas vivían, previo a su internación, en un departamento o casa (del/de la cual no eran en su mayoría propietarios), mientras que un 38% vivía en alojamientos precarios, hoteles-pensión o se hallaban en situación de calle. Cabe destacar que el 62% de la población vivía solo hasta su hospitalización, lo cual resulta un dato relevante a la hora de pensar en el regreso del/de la paciente al domicilio.

En cuanto a los motivos de internación, a grandes rasgos, encontramos tres tipos de problemas de salud principales: enfermedades del sistema cardiovascular (casi exclusivamente accidentes cerebrovasculares); traumatismos, lesiones y otras consecuencias de causas externas (en su mayoría fracturas asociadas a caídas de propia altura, quemaduras, politraumatismos, etc.) y enfermedades mentales (en su mayoría demencia, adicciones, depresión, etc.)[3]. Cabe señalar que, dentro de las internaciones por padecimientos mentales, el motivo de internación más frecuente registrado en el Hospital Moyano estaba constituido por las descompensaciones psicóticas.

No obstante los diversos eventos de salud que llevaron a estas personas a hospitalizarse, existe un aspecto que la mayoría de la

1. El estudio se desarrolló tanto en hospitales generales (Álvarez, Fernández, Piñero, Rivadavia y Tornú) como en hospitales monovalentes (Moyano y Quemados).
2. Cobertura médico-asistencial asignada a los beneficiarios de pensiones no contributivas.
3. Se sigue aquí la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10) propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).

población comparte: las necesidades de cuidado que se revelan como saldo del "episodio agudo de enfermedad". Esto es, gran parte de esta población ya no puede, al momento del alta, desarrollar las actividades de la vida diaria sin apoyos.

Las actividades de la vida diaria suelen clasificarse en básicas e instrumentales. Las actividades básicas se caracterizan por estar ligadas a la supervivencia, a las necesidades básicas, y estar dirigidas a uno mismo; habitualmente incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, entre otras. Las actividades instrumentales implican la interacción con el medio, e incluyen acciones tales como hablar por teléfono, usar medios de transporte, realizar compras y trámites, cumplir con tratamientos de salud, entre otras (Romero Ayuso, 2007).

En esta línea, se registra que más de la mitad de la población del estudio requiere asistencia o supervisión[4] para las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene, uso del baño, movilización y deambulación, etc.), alcanzando valores entre un 60 y un 70% de acuerdo a la actividad de que se trate. Ya en las actividades que presentan un mayor nivel de complejidad, como el control de la salud (administración de tratamientos, control de síntomas, etc.) y las actividades instrumentales de la vida diaria (que implican interacción social y tareas como traslados, compras, trámites, manejo de dinero, etc.), los niveles de población que requieren asistencia o supervisión ascienden a valores entre un 76 y un 78%. Si agrupamos en un índice estas actividades, considerando dependientes a aquellas personas que requieren asistencia para todas las actividades de la vida diaria, semidependientes a aquellas que requieren asistencia o supervisión en algunas de las actividades de la vida diaria, y autónomas a las que no requieren de apoyo alguno, veremos que el 82% requiere un apoyo parcial o total para el desarrollo de las actividades cotidianas, es decir son semidependientes o dependientes[5].

Se sigue de lo anterior que la mayoría de las personas que ven prolongadas sus internaciones requiere cuidados de manera intensiva y continuada. Consideramos que aquí reside uno de los "nudos" que atan estas situaciones, puesto que construir una alternativa de alojamiento y cuidados acorde a los requerimientos de los sujetos en cuestión se presenta muchas veces como un proceso dificultoso que excede por mucho los tiempos de resolución del "evento agudo" de enfermedad que determinó la hospitalización. Al respecto, baste señalar que para la población relevada, el tiempo promedio de internación, con alta hospitalaria, es de 139 días (aproximadamente 4 meses y medio), con un máximo de 949 días y un mínimo de 5 días[6]. Cabe destacar que un 40% de la población del estudio permanece internada, con alta, un tiempo que supera los 90 días (pudiendo permanecer en esta situación hasta más de 1 año), y un 37% entre 31 y 90 días en estas condiciones. Apenas un 22% egresa antes de los

4. A modo operativo, se consideró que una actividad se desarrollaba con asistencia en aquellos casos en que se requería asistencia física para la realización de la misma, es decir, que la actividad se realiza de forma dependiente de un tercero; asimismo, se consideró que una actividad se desarrollaba con supervisión si la misma era organizada por parte de un tercero y/o realizada con asistencia verbal, es decir, que la actividad se realiza de forma relativamente dependiente de un tercero; por último, se consideró que una actividad se desarrollaba con autonomía en aquellos casos en que la misma pudiera ser realizada de manera independiente de terceros.

5. Un aspecto clave en relación con esta dimensión es la rehabilitación. En este sentido, cabe la pregunta respecto del acceso a la rehabilitación/estimulación oportuna, sistemática y sostenida en el tiempo, y el impacto de ésta en términos de la disminución de los niveles de dependencia (o inversamente, en términos de la ampliación de los niveles de autonomía) de esta población, ya que ello redundaría en menores necesidades de asistencia/apoyo para las actividades de la vida diaria (esto es, en menores necesidades de cuidado).

6. Para medir el tiempo de internación con alta hospitalaria se calculó el tiempo transcurrido (en días) entre la fecha en que el equipo médico tratante comunica que la persona se encuentra en condiciones de alta de la internación y la fecha de su egreso hospitalario efectivo. En los casos en que, finalizado el relevamiento de datos, las personas continúan internadas aún, se asignó una fecha ad hoc de egreso hospitalario (correspondiente al día 01/12/17).

30 días, una vez que cuenta con el alta. En relación con esto, se registra que en un 41% de los casos estas personas presentaron alguna intercurrencia (infección intrahospitalaria)[7], lo que constituye un ejemplo claro de los perjuicios asociados a la permanencia en el ámbito hospitalario, en términos de nuevos daños a la salud de las personas.

Ahora bien, la posibilidad de construir alternativas de cuidado supone disponer de *tiempo para cuidar, dinero para cuidar, y servicios de cuidado* (Ellingsaeter, 1999. En Pautassi, 2007). A su vez, el cuidado incluye "las actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo" (Daly y Lewis, 2000:285. En Esquivel, Faur y Jelin, 2012:17). Es decir, el cuidado comprende, por una parte, lo que sucede a nivel microsocial: las acciones de cuidado directo que atienden las necesidades de subsistencia (dar de comer, higienizar, administrar medicamentos, etc.), las acciones de cuidado indirecto que brindan las condiciones para las anteriores (realización de trámites, limpieza de la casa, compras, etc.) y el vínculo que se establece en esta actividad (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015). Por otra parte, comprende lo que tiene lugar en el nivel macrosocial: el marco normativo, de políticas públicas, instituciones y valores de la cultura (Pombo, 2010). De ello se sigue que la forma en que se resuelven las necesidades de cuidado depende no sólo de los vínculos interpersonales y de las intenciones individuales sino también (y en gran medida) de la oferta de recursos y servicios -públicos, privados y de la sociedad civil- existente (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). En este punto resulta útil el clásico esquema de los estudios de políticas sociales (Esping-Andersen, 1993; Razavi, 2007) para analizar de qué formas las sociedades se organizan para dar respuesta a las necesidades de sus miembros, esto es, de qué forma se atiende al bienestar. Estos estudios proponen pensar a la sociedad dividida en cuatro esferas articuladas: el Estado, el mercado, la familia y la comunidad, y analizar qué ofrece cada una de estas esferas para la satisfacción de las necesidades de las personas. En el tema que nos atañe, la cuestión sería qué ofrece cada una de estas instancias para atender las necesidades de cuidado de esta población adulta y dependiente. Ello se abordará a continuación.

Estado, obras sociales, mercado, sociedad civil y familias: recursos y servicios de cuidado disponibles

En términos de asignaciones monetarias disponibles para la población del estudio (principalmente personas con discapacidad, incluida la población con padecimientos mentales[8], y adultas mayores) existen políticas pertenecientes al régimen previsional y también políticas de asistencia específicas (cuyo otorgamiento y renovación dependen de la evaluación que realizan los profesionales de la institución que corresponda en cada caso).

En lo que atañe a la población adulta mayor, aquellos que se desempeñaron en el mercado de trabajo formal, a partir de 65 años los varones y de 60 años las mujeres, podrán acceder a una jubilación, siendo el haber mínimo $ 6.394,85[9]. Aquellos que se encontraban por fuera del mercado laboral formal (a partir de 65 años varones y mujeres, y con una residencia de 20 años en el país para las personas extranjeras) pueden acceder a una

8. Consideramos aquí a las personas con trastornos mentales severos como parte integrante de la población con discapacidad, si bien se puntualizan ofertas específicas dirigidas a las mismas.

9. Todos los montos consignados en este apartado corresponden al período de relevamiento de datos del presente trabajo (Año 2017). Específicamente, corresponden a valores de marzo de 2017.

pensión universal, cuyo importe es de $ 5.115,88.

Respecto a la población con discapacidad, aquellos insertos en el mercado de trabajo formal que adquieren una discapacidad (siempre que acrediten más de un 66% de "incapacidad laboral") pueden acceder a una jubilación anticipada o retiro por invalidez, cuyo monto se establece entre 50%-70% del salario percibido. Aquellos que se hallan por fuera del mercado laboral formal y no cuentan con otros ingresos/bienes (y con una residencia de 20 años en el país para las personas extranjeras) que adquieren una discapacidad (siempre que acrediten más de un 76% de "incapacidad laboral") pueden acceder a una pensión no contributiva por invalidez, cuyo valor es de $ 4.464. Asimismo, aquellos que tienen a cargo un hijo/a con discapacidad, más allá de su situación laboral/económica, pueden acceder a una asignación por hijo con discapacidad (sin límite de edad del hijo), siendo el valor de la misma de $ 4.064.

Las políticas de asistencia, a nivel del Estado local[10], consisten, por una parte, en la provisión de medicación/insumos/equipamientos ortopédicos, y por otra parte, en la asignación de subsidios con fines diversos: subsidios para la vivienda para personas con padecimiento mental[11] (cuyo monto es de $ 4000 mensuales) y personas mayores de 60 años (Programa "Vivir en casa", cuyo monto máximo es de $ 3.300 mensuales). Ya en el campo de la seguridad social, la obra social PAMI ofrece una serie de subsidios (para necesidades alimentarias, habitacionales, entre otras) a los afiliados que acrediten insuficiencia económica y carezcan de familia o cuenten con familia con insuficiente/nula capacidad de ayuda, variando los montos otorgados entre valores de $ 90 a $ 650 mensuales.[12]

En términos de servicios de cuidado[13] encontramos diferentes ofertas en el Estado, en la esfera de la seguridad social, en el campo de la sociedad civil y en el mercado, tanto para la población adulta mayor como para la población con discapacidad.

En la esfera del **Estado** local, los servicios destinados a la población adulta mayor incluyen apoyo domiciliario, centros de día y hogares geriátricos. El acceso y la permanencia en los mismos, además del cumplimiento de requisitos formales (tener 60 años o más, acreditar domicilio en CABA y no contar con cobertura de obra social) están supeditados en todos los casos a evaluaciones por parte de los equipos profesionales correspondientes.

El Programa de Acompañantes gerontológicos domiciliarios y hospitalarios ofrece 9 horas semanales de asistencia gerontológica domiciliaria (u hospitalaria, si la persona se hallase internada) a personas autoválidas o con dependencia leve en situación de vulnerabilidad social. Los Centros de día brindan alimentación, atención por profesionales, talleres y actividades de esparcimiento durante jornada completa a personas autoválidas e "independientes" para las actividades de la vida diaria. Los Hogares de residencia permanente ofrecen alojamiento a personas en situación de vulnerabilidad social con distinto nivel de dependencia (autoválidos, semidependientes y dependientes). A nivel nacional, también la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores ofrece hogares geriátricos para personas con diferentes niveles de dependencia sin cobertura de obra

10. También a nivel del Estado Nacional existe una política de subsidios para cubrir gastos vinculados a situaciones de salud (compra de medicación, insumos, entre otras).

11. Estos subsidios se enmarcan en el Programa de Externación Asistida para la Integración Social, que también incluye centros de día y otras prestaciones de apoyo.

12.Cabe aclarar que es posible acceder a montos mayores que los estipulados inicialmente a través de trámites "por vía de excepción".

13. La información consignada sobre los servicios de cuidado corresponde al período escogido para el relevamiento de datos del presente trabajo (Año 2017).

social o que estén incluidas en el Programa "Incluir Salud" (Ex-Profe).

Para el cuidado de las personas con discapacidad, en esta órbita, existen básicamente dos políticas sociales: hogares y acompañantes personales. También aquí, el acceso y la permanencia en los mismos, además del cumplimiento de requisitos formales (contar con certificado de discapacidad, domicilio en CABA y no contar con cobertura de obra social) están supeditados en todos los casos a evaluaciones por parte de los equipos profesionales correspondientes.

Los Hogares para personas con discapacidad ofrecen alojamiento transitorio (pero no cuidados) a personas con discapacidad, "autoválidas", que acrediten vulnerabilidad social y "emergencia habitacional" (típicamente, situación de calle). El Programa de apoyo para la vida independiente brinda un subsidio económico para la contratación de 6 horas semanales de acompañamiento por asistentes personales a aquellas personas con discapacidad que no presenten elevados niveles de dependencia.

Los servicios vinculados al campo de la salud mental[14] (Galende, 1998) a nivel local incluyen dispositivos de alojamiento transitorio, espacios de inserción laboral/rehabilitación y acompañantes terapéuticos; nuevamente, el ingreso y permanencia en los dispositivos, en todos los casos, es evaluado por los profesionales correspondientes.

Las Residencias protegidas y Casas de medio camino ofrecen alojamiento (con mayor o menor acompañamiento de profesionales/operadores, respectivamente) por un tiempo determinado, supeditado a objetivos de rehabilitación psicosocial, a personas autoválidas, con padecimientos mentales severos estabilizados y sin familia que pueda brindar contención/vivienda. Los espacios de inserción laboral/rehabilitación (talleres protegidos, emprendimientos sociales, hospital de día, entre otros) ofrecen actividades laborales, formativas, artísticas, etc. asociadas a objetivos de rehabilitación, en general durante media jornada, a personas con sufrimiento psíquico autoválidas o con dependencia leve. La prestación de Acompañamiento terapéutico consiste en una cantidad variable (según prescripción del equipo tratante) de horas semanales de acompañamiento domiciliario (u hospitalario, si la persona se hallase internada) para el sostén del tratamiento, realización de gestiones y participación en actividades de distinta índole (culturales, sociales, recreativas, etc.), dirigida a personas autoválidas o con dependencia leve.

En el campo de la **seguridad social**, la obra social PAMI cuenta con una amplia oferta en términos de cuidado: actividades educativas/recreativas, acompañantes terapéuticos, hogares y cuidadores domiciliarios. Las actividades educativas/recreativas (desarrolladas en centros de día, universidades, entre otros espacios) se dirigen a aquellos afiliados con menores niveles de dependencia. A diferencia de ello, los servicios de Acompañamiento terapéutico, Cuidado domiciliario y Hogar se dirigen a personas con diferentes niveles de dependencia, dependiendo el acceso en el primer caso de indicación médica, y en los otros dos casos de acreditar problemática sociosanitaria, insuficiencia económica y ausencia de familia o familia con insuficiente/nula capacidad de ayuda. La prestación de Hogar ofrece alojamiento permanente en establecimientos geriátricos o para personas con discapacidad, mientras que la prestación de Cuidado domiciliario se brinda mediante la asignación de un subsidio económico de $ 1300 mensuales[15] para la contratación del servicio. Nuevamente, el otorgamiento y renovación de las prestaciones depende de la evaluación que realizan los profesionales de la institución. Por su parte,

14. Consideramos que el campo de la salud mental incluye tanto los padecimientos mentales como las adicciones, en consonancia con la Ley Nº 26.657.

15. En el caso de que se contrate a cuidadores sin formación, el monto del subsidio otorgado es de $ 850 mensuales.

el Programa "Incluir Salud" (Ex-Profe) cuenta con una oferta de cuidados que consiste principalmente en el dispositivo de Hogar, tanto para personas con discapacidad como para adultos mayores, más allá de su nivel de dependencia.

En la órbita de las organizaciones de la **sociedad civil** la oferta existente en términos de servicios de cuidado se reduce a la prestación de Hogares, dirigidos éstos no a grandes grupos de población (como podría ser "adultos mayores", "personas con discapacidad") sino a poblaciones específicas: personas en situación de calle, personas que viven con VIH, personas en final de vida, entre otros. En todos los casos el acceso a este servicio depende de la evaluación realizada por los profesionales de la institución, como así también de acreditar la situación de pobreza y la ausencia de familia que pueda tomar a cargo el cuidado de la persona, además de otros requisitos propios de cada institución, en cada caso diferentes. En general, la "autovalidez" suele ser un criterio de elegibilidad, ya que este tipo de dispositivos ofrece alojamiento pero no cuenta con personal que pueda brindar apoyo[16].

En la órbita del **mercado** existe una amplia y diversificada oferta de servicios de cuidado: Acompañantes terapéuticos y Cuidadores que trabajan por cuenta propia en domicilios (desde personas sin formación hasta personas formadas en enfermería), Centros de día donde concurrir durante media jornada o jornada completa de lunes a viernes, e instituciones de tipo Hogar, para adultos mayores o personas con discapacidad. El acceso a estos recursos está únicamente determinado por la capacidad económica de las familias; no obstante, el costo de este tipo de servicios implica que no resulte una alternativa viable para amplios sectores de población. En lo que atañe al servicio de cuidado de personas en domicilio, el monto mínimo estipulado es de $ 61,50 la hora y $ 7924,50 el mes para la modalidad de trabajo "con retiro" (esto es, no "cama adentro")[17]. Asimismo, de la información consultada de personas que se ofrecen como cuidadoras de manera autónoma (en folletos publicitarios, en el sitio web "mercado libre", etc.), se desprende que el monto de la hora de cuidado oscila entre un mínimo de $ 50 y un máximo de $ 80, con un valor promedio de $ 67,40, muy cercano a la paritaria mencionada[18]. A su vez, la contratación de acompañantes terapéuticos tiene un valor que oscila entre $ 120 y $ 150[19]. Por otra parte, el servicio de centro de día tiene un valor establecido de $ 14.930 mensuales en promedio[20], mientras que para la prestación de hogar el valor es de $ 20.800 mensuales en promedio[21], si bien puede alcanzar valores de mercado que oscilan entre $ 18.000 y $ 35.000 mensuales, de acuerdo con la ubicación en la Ciudad y la diversidad de servicios ofrecidos, como así también de acuerdo a las necesidades asistenciales y requerimientos específicos de la persona (cabe señalar que estos montos no incluyen medicación e insumos, como por ejemplo pañales, que deben ser provistos por la familia de la persona allí alojada)[22].

Resta por último indagar acerca de las posibilidades de las familias de las personas en situación de internación prolongada de asumir la responsabilidad por el cuidado de

16. Una excepción a lo anterior la constituyen los Hospices, que alojan a personas que padecen enfermedades con pronóstico de vida limitado (no mayor a 6 meses y sin tratamiento médico activo). Dadas las características de esta población, que cursa una enfermedad terminal, existe soporte de enfermería y de cuidados para asistir a las personas.

17. Valores correspondientes al período comprendido entre el 01/12/2016 y el 31/05/2017, según Resolución N° 1, Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 30/06/2016.

18. Valores correspondientes al mes de marzo de 2017.

19. Ídem.

20.Valor correspondiente al año 2017, según Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, Resolución Nº 2001-E/2016, Ministerio de Salud de la Nación, 11/11/2016.

21. Ídem.

22. Valores correspondientes al mes de marzo de 2017.

éstas. Al respecto, se registra en primer lugar que la red sociofamiliar de estos/as pacientes (por lo menos el conjunto que se hace conocido por la institución hospitalaria) se compone en general de apenas 1 ó 2 personas. En pocos casos cuentan con 3 personas y en muchos menos con un mayor número de personas de referencia. Al mismo tiempo, las posibilidades de asistencia económica por parte de las familias son en la mayoría de los casos parciales o incluso nulas (debido a la inserción precaria y/o informal en el mundo del trabajo, al desempleo y a otras situaciones en las que los ingresos familiares son apenas suficientes para subsistir diariamente), registrándose un panorama similar en términos de disponibilidad de tiempo para el cuidado (debido a la inserción en el trabajo remunerado y/o a las obligaciones de cuidado previamente existentes, ambas actividades muy difíciles de conciliar con el cuidado de una persona dependiente, que insume gran dedicación horaria). Otras cuestiones que surgen del relevamiento son los problemas de salud o la edad avanzada de las personas que componen la red sociofamiliar, que atentan contra la capacidad física para realizar una tarea que requiere esfuerzos concretos (como por ejemplo levantar, rotar o trasladar a personas adultas limitadas en su movilidad), como así también el hecho de que en muchos casos los/as pacientes mantenían un vínculo esporádico o lejano con sus referentes afectivos, o incluso se habían desvinculado desde muchos años atrás (debido a conflictos diversos de las relaciones interpersonales, a problemas de convivencia, a episodios de violencia o incluso a situaciones de consumos problemáticos de sustancias).

Necesidades de cuidado y recursos de bienestar: una articulación no siempre virtuosa

Al analizar de qué forma se resolvieron las situaciones de internación prolongada, es decir, a través de qué servicios y recursos fue posible organizar una respuesta relativa al alojamiento y cuidados que el/la paciente requería una vez resuelto el "episodio agudo de enfermedad" que determinó su hospitalización, se registra que: en primer lugar, estas internaciones se resolvieron mediante el recurso a instituciones/programas estatales (21%); en segundo lugar, a través de organismos de la seguridad social (19%); y en tercer lugar, a través de la red sociofamiliar de los/as pacientes (18%). Cabe señalar que cuando nos referimos a respuestas estatales y de la seguridad social, éstas implicaron en la mayoría de los casos el ingreso del/de la paciente a una institución de residencia permanente (hogar geriátrico, gerontopsiquiátrico o para personas con discapacidad), y en mucho menor medida el acceso a otros recursos que posibilitaron el regreso al domicilio (tales como subsidios y prestaciones de internación domiciliaria). En este sentido, la respuesta mayoritaria por parte del estado y la seguridad social supone la institucionalización de los sujetos. Asimismo, se registra que, al final del período de relevamiento, un número significativo de personas continuaba internado a la espera de una solución (17%), mientras que otras fallecieron mientras aguardaban algún tipo de respuesta (12%). Se sigue de lo anterior que las respuestas se encuentran repartidas de manera bastante equitativa entre las instituciones estatales, las de la seguridad social, las redes sociofamiliares y también, los hospitales. Esto es, el hospital, sin ser la institución apropiada a los requerimientos de estas personas, constituye de hecho una respuesta para la problemática de alojamiento y cuidados.

Ahora bien, al indagar en los aspectos que influyen en las diferentes formas de resolución de las situaciones analizadas, surgen dos cuestiones de relevancia. En primer lugar, aquellas personas que se encontraban viviendo con referentes afectivos previo a su internación mayoritariamente retornaron al

hogar. Es decir que en estos casos las redes sociofamiliares, más allá de las limitaciones señaladas, asumieron el cuidado de la persona en cuestión. En cambio, la situación de aquellos/as que vivían solos/as previo a su hospitalización se resolvieron principalmente a través del Estado o la seguridad social. En relación con esto, podemos pensar que resulta mucho más dificultoso (y constituye posiblemente una transformación más abrupta y profunda de la vida cotidiana para todos los implicados) que personas que no convivían previamente (y que quizás nunca lo hicieron) comiencen a vivir juntas a partir de la irrupción de la situación de dependencia en una de ellas, sobre todo si se tiene en cuenta que esa convivencia va acompañada de la necesidad de brindar cuidados de largo plazo.

En segundo lugar, el egreso hospitalario de las personas autónomas y semidependientes se resolvió principalmente vía instituciones del Estado y de la seguridad social, respectivamente, y luego a través de la red sociofamiliar. En cambio, el egreso de aquellas personas dependientes mayormente "no se resolvió", ya que luego de finalizado el período del relevamiento casi una tercera parte de este segmento de población permanecía aún internada. Esto parece indicar que las posibilidades de organizar los cuidados post alta hospitalaria (ya sea a través del estado, la seguridad social y/o las familias) resultan mucho más dificultosas en las situaciones donde el nivel de dependencia de los sujetos es más elevado, y que ello impacta en el tiempo de permanencia en el hospital, puesto que los mayores tiempos de internación se concentran en los segmentos de población con mayores niveles de dependencia.

Así, es en la posibilidad de organizar el cuidado de largo plazo de las personas parcial o totalmente dependientes que se cifra el egreso de los/as pacientes con internaciones prolongadas, quienes permanecen meses y años en los hospitales públicos a la espera de respuestas a su situación. En relación con esto, creemos que es fundamental enmarcar la problemática aquí analizada en el escenario más amplio definido por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) como "crisis del cuidado" (CEPAL, 2009) para, de esta manera, atender a la complejidad que estas situaciones encierran. Históricamente la responsabilidad por el cuidado de las personas dependientes ha estado depositada en la esfera familiar[23], dando por supuesto la capacidad de la familia para tomar a cargo todas aquellas necesidades no cubiertas por las demás esferas de provisión de bienestar (Adelantado et al., 1998). Ahora bien, el último medio siglo ha mostrado un sostenido incremento de la participación de las mujeres, tradicionales adjudicatarias de las tareas de cuidado, en el mercado de trabajo (Ministerio de Trabajo de la Nación, 2016), a la vez que se observaba una disminución de hogares de familias extensas y un aumento de familias nucleares, monoparentales o personas que viven solas (Torrado, 2003). Esto implica que, al interior de las familias, cada vez hay menos personas "disponibles" para cuidar: los grupos familiares son menos numerosos y las mujeres, tradicionales depositarias de este trabajo, se hallan cada vez más insertas en el mercado laboral. Al mismo tiempo, las transformaciones en los perfiles demográficos y epidemiológicos[24] significan un aumento creciente de las personas dependientes, que presentan necesidades de cuidado de larga duración.

23. Cabe destacar que en el área de salud mental, históricamente se ha depositado el cuidado en la institución asilar, produciéndose en forma reciente un cambio de paradigma que implicó el reconocimiento de las personas con padecimientos mentales como sujetos de derechos, nueva legislación en salud mental y cambios en relación a los dispositivos de atención y cuidado, dando lugar destacado a los espacios de tratamiento dentro del ámbito sociofamiliar y considerando las internaciones como último recurso y de breve duración.

24. Desde la segunda mitad del siglo pasado nuestro país viene experimentando una transición epidemiológica y demográfica, que implican una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Rosas y Estrella, 2012) y un envejecimiento poblacional (Rossel, 2016), respectivamente.

Así, nos encontramos en un contexto en el cual a la vez que aumentan las demandas de cuidado disminuyen las personas disponibles para cuidar: este es el escenario de crisis del cuidado, que se manifiesta a escala microsocial en las tensiones entre problemáticas/demandas nuevas y expectativas/herramientas históricas, y en las dificultades para encontrar soluciones ante lo que aparece como una cierta "inexistencia" de institucionalidad adecuada (Gómez, 2013). En particular, en el campo de las instituciones de salud, estos fenómenos se expresan, como muestra este estudio, en la población con situaciones crónicas que permanece internada en los hospitales de agudos[25].

A modo de cierre

La prolongación de las internaciones de personas adultas en condiciones de alta hospitalaria constituye un hecho recurrente en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Así, y más allá de ciertas tensiones institucionales que puede provocar su presencia, su permanencia se halla en cierta forma naturalizada por parte de los equipos de salud y demás instituciones.

Las posibilidades de organizar el cuidado de estas personas en un espacio institucional diferente al hospital dependen de los recursos y servicios disponibles en las diferentes esferas de bienestar. De la sistematización realizada, surge que en la órbita de la seguridad social la alternativa principal en términos de cuidados para las personas dependientes o semidependientes está constituida por la institucionalización (en el caso de "Incluir Salud" (Ex-Profe) porque no existe otro tipo de oferta; en el caso de PAMI porque los montos otorgados para solventar el cuidado en domicilio resultan irrelevantes respecto de los costos del cuidado en el mercado). En la esfera del Estado, la única oferta que incluye a las personas adultas mayores semidependientes o dependientes es la institucionalización (ya que los demás servicios se destinan a aquellos autoválidos), mientras que aquellas personas dependientes o semidependientes menores de 60 años se encuentran virtualmente sin oferta pública en términos de cuidado (ya que todas las políticas orientadas a la población con discapacidad, incluida la población con padecimiento mental, se dirigen a aquellos con menores requerimientos de cuidado). En el campo de la sociedad civil, la oferta es altamente segmentada, y nuevamente, orientada en su mayoría a personas "autoválidas", mientras que los costos de la contratación de servicios de cuidado en el mercado resultan inaccesibles (sobre todo si consideramos que el salario mínimo en el período analizado alcanzaba un valor de $ 8.060[26], la jubilación mínima un valor de $ 6.394,85 y que PAMI brinda $ 1300 mensuales para la contratación de cuidadores). Las familias, por último, pueden ofrecer un apoyo parcial, realizando trámites/gestiones diversas, brindando cierta asistencia económica, habitacional y en el desempeño de tareas de cuidado, de manera puntual o acotada, además de sostén afectivo. Cabe destaar que, en muchos casos, si estas familias contaran con algún apoyo externo (de recurso monetario o humano) estarían en mejores condiciones para asumir el cuidado de los sujetos en cuestión[27].

25. Como sostienen Dulitzky y Schtivelband, en la Ciudad de Buenos Aires, "el 20% de las camas de hospitales de agudos están ocupadas por pacientes con estas patologías" (2007:21).

26. Valor a partir de enero de 2017, según Resolución N° 2/2016, Consejo Nacional del empleo, la productividad y el salario mínimo, vital y móvil.

27. En relación con esto, cabe aclarar, como se mencionó previamente, que la vinculación afectiva y la capacidad psicofísica de los integrantes de la familia son también factores condicionantes de la asunción de los cuidados. Asimismo debe atenderse a la posibilidad de que los referentes afectivos no deseen tomar a cargo el cuidado de sus familiares. En este sentido, consideramos que el mandato sociocultural del cuidado familiar es una noción que debe revisarse críticamente puesto que entraña y potencia múltiples desigualdades. Al respecto pueden consultarse: Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Faur, 2014; Pautassi, 2007; Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015; entre otros.

No obstante, en el escenario descripto, las redes sociofamiliares quedan ubicadas en situaciones de "todo o nada" ya que no existe una oferta de recursos/servicios (ni en el Estado, ni en la sociedad civil, y sólo de manera limitada en la seguridad social) que capitalice estas capacidades de cuidado y brinde un apoyo en términos de "completar" la parte del trabajo del cuidado que éstas no pueden asumir. Por lo tanto, al no poder tomar a cargo "todo" el cuidado, las familias "no se llevan" al/a la paciente del hospital (según la fórmula que suele escucharse en las salas de internación).

Como se infiere, la complejidad de esta problemática excede la capacidad de respuesta del sector salud exclusivamente, y remite a la organización social y política del cuidado, la cual ha sido definida por Faur como "la configuración que surge del cruce entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos y sus miembros acceden, o no, a ellos" (2014:18). Es decir, en la resolución de las necesidades de cuidado intervienen una multiplicidad de actores sociales, instituciones y sectores: de las políticas públicas -políticas de asistencia, salud, etc.-; de los servicios ofrecidos en el mercado y en las organizaciones de la sociedad civil; de todas las tareas domésticas visibles e invisibles que realizan las familias, entre otras instituciones diversas (Esquivel, Faur y Jelin: 2012). Las personas que permanecen internadas a la espera de algún tipo de respuesta a sus necesidades en cierto modo emergen y expresan parte de una problemática que a las claras excede los límites de la institución hospitalaria, y que interpela a reflexionar en torno a cómo nos organizamos como sociedad para resolver los cuidados de aquellas personas dependientes.

Bibliografía

- Adelantado, J.; Noguera, J. A.; Rambla, X.; Saez, L. (1998): "Las relaciones entre estructura y políticas sociales: una propuesta teórica". En: Revista Mexicana de Sociología. Nº 3. Universidad Autónoma de México.
- Dulitzky, S. y Schtivelband, G. (2007): Los cuidados paliativos para adultos en los hospitales dependientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Propuestas para mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales. Serie Políticas Públicas y Derechos. Nº 6. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.
- Esping-Andersen, G. (1993): Los tres mundos del Estado de Bienestar. Editorial Alfons el Magnánim. Valencia.
- Esquivel, V., Faur, E., Jelin, E. (eds) (2012): Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. IDES/UNFPA/UNICEF. Buenos Aires.
- Faur, E. (2014): El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.
- Galende, E. (1998). "La nueva configuración de la salud mental". En: De un Horizonte Incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Paidós. Buenos Aires.
- Gómez, A. (2013): "¿Nuevos problemas o respuestas viejas?". En: Testa, C. (2013): Trabajo Social y Territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Pautassi, L. (2007): ¡Cuánto Trabajo mujer! El género y las relaciones laborales. Capital Intelectual. Buenos Aires.
- Pombo, M. G. (2010): "El trabajo doméstico y de cuidados no remunerado desde la perspectiva de las mujeres del Barrio Charrúa: desigualdades y resistencias en el ámbito de la domesticidad y la reproducción". En: Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales. N° 6. UNGS-IDES. Buenos Aires.
- Razavi, S. (2007): The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. Gender and Development Programme. Paper Number 3. UNRISD.
- Rodríguez Enríquez, C.; Marzonetto, G. (2015): "Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina". En: Revista Perspectivas de Políticas Públicas. Año 4. N° 8. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires.
- Romero Ayuso, D. M. (2007): "Actividades de la vida diaria". En: Revista Anales de Psicología. Vol. 23. Nº 2. Diciembre. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. España.
- Rosas, M. J.; Estrella, P. V. (2012): "¿Qué son las enfermedades crónicas?". En: Domínguez Mon; Mendes Diz; Schwarz et. al. (2012): Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles. Documentos de Trabajo N° 60. IIGG. Buenos Aires.
- Rossel, C. (2016): Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas. Serie Asuntos de Género. Nº 135. CEPAL. Santiago de Chile.
- Torrado, S. (2003): Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000). Ediciones de la Flor. Buenos Aires.
- CEPAL (2009): Panorama social de América Latina. Santiago de Chile.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2016): Documento de trabajo para el debate en el marco de la Red Federal de Comisiones para el Trabajo con Igualdad de Oportunidades-Género (CTIO-Género). Plenaria de la CTIO-Género. Abril de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (1992): CIE-10.– Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra.

EL ENCUENTRO CON LES OTRES: UNA REFLEXIÓN SOBRE LA OTREDAD EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD

Lic. Daniela Cherry
Lic. Carolina María Volpi

. . . . .

"Todo puede convertirse en ocasión, nuestro propio cuerpo, la ciudad, el paisaje, las demás personas, las ideas, todo 'lo que está ahí', sea lo que sea, puede abrirse en ocasiones o permanecer cerrado y mudo, ajeno. Puede encenderse en significaciones o quedar inerte, presa ciega del tiempo."
Graciela Montes

A modo de introducción

El presente trabajo se desarrolla como trabajo final de las residentes de primer año de Trabajo Social de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En función de nuestras inserciones durante este primer año de residencia (rotaciones por pediatría, tuberculosis y salas de internación), decidimos producir juntas un trabajo final que nos diera la posibilidad de intentar un salto cualitativo a partir de los denominadores comunes de nuestra inserción hospitalaria y práctica cotidiana, como así también de las reflexiones que ésta disparó.

Las diferentes líneas que íbamos ensayando parecían insistir con una misma pregunta de fondo: ¿qué nos pasa en el encuentro con le otre[1]? Sin importar el espacio en el que estemos rotando, una gran parte de la práctica profesional implica necesariamente un encuentro con la otredad[2], en tanto extranjería encarnada en le usuarie del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Entendemos que es en la construcción (constantemente transitoria y cambiante) de un "nosotres" y un "otres" que habitamos tensiones como profesionales de la salud. Tensiones que no siempre logramos poner en palabras, o siquiera darles forma dentro de nuestras cabezas ante la vorágine y urgencia del cotidiano.

Le otre como diferencia encarnada nos inter-

1. Se utilizará el lenguaje inclusivo usando la "e" a lo largo del escrito.
2. En el presente trabajo nos ocuparemos de pensar lo que nos pasa con le otre usuarie del sistema público de salud de CABA. Entendemos que la categoría de "otredad" puede dar lugar a trabajar, por ejemplo, con las distancias que encontramos con otres profesionales de la salud con quienes trabajamos en conjunto, pero eso no será el eje de nuestro desarrollo.

pela. Nos devuelve preguntas, algunas de ellas sin respuestas sencillas, nos obliga a habitar dilemas. Nos proponemos abordar este "habitar dilemas" sin desconocer que probablemente sea inabordable en su totalidad. Es por esto que no pretendemos arribar a respuestas acabadas, sino que buscamos habilitarnos a nosotras mismas a navegar el interrogante e inspeccionar(nos) para poder ensayar principios de respuesta. Compartimos la inquietud que esboza Skliar (2008) al preguntarse por la presencia y la mirada del otre, cómo se construye, qué les ocurre a unes y a otres, ¿podemos encontrar únicas respuestas?, "¿(o) se trata más bien de presentar apenas los claroscuros, los vaivenes, las miradas oscilantes y pendulares, imágenes cuyos puntos de partida y llegada bien pueden intercambiarse, trastocarse, que bien pueden diferir unas de otras, es decir, que pueden multiplicarse hasta el infinito?" (Ibídem:16).

Planteamos entonces como objetivo general "reflexionar sobre nuestro posicionamiento profesional en el encuentro con les usuaries en los diferentes espacios de atención como residentes de trabajo social en el Hospital". La propuesta es identificar ciertas cuestiones dilemáticas o tensionantes de los espacios de atención con les usuaries, intentando caracterizar y problematizarlas.

Pensar nuestro posicionamiento profesional ante la otredad nos lleva -casi obligadamente- a poner bajo la lupa nuestras acciones/intervenciones cotidianas y todo lo que se juega ahí. Nos lleva además, a pensarnos situadamente, es decir, desde el lugar que ocupamos en el campo de la salud: licenciadas en trabajo social, profesionales no médicas de la salud, funcionarias públicas en tanto empleadas estatales, residentes, mujeres...

Es por esto que entendemos que la pregunta por cómo le otre nos interpela es una pregunta ético-política. Y si bien (afortunadamente) lo ético-político tiene una extensa tradición bibliográfica en el colectivo profesional, se trata, mayoritariamente, de producciones que apuntan a la construcción crítica de un proyecto profesional colectivo[3]. Sin desconocer la importancia de estas producciones, ni su peso en el colectivo profesional del Trabajo Social, nuestro interés se arrima a la ética por otro lado. Intentaremos apuntar al atravesamiento ético en lo singular, en nuestro transitar como trabajadoras sociales y en nuestro encuentro con les usuaries.

A nivel metodológico, utilizamos la investigación bibliográfica y la revisión de los registros propios de la práctica diaria como los insumos principales para la construcción de este trabajo. En la revisión bibliográfica, nos hemos propuesto acercarnos a autores provenientes de distintas disciplinas y con diversas trayectorias, con la intención de enriquecer nuestro cuestionamiento y con el deseo de que nos ayuden a pensar en los aspectos dilemáticos del encuentro con le otre. Por eso recurrimos a bibliografía proveniente de distintas disciplinas como la educación, la filosofía, la psicología, el trabajo social, la sociología, la antropología.

Nuestra intención es construir conocimiento a partir de lo que transitamos. Es así que entendemos al encuentro con le otre también como *acontecimiento* y, a partir de esto, queremos jugar, al decir de Bárcenas, a hacer teoría del acontecimiento, a "tratar de comprender desde dentro de la misma experiencia de lo que acontece lo que desde fuera -un discurso teórico- sólo bordearía" (Bárcena, 2004:23). Intentamos recuperar la experiencia y las sensaciones que aparecieron a lo largo del tránsito por el primer año de la residencia. "El acontecimiento hay, pues, que vivirlo bajo el registro de la experiencia, es decir, en rigor, hay que sentirlo: en el orden de los acontecimientos nos constituimos como sujetos que tomamos conciencia de vernos afectados por lo que sentimos y por lo que nos pasa" (Ibídem:60). Esperamos que este trabajo de interpelación personal pueda ser un insumo para otres compañeres en la tarea de pensar y repensar la tarea cotidiana.

3. Nos estamos refiriendo a las producciones de la Corriente Crítica Brasilera en el momento conocido como reconceptualización dentro del Trabajo Social.

Lo dilemático en el encuentro con le otre

Trabajar el encuentro con le otre es un acercamiento a cómo habitar lo dilemático. Si hay algo que queda haciendo eco después del primer año de residencia, es el hecho de que la gran mayoría de las situaciones que se nos presentan tienen algo de dilemáticas: alguna tensión que no podemos despejar, algo de encerrona, algún ruido frente a inexistencia de recursos disponibles, por nombrar algunas. En líneas generales, nuestra intervención tiene poco de blanco-negro, sino más bien una gama extensa de grises.

Para ejemplificar, enumeraremos algunas de las situaciones tensionantes que consideramos para pensar este trabajo[4]:

- Situaciones que podemos llamar "encerronas trágicas", en las que cualquier intervención posible no permitirá resolver la problemática que trae le usuarie, sino que serán como mucho soluciones paliativas.
- Situaciones en las que nos vemos obligades a dar intervención a otras instituciones del Estado, aún sabiendo que posible y probablemente esas intervenciones empeorarán la situación inicial.
- Usuaries con les que no logramos establecer un "caernos bien" o rapport.
- Situaciones en las que, en el marco de la intervención, usuaries nos maltratan, levantando la voz o insultándonos.
- Agradecimiento insistente por parte de les usuaries a nosotras luego de una entrevista.
- La construcción simbólica de usuaries o "pacientes difíciles" o "históricos" y el trabajo con esas construcciones.
- La tensión constante entre lo público y lo privado: cuánto meternos en la vida cotidiana de les usuaries, el fino límite de la intervención.
- Situaciones en las que la veracidad o no del discurso de les usuaries surge como una cuestión conflictiva a la hora de pensar la intervención.
- Situaciones en las que les usuaries requieren el acceso a ciertos recursos y en cuya gestión burocrática somos necesarias, en un contexto de políticas públicas desfinanciadas y vaciadas.
- Situaciones en las que la política pública, a partir de sus condicionamientos burocráticos, nos exige ser quienes establecemos la veracidad del discurso de les usuaries o de algunos aspectos de sus vidas.
- La consulta de les usuaries con nosotras, trabajadoras sociales, sobre cuestiones médicas que no han comprendido o que expresan no haberse animado a preguntar.

Para intentar esquematizarlo, habitar lo dilemático tiene algo de habitar el espacio que se genera entre dinámicas que se relacionan con expresiones de poder, con el conflicto, con intereses en tensión y, al mismo tiempo, con la posibilidad real de cambio ante situaciones desfavorables, con la capacidad transformadora que se aloja en cada encuentro.

No nos interesa analizar lo dilemático de la otredad volviendo a polarizar. Para decirlo de otra manera, no creemos que lo dilemático sea el espacio delimitado entre un "nosotres" y un "otres" ni entre el "conflicto" y el "cambio". Entendemos que se trata de pensar y desmenuzar la complejidad de lo que se nos juega ante la otredad e intentar enriquecerla para darle matices.

En este sentido, pensamos que la pregunta por lo que pasa, lo que se juega, lo que atraviesa este encuentro es una cuestión ética, si pensamos la ética fundándose "en el instante en el que somos capaces de salirnos de nosotros mismos y abrirnos, como sostiene Emmanuel Lévinas, al rostro del otro, a su presencia conmovedora. No hay ética cuando de lo que se trata es de cobijar sólo al igual, al que es como yo, al que habla mi misma lengua" (Skliar, 2008:92).

Entendemos que pensar el encuentro con le

4. Este listado es sólo una primera aproximación a la infinidad de situaciones con las que nos encontramos en la cotidianidad de la intervención profesional en salud. Podríamos seguir construyéndola colectivamente con colegas interesades.

otre como profesionales de la salud es, entonces, pensar la extranjería, la otredad, el poder (en sus infinitas interpretaciones), el territorio y los afectos deleuzianos[5], la ética y la capacidad crítica… para empezar.

Empezando a caracterizar la otredad en los espacios de atención

En la vida cotidiana hospitalaria hay un tránsito de los espacios que construye dinámica y dialécticamente un "otres", la cual es asignada a determinados grupos humanos dependiendo quien sea el "nosotres" que nomina. Quienes detentan el "nosotres", la hegemonía, es en principio el saber médico dentro de la institución, encarnado mayoritariamente en les profesionales médicos. Y en función de elles se define la extranjería, la otredad: les profesionales no médicos, les usuaries de la institución, entre otres. Pero estos movimientos no resultan estáticos. Es decir, podemos significar otredad para ciertes profesionales médiques, y a la vez ejercer nosotras mismas un papel hegemónico frente a les usuarios u otras disciplinas consideradas también "para-médicas".

En el intercambio cotidiano, en las relaciones del día a día, se crea en acto una realidad determinada. La mirada de le otre nos constituye en la misma medida en que nosotres a les otres. Sin embargo, hay una diferencia, especialmente considerando la "otredad" con les usuaries del sistema público de salud: su posición subjetiva como "diferentes desjerarquizados" y la nuestra como representantes de la cultura oficial.

Pero pensamos que hay algo más que se pone a jugar en la institución hospitalaria. Paradójicamente, tiene poco o nada de hospitalario y, en gran medida, se lo debemos a su tradición institucional. En la comunidad hospitalaria aparecen algunos rasgos de la cultura de la mortificación (Ulloa, 1999): tanto en les trabajadores, por las precarias condiciones laborales, como en les usuaries, circula una cultura del malestar hecha costumbre. Predomina la no protesta, la indiferencia, la cobardía. En la cultura de la mortificación hay sujetos apartados, "sujetos que no son ya hacedores de la cultura, son solamente hechura de la cultura" (Ibídem).

¿Cómo puede entonces una institución normativa con dichas características, como es el nosocomio, habilitar el tránsito de otredades? "Las instituciones, al formular sus normas y procedimientos, incluso aquellos que no están tan explícitos, instituyen una dinámica de funcionamiento particular que lleva implícitas barreras físicas o psicológicas las cuales se naturalizan y son parte de la cotidianeidad de la institución. Esta lógica hospitalaria reglamenta los cuerpos: dice acerca de los nombres de los padecimientos, de cómo comportarse, cómo y dónde esperar, cómo ser paciente" (Espósito et al:2).

Es en este contexto que ocurren los espacios de atención, aquellos micro-mundos de encuentro entre dos o varios sujetes diferentes. Siguiendo a Kaes (2010), el encuentro comprende procesos, formaciones, experiencias específicas, donde los efectos no pueden definirse como de mera interacción, sino que se despliega una relación intersubjetiva -"el prefijo *inter* señala la discontinuidad, la separación y la diferencia entre los sujetos en relación, donde su distinción define sus relaciones de identidad oponibles" (Ibídem:28)- con efectos para las partes intervinientes.

5. Más adelante retomamos estas nociones, pero en líneas introductorias -y una simplificación descarada- Deleuze habla de la vida como lo que está "entre", entiende que "no se puede saber lo que puede un cuerpo antes de la experiencia" (Larrauri, 2000 :7). Propone, a la hora de mirar el mundo, correrno s de la lógica del "ser" para pasar a la lógica del "devenir". Siguiendo esta idea, se refiere a *afectos* como aquello que les seres vivos hemos hecho y podemos hacer, nuestra potencia no sólo potencial, y a *territorios* como los espacios que tomamos/ocupamos/transitamos mediante los afectos de los cuales somos capaces (Ibídem). En definitiva, nos referimos al hecho de que pensar el encuentro con le otre es pensar en el devenir.

Nos preguntamos "cuánta" alteridad se presenta en dichos espacios y cómo somos capaces de alojarla. El dilema que nos genera en algunas situaciones la sensación de no lograr conexión con le usuarie nos sirve para pensar, en términos de Skliar, la base de toda convivencia: no hay convivencia si no hay perturbación, afección, conflictividad, diferencia. Si nada de ello se produce, si no hay alteración, entonces no hay alteridad. Convivir "es ser tocado y es tocar" dice Jean-Luc Nancy. "Es un embate de lo inesperado sobre lo esperado, de la fricción sobre la quietud, la existencia del otro en la presencia del uno" (Skliar, 2011:6). Muchas veces sostenemos esa convivencia con la condición de que le otre se mantenga como un distinto pero sólo en su presencia, esperamos una cierta pasividad donde no haya lugar al despliegue del otre en su auténtica existencia. Así, la conversación se vuelve una impostura, una manera paradojal de "quitarse" de la conversación, aún haciendo de cuenta que estamos conversando (Ibídem).

El encuentro con este otre, entonces, viene un poco a movernos de nuestra zona de confort, de nuestros códigos, marcos de referencia. "La convivencia con los demás se juega, entonces, entre un límite y un contacto con el otro. Una convivencia que no puede sino dejarse afectar o dejar afectarse con el otro. Y en esa afección que muchas veces pretende aniquilar todo aquello que nos perturba, todo aquello que nos inquieta (…)" (Ibídem:8). Y en la afección inevitable que sucede en el encuentro con le otre, no faltan las veces en las que a través de dinámicas de control -la gran mayoría inconscientes-, pretendemos aniquilar todo aquello que nos inquieta.

La microfísica del poder en el intercambio con les usuaries

Una tensión que ha ocupado tradicionalmente un protagonismo central a lo largo de la historia de nuestra disciplina, es la cuestión del poder. En esta instancia nos interesa trabajar este tema en consonancia con la discusión de la otredad, de la alteridad. Reconocemos algunos aspectos dilemáticos que se nos presenta no sólo por el rol de control que históricamente hemos ocupado, sino también por otros procesos que nos atraviesan a nivel singular.

Nos es útil pensar en la lógica del "hacer decir"; o en términos de Foucault (2009), del confesionario. El mismo expresa que en Occidente nos hemos convertido en una sociedad confesante; la confesión pasó a ser una técnica valorada para producir lo verdadero. "La gente se esfuerza en decir *con la mayor exactitud lo más difícil de decir*, y se confiesa en público y en privado, a padres, educadores, médicos, seres amados; y, en el placer o la pena, uno se hace a sí mismo confesiones imposibles de hacer a otro, y con ellas escribe libros. La gente confiesa —o es forzada a confesar" (Ibídem:60). Pero lo característico de la confesión es que se desarrolla en una relación de poder, es decir, no puede haber confesión sin la presencia

-aunque sea omnipresente- de un otre. Ese otre es quien juzga, castiga, perdona, consuela. Y en esta relación, quien confiesa se redime, purifica, libera, descarga sus faltas. Pero, agrega el autor, "si hay que confesar, no es sólo porque el confesor tenga el poder de perdonar, consolar y dirigir, sino porque el trabajo de producir la verdad, si se quiere validarlo científicamente, debe pasar por esa relación" (Ibídem:65).

¿Será que nos sentimos frustradas y disconformes con nuestra intervención cuando, nosotras como confesoras "fracasamos" en dicho rol al dudar del discurso del otre? ¿Por qué, en algún plano de nuestra subjetividad, consideramos que puede haber una verdad, una mentira, una duda en ese discurso? ¿Qué nos modifica en nuestra intervención? ¿Hay algo qué *constatar* de la palabra del otre?

Entendemos que dicha situación se traduce

y encuentra estrecha relación con el rol de control, disciplinamiento y administración de la pobreza asignado históricamente a la profesión (Matusevicius, 2014). Asimismo, consideramos que el rol confesionario –y del poder pastoral que desarrollaremos a continuación- se entrecruza con los límites que generan la burocracia, las políticas públicas e institucionales y nuestro rol, muchas veces impuesto, en este entramado. La acción espontánea y alienante en medio de la cultura mortífera, resultan mecanismos amigables del trabajo por la reproducción de las relaciones sociales de producción capitalistas (Guerra, 2012). Pasamos de este modo a responder mecánicamente en el ámbito de las determinaciones de la institución.

Sumado a esto, dicha situación se profundiza en un contexto de privatización de las funciones sociales del estado, en donde las personas pasan de ser sujetos de cuidado y derecho a ser números en la prestación de servicios.

Por otro lado, pensamos que algo de la dimensión del poder pastoral (Foucault, 1996) aparece en algunas intervenciones para tensionar, o reafirmar, nuestra actuación profesional. Problematizamos aquí la satisfacción que encontramos con el acompañamiento de algunas situaciones y el rapport que generamos con algunes usuaries[6].

Foucault (1996) plantea que el Estado moderno ha integrado, a la nueva forma política, esa vieja técnica de poder pastoral que tiene su origen en las instituciones cristianas[7]. En cierta forma, se puede ver al Estado como una matriz moderna de individualización, una nueva forma de poder pastoral: ya no se trata de conducir a la gente a la salvación en el más allá, sino más bien de asegurársela en este mundo, y aquí la salvación adquiere un contexto diferente: salud, bienestar, seguridad, etc. Por otro lado, con el nacimiento del Estado Moderno aumentan los funcionarios del poder pastoral: a través de las instituciones del Estado y a través de la institución familiar. De este modo, el Estado moderno es una estructura sofisticada a la cual los individuos pueden ser integrados bajo una condición: *que dicha individualidad puede ser moldeada* de otra forma y sometida a una serie de patrones específicos. Por ello se puede ver al Estado como un nuevo individualizante, y por lo tanto, como un nuevo poder pastoral.

Nos preguntamos si la sensación de satisfacción en algunas intervenciones cotidianas se relaciona con las características del poder pastoral, aún sin quererlo ni plantearlo propositivamente. Por ejemplo, pensamos en el reconocimiento de les usuaries a la compañía profesional en el proceso de salud. También, si puede tener que ver con el que le usuarie sea aquel que esperamos –el "*buen paciente*", aquel con quien podemos construir una intervención conjunta, asiste a las consultas pactadas, se *compromete* con los procesos de salud que está atravesando, etc.-.

Entonces, cuando nuestro trabajo no se presenta con los resultados y los objetivos que nos propusimos, cuando se trata de un usuarie "no esperado", cuando la individualidad del sujete *no se somete* a aquellos patrones que la nueva versión del poder pastoral propone; algo de la omnipotencia que nos otorga el rol pastoral se nos escapa, por lo tanto nos desarma, nos vulnera, resquebraja nuestro armazón.

En esta línea, y como hemos planteado anteriormente, la otredad se presenta siempre como una forma de construirnos a nosotres mismes, de igualarnos, oponernos y/o diferenciarnos. Nos animamos a pensar ciertos

6. Damos por sentado que esa satisfacción se relaciona intrínsecamente con procesos de trabajo que han dado frutos en el acceso a derechos y contribuido a garantizar una atención integral y de calidad de la salud de les usuaries en situación de padecimientos. Pero aquí haremos referencia a otros aspectos, apostando a pensar que reconocerlos es parte de un proceso de trabajo crítico.

7. El objetivo último del poder pastoral en el cristianismo es asegurar la salvación individual en el más allá. El pastor, quien dirige, debe estar preparado para sacrificarse a sí mismo por la vida y la salvación del rebaño. Además, el pastor debe conocer el interior de la mente de las personas y sus almas. Una característica central de esta forma de poder, es que se presenta ante cada individuo particular, durante toda su vida.

procesos de poder como mecanismos para relativizar esa alteridad, como una herramienta a utilizar frente a ella. Y como todo lo diferente, se puede llegar a volver amenazante: "el otro, al mirarnos, nos pone en cuestión, a lo que nosotros somos y a todas esas imágenes que hemos construido para clasificarlo, excluirlo, para protegernos de su presencia incómoda, para atraparlo en nuestras instituciones, para someterlo a nuestras prácticas y, en el límite, *para hacerlo como nosotros, es decir, para reducir lo que puede tener de inquietante y de amenazador.*" (Larrosa y Pérez de Lara, 1997:12).

Creemos que muchas veces, parte de la frustración o falta de satisfacción en el quehacer cotidiano, tiene que ver con resistirnos a aceptar, con todo lo que ello significa, que le otre es y seguirá siendo otre más alla de nosotres, puesto que "el otro vive y vivió, el otro existe y existió, en su historia, en su narración, en su alteridad y en su experiencia, fuera de nuestros dispositivos de control y disciplinamiento. Y para decirlo de un modo más transparente, si acaso ello fuera posible: la alteridad se nos escapa, se nos diluye en nuestra pretensión de saber, de conocimiento, control y domino; el otro, en fin, huye de la tiranía y del despotismo de lo mismo." (Skliar, 2008:105).

De la capacidad crítica y de los actos en salud

El encuentro con le otre -en su naturaleza dilemática- también aloja en sí mismo la pregunta de qué posición tomaremos frente a lo "otro". Hay, en líneas generales, una insistencia en pensar a le "otre", identificarle, clasificarle, definir quién es, de qué se trata su historia, qué precisa, cuáles son sus problemas, qué deberíamos hacer con ese otre (Skliar, 2008). Hay gran cantidad de artículos escritos pensando a les usuaries, su realidad, su vida cotidiana, sus recorridos, sus trayectorias… Y sin embargo, algo de esta fijación por identificar a le otre, por su identidad, obstaculiza una mirada necesaria sobre lo que sucede en el "entre-nosotres".

Así, "el desplazamiento de perspectiva supone, justamente, deshacerse de esa persistente pregunta por el otro -que nada le pregunta al otro- para ponernos a pensar en lo que hacemos nosotros, en lo que hay de proximidad y distancia, de cercanía y lejanía, de igualdad y desigualdad entre nosotres" (Ibídem:58).

Una respuesta posible para pensar este "entre-nosotres" se deja leer en los conceptos de Derrida: *tolerancia* y *hospitalidad* (Stolkiner, 2011:3); *tolerancia* como "respeto al prójimo", un leve reconocimiento de une otre diferente, y *hospitalidad* como "abrir la puerta" a le otre, a lo extranjero y permitir que esa diferencia nos interpele y cuestione. Tanto hospitalidad como tolerancia se piensan necesariamente en relación. Nos implican tanto a nosotres como a le otre.

Si nuestra apuesta es a la hospitalidad, hay algunas claves a analizar en esta línea. Stolkiner sostiene a la escucha activa como un componente necesario del acto en salud, entendiendo que resulta una forma de hospedar, alojar, al otro y la pregunta: "la escucha sería el núcleo irreductible a cualquier posibilidad de mercantilización que puede acontecer en cada acto de salud. En ella se recupera no sólo la dimensión subjetiva de quien 'recibe' asistencia, sino de quien la 'brinda'. En última instancia, se trata de introducir la dimensión de la dignidad en el acto, entendiendo por dignidad *no colocar al otro en el lugar de objeto, medio o mercancía*" (Stolkiner, 2011:5). La escucha en este sentido claramente apunta a habilitar ese espacio del "entre-nosotres". Pensamos que los espacios que posibilitan a le otre habitarlos con su singularidad no resultan fáciles, porque hacerlo implica enfrentarnos a nuestro propio desamparo ante la posibilidad de lo diferente.

Es cierto también que el encuentro con otres en el marco de la práctica profesional en salud

no es cualquier encuentro. Nos encontramos en el día a día con otres que se encuentran atravesando una enfermedad o padecimiento en particular (o acompañando a alguien en esta situación). Para Beatriz Cortés (1997) la enfermedad irrumpe en la vida de las personas como un proceso de alteración subjetiva que pone en cuestión la integración de la imagen que el sujeto tiene de sí y en la que se reconoce habitualmente. "Este sujeto pregunta, demanda y necesita de un 'otro' a través del cual pueda reconocerse, para recuperar a través de él, la imagen de unidad momentáneamente alterada por la enfermedad" (Recoder, 2011:85). Les profesionales de la salud se constituyen en una mirada estructurante para le sujete que padece, en la medida en que es ésta mirada la que le permite reconocerse y reorganizar su imagen de sí. Pero a su vez, se trata de encuentros atravesados por dispositivos socioculturales de la crueldad, aquellos generados por la cultura de la mortificación como veíamos en apartados anteriores.

Bárcena nos invita, en este marco, a abrir un lugar dentro de la norma para que pueda surgir le otre (Bárcena, 2008:9). En la misma línea, Ynoub (Arakaki, 2011) se pregunta si les profesionales de la salud estamos preparados para dejarnos transformar por las intervenciones que llevamos a cabo, si estamos preparados para aceptar el encuentro con otros conocimientos, otras formas de concebir el mundo. Alude a la "puesta en crisis de sus [las] propias posiciones (tomar contacto con su ignorancia, pedía Sócrates) para la conquista de nuevas perspectivas y sentidos" (Ibídem:312). Ahora bien, ¿cuán cómoda nos es esta posición? ¿Cuán posible? ¿Cuán viable y sostenible en el tiempo?

Habilitar la singularidad de las personas con las que trabajamos y poner en práctica la *hospitalidad* lleva a correr determinados riesgos. Volviendo a Stolkiner: "si la escucha es un acto de hospitalidad, sólo es posible desde una posición de desamparo de nuestras certezas. Esto nos lleva a interrogarnos sobre la contradicción inherente a la escucha en el 'acto de salud'. (...) Por ende, en un mismo acto está contenida, de manera inevitable, una posibilidad de subjetivación y una tendencia a la objetivación. Esto tiñe todos los actos en salud e introduce en ellos una tensión irreductible" (Stolkiner, 2011:3). La única salida posible parecería ser habitar lo que inquieta, eso lo suficientemente familiar pero a la vez desconocido, el entre-nosotres singular.

Un camino posible puede ser empezar a preguntarnos más seguido por lo que pasa en ese encuentro. Si lo pensáramos como una cierta actitud investigativa -Abrahão y Merhy aportan tomando el concepto de implicación de Lourau- podríamos comenzar a producir cuestionamientos sobre nuestra propia práctica en el cotidiano. Ampliar el análisis de nuestra práctica profesional a partir de vernos en acto, de pensarnos y a les otres con nuestras "afecciones, pertenencias, referencias, motivaciones, inversiones libidinales, así como de las relaciones de saber poder siempre producidas en los encuentros (con otres)" (Abrahão et. al., 2016: 22)[8]. Es así como se configura el espacio necesario para la experiencia, para producir "conocimiento interesado, im-plicado en la transformación de prácticas y saberes que, por ejemplo, prescriben formas universales de andar la vida" (Ibídem).

Estar juntes, encontrarnos, es complejo. No tiene sentido si no es para pensar qué pasa entre nosotres. Retomando a Skliar, estar juntes habla de un límite (es una relación entre dos o más cuerpos) no de una fusión o una asimilación (de un cuerpo en otro cuerpo), supone a la vez hospitalidad y hostilidad, impide o suspende la idea de tolerancia, y, en definitiva, significa ir más allá de lo uno (y de su relato de identidad) y de lo otro (y de su relato de identidad) (Skliar, 2011:9). De esta forma, entendemos que hay posiciones posibles ante las situaciones dilemáticas de la intervención profesional, que alojan, además del dilema, el poder de la capacidad crítica y las posibilidades de actos en salud.

8. Traducción del portugués de las autoras.

Palabras finales

Hemos intentado, a lo largo de nuestro trabajo final, darle lugar a cuestionamientos que vienen acompañándonos durante el primer año de residencia. Quisimos que este trabajo fuera una exploración, una búsqueda de resonancias con respecto a algunos ruidos e incomodidades de la práctica cotidiana.

Nos propusimos centrarnos en el encuentro con le otre en la práctica profesional, intentar desmenuzar un poco qué pasa ahí. Qué pasa con lo dilemático, qué se nos mueve a nosotras, qué tenemos de aprendido y aprehendido, y qué hay de lugar para construir en cada encuentro.

El proceso de armado del trabajo en sí, los acercamientos a textos, la discusión acerca de determinadas situaciones, intentamos encararlo -como sugiere la cita que da inicio a este trabajo, allá, 15 páginas atrás- como "ocasión", permitiéndonos habitar la pregunta.

Durante el armado del trabajo nos sucedió en varias ocasiones no encontrar categorías teóricas para desarrollar ideas que teníamos. En el proceso de búsqueda nos encontramos con la idea de Transdisciplina de Suely Rolnik y algunas piezas empezaron a alinearse. Rolnik, en Cartografía Sentimental, habla de profesionales transdisciplinades:

"El profesional transdisciplinado vive con malestar ciertos modos de hacer ciencia, que, en nombre del rigor metodológico, lo apartan de las manifestaciones de lo humano con las que él vibra. Se inquieta cuando se le exige identidad profesional o muerte (para no ser descalificado, no reconocido o echado de lo instituido como central), más fiel a los principios de la propia disciplina que a las manifestaciones de aquello que está cambiando y que todavía no es y que curiosamente siempre circula cerca de los bordes. Inventa nombres y conceptos para sus experimentos, con el deseo de herir, hacer sangrar, drenar, no dejar que cierre la palabra, para que todavía se note en ella el latido de lo vivo. Es un profesional que sabe más 'lo que no' que 'lo que sí', que ya no puede soportar la simplificación sin sonrojarse y que está condenado dantescamente a una complejidad devoradora de lo que lo toca en su humano y por lo tanto inestable" (Rolnik).

Esta idea de la complejidad de lo que nos toca en lo humano, en el transitar cotidiano, en la tarea plagada de tensiones, contradicciones y encerronas trágicas, nos daba cierto consuelo. Y en esta misma línea aportan muches de les autores que traemos a colación y que verdaderamente disfrutamos explorando a lo largo de estos meses.

Si bien a lo largo del trabajo hacemos un esfuerzo por desarmar lo que pasa en el encuentro con les otres, no es nuestra intención proponer una mirada ingenua sobre nuestra tarea cotidiana, idealizando el encuentro con la otredad. Entendemos que nuestra intervención tiene límites necesarios, que hay que cuidar, que nuestra tarea se ve inmersa en dinámicas sumamente complejas, atravesadas por intereses contrapuestos, por tradiciones institucionales y por lógicas de sistema.

Nos dimos cuenta que abrirnos a la pregunta de cómo se está dando el "entre-nosotres", especialmente entre nosotras como trabajadoras sociales y les usuaries, enriquece nuestra práctica y amplía los territorios de los afectos. Afectos con mirada deleuziana, aquello de lo que somos capaces, nuestra potencia. Y potencia no como lo que potencialmente podríamos hacer, sino potencia como *lo que realmente podemos* y lo *que efectivamente hacemos* con eso que podemos. Que en el gran esquema de las cosas puede no parecer mucho, pero que en la micropolítica de los afectos tiene su peso interesante.

Y en esta misma línea deleuziana, de acuerdo a los afectos, a las potencias, cómo se dan movimientos de desterritorialización y reterritorialización. Cada une de nosotres jugando(nos) a reconstruir su territorio, anclando y desanclando, para poder editar y reeditar el dilema. Un posicionamiento profesional en el espacio de intervención que da lugar a esos movimientos (tanto nuestros

como de otres) porque efectivamente se funda en lo afectivo.

Intentamos estructurar el desarrollo del trabajo para que nuestro análisis sirviera de base para ser retomado y continuado por nosotras mismas u otras colegas. Creemos que es terreno fértil, que como toda cosa compleja, cuesta no enredarse, sostener determinada claridad. También entendemos que los primeros acercamientos a ciertas preguntas que no tienen tanta teorización previa a nivel disciplinar atrás, tienen algo de cambio, al intentar introducir nuevas perspectivas al asunto… y podríamos decir que "todo cambio es un cambio que implica la admisión de lo monstruoso y de lo hermoso o, dicho de otro modo, que lo bello de un cambio supone la participación de lo horroroso" (Skliar, 2008:66).

Creemos que sí, que nuestro trabajo tiene algo de hermoso y algo de monstruoso, de apertura, de ocasión, de acontecimiento, de habilitarnos la incertidumbre y de permitirnos ciertas preguntas incómodas pero necesarias, al mismo tiempo que nos permitimos no tener respuestas aún, sino ciertos acercamientos, pequeños agarres desde los que poder seguir andando y deviniendo camino.

Tal vez podamos continuar a partir de la interpelación a nuestra construcción subjetiva como profesionales de la salud ante las trayectorias de les usuaries y sus formas de ver, ser y habitar mundo. Definir la pregunta sobre nuestras prácticas como parte fundamental de nuestra intervención cotidiana, entendiendo que se trata de "aquel tiempo y aquel espacio que abre una posibilidad y una responsabilidad frente a la existencia del otro, a toda existencia, a cualquier existencia" (Skliar, 2011:13).

Bibliografía

- Abrahão, A. L., Merhy, E., et. al. (2016) "O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde", en Avaliação compartilhada do cuidado em saúde, Surpreendendo o instituído nas redes. Hexis editora, Río de Janeiro, Brasil.

- Bárcena, Fernando. (2008) "Aprendices del tiempo. La educación entre generaciones". Revista Todavía, Buenos Aires, núm. 21, 2009, pp. 8-11.

- Bárcena, Fernando (2004) "El delirio de las palabras ensayo para una poética del comienzo". Herder. Madrid, España.

- Bárcena, Fernando. "Esto no es normal. Anotaciones sobre lo extraño". Universidad Complutense de Madrid.

- Cortés, Beatriz. (1997) "Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura". Nueva Antropología, vol. XVI, núm. 53. Distrito Federal, México. pp. 89-115.

- Arakaki, Jorge (editor) (2006) "Salud Reproductiva e Interculturalidad". En: Revista Salud Colectiva, v.2 n.3, sept./dic. Lanús, Argentina. pp. 299-316.

- Espósito, Silvina y equipo. "Dimensiones de las lecturas en salud". Material del Curso "Lecturas y escrituras en Salud. Literatura y extranjerías". VI Edición. Argentina

- Foucault Michel (2009) "Historia de la sexualidad. 1. La voluntad del saber". Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires, Argentina.

- Foucault, Michel (1996) "La Vida de los Hombres Infames". Editorial Altamira. La Plata, Argentina..

- Foucault, Michel (1996) "¿Qué es la ilustración?" Ediciones Endymion. Madrid, España.

- Kaës, René (2010) Un singular plural: El psicoanálisis ante la prueba del grupo. Amorrortu Editorial, España.

- Karsz, Saul (2007) ¿Pensar la Ética? En: Revista: Los Trabajos y Los Días; año 3, no. 2, Facultad de Trabajo Social de Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Argentina.

- Guattari, F., Rolnik, S. (2006) "Micropolítica. Cartografías del deseo". Traficantes de Sueños. Madrid, España.

- Larrosa, Jorge. "Herodes, el ogro... Y la carabina de miss cooper. La educación escolar como refugio (para la infancia y para el mundo)". Barcelona, España.

- Larrosa, J. y Pérez de Lara, N. (1997) "Imágenes del Otro". Editorial Virus, Barcelona, España.

- Larrauri, Maite (2000) "El deseo según Gilles Deleuze". Editorial Tándem. Valencia, España Larrosa Victoria (2017) "Curandería". Hekht. Buenos Aires, Argentina.

- Masschelein Jan (2008) "Pongámonos en marcha". En: Masschelein, J.; Simons, M. (Eds.) Mensajes e-ducativos desde tierra de nadie. Barcelona, España. pp. 21-30.

- Matusevicius, Jorgelina (2014) Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con los movimientos sociales En: Mallardi M (comp) Procesos de intervención en trabajo social: contribuciones al ejercicio profesional crítico. -1ª ed – La Plata. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Argentina. pp. 173-202.

- Michaelewicz, Alejandro et al (2014) "Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para una conceptualización". En: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021 Consultado el 3 de abril de 2019.

- Nancy Jean-Luc (2006) "El Intruso". Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.

- Pessolano, Daniela (2013) "Teorías comparadas para (re)pensar los fundamentos teóricos y filosóficos de la intervención en trabajo social. La Corriente Crítica Brasilera y Saül Karsz". En: Revista Trabajo Social 15. Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. pp. 143-163.

- Recoder, María Laura (2011) "Experiencia de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con vih/sida en una ciudad del nordeste brasilero". Papeles de Trabajo núm. 21, pp. 80-98, junio. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural, Universidad Nacional de Rosario. Argentina.

- Rolnik, Suely. Cartografía sentimental. En: http://www.unsam.edu.ar/lecturamundi/sitio/wp-content/uploads/2013/04/CartografIa-sentimental.docx Consultado el 21 de marzo de 2019.

- Senatore, Anatilde (2014). La familia como sujeto de intervención. Procesos de judicialización de la vida cotidiana. En: Mallardi M (comp) Procesos de intervención en trabajo social: contribuciones al ejercicio profesional crítico. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Argentina.

- Skliar, Carlos (2012) "Acerca de la alteridad, la normalidad, la anormalidad, la diferencia, la discapacidad y la pronunciación de lo educativo. Gestos mínimos para una pedagogía de las diferencias". Clase FLACSO. Diplomado Superior en Pedagogías de las Diferencias. Buenos Aires, Argentina

- Skliar, Carlos (2014) "Alteridad, normalidad y lenguaje: leer las diferencias". En: Paulo Freire. Revista

de Pedagogía Crítica, Año 13, N° 15, julio. Chile.

- Skliar, Carlos (2010) "Del estar-juntos en educación y de los artificios de la convivencia". En: Reu, v. 36, n. 1, jun. Brasil, Sorocaba . pp. 145-156.

- Skliar, Carlos (2011) "Educar a cualquiera y a cada uno. Sobre el estar-juntos en la educación". IV Jornadas de Cooperación Educativa con Iberoamérica sobre Educación Especial e Inclusión Educativa. Acción Digital. Santiago de Chile, Chile.

- Skliar, Carlos (2008) "El cuidado del otro". Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Buenos Aires, Argentina.

- Skliar, Carlos (2013) "Hablar con desconocidos. Apuntes para una poética del desconocimiento". Revista Errancia. En: http://www.iztacala.unam.mx/errancia/v6/caidal_1.html Consultado el 13 de febrero de 2019.

- Stolkiner, Alicia. (2011) "¿Qué es escuchar a un niño?: Escucha y hospitalidad en el cuidado de la salud". Ponencia en III Simposio Internacional sobre Patologización de la Infancia.

- Ulloa, Fernando (1999) "La crueldad". I Seminario de Análisis crítico de la realidad argentina (1984-1999). Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo. En: http://antares-porvenir.blogspot.com/2009/08/la-crueldad-fernando-ulloa.html Consultado el 11 de marzo de 2019.

- Ulloa, Fernando (2005) "Sociedad y crueldad". Seminario internacional La escuela media hoy. Desafíos, debates, perspectivas. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación. Argentina, Córdoba.

REFLEXIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL CUIDADO DESDE LA INTERVENCIÓN EN LA SALA DE GINECOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Lic. Carolina Larrache

. . . . .

Este trabajo pretende recuperar algunas de las inquietudes planteadas previamente en el Ensayo de cierre de rotación en la sala de ginecología del Hospital, el cual abordaba el cuidado de la salud sexual integral de las mujeres, en el marco de la intervención en la Sala y en un espacio grupal para mujeres transitando un diagnóstico onco-ginecológico. Se retomarán especialmente los interrogantes vinculados a la carga de las tareas de cuidado de otros y otras para las mujeres y las implicancias que esto tiene para el cuidado de su propia salud.

En el mencionado trabajo anterior, surgía la problemática de cómo las trayectorias de atención de las mujeres se asociaban a la preocupación por el cuidado de sus hijos e hijas durante la internación, las tareas del hogar que habían quedado sin nadie que las realice, y toda la organización de la vida cotidiana familiar propia de una internación que en algunos casos era realizada de urgencia. A su vez, los relatos acerca de la organización cotidiana del cuidado de otros y otras (hijos e hijas, nietos o nietas, adultxs mayores, personas con alguna discapacidad en la familia) expresaban también historias de postergación del cuidado del propio cuerpo, identificando que la doble jornada laboral y el cuidado de otrxs en la familia, incidían de manera negativa en la posibilidad de darse un tiempo para cuidar su propio cuerpo.

Continuando en esta línea, la propuesta para este trabajo es poder **reflexionar acerca de la organización social del cuidado**, partiendo de que la división entre el trabajo productivo (empleo) y el trabajo reproductivo (hogar), a partir de la cual históricamente las tareas cotidianas de cuidado fueron asignadas como responsabilidad de las mujeres, implicó que el trabajo de cuidado haya sido históricamente invisibilizado, circunscripto a lo privado y desvalorizado, generando profundas desigualdades de género que impactan finalmente en el proceso de salud-enfermedad de las mujeres usuarias del servicio de ginecología del Hospital Piñero.

Para ello, en primer lugar se desarrollaran algunos resultados estadísticos sobre trabajo no remunerado en el país y en la Ciudad de Buenos Aires como modo de poder dimensionar la problemática. A continuación, se va a abordar qué se entiende por cuidado como campo de conocimiento y de políticas. Luego, se reflexionará acerca de la experiencia de intervención en la sala de ginecología del Hospital y en el espacio grupal de apoyo a mujeres, vinculándolo con una mirada acerca de las desigualdades en la organización social del cuidado.

Visibilizando el trabajo no remunerado

En el ensayo de cierre de rotación se planteaba el siguiente interrogante en relación a las tareas de cuidado en la trayectoria de atención de las usuarias:

"¿Podemos disociar la trayectoria de atención por la situación de enfermedad de todo lo otro que es la vida cotidiana? La preocupación de la señora porque su hijo la trajo en auto a la quimioterapia y la está esperando afuera, las veces que se le complica y no la puede traer. Los relatos de las mujeres "con sangrado hace 4, 5 días"... "No quería venir, sabía que iba a quedar internada" "Tenía que ir a buscar a mi nieto al jardín, llegue hasta la reja de la salita y no aguanté más, me quedé agarrada de la reja pero no quería entrar".

Entendiendo que la trayectoria de atención y la vida cotidiana marcada por el trabajo de cuidado no son aspectos posibles de ser disociados, es que se decide orientar la mirada hacia esta dimensión de la vida cotidiana, como modo de aproximarse a lo que implican y significan estas tareas en la vida de las usuarias del servicio.

Por lo tanto nos preguntamos, ¿Cuáles son las características del trabajo que realizan cotidianamente estas mujeres? ¿Cuál es el lugar que tiene en nuestra sociedad y cómo se construyó históricamente el mismo?

Como modo de poder visibilizar y valorizar económica y socialmente el trabajo doméstico no remunerado y en particular las tareas de cuidado, me parece interesante caracterizar el mismo a través de algunos resultados de las Encuestas de Uso del tiempo[1] realizadas en el país, que permiten tomar dimensión y caracterizar la problemática evidenciada en la intervención cotidiana.

De acuerdo a los resultados de la **Encuesta sobre Trabajo No Remunerado y Uso del Tiempo** realizada por el INDEC en el año 2013[2] a nivel nacional, el 57,9% de los varones participan de las tareas en el hogar, y le dedican un promedio de 3,4 horas por día a las mismas. Mientras que entre las mujeres, el 88,9% participa del trabajo en el hogar, dedicando 6,4 horas promedio al mismo. Es decir que el 43% de varones refieren no participar de tareas relacionadas con los quehaceres domésticos, y a su vez los que lo hacen, dedican la mitad de las horas respecto de las mujeres (3 horas). Y por otro lado, la cantidad de tiempo que las mujeres dedican al trabajo doméstico no remunerado, casi duplica el tiempo que le dedican los varones (6 horas).

Trabajo doméstico no remunerado medido en horas por día

A su vez, dentro de las actividades de trabajo doméstico no remunerado, en lo que respecta al **cuidado de personas**, las mujeres dedican un tiempo promedio de 6 horas a estas tareas, mientras que los varones 3 horas promedio, una vez más duplicando el tiempo de trabajo no remunerado. Además, solo el 16% de varones participan del cuidado de otras personas en su vida cotidiana, mientras que entre las mujeres la participación asciende al 31%. (INDEC. Encuesta sobre Trabajo no Remunerado y Uso del Tiempo 2013).

Es decir que en nuestro país las mujeres se responsabilizan más que los varones del trabajo doméstico no remunerado, dedicándole el doble de tiempo, y respecto al cuidado de otras personas, también duplican el porcentaje de participación en esta tarea así como el tiempo destinado a la misma.

1. Las Encuestas de Uso del tiempo se vienen desarrollando en la región *"a partir de la Plataforma de Acción de Beijing (1995) que reconoce la utilidad social y el valor económico del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado que se realiza al interior de los hogares, y que por ende promueve a los países a captar información que permita su estimación."* (UT- CABA 2016)

2. La encuesta fue implementada como módulo de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos durante el tercer trimestre de 2013, con el objetivo de *"captar información respecto de la participación y el tiempo destinado por las personas de 18 años y más a las tareas domésticas, al cuidado de miembros del hogar y al trabajo voluntario."* (INDEC 2014)

1.1. Trabajo doméstico no remunerado medido en horas por día

El trabajo doméstico no remunerado implica las tareas relacionadas con los quehaceres domésticos, el apoyo escolar y al cuidado de personas.

Las tasas de participación refieren a la población total y los tiempos promedio, a la población participante.

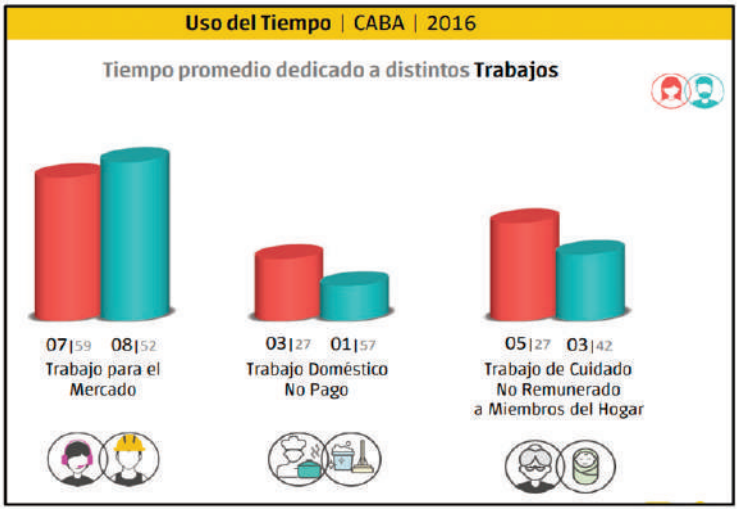
1.1.1. Trabajo doméstico no remunerado

Jurisdicción	Sexo				Total	
	Varones		Mujeres			
	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio
Total nacional urbano	**57,9**	**3,4**	**88,9**	**6,4**	**74,2**	**5,3**
Buenos Aires	59,1	3,6	88,3	6,9	74,5	5,7
Catamarca	53,2	3,3	88,0	6,4	71,3	5,3
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	62,6	3,3	88,1	4,9	76,2	4,3
Córdoba	53,6	3,3	85,8	6,0	70,5	5,1
Corrientes	61,2	3,1	87,9	5,7	75,3	4,7
Chaco	48,7	2,8	85,9	5,4	68,4	4,5
Chubut	62,9	3,4	90,7	6,7	77,2	5,4
Entre Ríos	58,7	3,0	92,1	5,9	76,4	4,8
Formosa	67,9	2,8	94,8	5,6	82,1	4,5
Jujuy	60,0	3,4	91,8	6,2	76,4	5,1
La Pampa	59,4	3,0	90,8	6,0	75,6	4,9
La Rioja	47,8	2,3	86,7	4,3	68,0	3,6
Mendoza	63,6	3,6	90,9	7,4	78,1	6,0
Misiones	70,9	3,2	93,5	6,2	82,8	5,0
Neuquén	53,0	3,5	92,0	6,4	73,2	5,4
Río Negro	60,0	2,4	91,8	4,4	76,4	3,6
Salta	46,6	3,5	85,2	6,7	66,9	5,7
San Juan	55,0	2,6	91,9	6,0	74,4	4,8
San Luis	67,8	2,9	95,2	5,9	82,5	4,7
Santa Cruz	67,1	3,6	89,6	6,5	78,4	5,2
Santa Fe	47,4	3,7	88,7	6,3	69,1	5,5
Santiago del Estero	60,6	2,5	92,7	5,4	77,5	4,3
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	75,5	4,6	91,7	8,1	83,7	6,5
Tucumán	57,5	3,4	93,4	7,3	76,4	5,9

Fuente: INDEC. Encuesta sobre Trabajo No Remunerado y Uso del Tiempo.

Yendo al ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, la **Encuesta de Uso del Tiempo** realizada en el año 2016[3] constata la desigualdad que existe en este campo.

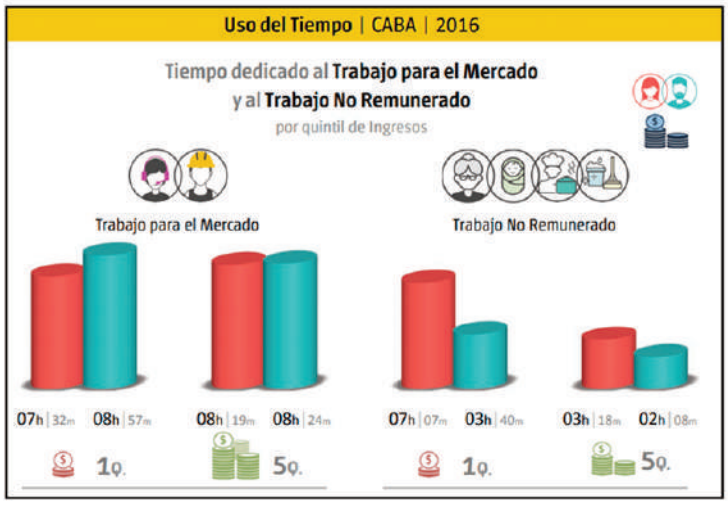
Los resultados indican que los varones dedican 1,57 horas al trabajo doméstico, y las mujeres 3,27. Las tareas de cuidado no remunerado insumen 3,42 horas para los varones, mientras que para las mujeres representan 5,27 horas. Es decir que en la Ciudad las mujeres también son las principales

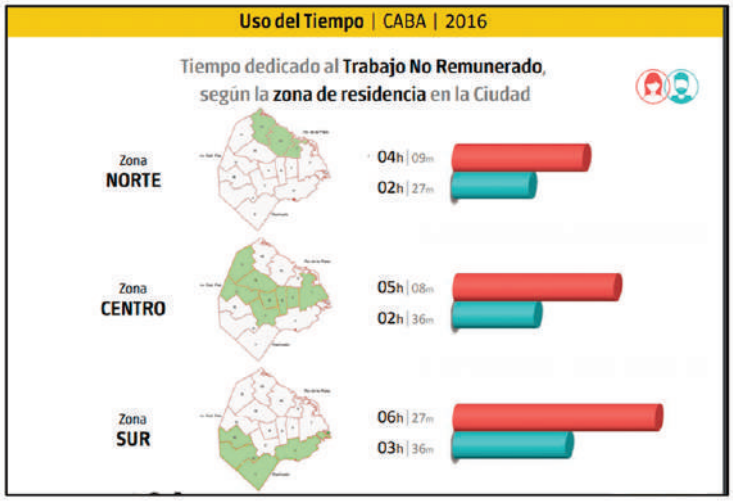


3. La Encuesta fue realizada por la Dirección general de Estadísticas y Censos del GCBA, teniendo como objetivo "captar información que permite aproximar a la dimensión de la economía del cuidado y servir de base para la estimación del valor económico del trabajo no remunerado" (GCBA)

responsables del trabajo doméstico y del trabajo de cuidado no remunerado en el hogar, en relación a los varones.

Por otro lado, son interesantes los resultados acerca de las **desigualdades entre mujeres de acuerdo a las clases sociales**:





De acuerdo a estos resultados, mientras que las mujeres más pobres (del primer quintil de ingresos) dedican 7 horas de su tiempo al trabajo no remunerado, las mujeres más ricas (último quintil) dedican 3 horas, es decir que las mujeres de sectores populares de la Ciudad dedican más del doble de tiempo al trabajo no remunerado que las mujeres del último quintil, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos respecto a las horas dedicadas al trabajo para el mercado, lo cual implica una extensa doble jornada laboral para las mujeres del primer quintil de ingresos.

Estas desigualdades se expresan territorialmente, de modo que en la zona sur de la Ciudad, que incluye la comuna donde se ubica el Hospital Piñero y su área programática, el tiempo promedio destinado al trabajo no remunerado por parte de las mujeres representa 6 horas y media de su tiempo, mientras que en la zona norte es de 4 horas, reflejando este desigual uso del tiempo, las **desigualdades sociales del territorio**.

¿De qué hablamos cuando hablamos del cuidado?

En principio, siguiendo a Corina Rodriguez Enriquez, el **cuidado** incluiría a *"todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en que viven, incluyendo el autocuidado, el cuidado directo de otras personas, la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados a centros educativos y a otras instituciones, supervisión del trabajo de cuidadoras remuneradas, entre otros)."* (Rodriguez Enriquez, 2015: 36). El cuidado así entendido hace a la reproducción a nivel social, biológico y cotidiano, involucrando a toda la sociedad en tanto todos y todas necesitamos recibir cuidados a lo largo de nuestra vida: Podemos pensar también de forma particular en cuidado infantil, cuidado de adultxs mayores, de personas con discapacidad o atravesando una enfermedad. Involucra asimismo una variedad de acciones de la vida cotidiana que al ser nombradas de este modo, adquieren otra visibilidad. Desde esta perspectiva, el cuidado sería entonces "*un derecho universal para todos los habitantes y no solo*

para las mujeres" (Pautassi, 2007:41).

Pero si bien todos y todas necesitamos cuidados, partimos planteando que la actual organización social del cuidado implica **profundas desigualdades de género y de clase**, en tanto estas tareas son distribuidas de forma inequitativa en nuestra sociedad, siendo parte de un trabajo no remunerado que no es valorado social ni económicamente, que está naturalizado como apropiado para las mujeres y marginado a lo íntimo, fuera del espacio público.

Esquivel, Faur y Jelin (2012) plantean que es a partir de la **separación entre la producción y la reproducción**, entre el hogar y el trabajo, que se invisibiliza la esfera de la reproducción correspondiente al trabajo ejercido por las mujeres en el marco del "hogar nuclear patriarcal". Por lo tanto, el que cuenta es el trabajo del ámbito público realizado por el "varón proveedor", correspondiente a la producción. Ya en los años ´70 la crítica feminista va a plantear que desde el pensamiento económico se abordó históricamente la esfera que atañe al proceso de producción, representada por el trabajo, pero se dejó de lado el proceso ligado a la reproducción, vinculado al hogar en tanto ámbito doméstico. Quedando por lo tanto relegado al mundo privado y la intimidad de la familia, sin reconocer la contribución de las mujeres a la economía de los países y la generación de valor (Rodríguez Enríquez, 2007)

Por lo tanto, y de acuerdo a las autoras, el cuidado ha tenido un lugar marginal en los debates políticos y académicos, comenzando a constituirse como campo de regulación de políticas y de conocimiento a partir de la **visibilización del trabajo doméstico no remunerado** como aquel que asegura la reproducción social (Esquivel, Faur y Jelin, 2012), llevando a la arena pública un debate que había sido relegado a lo íntimo y familiar. Esta invisibilización respondería a "…*el paradigma según el cual el ámbito privado es un espacio en el que no se "produce" nada*" (Faur, 2014: 29), paradigma cuestionado, por ejemplo, por los resultados de las Encuestas de uso del tiempo presentadas anteriormente, pero que sin embargo persiste en la actualidad.

Siguiendo esta línea, la institución que aparece entonces como la principal responsable por garantizar el cuidado va a ser la **familia,** identificada como el "hogar nuclear patriarcal" (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). La idea tradicional de un hogar compuesto por un trabajador varón proveedor y una mujer ama de casa-madre, sería entonces la institución central encargada de proveer y garantizar los cuidados a los niños y niñas, adultxs mayores y personas con alguna enfermedad o grado de dependencia. Se considera que cuando nos referimos a la familia de este modo, no se alude a una institución natural y normal, sino que responde a una organización social patriarcal (Jelin, 2010) siendo las mujeres al interior de las familias quienes garantizarían estos cuidados. Cerrutti y Binstock (2009) señalan que este "*modelo de familia ideal*" viene resquebrajándose a partir de una mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, pero que sin embargo persiste la idea de que son las mujeres quienes deben ejercer los cuidados, asociados a prejuicios respecto a su rol y una idea tradicional del maternalismo.

Eleonor Faur va a hablar de que existe una **organización política y social del cuidado,** entendida como la configuración que surge del cruce "*entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado, y los modos en que los hogares de distinto nivel socioeconómico acceden (o no) a ellos*" (Faur, 2014). Siguiendo estas ideas, ya no es solo la familia la encargada de cuidar: **El Estado, el Mercado, la Familia y las Organizaciones comunitarias** configuran los cuatro pilares que intervienen en la provisión de cuidado, conformando un "**diamante del cuidado**" (Razavi citada por Faur, 2014), dando lugar según su configuración a diferentes modelos de políticas. Estos modelos pueden implicar un mayor o menor

grado de desfamiliarización (Faur, 2014), es decir un mayor o menor grado de bienestar independientemente de las relaciones familiares, trasladando así la responsabilidad desde las familias hacia otras instituciones sociales, y por lo tanto incidiendo en la desigualdad en términos de cuidados. Por ejemplo, respecto al cuidado infantil, si la posibilidad de acceder al cuidado de los niños y niñas recae en la familia (familiarización) ante la falta de oferta de servicios de cuidado estatal, como es el caso de la falta de vacantes en la Ciudad de Buenos Aires, entonces el cuidado se resolverá con las redes familiares (otras mujeres de la familia), o a través del acceso al mercado de ser posible (ya sea educación privada, empleadas del servicio doméstico), generando desigualdades de acuerdo a la clase social. Por otro lado, el cuidado resuelto a través de la oferta gratuita y pública (educación pública), genera mayores oportunidades (ya sea para insertarse en el mercado laboral, para otras tareas, para otros arreglos familiares) con independencia del poder adquisitivo.

Por lo tanto, si bien todos y todas necesitamos ser cuidados en algún momento a lo largo de nuestras vidas, tal como plantean Esquivel, Faur y Jelin (2012), existe una distribución desigual en el papel de quienes ejercen el papel de cuidadores: Se espera que quienes cuiden, sean las mujeres. A esto se le agrega que esta tarea, ejercida entonces mayormente por mujeres, no es valorada ni social ni económicamente. A su vez, el modo en el que se organiza el cuidado oculta profundas desigualdades entre mujeres según clase social, en tanto el cuidado recae en las mujeres, y la forma en la que resuelven el mismo varía de acuerdo a la clase social, el territorio donde se viva, las oportunidades en el mercado laboral, y la posición de las mujeres en el hogar (Faur y Jelin, 2010).

Reflexiones desde la práctica

Se considera que el modo en que la trayectoria de atención se vincula con la organización del cuidado, hace necesario que algunas de las estrategias de intervención desde trabajo social en la sala aborden estas problemáticas, vinculando las trayectorias de atención con la sobrecarga de tareas de cuidado en el hogar, o bien abordando problemáticas relacionadas al cuidado de los niños y niñas durante la internación, quienes muchas veces permanecían en la casa al cuidado de alguna vecina o familiar, o no estaban pudiendo concurrir a la escuela. Con lo cual la intervención implicaba articular con la escuela a la que concurrían los niños y niñas, abordar en las entrevistas la forma en la que se estaba resolviendo el cuidado de ese niño o niña, buscando fortalecer las redes de cuidado en ese sentido, redes conformadas mayormente por otras mujeres del grupo familiar.

También surgía la problemática del modo en la que ellas mismas recibirían cuidados luego de la internación, en contextos de una gran informalidad laboral o directamente de desocupación que no permitían garantizar certeramente ni los cuidados ni el ingreso económico del grupo familiar.

Recuperando estas ideas, es que se plantea que estas diversas problemáticas abordadas en la intervención en la sala de ginecología, **estarían manifestando desigualdades propias de la "organización social del cuidado"** (Faur, 2014), tal como se desarrolló previamente.

En el marco del espacio grupal para mujeres con un diagnóstico onco-ginecológico, y del taller mensual, de los cuales participe durante la rotación por la sala de ginecología, se llevaron adelante propuestas grupales que proponían problematizar estas cuestiones. Ambos espacios tienen como objetivo "brindar un espacio de escucha, comunicación y contención, acompañando a las mujeres en

las distintas etapas de la enfermedad, aportando al fortalecimiento de su autonomía, desde una perspectiva de género y de derechos, fortaleciendo el vínculo con el equipo de salud" (Documento de Presentación del espacio, 2018).

Una de las participantes planteaba en uno de estos encuentros *"Lo que me pasó fue que me dejé estar, yo digo "voy al médico, voy al médico", después se enfermó el chico y entre una cosa y otra, no fui más"* (Registro de la práctica). En este relato, la responsabilidad por el cuidado infantil aparece como una tarea que condicionaría la posibilidad de cuidar la propia salud. Sin embargo pareciera que el cuidado de los niños y niñas no es percibido como una tarea que insume tiempo, dinero, y cierta organización, sino más bien como algo aleatorio, "*después se enfermó el chico*", en algún punto naturalizado, con lo cual la mujer que relata "*se dejó estar*", como si en ese dejarse estar no hubiese estado justamente cargada con otras tareas vinculadas al cuidado infantil.

En este sentido, el rol de las mujeres dentro del hogar aparece fuertemente asociado a los cuidados de los niños pequeños, adultos mayores o personas con discapacidad, constituyendo en muchas situaciones una doble jornada laboral invisibilizada. Esta situación se hace visible en el momento de atravesar el tratamiento, donde aparecen tanto las dificultades previas para acceder a la prevención, como en la posibilidad de recibir cuidados durante el mismo.

A su vez, como se planteó previamente, las políticas neoliberales focalizadas han implicado que el cuidado sea visto como una responsabilidad principalmente familiar, con lo cual las políticas "*actúan como complemento para aquellas familias que no puedan resolver el cuidado por sí mismas*" (Pautassi, 2007), generando una familiarización del cuidado, como se planteó anteriormente, y siendo ésta en todo caso una responsabilidad de las mujeres en el núcleo familiar, pero no cargadas de un valor social.

En otro encuentro, una de las participantes, una mujer que se encontraba ya jubilada, planteaba: *"Cuando estaba casada trabajaba más de 8 horas en mi casa cosiendo, también cocinaba, limpiaba, arreglaba la ropa de mi marido y mis hijos… Ahora estas tareas se pagan caro, ¡sabes lo que sale si queres mandar la ropa a arreglar!"*(Registro de la práctica)

Respecto al trabajo doméstico no remunerado, en el mismo encuentro una usuaria señalaba que *"Hay momentos en los que los varones se hacen cargo de esas tareas: cuando pasa algo, por ejemplo, cuando irrumpe la enfermedad"* (Registro de la práctica). La enfermedad aparecería entonces para algunas mujeres como un momento donde se produce un quiebre, y de forma excepcional, se modifican los roles de género atribuidos. Sin embargo la división sexual del trabajo y los roles de género estereotipados aparecen poco problematizados en los relatos que traen las mujeres, y más bien son las nuevas generaciones (hijas que acompañan en los talleres, o las mujeres más jóvenes) quienes plantean mayores cuestionamientos en este sentido.

Vinculando los desarrollos teóricos previos, se trae un fragmento de una crónica de intervención:

"A partir de transitar un diagnóstico onco-ginecológico, R. tuvo que dejar de trabajar en costura de manera informal, y vender la herramienta de trabajo con la que realizaba esta tarea para sostenerse económicamente durante el tiempo que le llevó el tratamiento. R. vive junto con sus dos hijos y su hermana, quien trabaja con ella, y es la principal sostén del hogar. Para ella, garantizar el cuidado de su niño más pequeño es condición para que pueda volver a insertarse en el mercado laboral (informal). En el marco de la intervención, la acompañamos en la solicitud de la vacante de la escuela infantil para su hijo, vacante que finalmente le es asignada, aunque en jornada simple y no completa, que era necesaria para R. por su jornada laboral. Cuando consulta si sería posible solicitar la jornada completa en el Distrito Escolar, para poder disponer de mayor tiempo para ir a trabajar, la respuesta es que ante el enorme déficit de

vacantes que existe, corre el riesgo de perder la vacante que le fue asignada si la rechaza e inicia un reclamo por jornada completa." (Registro de la práctica).

Ante esta situación, podemos llegar a preguntarnos qué arreglo va a llevar adelante la usuaria: si confirmará la vacante en jornada simple y cuidará de su hijo alguna de sus hermanas en tanto mujeres de su red familiar, o bien si lo cuidará ella misma, restringiendo su jornada en el mercado de trabajo, o si iniciará el reclamo por la jornada completa, cuidándolo mientras tanto. Más allá de lo que finalmente suceda, esta situación da cuenta de que las mujeres continúan siendo la variable de ajuste intentando arreglarse para cuidar entre mundos que se dan la espalda (por ejemplo educación y empleo), con una construcción simbólica (y con efectos concretos) por parte del gobierno de la Ciudad en la que, ante "*una oferta fragmentada en su diseño y limitada en su cobertura*" (Faur y Jelin, 2013), difícilmente se percibe el cuidado como un derecho posible de ser exigido, siendo responsabilidad de las mujeres generar *arreglos* (Faur, 2014) para garantizar los cuidados.

Retomando el planteo anterior, en nuestro país no habría un solo "diamante del cuidado" sino que existiría, de acuerdo a Faur (2014) una fuerte **segmentación y estratificación de la organización del cuidado**, sumado a una **oferta fragmentada de servicios de cuidado** que limitan el acceso y contribuyen a que no se reconozca al Estado como un interlocutor válido para exigir el derecho al cuidado.

Esta segmentación puede observarse en el caso del cuidado de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires que es analizada por Faur, quien plantea que su composición fragmentada, oscilante entre lo pedagógico y lo asistencial, que va desde una deficitaria oferta educativa pública (jornada completa o jornada simple) hasta los CPIs como centros gestionados por organizaciones comunitarias y sostenidos con recursos estatales con un abordaje asistencial, signados todos ellos por un "déficit de vacantes" (Faur, 2014), componiendo una oferta variada que termina por "*descansar en el supuesto de que son las madres y las familias las responsables principales del cuidado infantil, y omite así expandir mecanismos de corresponsabilidad entre el Estado, el Mercado y las familias; y entre mujeres y varones*". (Faur, 2014: 242)

Este aspecto es visualizado en la intervención también en el actual contexto signado por el desfinanciamiento de instituciones que brindan cuidado, como es el caso de las prestaciones de incluir salud, se hacen claramente visibles las dificultades para generar instancias de reclamo colectivas en relación con servicios de cuidado que estaban garantizados y que se han quitado, siendo una vez más las mujeres más pobres sobre quienes recae la sobrecarga de cuidado de servicios que eran cubiertos por el Estado.

En este sentido también, Pautassi va a plantear que la línea divisoria del cuidado está marcada por el acceso o no al trabajo asalariado. Este planteo es interesante para pensar la intervención con las mujeres en la Sala, ya que la gran mayoría se desempeñan de manera informal, muchas de ellas en costura como R., o como empleadas del servicio doméstico, con lo cual varias de los componentes de las políticas de cuidado vinculadas al empleo registrado, como las licencias por mater/paternidad, la previsión social, y el acceso a instituciones de cuidado que funcionan a través de obras sociales, no están al alcance de esta población, al estar fuera del trabajo asalariado formal.

Cuestión que nos lleva a plantear algunas líneas respecto a la **intervención del Estado a través de políticas públicas** que señalan las autoras para intervenir en el campo del cuidado, las cuales tendrían que ver en primer lugar con garantizar una mayor presencia estatal en la oferta de servicios de cuidado infantil en el nivel inicial. Esto implicaría la liberación de tiempo de cuidado, que puede propiciar la participación en actividades eco-

nómicas, además de garantizar el derecho de lxs niñxs a la educación. (Faur, 2014)

Por otro lado, garantizar la protección y seguridad social para las mujeres, a través de la jubilación, considerando el trabajo no remunerado y por lo tanto sin aportes que históricamente han realizado las mujeres (expresado en como se conoció popularmente a la jubilación "para amas de casa")

Y un tercer punto acerca de regularizar el trabajo informal, particularmente en relación a las empleadas del servicio doméstico, que hasta la sanción de la ley 26.488 en el año 2013 se encontraban por fuera de la Ley de contratos del trabajo, en una situación de informalidad y precariedad absoluta (Pautassi, 2007).

Conclusiones

En este trabajo se intentó arribar a algunas aproximaciones para responder las preguntas acerca de la organización social del cuidado a partir de la intervención. Para ello, se recuperaron estadísticas que confirman lo que se manifestaba en la intervención en la sala acerca de una sobrecarga de trabajo doméstico no remunerado y una desigualdad en el tiempo dedicado a estas tareas. Luego se tomaron algunos desarrollos teóricos que permitieron dar cuenta con mayor claridad del lugar que ocupa el cuidado en la vida cotidiana de las mujeres con las que se trabajó, y de nuestra sociedad en general. En tercer lugar, se reflexionó a partir del registro de las prácticas acerca de algunos de los aspectos que hacen a la organización social del cuidado.

Desde estas reflexiones no se trata de imponer un rol estereotipado para las mujeres, ni de necesariamente abandonar el terreno de cuidados que son necesarios, sino de revalorizar las tareas de cuidado como un trabajo, que implica producción, que tiene un valor social y económico, que debería ser una elección más libre, que nos involucra a todos y todas como sociedad y que se constituye como un derecho.

Pensar los cuidados nos enfrenta a la discusión como sociedad acerca de cómo deseamos cuidar a los niñxs, a los adultxs mayores, a quienes tienen mayores necesidades de acompañamiento, cuestión que atraviesa de forma transversal a las políticas de salud, de educación, de empleo y seguridad social, entre otras.

También nos enfrenta a reconocer las desigualdades en la forma en la que se resuelve este cuidado entre varones y mujeres, y entre mujeres de acuerdo a las clases sociales. Y a la necesidad de garantizar a través del Estado servicios de cuidado que permitan reparar la injusticia de que el cuidado sea una sobrecarga de trabajo para las mujeres de las clases populares.

Algunas de las inquietudes que surgen a partir de este trabajo, que no pudieron ser abordadas y que se sitúan a partir de las inquietudes desde la actual rotación por el primer nivel de atención en el CeSAC 18 serían: ¿Cómo organizan el cuidado las mujeres de Villa 20, usuarias del Centro de Salud? ¿Cuál es la oferta de servicios de cuidado en este territorio?

Entendiendo que toda política social define actores, asigna responsabilidades y carga tareas en función del cuidado, ¿qué organización social del cuidado supone la política de atención primaria de la salud? ¿Cuánto hay de familiarización o desfamiliarización en la propuesta de Atención Primaria de la Salud? ¿Cómo desde el CeSAC pueden fortalecerse las redes de cuidados y a las personas que realizan tareas de cuidado?

Respecto a nuestra intervención, ¿Cómo pensar intervenciones que desafíen los roles estereotipados, y propongan formas más justas e igualitarias de organizar el cuidado? ¿Cómo poder reparar el lugar subalterno al que fue marginado el trabajo de cuidar, pu-

diendo valorarlo y politizarlo?

Continuar haciéndonos estas preguntas puede ser un modo de rescatar el trabajo de tantas mujeres cuidando(nos) a lo largo de los años.

"Noche calma sobre el río
Sueño trabajo y querer
Ya va el pescador curtido
Recogiendo el espinel
Allá en el rancho la madre
Mece con tierna emoción
Una cunita de sauce
Entonando esta canción
Gurisito costero, duérmase
Gurisito costero, duérmase
Duerma duerma mi amor
Crecerá junto al río mi cielo
Será buen pescador, será buen pescador"
(Canción de Cuna Costera, interpretada por Liliana Herrero)

Bibliografía

- Cerrutti, Marcela y Binstock Georgina (2009). Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública. Serie Políticas Sociales. CEPAL. Santiago de Chile
- Esquivel, Valeria, Faur, Eleonor y Jelin, Elizabeth (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En "Las lógicas del cuidado infantil". IDES y UNICEF. Buenos Aires
- Faur, Eleonor (2014). El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires.
- Faur, Eleonor y Jelin, Elizabeth (2013). Cuidado, género y bienestar. Una perspectiva de la desigualdad social. Voces en el Fénix N° 23. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- García-Calvente, María del Mar. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.
- Jelin, Elizabeth (2010). Pan y afectos La transformación de las familias. Fondo de Cultura Económica 2da edición. Buenos Aires
- López, Susan y Michelli, Virginia (2016). Las políticas de cuidado en salud en el marco de la nueva protección social. III Foro Latinoamericano. Igualdad y desigualdad social en América Latina: Generando debates en Trabajo Social en relación con otras ciencias del campo social.
- Pautassi, Laura (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Serie mujer y desarrollo. Unidad Mujer y Desarrollo CEPAL. Santiago de Chile.
- Pautassi, Laura y Zibecchi, Carla (2010). La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. División de Desarrollo Social CEPAL. Santiago de Chile.
- Rodriguez Enriquez, Corina (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Apuntes conceptuales para el estudio de la desigualdad. Revista Nueva Sociedad N 256 Marzo-abril. México.
- Encuesta sobre Uso del Tiempo en la Ciudad de Buenos Aires UT-CABA 2016. Objetivos, marco conceptual y aspectos metodológicos. Dirección General de Estadísticas y Censos del GCBA. Octubre de 2017. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/
- Encuesta sobre Trabajo No Remunerado y Uso del Tiempo INDEC 2013. Informe técnico. Resultados por jurisdicción. INDEC. Julio de 2014. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/tnr_07_14.pdf

CUIDADOS PALIATIVOS Y TRABAJO SOCIAL. APORTES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE DE ATENCIÓN PALIATIVA EN LOS EQUIPOS DE SALUD

Lic. Daniela Aladro

. . . . .

"...Ya me apuran los momentos
ya mi sien es un lamento.
Mi cerebro escupe ya el final del historial
del comienzo que tal vez reemprenderá..."
Luis Alberto Spinetta

Introducción

El presente trabajo se encuentra enmarcado en el cierre del primer año de la Residencia de Trabajo Social desarrollada en el Equipo de Adultos del Servicio Social de un Hospital General de Agudos de la zona sur de la C.A.B.A durante el período Agosto 2018 - Marzo 2019. En este contexto me propongo recuperar los aprendizajes adquiridos sobre el enfoque de Cuidados Paliativos, como así también, analizar las interpelaciones que las intervenciones tanto con los pacientes, como con sus familias y el propio equipo de salud, me han suscitado a lo largo de mi rotación.

A fines analíticos comenzaré realizando un recorrido sobre la concepción de cuidados paliativos, una breve reconstrucción histórica de su desarrollo y del marco normativo en nuestro país. Se continuará con la problematización del rol del Trabajo Social en el abordaje de la unidad de tratamiento y al interior del equipo de salud. Para tal fin, se abordarán 3 ejes: autonomía del paciente, trabajo con las familias y trabajo interdisciplinario como categorías principales para analizar las intervenciones desde una perspectiva paliativista. Se concluirá con aportes desde la disciplina que buscan favorecer la implementación del enfoque de atención paliativa en los equipos de salud.

¿Qué son los cuidados paliativos?

Los Cuidados Paliativos (CP) según la OMS (2007) son un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias frente a problemas asociados a enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, realizando una identificación temprana, una evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psico-sociales y espirituales.

Son, asimismo, la respuesta organizada que cubre las necesidades de los pacientes y familiares/entorno afectivo que transitan una enfermedad que limita la vida y/o en potencia mortal, proceso en el cual pueden aparecer múltiples síntomas somáticos y un deterioro progresivo, asociados a cambios emocionales propios de la adaptación a la pérdida de funciones y de roles que afectan a la unidad de tratamiento.

Actualmente, la OMS (2018) exhorta a la utilización de la asistencia paliativa en padecimientos derivados de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas respiratorias, diabetes, esclerosis múltiple, etc. Es por eso, que se sostiene que la asistencia paliativa alcanza su grado mayor de eficacia cuando se considera en una etapa temprana en el curso de la enfermedad, dado que no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que además, reduce las hospitalizaciones innecesarias y el gasto de recursos de los servicios de salud.

De esta forma, los Cuidados Paliativos, son un modelo que se basa en la autonomía del paciente, donde lo que se procura es atender a lo que una persona, en un determinado momento, necesita. Actuaciones siempre guiadas por el principio de dignidad y equidad, focalizadas en las necesidades y potencialidades de la unidad paciente-familia.

Es posible entonces, para ampliar la incorporación del concepto, mencionar las principales características que contemplan los Cuidados Paliativos (Jacob, 2014):

- Proporcionan control del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan adelantar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos, emocionales, sociales, físicos, éticos y espirituales de la atención del paciente y familia, procurando el máximo bienestar posible.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia en su adaptación durante la enfermedad del paciente y el período de duelo.
- Utilizan el trabajo en equipo para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias, inclusive durante el duelo.
- Aumentan la calidad de la vida y también pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad.

Sin embargo, los aportes de Tripodoro, Veloso y Llanos (2015) sostienen que estos cuidados, que deberían ser accesibles a cada persona que padezca cualquier enfermedad amenazante para la vida y comenzar tempranamente en el curso del padecimiento, frecuentemente se inician tarde y se encuentran restringidos a pacientes con cáncer.

Es por esta razón, que las autoras proponen el término Atención Paliativa, para personas con enfermedades crónicas avanzadas y sus familias, como la forma más apropiada de describir el conjunto de medidas orientadas a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, de manera precoz y con la práctica de un modelo de atención impecable, de planificación de decisiones anticipadas y la gestión de caso como ejes de la atención, y en todos los recursos del sistema sanitario y social. (Tripodoro, Veloso, Llanos, 2015)

Tripodoro (2013) plantea que, actualmente, debido a los cambios epidemiológicos deri-

vados del aumento de la expectativa de vida, el envejecimiento poblacional y el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas a nivel mundial, se torna necesario que los países asuman la obligación de implementar progresivamente servicios de cuidados paliativos.

En esta misma línea de análisis, la Carta de Praga, firmada en el año 2013 por diversas organizaciones internacionales, impulsa a reconocer a los CP como un derecho humano, como una obligación legal reconocida en diferentes declaraciones de las Naciones Unidas, basadas en el derecho a la salud integral.

Una aproximación a la historización de los cuidados paliativos

A nivel mundial, los Cuidados Paliativos son una especialidad con relativamente una corta historia dentro del campo de la salud. Su origen se encuentra en la década de los '60 en los países anglosajones con el Movimiento Hospice. Sus orígenes se remontan al año 1967, cuando Cicely Saunders, enfermera, trabajadora social y médica, funda en Londres, el St. Chistopher's Hospice. A partir del mismo, Saunders desarrolla un enfoque sistémico para mejorar el control del dolor de los pacientes con enfermedades terminales, focalizando en sus necesidades sociales, emocionales y espirituales (D'Urbano, 2016).

Durante la década de los '70, en Gran Bretaña, la modalidad de trabajo dominante se centraba en la atención de tipo hospice institucional. En la década de los '80, la atención se expandió al trabajo domiciliario, lo que fue precedido por la creación de equipos móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria. En 1987, en Inglaterra, la Medicina Paliativa es reconocida por primera vez como una subespecialidad de la medicina. Según Del Río y Palma (2007), el éxito del St. Christopher Hospice sentó las bases y permitió que el Movimiento Hospice se expandiera alrededor del mundo, generándose grupos consultores, centros de referencia, atención a domicilio y programas de investigación y docencia.

En Estados Unidos, en el año 1974 se inauguró el primer hospice del país, en Bradford, Connecticut. A mediados de los '80, Medicare reconoció a los cuidados paliativos dentro de las atenciones médicas a cubrir. La evolución de los CP de los norteamericanos, a diferencia de los ingleses, ha estado predominantemente centrada en el desarrollo de servicios domiciliarios. La innovación, en cuanto a la incorporación de pacientes no oncológicos a la atención, es considerada pionera en los cuidados paliativos a nivel mundial.

Continuando con el recorrido histórico, a principios de los '70 comienzan a desarrollarse los cuidados paliativos en Canadá. A mediados de los '80, se incorporaron países como Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia. Finalmente a mediados de los '90 lo hicieron algunos países de América Latina entre ellos Argentina, Colombia, Brasil y Chile. (González y otros, 2012).

En nuestro país, la evolución del enfoque paliativo en los últimos veinte años ha sido muy significativa. En el año 2000, el Ministerio de Salud, aprueba la Norma de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos. Posteriormente, en 2002 ingresan por primera vez al Plan Médico Obligatorio.

En el año 2005, en la Ciudad de Bs. As., se crea la Residencia Post Básica en Cuidados Paliativos. En 2007 se concreta la Red de Cuidados Paliativos de la Ciudad de Buenos Aires y, en el año 2016, el Ministerio de Salud de la Nación, establece las Directrices de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos.

Sin embargo, más allá de la normativa vigente, se estima que en Argentina, reciben cuidados paliativos sólo entre el 1 y el 5% de los pacientes que los necesitan. La mayoría de la población en nuestro país no tiene acceso adecuado a los CP, lo que se traduce en un sufrimiento innecesario, dado que la disponibilidad y la accesibilidad todavía son limitadas (Jacob, 2014).

Evolución del Marco Normativo en Argentina

Como ya se mencionó, los CP ingresan a la órbita estatal en el año 2000, con la aprobación por parte del Ministerio de Salud, de la Resolución 643/2000, donde se establecen las normas de organización y funcionamiento en cuidados paliativos y su incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. En esta resolución, ampliada luego en la 934/2001, se establece el marco de referencia, en concordancia con la definición de la OMS en ese período, así como sus recomendaciones en cuanto a la urgencia de su implementación por los Estados. Se define, además, como unidad de tratamiento al paciente y su familia/entorno afectivo y se hace hincapié en el enfoque interdisciplinario, donde se reconocen las funciones del área de Trabajo Social para su abordaje. Asimismo se establece que los pacientes ingresarán a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a las necesidades de la unidad de tratamiento, basando el criterio de riesgo de acuerdo al grado de sufrimiento o deterioro de la calidad de vida y no a la probabilidad de morir.

En el año 2002, los CP son incorporados al Plan Médico Obligatorio de emergencia en la Resolución 201/2002, donde se establece que el cuidado paliativo es la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida del paciente no supera los 6 meses, por no responder a tratamiento curativo. Los objetivos de los CP, según se refiere en tal resolución, serán aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente, cobertura garantizada al 100% y que será brindada en función del P.M.O.

En el año 2009, se sanciona la Ley 25.529, conocida como la Ley de Derechos del Paciente, donde se regulan los derechos en cuanto a la asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria e interconsulta médica. La ley se autodenomina como un estatuto de derechos "esenciales" de los pacientes en su relación con los médicos, pero esa calificación de esenciales debe comprenderse como un piso mínimo inderogable y no como un techo. La ley 25.529 es modificada en 2012, por la Ley 26742, en el que agrega entre otras modificaciones, el derecho del paciente en situación de enfermedad terminal, incurable o irreversible, a rechazar prácticas y/o procedimientos que extiendan el tiempo de su estadio terminal, o cuando sean desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado.

En 2014, se establece mediante la Ley 26.994, la reforma del Código Civil y Comercial de La Nación, donde en el artículo 59, se demarca la regulación del consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud. Allí en su inciso H, se establece el reconocimiento al derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de la enfermedad o padecimiento.

En 2016 se actualiza la normativa de la Resolución 201/2002 por la Resolución 357/16, donde se establecen las Directrices de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos. Se observa aquí, una evolución del marco referencial, dado que se actualiza la definición de CP tomando los aportes de la OMS de ese período. De esta forma, se establece que los principios de los cuidados paliativos deberán aplicarse lo antes posible en el curso de cualquier enfermedad crónica y en última instancia mortal, de acuerdo al estadio en que se encuentre el paciente. La evolución de los criterios, surgió de una nueva comprensión de que los problemas encontrados al final de vida tienen sus principios en un momento anterior en la trayectoria de la enfermedad.

Me detendré entonces, a delimitar las funciones y acciones que los y las profesionales de Trabajo Social, tenemos establecidas a partir de la nueva normativa.

Funciones:

- Evaluar el grado de impacto que produce la enfermedad en el paciente, familia y entorno significativo, con el fin de arribar al diagnóstico social.
- Propiciar una adecuada comunicación con el paciente y su familia para unificar criterios y optimizar objetivos.
- Incrementar la comunicación entre el paciente y la familia y éstos con el equipo tratante.
- Promover la adaptación individual y colectiva a la nueva situación, a fin de propiciar el cuidado del paciente y el autocuidado de la familia.
- Orientar hacia la resolución de temas prácticos y complicaciones que se puedan plantear aportando información, asesoramiento y contactos con los recursos idóneos.
- Identificar la necesidad de la incorporación de la figura del cuidador.
- Supervisión de las tareas inherentes al cuidador.
- Contener a las familias durante el proceso de duelo y facilitar la resolución de los problemas sociales inherentes al mismo.

Actividades:

- Realización de entrevistas diagnósticas con el paciente, familia y/o entorno significativo. Registro en historia clínica.
- Planificación de estrategias de abordaje para el tratamiento social.
- Realización de entrevistas de seguimiento individual y familiar.
- Realización de entrevistas complementarias en domicilio con fines de diagnóstico social.
- Interconsultas y/o derivaciones ante disfunciones sociales no controlables en este nivel.
- Conexión con los recursos sociales necesarios para la resolución de las problemáticas detectadas (obtención de medicación, traslados, conexión con escuelas, orientación previsional, etc.).
- Utilización de herramientas de registro y valoración de resultados.
- Realización de entrevistas individuales o grupales de soporte social en duelo.

La intervención del Trabajo Social desde el enfoque de la atención paleativa

En este apartado se dará cuenta de los aprendizajes adquiridos a lo largo de la rotación por el equipo de Adultos del Servicio Social de un Hospital de la zona sur de la CABA. Para tal fin, se tomarán 3 ejes: autonomía del paciente, trabajo con las familias y trabajo interdisciplinario, como categorías principales para analizar la relevancia del enfoque de atención paliativa para los y las trabajadoras sociales que intervienen con pacientes que atraviesan enfermedades que amenazan o limitan la vida.

Autonomía del Paciente

Para el Trabajo Social como disciplina, la comprensión del paciente como un sujeto de derechos, es parte intrínseca y fundamental de nuestra formación. En este sentido, el Trabajo Social y los cuidados paliativos, comparten los objetivos de garantizar los derechos humanos y contribuir a la mejora de la calidad de vida de la persona y su entorno (D'Urbano, 2016).

Desde un enfoque de atención paliativa, la enfermedad es comprendida como un evento disruptivo en la trayectoria vital del paciente y su entorno afectivo, que produce un quiebre en la dinámica familiar y que se acrecienta cuando la enfermedad se encuentra en su estadio más avanzado. Esta situación implica que la persona padeciente y su familia, deberán enfrentarse a cambios en los roles que tradicionalmente llevaban adelante los miembros de la unidad familiar, a modificaciones en las estrategias de cuidado, a la aparición de sentimientos de angustia, ansiedad, culpa, etc., que requieren, en muchas ocasiones, del acompañamiento profesional de un

equipo capacitado para facilitar atravesarlas y propiciar el desarrollo de estrategias de adaptación al nuevo escenario que la enfermedad impone. Esta adaptación exigirá transformaciones en la dinámica vincular, en las que se podrán en juego las estructuras y modalidades previas de enfrentamiento de crisis.

Como profesionales de Trabajo Social, nuestra guía principal será la de respetar la autonomía del paciente, de recuperar y fortalecer "(...) la capacidad de pensar, elegir, decidir y actuar basándonos en los propios valores de la persona, siempre que esta se encuentre en disposición de llevarla a cabo". Esto significa darle voz al paciente, reconocer sus capacidades y fortificar su papel como interlocutor válido, en condiciones de simetría, para decidir y elegir por sí mismo en relación a su vida y estado de salud, independientemente de su estado físico y pronóstico clínico. (Arranz y otros, 2003).

Favorecer estrategias que permitan a los pacientes ejercer su derecho a la autonomía, resguardado en la propia base del modelo de CP, el espíritu de la ley de Derechos del Paciente y las funciones de los y las trabajadoras sociales establecidas en la Res.357/16, es uno de los pilares de nuestra especificidad en el abordaje desde una perspectiva de atención paliativa. La utilización de la entrevista individual y con el grupo familiar, el asesoramiento sobre la normativa vigente, el fomento de la autonomía del paciente, a fin de permitirle continuar ejerciendo su voluntad en un contexto donde la enfermedad erosiona progresivamente el autocontrol sobre su cuerpo, son pautas que guiarán nuestra intervención desde una perspectiva paliativista.

La apertura de un espacio donde trabajar los sentimientos y emociones que genera la irrupción de la enfermedad en la dinámica familiar, permitirán abordar los temores que impactan directamente en los vínculos y en la toma de decisiones, a través del asesoramiento en base a información clara y precisa, orientación sobre las gestiones necesarias para la obtención de recursos y el acompañamiento a la unidad de tratamiento en la adaptación a la nueva realidad. La entrevista, fundamentalmente, permitirá acordar objetivos comunes con la unidad familiar priorizando la voluntad y búsqueda de satisfactores que beneficien la calidad de vida del paciente.

Trabajo con las familias/entorno afectivo

Como se vino trabajando, la irrupción de la enfermedad impacta directamente en la dinámica familiar. La enfermedad altera la condición del sujeto, es decir su papel en la familia, en la sociedad, en definitiva su modo de ser y estar en el mundo, lo que indefectiblemente, altera de modo significativo el mundo afectivo y relacional del paciente y de su entorno (Waldow, 2014). Las familias son quienes, generalmente, acompañan a la persona enferma desde el momento en que se presentan los primeros síntomas, atravesando un recorrido de desorientación y desconcierto, que se agudiza en la medida en que la enfermedad se agrava o si se constata un diagnóstico severo (D´Urbano, 2016).

Este recorrido constituye una crisis que implica una sobrecarga a la vulnerabilidad específica del proceso que atraviesan. En este sentido, la familia entendida como sistema, ante la enfermedad que afecta a unos de sus integrantes, experimentará transformaciones que incidirán en las reorganizaciones tanto de la estructura como de las funciones de ese sistema familiar (Arránz y otros, 2003). La responsabilidad que siente el entorno afectivo sobre el cuidado del enfermo, la presencia manifiesta del sufrimiento del paciente y el enfrentamiento del propio dolor de los familiares, pueden provocar cierto estado de confusión en relación al diagnóstico, obstaculizando el entendimiento de la información sobre el estado de salud y pronóstico de la persona padeciente, generando dificultades en el proceso de adaptación a la nueva realidad y en el desarrollo del tratamiento.

En estas situaciones la intervención de los y las profesionales del equipo de salud desde la base de una comunicación asertiva, puede permitir desentramar esos obstáculos y favorecer un proceso de adaptación a la nueva situación que impone la enfermedad. Habilidades como la escucha activa, el diálogo desde la empatía, devolver la palabra al paciente y a su familia, el parafraseo, respetar los silencios, prestar especial atención a la gestualidad, entre otras, nos permitirá como profesionales intervenir dejando de lado la vieja concepción paternalista y de control sobre la unidad de tratamiento, favoreciendo procesos de adaptación positiva tanto del sujeto que padece como de su entorno afectivo.

El acompañamiento, desde un enfoque de atención paliativa, no culmina cuando el paciente es dado de alta del efector, se procura, cuando es posible, un seguimiento a fin de acompañar y posibilitar un abordaje integral de las necesidades biopsicosociales y espirituales, a partir de la construcción de una relación terapéutica con la unidad de tratamiento.

En relación con la red de cuidados, es importante tener en cuenta la posibilidad de sobrecarga del cuidador primario. La sobrecarga se encuentra relacionada con el grado en el cual el cuidador, percibe la influencia negativa del cuidado en diversos aspectos de su vida: en su salud mental y física, la interacción social y su economía. (Torres Avendaño y otros, 2018). Esta situación puede traer aparejadas claudicaciones familiares, entendidas como la incapacidad de los miembros de la familia para responder a las múltiples demandas y necesidades del paciente (Arranz y otros, 2003)

El rol de las/os trabajadoras/es sociales desde una perspectiva de atención paliativa, buscará el abordaje del paciente y su entorno afectivo para lograr desentramar ciertos "nudos" que el proceso de enfermedad impone a la unidad de tratamiento. Aspectos fundamentales como prevenir la sobrecarga del cuidador, permitirle al mismo sentirse alojado en el equipos de salud, abrir espacios de confianza y escucha activa, la utilización de la comunicación asertiva así como el desarrollo de habilidades comunicacionales, son ejes centrales a la hora de desarrollar un enfoque de atención paliativa, que busque garantizar los derechos de los pacientes y su entorno afectivo, así como el mejoramiento de su calidad de vida.

Trabajo interdisciplinario con el equipo de salud

El trabajo interdisciplinario, es uno de los pilares desde el enfoque de CP, "(...) ya que las necesidades que se han de cubrir son multidimensionales, integrales y personalizadas". Sin embargo en un equipo de trabajo, confluyen múltiples enfoques disciplinarios, posicionamientos ético-políticos, relaciones de poder, asignación de roles y las propias subjetividades de cada uno de sus miembros. Trabajar en contacto constante y directo con el dolor, implica cierto impacto subjetivo que puede obstaculizar la atención integral que el paciente y su entorno necesitan y la propia dinámica grupal. El trabajo en equipo, en este sentido, puede ser considerado como un importante reductor de las ansiedades que se encuentran asociadas a este tipo de tareas. (Arranz y otros, 2003).

Particularmente, la comunicación de un diagnóstico de final de vida, puede implicar para el equipo cierta cuota de estrés, que suele tener efectos adversos en las competencias profesionales y en la propia salud, afectando la relación terapéutica.

En este sentido, siguiendo a Arranz y otros (2003), los conflictos, las tensiones se producen cuando existen intereses, objetivos o necesidades contrapuestas, que de acuerdo a su manejo podrán tender a ser un factor de riesgo o protección para el equipo.

Una de las variables a tener en cuenta en el análisis de la dinámica al interior del grupo de trabajo, son las implicancias del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988). En este sentido la asimetría de poder en las rela-

ciones, propia de la cultura hospitalaria, puede emerger como el primer obstaculizador para garantizar el ejercicio de derechos del paciente. En esta situación, el trabajo al interior del grupo como profesional del trabajo social deberá apostar a trabajar con el resto del equipo en la importancia de la promoción de los derechos del paciente, como eje de intervención.

La estrategia de favorecer reuniones grupales, para poner en palabras los criterios y posicionamientos de todos los miembros del equipo salud, puede favorecer la superación de los "cercos de silencio" que el propio equipo puede haber desarrollado. En este sentido, el trabajo interdisciplinar y la aplicación de una comunicación clara y asertiva, podrá permitir sortear la dificultad que obstaculiza el desarrollo de estrategias conjuntas centradas en el bienestar y mejora en la calidad de vida de la paciente.

Otras aristas a tener en cuenta, son las implicancias desde las propias subjetividades de los miembros del equipo. Es por ello que la utilización de herramientas, que desde el Trabajo Social desarrollamos en nuestras prácticas cotidianas como la comunicación asertiva, las habilidades y conocimientos sobre las dinámicas grupales, la identificación de necesidades, habilidades para el manejo de conflictos, etc. requieren de ser compartidas, trabajadas y problematizadas al interior del equipo de salud, a fin de favorecer procesos de integración de la dinámica grupal y facilitar la resolución de conflictos de manera horizontal y colectiva. El enfoque de CP, exige de este esfuerzo para garantizar el desarrollo de prácticas de autocuidado al interior del grupo y de esta manera brindar una atención integral de calidad a la unidad de tratamiento.

Conclusiones

La perspectiva de CP, en el marco de las intervenciones de los equipos de salud, se expresa en la actualidad como urgente. Así lo demuestran los datos epidemiológicos que indican el aumento de la expectativa de vida, el envejecimiento poblacional y el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas a nivel mundial y en nuestro país. Las recomendaciones de organismos internacionales, la normativa vigente y el marco que otorgan los Derechos Humanos, hacen explícita la urgencia de su desarrollo dentro del sistema de salud. Es por eso que la visibilización y divulgación de la perspectiva paliativista se torna un imperativo para quienes intervenimos cotidianamente con esta población y sus familias, buscando garantizar sus derechos, potenciar sus habilidades de ejercerlos y mejorar su calidad de vida.

En este sentido, como facilitador para la implementación de este enfoque, es posible rescatar la formación de grado de nuestra disciplina, la cual nos otorga un gran número de herramientas que favorecen la intervención desde una atención paliativa. Las habilidades comunicativas, nuestras competencias para realizar diagnósticos sociales y trabajar con las familias, la identificación de necesidades, la escucha activa, el diálogo desde la empatía, el ejercicio de habilidades para el manejo del conflicto, entre otras, son aportes sustanciales para abordar el impacto de la enfermedad en la trayectoria vital del paciente y su familia y favorecer procesos positivos de adaptación a la nueva realidad.

Estas herramientas, se presentan asimismo como una oportunidad para abordar las tensiones que se dan al interior del equipo interdisciplinario. Su utilización en la dinámica grupal, permitirán favorecer un abordaje interdisciplinar de la unidad de tratamiento, fundamental a la hora de garantizar una atención paliativa de calidad, el ejercicio de sus derechos y el mejoramiento de su calidad de vida.

Bibliografía

- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P., & Bayés, R. (2003) Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos. Ariel. España

- Carta de Praga (2013): Cuidados Paliativos-un derecho humano. Disponible en español en : http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/04/Carta-de-Praga.pdf

- D'Urbano, E. (2016): Trabajo social y cuidados paliativos. Un aporte a los equipos de salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Espacio Editorial.

- González, C., Méndez, J., Romero, J., Bustamante, J., Castro, R., Jiménez, M. (2012): Cuidados paliativos en México. Revista Médica del Hospital general de México. Vol.75. Pág. 173-179. Disponible en : http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/cp/lecturas/gonzalez

- Jacob, G. (2014): Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer.

- Ley 25.629: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Honorable Congreso De La Nación Argentina. Buenos Aires, 2009. Disponible en http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=160432

- Ley 26.742: Modifícase la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Honorable Congreso De La Nación Argentina. Buenos Aires, 2012. Disponible en:
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/no rma.htm

- Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., & Saralegui, I. (2007). Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(Supl. 3), 113-128. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600009&lng=es&tlng=es.

- Menéndez E. (1988): Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Pág. 451- 464

- Ministerio De Salud. (2000): Resolución 643/2000.Cuidados Paliativos. Normas. Boletín Oficial N° 29466 del 22 de Agosto de 2000, Buenos Aires. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do%3Bjsessionid=64BE500A7970806F7A7125A1FA951E47?id=64080

- Ministerio De Salud (2002): Resolución 201/2002. Programa Medico Obligatorio De Emergencia. Boletín Oficial N° 29881 del 19 de Abril de 2002, Buenos Aires. Disponible en :
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73649/norma
.htm

- Ministerio De Salud (2016): Resolución 357/16. Directrices de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos. Boletín Oficial N°33350 del 5 de Abril de 2016, Buenos Aires. Disponible en : http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/260099/no rma.htm

- OMS (2004): Programas Nacionales de Control de Cáncer: políticas y pautas para la gestión. Disponible en : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Programas-Nacionales-Canc er-2004-Esp.pdf

- OMS (2007). Cuidados paliativos. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos. Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas eficaces. Modulo 5, II Serie. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547343_spa.pdf

- Torres-Avendaño, B., Agudelo-Cifuentes, C., Pulgarin-Torres, M., Berbesi, D. (2018): Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. Universidad y Salud. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/327410051_Factores_asociados_a_la
_sobrecarga_en_el_cuidador_primario_Medellin_2017

- Tripodoro, V., Veloso, V., Llanos, V. (2015): Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en Cuidados paliativos. Argumentos. Publicación del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Disponible en: https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324

- Waldow, V. (2014): Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index de Enfermería, 23(4), 234-238. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009

- Word Health Organization (2018) Cuidados Paliativos. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care



XII Jornadas de la APSS
Mesa de Apertura.

"QUEREMOS LLEGAR AL HOSPITAL... NO NOS ALCANZA PARA LA SUBE"

Lic. Silvina Fernández Montobbio
Lic. Emilia Martínez
Lic. Alejandra Parrotta

. . . . .

Las siguientes ideas surgen a partir de la reflexión sobre nuestras prácticas cotidianas como trabajadoras sociales de un hospital público pediátrico de la GCBA y del Ministerio Público de la Defensa Nacional, en contacto con la realidad de niños, niñas y adolescentes (NNyA), que transitan procesos de salud- enfermedad y atención de forma crónica.

A lo largo de este trabajo intentamos describir en primer lugar las variables que suelen atravesar a los NNyA y sus familias que transitan una enfermedad crónica o de tratamiento prolongado. Entendemos a la misma como una enfermedad de larga duración que se puede controlar, pero no curar. Generalmente, su evolución suele ser de progresión lenta y tener una duración superior a seis meses, pudiendo intercalar periodos de remisión parcial con recaídas, es decir es una enfermedad que va a evolucionar con el tiempo y de la que no se espera una curación en el futuro.

Convivir con una enfermedad crónica supone un reto imponente para quien la padece, para la familia y para el sistema sociosanitario. Hay una relación directa entre la cronicidad y la dependencia, y de igual forma, ambas se asocian al consumo de recursos sanitarios y a la propia sostenibilidad del sistema de protección social. Las enfermedades crónicas comparten características comunes pese a que tradicionalmente han sido estudiadas académicamente de forma aislada y abordadas por los servicios asistenciales de forma atomizada.

El impacto de esto se vincula a los cambios subjetivos, como así también de la organización familiar y el stress que deben atravesar tanto NNyA como su núcleo familiar primario y red familiar ampliada. Si a esto sumamos los condicionantes socioeconómicos (altos niveles de pobreza y exclusión social, desempleo de los padres y madres, importantes distancias a los centros de salud, entre otros) que obstaculizan y funcionan como barreras del acceso a la salud, nos encontramos frente a una población aún más vulnerable. Las familias empobrecidas sufren de peores condiciones de salud y mueren más jóvenes[1]. Además, tienen tasas de mortalidad materna

1. Paz, Jorge y otros (2008) , Pobreza Monetaria y privaciones no monetarias en Argentina, Buenos Aires, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.)

e infantil superiores al promedio, mayor carga de enfermedad y un acceso más limitado a la atención médica y a la cobertura social. La pobreza y el status de salud están vinculados a través de varios mecanismos: el nivel educativo, la malnutrición y el acceso a alimentos y agua seguros y las condiciones de higiene, la contaminación del aire, la violencia interpersonal y los accidentes de tránsito[2].

En este contexto nos preguntamos **¿cómo derribar los obstáculos de accesibilidad para que NNyA logren el máximo de adherencia al tratamiento frente a la imposibilidad de las familias de cubrir los gastos que les requiere llegar al hospital?**

Para responder esta pregunta nos pareció pertinente recordar el reclamo colectivo emprendido por los actores sociales que en su momento lograron la conquista del boleto estudiantil, entendiendo que es un antecedente fundamental para el logro de un boleto sanitario. Si la implementación de esta política social, implicó favorecer el acceso a la educación de NNyA (hasta la actualidad), entendemos que de igual modo debiera existir una política social similar que intente favorecer el acceso a la salud de la población infanto-juvenil que convive con una enfermedad crónica o de tratamiento prolongado.

El caso del boleto estudiantil nos remite a pensar en juventud, en unión, en lucha. Nos posiciona en un reclamo colectivo, ruidoso, fuerte. Contrariamente a ello, las enfermedades crónicas o de tratamiento prolongado en la infancia son múltiples y variadas, con muchas necesidades que pueden ser dispares. Más allá de alguna organización sin fines de lucro que se constituye en función de alguna patología, en general el reclamo de acceso y derecho a la atención en salud en la población infanto-juvenil con enfermedad crónica es un peregrinar silencioso. Son búsquedas de recursos de manera individual donde lo colectivo aún no se ha logrado.

Es en este sentido, que promovemos la creación del boleto sanitario, considerando que el Estado debe asumir el costo de los pasajes (o viáticos) que le genera a las familias llegar al hospital o centro de salud. Si bien ésto sabemos que no resolvería en su totalidad el problema del "acceso y adherencia" a los tratamientos, consideramos que la cobertura del pasaje por parte del Estado contribuiría significativamente a la respuesta de este problema.

En esta línea, decidimos retomar los antecedentes e iniciativas que intentaron impulsar el boleto sanitario. Los mismos tienen distintas injerencias, ya sean ordenanzas municipales o proyectos de ley, planteándose tanto en el ámbito municipal, provincial como nacional, pero que hasta el momento no tuvieron aprobación o bien perdieron estado parlamentario.

En síntesis, pensamos que resulta imposible pensar el derecho a la salud divorciado del derecho a llegar al hospital o centro de salud.

Creemos firmemente en que la actual legislación en materia de derechos humanos y de protección de derechos de NNyA resultan elementos por demás suficientes para impulsar este proyecto, promoviendo y reclamando al Estado una respuesta concreta para favorecer el acceso de NNyA a sus tratamientos de salud.

En esta línea vale destacar que, si bien un boleto sanitario podría beneficiar el acceso a la salud de la población infanto-juvenil, ello no resuelve el problema del "acceso a la salud", en tanto que se trata de un problema social que revierte e incluye otras tantas variables sociales, económicas y culturales que configuran como tal un problema a seguir abordando desde diferentes áreas del Estado a partir de la combinación de diversas políticas sociales.

Las ideas centrales de este proyecto son:

- Que el Estado Nacional, provincial o municipal, a través de diferentes convenios y la asignación de presupuesto contemple la cobertura del costo de viaje hacia y desde el ser-

2. Ibídem.

vicio de salud correspondiente, en sus diferentes vías de transporte: trenes, subtes, premetro y colectivos de corta distancia.

- Que los destinatarios/as sean NNyA (de 0 a 18 años de edad) y un adulto acompañante para el traslado a un hospital o centro de salud donde concurran para realizar su tratamiento de salud ya sea crónico o de tratamiento prolongado.

- Que incluya a NNyA con patologías no alcanzadas por el Certificado Único de Discapacidad (CUD). Si bien muchos NNyA usuarios del sistema de salud son beneficiarios del pase gratuito por contar con el CUD, existe un gran porcentaje de la población infantil y adolescente que actualmente queda fuera de este beneficio, ya que muchos/as realizan tratamientos crónicos o de tratamiento prolongado, pero el problema de salud que padecen no constituye una discapacidad física o mental.

- Que el recorte geográfico debería circunscribirse al ámbito de AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires) que se encuentra localizada en la Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos: 1. Almirante Brown, 2: Avellaneda, 3: Berazategui, 4: Esteban Echeverría, 5: Ezeiza, 6: Florencio Varela, 7: General San Martín, 8: Hurlingham, 9: Ituzaingó, 10: José C. Paz, 11: La Matanza, 12: Lanús, 13, Lomas de Zamora, 14: Malvinas Argentinas, 15: Merlo, 16: Moreno, 17: Morón, 18: Quilmas, 19: San Fernando, 20: San Isidro, 21: San Miguel, 22: Tigre, 23: Tres de Febrero, 24: Vicente López, parte de la Provincia de Buenos Aires, ubicado en la margen occidental del Rio de la Plata.

- Que las acreditaciones correspondientes se instrumenten a través de la presentación de un certificado emitido por el/la profesional de la salud que dé cuenta del cumplimiento del tratamiento realizado.

- Que el Poder Ejecutivo determine el organismo competente responsable de implementar el boleto sanitario y su forma de financiamiento.

Pensar hoy en la sanción de una ley que logre la implementación de un boleto sanitario, implicaría pensar en algunas cuestiones. En primer lugar el reconocimiento de un diagnóstico de la actual situación social que reclama respuestas por parte del Estado, en este caso, para favorecer el acceso a la salud de NNyA.

Asimismo, reconocemos que un proyecto de esta magnitud no podría crecer ni concretarse sin la acción colectiva que lo impulse. Entendemos que la participación social es parte inherente y necesaria de la ciudadanía, para un efectivo ejercicio de los derechos humanos.

Si partimos de un concepto amplio de ciudanía, entendemos que debemos superar las visiones más tradicionales que enfatizaban sobre la pertenencia -a un territorio o nación – y enfatizar sobre la garantía de derechos civiles y políticos, pero también los sociales y culturales. Ciudadanía también significa participar, por lo cual acción colectiva y ciudadanía están íntimamente ligadas. En esta línea, O`Donell, entiende la ciudadanía "como un conjunto de derechos y formas de participación en relación con la otra cara de la ciudadanía, la adscriptiva o basada en la pertenencia a una nación"[3]. O sea que, en tanto los canales de participación se fortalezcan, también la ciudadanía crecería en consistencia, en el sentido de conquista y garantía de derechos ciudadanos.

Por otra parte, además de pensar en ciudadanía y acción colectiva, debemos sumar a esta causa, la idea de un Estado que, como propone Tiranti[4], sea pensado en cuanto materialización de fuerzas, en un escenario institucional determinado, donde su dinámica responda a la interacción entre diferentes ac-

3. Delamata, G (2009), Movilizaciones sociales: ¿nuevas ciudadanías? Reclamos, derechos, estado en Argentina, Bolivia y Brasil, Buenos Aires, Editorial Biblos.

4. Tiranti, S (2016), Los dispositivos de gestión estatal, en busca de sentido estratégico: un aporte al campo de estudios sobre el Estado Nacional Argentino y sus instrumentos de políticas públicas, Buenos Aires, Revista Estado y Políticas Públicas, 4 Nº 7, Flacso.

tores, y sus rasgos se encuentran en constante disputa y formación. En esta línea se propone pensar en un Estado históricamente situado, donde su rol no está predeterminado, sino que se resuelve en el campo de la política y es resultado de una disputa mayor que la contiene.

Entendemos entonces que el sentido de ciudadanía que se vincula a la conquista de derechos y a la ampliación de los mismos, trasciende sus aspectos más formales o "clásicos" vinculados a la pertenencia de un territorio o nación, incluyendo el sentido de participación ciudadana que consolida además el sistema democrático.

Pensar una acción colectiva que impulse la sanción de una ley que garantice el boleto sanitario para que NNyA logren llegar al hospital implicaría algunas acciones:

- Promoción del tema en diferentes ámbitos de la salud pública, la educación, el ámbito académico, instituciones estatales y no gubernamentales que pudiesen colaborar para lograr instalar el tema en la agenda pública.
- Articulación con organismos como Defensoría del Pueblo de la Nación y Defensoría del Pueblo de Ciudad Autónoma de Buenos Aires para divulgar el proyecto y buscar apoyos.
- Articulación con Comisiones de salud del Congreso de La Nación y Legislatura Porteña.
- Articulación y difusión con organismos de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes (tanto de la Ciudad de Buenos Aires como de la Provincia de Buenos Aires).
- Difusión y búsqueda de apoyos por parte de asociaciones de usuarios/as y familiares que conviven con enfermedades crónicas o de tratamiento prolongado.
- Difusión del proyecto y suma de adhesiones a través de las redes sociales.
- Promoción y difusión en Colegios Profesionales y gremios vinculados al ámbito de la salud pública, como parte del compromiso y la lucha de los colectivos profesionales.

Por otra parte, y en el marco de la Ley Federal de Trabajo Social Nº 27.072 ,que reglamenta las incumbencias profesionales, entendemos que el presente proyecto se enmarca en la defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales. Asimismo, recordemos que los/as profesionales del Trabajo Social estamos habilitados para el asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional.

En este marco entendemos que la exposición de este trabajo resulta también una acción concreta para la difusión y propuesta en agenda acerca de la necesidad del boleto sanitario.

Quedan todos/as invitados/as a sumar esfuerzos que den lugar a un reclamo social genuino y que como producto de esa lucha logremos una política social para que los/as niños/as y adolescentes PUEDAN LLEGAR AL HOSPITAL.

SALUD MENTAL
SEGUNDO BLOQUE

EL CÉSPED ESTABA BLANCO DE MÉDICOS. REFLEXIONES RESPECTO USUARIOS QUE RECIBIERON UN DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS EN EDAD ADOLESCENTE

Lic. Carolina Méndez Alí

. . . . .

Así pues, entramos en una dimensión bastante nueva de lo que podría denominarse riesgo médico. El riesgo médico, el vínculo difícil de romper entre los efectos positivos y negativos de la medicina, noes nuevo, sino que data del momento en que un efecto positivo de la medicina fue acompañado, por su propia causa, de varias consecuencias negativas y nocivas

(Foucault, Crisis de la medicina o de la antimedicina, 1974)

Introducción

Este trabajo intentará recorrer, a partir de dos viñetas clínicas, los efectos de un diagnóstico psiquiátrico en edad adolescente, y su incidencia en el devenir de la vida de la persona, especialmente en el campo de la vida cotidiana. Ubicaremos posibles rupturas de esa cotidianidad en el encuentro con el servicio de emergencias de un hospital general de CABA. Rupturas que no consideramos definitivas pero tal vez sí cualitativamente distintas (en el sentido de la creación de alguna vivencia-otra dentro de la cotidianidad).

Definiremos adolescencia como el período comprendido entre el final de la pubertad y el inicio de la denominada adultez. El concepto de adolescencia excede un rango etario, pero parece evidente que se trata de un período marcado por los efectos de los cambios fisiológicos que inician en la pubertad. Efectos tanto físicos, como psíquicos y sociales. El adolescente será el portador en potencia de los cambios posibles a lo establecido y lo fijo.

> Afirmo (…) que el adolescente es *inmaduro (en cursiva en el texto)*. La inmadurez es un elemento esencial de la salud en la adolescencia. No hay más que una cura para ella, y es el *paso del tiempo* y la maduración que este puede traer.
>
> La inmadurez es una parte preciosa de la escena adolescente. Contiene los rasgos más estimulantes del pensamiento creador, sentimientos nuevos y frescos, ideas para una nueva vida. La sociedad necesita ser sacudida por las aspiraciones de quienes no son responsables.(Winnicott, 1968: 189).

Elegimos Winnicott para definir qué entenderemos por adolescencia por varios motivos. Por un lado, se trata de un pediatra que inicia su formación como analista a raíz de su clínica como médico. Por ello el término "cura" en la definición antes citada, por ejemplo. Sin embargo queremos subrayar el elemento novedoso de su mirada, la potencialidad, pura potencia, de la adolescencia. Y de allí que, a los fines de nuestro planteo, cualquier nombre (diagnóstico, estigma) que sea adjudicado a esa edad, dotará la potencial trayectoria de ese sujeto, de un sentido, como veremos en las viñetas, iatrogénico.

Más precisamente, este trabajo presentará la trayectoria de dos usuarias mujeres, entonces lo "adolescente" será también atravesado por la particularidad del género e, hipotetizaremos, incidirá fuertemente respecto de los lugares, por ejemplo,filiatorios posibles para esas usuarias. Por ejemplo, una de las ellas recibirá un diagnóstico presuntivo siendo madre de una beba de pocos meses de edad, y desde ese momento, se presumirá que su lugar como ("buena") madre podría ser puesto en cuestión. Allí puede verse cómo, desde un primer momento, su condición de madre/ mujer se ve ensombrecida, tras el paso por los dispositivo de atención en salud mental.

Por otro lado, Foucault observa que en el intento de buscar algún dominio exterior a la medicina, no se encuentra más que otra explicación médica, tal vez más completa y refinada, que abarca la anterior y la supera. En los casos que presentaremos, intentaremos evidenciar cuán difícil es para un usuario "nombrado" psiquiátricamente encontrar otros nombres posibles. Esta dificultad de dar forma al nombre propio se ve duplicada justamente en el período adolescente, que implica de por sí una pregunta respecto de lo propio, lo identitario.

Será Heller quien con sus aportes respecto de cómo se construye la cotidianidad, pensará qué rupturas son posibles para incluir otra dimensión, que ella llamará "genérica" para oponerla a la existencia particular. Con la complejidad que tal mirada aporta, se intentará pensar qué intervenciones desde el "saber médico" (aunque lo porten otros profesionales de la salud no médicos) abren paso a la dimensión genérica, cuestionando los nombres naturalizados en una cotidianidad que aliena a las usuarias en el significante del que padecen ("loca", por nombrar uno).

No se pretenderá en este trabajo desarrollar la psicopatología de las viñetas clínicas sino pensar intersecciones posibles con conceptos aportados por las ciencias sociales. Y de ese modo desnaturalizar, deconstruir, desmedicalizar la mirada sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

"Meditaré acerca de la normalidad.
Meditaré acerca de mi pequeño hijo.
No camina. No dice una palabra.
Todavía está envuelto en una faja blanca (…)
No quiero que sea excepcional.
La excepción atrae al demonio (…)
Quiero que sea común y corriente,
que me ame como yo lo amo
y que se una a lo que desee y donde quiera."
(Sylvia Plath, Tres mujeres, 1963)

Valeria tiene 18 años. Concurre irregularmente a la Guardia del Hospital General de CABA desde hace ocho meses. La primera consulta fue en el contexto de una urgencia: había tomado dos comprimidos de ansiolítico y se había realizado cortes superficiales en los antebrazos. Estaba intensamente angustiada y no encontraba forma de aliviarse. No pensaba en morirse sino en recibir ayuda, alguien que pudiera acompañarla en la puesta en palabras de su dolor.

Había sido madre un año atrás, actualmente su hija vivía con su abuelo (padre de Valeria). No tenía vínculo con el padre de la niña. Un mes antes de la consulta a Guardia había fallecido su madre, y Valeria ubicaba ahí el inicio de su desmejoría. Decía sentirse abatida y angustiada, no lograba cuidar a su hija

como sentía que debía hacerlo y por eso le había pedido a su padre que la niña viviera con él por un tiempo.

Tras la consulta a Guardia, cede su cuadro de angustia y recibe, además de medicación ansiolítica, otra antipsicótica. Acepta con alivio la derivación a tratamiento ambulatorio por salud mental. Y ahí comienzan sus consultas a Guardia. No logra, a lo largo de ocho meses, encontrar efector público que pueda admitirla a un tratamiento por consultorios externos. Lejos de abatirse con tal panorama, hace vínculo con el Equipo de Guardia. Y logra, aún en ese contexto, desarrollar otra demanda: la relación con su pareja actual y su vínculo con su familia de origen.

Relata que a partir de la consulta a Guardia en la urgencia, su padre, quien cuidaba a pedido suyo a su hija, había gestionado mediante Juzgado de Familia la tenencia provisoria de la niña. Si bien Valeria tenía acceso a visitar a su hija, se trataba de eso, de "visitas". A medida que pasaba el tiempo, el lugar de ella como visitante iba naturalizándose, tanto para la niña como para ella misma. *"Me dicen que no le pongo límites a la nena, que no sé cuidarla. Si le digo algo, porque le digo. Si juego con ella, porque juego. Nada de lo que hago está bien para ellos"*. Se refiere a su padre y a su abuela (madre del padre) cuando habla de "ellos".

Valeria solicitaba una constancia de atención cada vez que era atendida por Guardia, porque debía llevarla al Juzgado de Familia como prueba de que recibía atención por Salud Mental. Caso contrario, la tenencia provisoria podía pasar a ser definitiva.

Los términos se habían invertido de modo kafkiano, por solicitar ayuda, a su familia, al hospital, había perdido legitimidad como madre y debía probar, cada semana, que recibía atención por salud mental. Y por recibirla, la sombra de la duda recaía sobre su capacidad como madre. Es aquí donde Foucault ubica el modo en que las tecnologías del poder producen positivamente dispositivos para re-producirse.

¿Cómo empoderar en ese contexto/texto a la usuaria? Una vía era por supuesto la psicoterapia, la otra fue guiarla a la consulta por un Patrocinio Gratuito que pudiera legitimarla como madre en sus derechos a ejercer su maternidad. Actualmente Valeria reclama activamente que se le restituya la guarda de su hija, y realiza tratamiento ambulatorio en efector público de la red de salud mental.

Heller propone como una ruptura de la cotidianidad, la inclusión de la dimensión genérica. La define como la homogenización, o dicho de otro modo, la salida de la extrañación a través de la concentración de la energía o la atención en un solo punto. Si para Heller la vida cotidiana se caracteriza por una heterogeneidad de acciones que desarrollamos diariamente (dictadas por el modo de producción dominante), y que pueden cristalizarse, ¿por qué no pensar que la salida del circuito naturalizado "usuaria de salud mental-maternidad judicializada", podría generar un salto a lo genérico? De allí que se propiciara la discontinuidad de la medicación, el inicio de una psicoterapia ambulatoria y sobre todo, la consulta al abogado patrocinante con miras a conocer sus derechos y obligaciones respecto de su maternidad.

Es importante subrayar que la edad de la usuaria es clave en cuanto a la perspectiva que puede abrirse a futuro. No serán iguales los trayectos terapéuticos (Conrad, 1982: 134) para una adolescente que logra sustraerse del nombre "loca, paciente psiquiátrica", que la de una adolescente que, por los motivos que fuere, no logre hacerlo.

Al respecto, presentaremos a Elvira. Tiene 47 años, fue traída a la guardia desde su domicilio por ambulancia y acompañada por tres efectivos policiales, además de su madre. Se había resistido ante la presencia policial por lo que ingresó en silla de ruedas, esposada y cabizbaja (¿humillada?).

Una cédula judicial que solicitaba una evaluación del riesgo, expedida por el juzgado civil que intervenía hacía años en el segui-

miento de la usuaria. Personal policial refería que Elvira presentaba excitación psicomotriz, hablaba del demonio y que había mordido a su madre e intentado morderlos a ellos.

Como primera intervención, realizamos entrevista con la usuaria (dejando fuera del consultorio tanto al personal policial como a la madre). No aceptó en ese momento ni bebida ni comida. Sí logró contar que su madre la trataba como una loca, que había llamado a la policía a la casa y que vivió una escena muy violenta. Dudamos respecto de si medicarla o no, decidimos no hacerlo, ydesesposarla (contra opinión de la oficial de policía). Tras hacerlo, Elvira sonrió. Comenzó a hablar tranquila, sus expresión facial había cambiado. Y aceptotomar … mate. Apareció entonces el primer rasgo otro, genérico, no medicalizado: ser una misionera, que ha venido a vivir hace muchos años ya a Buenos Aires, pero que no abandona sus hábitos materos. Relata que desde la adolescencia estuvo en tratamiento psiquiátrico, y en ese momento, lo está en un efector del sistema público.Hace algunos meses su madre le propuso volver a vivir a Misiones porque la casa tomada en donde viven en Buenos Aires tiene unos vecinos hostiles.

En términos formales, Elvira no tenía riesgo cierto e inminente para sí ni terceros en ese momento. Pero más allá del informe al Juzgado, la decisión terapéutica tenía que orientarse respecto de su madre, de quien decía que además de tratarla todo el tiempo como a una loca, la había además humillado y violentado al pedir la intervención judicial.Le ofrecimos entonces quedarse en la guardia hasta que se sintiera mejor. Aceptó. Dos días después pudo ir directamente a su tratamiento ambulatorio, y desde ahí regresar a su domicilio.

Elvira relató algo de su vida cotidiana: permanecía la mayor parte del tiempo en su casa, había logrado tener una mascota que no había sido bien recibida por los vecinos, tomaba mate y escuchaba la radio. Recordaba con agrado su tiempo de vivir en Misiones (relato que no coincidía con el de su madre, quien había padecido la estadía allí durante la niñez y adolescencia de Elvira) y por ello estaba de acuerdo en volver. Elvira era nombrada por su madre como "esta piba" y recaía sobre ella la responsabilidad por su descompensación, su escasa adherencia al tratamiento ambulatorio actual. A los ojos de su madre, Elvira había sido "normal" hasta la adolescencia. Allí, tras evidenciar introspección e ideación mística, había sido diagnosticada como esquizofrénica, e iniciado tratamiento psiquiátrico. La reconstrucción de la adolescencia de Elvira es lacunar, porque resulta un relato demasiado remoto tanto para la usuaria como para su madre pero puede hipotetizarse que el encuentro con el saber psiquiátrico fue hacia fines de los años '80 en una zona rural de Misiones, con dicfícil accesibilidad material y simbólica a servicios de salud. Entenderemos aquí accesibilidad como "una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse" (Comes, 2006:202).

¿Qué cotidianidad se fue construyendo para Elvira a lo largo de estos treinta años? ¿Qué nombres le habrán sido asignados? ¿En qué actividades habrá sido incluida, y en cuáles no? Preguntas que podemos formular sin posibilidad de profundizar, pero sí parece probable que el estigma social (Goffman, 1963: 14) de enferma mental o loca y de mujer haya dado una sumatoria que ubicaba a Elvira en un lugar cristalizado. Claro que la intervención respecto de la escucha, la mirada no policial, la creación de las condiciones de diálogo, no cambiaba radicalmente los padecimientos de Elvira, ni mucho menos la resarcía subjetivamente respecto de su pasado encuentro con el saber médico, pero tal vez sí ofrecía una experiencia de otro orden. Experiencia/encuentro con un dispositivo de atención que podía ofrecerle otro tipo de mirada y de condiciones distintas a las recibi-

das hasta el momento.

La Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en 2010, fue concebida como pilar para lograr alojar el padecimiento psíquico, en cualquiera de sus formas, dentro de una perspectiva de derechos. El trabajo para quienes trabajamos con usuarios de los servicios públicos de salud mental es cómo pensar cada trayectoria, relato, síntoma, y nuestras intervenciones, con los derechos humanos como horizonte. No se trata solamente de decisiones respecto de los criterios de internación sino, en la mayor parte de los casos, de revisar las lógicas diagnósticas y terapéuticas que relata cada usuario respecto de su trayectoria. Por ello, la intervención que atendía a los derechos de la usuaria Elvira, fue no medicarla (no hacerlo en ese momento), porque en ese contexto, el acto de medicarla era en el sentido opuesto a escuchar algún otro nombre que pudiera dársele (cualquier otro distinto al de "esta piba loca"). El texto de la Ley de Salud Mental deja abierta, para su implementación, una serie de preguntas posibles respecto de cómo intervenir con trayectorias terapéuticas naturalizadas/ cristalizadas (como en el caso de Elvira) o potencialmente naturalizadas (como en el caso de Valeria). Entendemos que una intervención posible puede ser explicitar que no se intervendrá en el sentido médico normativo: sustraerse de actuar desde el saber médico hegemónico. Saber que, tradicionalmente, otorga al profesional la obligación de intervenir respecto del supuesto paciente/padeciente.

Foucault historiza y desnaturaliza el dispositivo hospitalario cuando ubica su nacimiento en el siglo XVIII. Precisa que su creación se debió al desbloqueo del arte del gobierno liberal, que sacó a la medicina de su estancamiento -la práctica médica antes se reducía a la enfermedad y demanda del enfermo- y la ubicó en una nueva escala. Desde 1750 aproximadamente, la medicina comenzó a ejercer a nivel poblacional, en un nuevo espacio físico que le era propio (el hospital), con un tipo particular de registro escrito (confección de las historias clínicas, tratados sobre las enfermedades). La medicina entonces se transformó en una herramienta de control social a distintas escalas, tanto individual como poblacional.

> "Las dinámicas de configuración de la díada normal-anormal fueron ejes centrales de las estrategias de gobierno de poblaciones e individuos inauguradas con la conformación de los estados capitalistas. En el núcleo de esas estrategias, la medicalización, introdujo una torsión por la cual lo anormal se asimiló a lo patológico…En este desplazamiento, los diagnósticos psiquiátricos tienen un rol destacado para la atribución de parámetros de normalidad y anormalidad…" (Bianchi, 2015: 52).

Problematizar nuestra práctica como profesionales de la Salud Mental también sería entonces tomar absoluta conciencia de que recibimos relatos de usuarios en los que se funde la idea de lo anormal y lo patológico. En esos relatos, y en la representación social de la salud y la enfermedad, la idea de lo normal es naturalizada, perdiéndose de vista que se trata de una construcción social que responde a lógicas de poder e históricas particulares. Por ejemplo, que la normalidad esté asociada a la capacidad para el trabajo o para el ejercicio de la maternidad de modo supuestamente adecuado, es una construcción social de un peso aplastante. Si a esto le superponemos, como en el caso de la usuarias presentadas, la legitimación y naturalización de la etiqueta de "enfermo" por parte del sistema judicial, podemos creo darnos cuenta de cuánto hay para problematizar y para modificar de nuestro ejercicio diario en la microesfera del día a día en el hospital. No se tratará simplemente de no estigmatizar al portador de un diagnóstico psiquiátrico, o de antecedentes psiquiátricos, sino de implementar de modo urgente intervenciones que construyan otra práctica. Siempre como pro-

fesionales de salud de un hospital estaremos llamados (no por los usuarios sino por la pertenencia institucional) a intervenir desde lo normatizador, pero en ese mismo llamado está la posibilidad de ofrecer un repertorio de respuestas otras.

> "Existe una política sistemática y obligatoria de "screening", de localización de enfermedades en la población, que no responde a ninguna demanda del enfermo. Asimismo, en algunos países, la persona acusada de haber cometido un delito, es decir, una infracción considerada de suficiente gravedad como para ser juzgada por los tribunales, debe someterse obligatoriamente al examen de un perito psiquiatra (…) Estos son simplemente algunos ejemplos de un tipo de intervención médica bastante familiar que no proviene de la demanda del enfermo" (Foucault, 1976:161)

Por un lado, el saber psiquiátrico (para nombrar al sector de la medicina que el modelo médico hegemónico pensó para abordar el padecimiento mental) responde a lógicas del poder/saber a las que debe serle funcional. Sin embargo, contamos desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental con la posibilidad, invitación ética para una práctica distinta: atender a los derechos de los usuarios y al mismo tiempo ofrecer una terapéutica que pueda aliviar su padecer. No se tratará solamente de no llenar los efectores monovalentes de usuarios sino también de que la psiquiatría, la psicología, el trabajo social y las disciplinas abocadas a la atención del padecimiento mental puedan pensar y pensarse dentro de una práctica distinta, orientada hacia la salud integral:

> "la Psiquiatría (…) no ha dejado de ser un instrumento del poder; del poder normalizador, normatizador y marginador, es decir, del poder que determina quién está de qué lado de la línea que separa a los normales de los anormales" (Levin, 2007: 33)

Sylvia Plath, fuente del título de este texto, resume en la metáfora del césped blanco de médicos, entendemos, la mirada de la escena del dispositivo de atención de salud mental vista desde el punto de vista de un usuario.[1] ¿Qué campo es posible para quien, como Elvira, es traído brutalmente a "ser atendido" al hospital? Llegar nombrada como "esta piba loca" y ser sujetada físicamente con esposas para ser obligada a recibir atención, no es sin dudas el campo propicio para la creación de otras versiones posibles del existir.

Ahora bien, podemos plantear preguntas que orientarán líneas de pensamiento y sobre todo intervenciones posibles desde un ejercicio de las prácticas de salud mental que se alejen, o piensen críticamente, las tecnologías del poder. ¿Qué peso tiene el estigma que porta un usuario para un profesional de la salud mental? ¿Qué puntos de contacto tiene la indagación respecto de los antecedentes médicos de un usuario con los prejuicios, representaciones sociales? ¿Qué intervenciones resultan estigmatizantes? Y por el contrario ¿qué acciones u omisiones resultarían potencialmente genéricas (en términos de Heller), aportarían otra versión del usuario respecto de sí mismo y de su trayectoria? ¿Cómo desarmar el tejido institucional que en muchas ocasiones tiñe cualquier acción de usuario de enfermedad y estigma? ¿Qué conceptualizaciones teóricas podrían entonces acompañar otro tipo de prácticas, aún dentro de contextos institucionales típicamente hegemónicos? ¿Cómo intervenir para cuidar la potencialidad del momento adolescente y no cercenar trayectorias posibles y saludables? ¿Es posible entonces sustraerse de diagnosticar a eda-

1. Sylvia Plath fue ella misma usuaria de servicios de salud mental, parte en Estados Unidos, parte en Inglaterra. La novela "La campana de cristal" (1963), de tipo autobiográfica, reseña el recorrido de una adolescente desde que se inserta en el campo universitario y laboral hasta que, tras un intento autolítico, es atendida por distintos efectores de salud mental. La poesía de esta autora es, además de brillante, testimonio de una usuaria de salud mental, y aporta originales puntos de vista que pueden ser de interés para quienes nos desempeñamos en ese ámbito.

des tempranas?

Preguntas que no nos proponemos responder ahora sino mantener para que generen la tensión necesaria que obligue a cada uno de quienes ejercemos en el ámbito de la clínica a desnaturalizar cada intervención, pensándola en su potencialidad y capacidad creativa.

Bibliografía

-Bianchi, Eugenia (2015). Infancia, medicalización y manuales de diagnóstico psiquiátrico. Figuras de la anormalidad en el siglo XXI. En Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales (pp. 41-54). Buenos Aires: UBA Sociales.

-Comes, Yamila y otros (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. En Anuario de Investigaciones, volumen XIV. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.

-Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby D. (Ed.) Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental. Barcelona. Crítica-Grijalbo. Pp. 129-154

-Foucault, Michel (1974). Crisis de la medicina o de la antimedicina. En Educación médica y salud • Vol. 10, No. 2 (1976)

-Goffman, Erving (1963). Prólogo. En Estigma, la identidad deteriorada (pp. 1-26). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

-Heller, Agnes (1985). La estructura de la vida cotidiana. En Historia y vida cotidiana. Aportación a la sociología socialista. México: Enlace-Grijalbo.

-Levin y Matusevich (2007). Prejuicio y estigma en Psiquiatría, Vertex 71, pp 32-35.

-Ley Nacional de Salud Mental nº 26657 (2010) y Decreto Reglamentario 603/2013. Recuperado de http://www.sada.gba.gov.ar/salud_mental.pdf

-Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Revista Alteridades, vol. 4, pp. 71-83. Recuperado de http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf

-Menéndez, Eduardo (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Hugo Spinelli (comp.), Salud Colectiva (pp. 11-47). Buenos Aires: Lugar Editorial

-Plath, Sylvia (1963). La campana de cristal. Barcelona: Edhasa.

-Plath, Sylvia (1963). Tres mujeres. Recuperado de http://files.bibliotecadepoesiacontemporanea.webnode.es/200000099-828d283874/Sylvia%20Plath%202.pdf

-Winnicott, Donald. (1968) Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente, y las inferencias que de ellos se desprenden en lo que respecta a la educación superior. En Realidad y juego. Barcelona: Gedisa.



XII Jornadas de la APSS
Recepción.

LA CAMA 19

Lic. María de los Angeles Esquivel

. . . . .

El presente escrito se enmarca dentro de mi proceso de formación como residente de Trabajo Social de un hospital especializado en salud mental de la Capital Federal.

En el mismo intento plasmar algo de la experiencia transitada por una sala de internación de un hospital psiquiátrico y a través de un caso clínico[1] plantear algunos interrogantes acerca de la entrevista con familias de personas que presentan padecimiento subjetivo.

Se trata de un escrito preliminar teniendo como horizonte seguir problematizando la intervención profesional en el marco de equipos interdisciplinarios de salud mental.

Primera parte

…Se fue de alta…

Miro la pizarra de la sala de hombres. Allí están todos los pacientes internados en las 20 camas que disponemos, separados en dos columnas. Se especifica qué día ingresó a guardia, el día que pasó a sala, equipo tratante y el día en que se debe realizar el "informe de 30 días".

Borro la cama 19.

Se acaba de ir de alta Román ese paciente que se me conmovió tanto, él y su madre… a todos nos conmovió.

No podíamos hablar con Román se encontraba todo el tiempo interceptado, con impulsividad contenida…

Intentamos mucho y se pudo, un día se pudo, si bien hablaba muy poquito, un día nos empezó a saludar… a sonreír.

Fue difícil comprender que se trataba de un paciente grave y que teníamos que trabajar también con nuestras expectativas.

Recuerdo a su mamá y las entrevistas que dimos en llamar "de familia" … pese a que ya había tenido dos internaciones en el hospital esta era la primera vez que hablamos de "lo que le pasaba a Román", ¿qué era la Esquizofrenia? ¿Cómo la entendía ella? Se identificaba una trayectoria de vulnerabilidades en la historia de Román y su madre. Nos parecía que estábamos ahí para escuchar y alojar ese relato. Era difícil porque se trataba del relato de la madre del paciente.

Y se fue de alta.

Ingresa otro paciente a esa cama. Me encuentro con una historia a descubrir. Me encuentro con Máximo y su familia.

1. A los fines de sostener el anonimato de los protagonistas los nombres utilizados son ficticios.

Máximo: Un silencio a escuchar

Máximo tiene 21 años ingresa a la guardia del hospital en Agosto de 2018 traído por su madre quien refiere que abandonó la toma de la medicación negándose a ingerirla y rechaza alimentos por temor a ser envenenado. Rechazaba alimentos y agua desde hacía una semana.

Días previos a la internación Máximo presencio en la vía publica un episodio de violencia de su padre hacia su madre; episodio donde el queda en el medio de la pelea y sostiene los brazos de su madre para que no golpee a su padre quien ante esto continuaba agrediéndola.

Al momento del ingreso se consignará en la historia clínica: Episodio Psicótico Agudo – Esquizofrenia Paranoide

Máximo se encontraba realizando tratamiento ambulatorio desde Marzo de este año. Anteriormente realizó controles por guardia. Según consta en historia clínica en ese momento decía que "le dolía mucho la cabeza" y negaba alteraciones sensoperceptivas.

Máximo deja de tomar la medicación y sus padres registran que "lo ven mejor" pese a que no toma la medicación razón por la cual refieren que no asistirán más.

No presenta internaciones previas por salud mental.

Durante la entrevista de admisión que realizamos en sala, se mostrará toda la entrevista suspicaz, responderá con monosílabos sin hacer contacto visual. Se tomará con su brazo derecho su panza durante toda la entrevista.

Al preguntarle por qué se encontraba en el hospital dirá: "porque hice mucho ejercicio y tengo dolores de cabeza" "me siento raro cuando como". Se evidencia un marcado aplanamiento afectivo.

En adelante todo su equipo intentará acompañarlo, entrevistarlo, a través de caminatas en el parque, de la lectura de libros, de juegos de mesa, de simples charlas. Máximo se mostrará infranqueable.

Por momentos parece inerte ante los demás; no parece convocarlo nada haciendo muy difícil recuperar algo de su historia y también algo de su sintomatología actual.

¿Recuperando la historia de Máximo?

Ante la imposibilidad de obtener datos de su historia comenzamos a mantener un espacio de "entrevistas de familia" con Celia madre de Máximo de 50 años de edad.

Durante la mismas pudimos recabar datos de la biografía de Máximo.

Máximo vive en Villa Celina, en una vivienda de dos pisos. En la misma convive con su madre, sus hermanos: Pía de 11 años, Lisandro de 10, Jazmín de 30 (hija de otra relación) y sus dos sobrinos Juan de 3 años y Álvaro de 1 año.

Los padres de Máximo son nacidos en Bolivia.

Su madre llegará a la Argentina junto con Jazmín buscando un trabajo mejor del que tenía allí. En ese momento ella se encontraba casada, "feliz" según dirá en las entrevistas posteriores.

Aquí conocerá al padre de Máximo con el cual formará pareja en el año 1993.

A la hora de reconstruir la historia del paciente su madre contará que siempre fue un niño callado y retraído.

Refiere un buen rendimiento escolar, aunque "le costaba", su madre refiere que Máximo no estudiaba durante todo el año y luego rendia las materias en una semana.

A su vez refiere bullying durante gran parte de su trayectoria escolar agudizándose en la escuela secundaria (llegaba a su casa con cigarrillos quemados en el cuerpo)

A los 17 años su madre manifiesta que Máximo tras un "desengaño amoroso", al ser rechazado por una compañera del colegio estará varias semanas acostado en su cama.

Luego de esto comienza a realizar ejercicio

físico excesivamente.

A los 18 años tendrá un accidente mientras se encontraba solo en la terraza de su casa. De este hecho su madre referirá que escucharon "un golpe fuerte y luego un silencio"; Máximo bajará después de un rato y dirá mama no sé qué me pasó, me caí y no me acuerdo de nada".

A través de estudios se descartaron daños orgánicos de tipo neurológicos.

Máximo cursó durante un año el Cbc de Arquitectura, allí también sufrió el rechazo de una compañera de la universidad y comenzó a dejar de comer, no se bañaba y se desmayaba en el colectivo. Según relata su madre comenzó a "hablar con las paredes "y caminaba por la casa de modo errante. En este contexto refería "me falta el aire, no doy más".

El cuadro de aislamiento se afianzaba a la par de que aparecían conductas desorganizadas e ideas delirantes; "su madre lo quería envenenar, ella contrataría un sicario para esto".

La entrevista como espacio de reconstrucción de relatos

La madre

Celia llorará en su primera entrevista y llorará en las siguientes.

Ella es costurera y trabaja gran parte del día en el taller que tiene en su casa.

Las entrevistas serán complejas, extensas y costará que nos lleve a la historia de su hijo, porque nos lleva a su historia, porque habla de ella y su sentir, porque nos habla del padre de Máximo y su dolor.

Entonces entiendo que esa historia es la historia de la familia, que alojar algo de esa verdad y de esos secretos es parte del hacer que me convoca, es parte de la tarea que no se debe eludir.

En este punto coincido con Contrera: *"No se puede estar afuera y ver a la realidad: desde la profesión se está inmerso dentro de ella. No está bajo control de nada; pues al intervenir se es parte de toda esa red simbólica que se crea con la familia (…) se produce un pasaje así también en tanto se entiende a la familia como una red simbólica en la cual eso que se llama síntoma puede ser un problema constituido como un problema que los miembros han acordado contarse a sí mismos"* (Contrera, 2006:147)

Continuando con esta línea teórica una de las cuestiones que me hacen escribir este escrito es reflexionar en torno a las "entrevistas de familia" a ese espacio de encuentro que tiene lugar en el marco de una internación por salud mental y nos adentra en la historia familiar y las formas de narrarla.

En muchas ocasiones las entrevistas con familiares tienen dos objetivos: recabar datos de la biografía del paciente y evaluar estrategias de externaciòn.

Me pregunto cuando mantenemos las entrevistas con Celia ¿Qué implica tener un espacio de entrevistas de familia?

Vuelvo entonces a pensar en que Máximo está internado casi sin hablarnos; la noción de síntoma me lleva a pensar que puede ser un camino para rearmar, porque el síntoma "dice algo" y además "es un decir de algo" El síntoma dice algo de la familia, no sólo de aquel que lo porta, porque el síntoma es narrado dentro de la trama de relaciones. (Contrera 2006).

En este punto continúo pensando al decir de Liliana Negro que *"la entrada a una internación resulta casi siempre una entrada alienada al sentido ajeno, impropio. Es necesario entonces durante el tiempo de la internación la realización de un trabajo que constituya la salida como propia"* (Negro1996 en Kiper, 2013:128)

Ante esto me pregunto ¿cómo ayudar a Máximo a constituir esa salida? ¿Cómo armar algún sentido con él durante esta internación? ¿Podríamos incluirlo en las entrevistas con su madre? ¿Qué es lo que le ocurre a Máximo?

Celia contará que estuvo en pareja con el padre de Máximo por 24 años, contará que

siempre sufrió violencia verbal y física por parte de él.

La dinámica cotidiana de la casa se veía plagada de gritos y peleas constantes.

Celia refiere que todos sus hijos adoptaron el modelo de su padre, Máximo no hacía nada en la casa, tampoco pedía nada ni se fijaba si hacía falta algo. "Todos mis hijos son así" (sic)

A los 8 años de edad de Máximo se enterará que su marido tiene una familia paralela.

La historia de la familia se ve atravesada por múltiples separaciones y reconciliaciones; hasta que hace dos años hace lo denuncia y actualmente rige una medida de protección a la víctima para ella y para sus niños pequeños.

El padre de Máximo viola estas perimetrales continuamente (vive a dos cuadras de su casa), la amenaza y hostiga. En el marco de una de esas tantas violaciones a la perimetral es que agrede en la vía pública a la madre de Máximo.

En una de las últimas entrevistas mantenidas Celia contará desbordada en llanto, el "secreto familiar" relatará escenas de abusos intrafamiliares hacia sus niños, hermanos del paciente (no refiere que hayan sido hacia Máximo) y se culpará por "no haber hecho nada" (sic).

El padre

El padre se llama igual que su hijo: Máximo es también oriundo de Bolivia y se desempeña como Contador Público.

Dirá que Máximo siempre fue un niño sobreprotegido y que su madre lo trataba de "vago" y que lo obligaba a trabajar.

Se presentará en la sala y se mostrará en contra de la internación. Le dirá al equipo tratante que quiere llevarse a Máximo que aquí no se lo está tratando bien.

Se decidirá que el padre tenga prohibido el contacto con Máximo.

En entrevista terapéutica se le preguntará si desea ver a su padre y Máximo dirá que sí.

Esta medida será luego reevaluada y traerá consecuencias ya que el padre se mostrará querellante con el equipo, dirá que su hijo necesita "contención familiar" y no tratamiento.

Se observará que durante sus visitas abraza largamente a su hijo casi sin interrupción y se acuesta en la cama con el paciente.

Cada vez que el padre del paciente viene a visitarlo luego de cada visita Máximo se muestra ansioso y le dice a su madre "me quiero ir de acá".

A lo largo de este tiempo me pregunto sin poder llegar a una respuesta ¿Qué hacer con esta figura paterna? Su figura genera rechazo, pero me pregunto, ¿deberíamos trabajar con este padre? ¿Deberíamos convocarlo al tratamiento?

Una de las líneas que comenzamos a esbozar con Celia es la posibilidad de solicitar la extensión de la medida de protección hacia Máximo, ¿Cómo pensar esta estrategia de intervención desde Trabajo Social?

Si bien considero que el trabajo interdisciplinario conlleva muchas veces saber cuándo correrse, reconocer las propias limitaciones y la incompletud de la propia disciplina considero necesario preguntarme ¿qué podemos decir desde el Trabajo Social sobre esta situación?

Reflexiones en relación a la trayectoria de Máximo

Como equipo tratante nos encontramos desorientados con el paciente; pasa muchas horas en la cama, tapado, y al intentar hablar con él responde con monosílabos casi siempre con actitud de desconfianza y sus ojos en estado de alerta.

Desde el espacio terapéutico se ha intentado leer libros, jugar al ajedrez y al "tutifruti" sin mucho éxito. Se solicitó evaluación por el servicio de psicodiagnóstico que actualmente se encuentra demorada ya que resulta dificultoso evaluar ya que "el paciente

no realiza las pruebas".

¿Qué estrategias desplegar? ¿Tal vez sea necesario acotar los objetivos de esta primera internación?

Recuperar la historia de Máximo implica reconocer un enclave que se repite: la violencia.

Hay violencias que trabajan al servicio de la pulsión muerte, que son des estructurantes, en tanto tienden a romper, no a delimitarlas o a posibilitarlas.

Siguiendo al diccionario violencia tiene que ver con una irrupción sin permiso, con un forzamiento. Cuando hablamos de violencia estamos pensando en la irrupción desmedida, en el quiebre de lazos, en el desconocimiento del otro como tal. (Janin B 1997 pág. 9)

Máximo vivenció violencias desde toda su vida, en forma transversal, en el ámbito de su casa, en su vida cotidiana.

Sufrió violencia en el colegio física y simbólica.

¿Cómo pensar los efectos psíquicos del maltrato? ¿Esta pregunta puede esbozar alguna pista para pensar al paciente? ¿Si esto es así, qué acciones podríamos llevar a delante para iniciar un camino reparador? ¿Como posicionarme frente a esto como trabajadora social?

Hay marcas en el cuerpo, "marcas como agujeros del pensamiento", de momentos de pánicos, de silencios tal vez colmados de angustia y vergüenza. (Janin,2009)

Un niño difícilmente pueda diferenciarse del contexto: "La violencia es siempre en el un interno -externo diferenciable" (Janin, 2009:56)

Siguiendo a Janin (2009) es necesario reconocer que a diferencia de un adulto que tiene la posibilidad de contrastar su memoria con el presente, el niño no ha podido construir una historia que le permita oponer otras representaciones a las que irrumpen en forma de maltrato.

Todo aquello que no pudo ser metabolizado, "digerido" pasa en sus formas brutas y así las angustias, los estados de depresión profunda y de pánico se transmiten como agujeros, vacíos, marcas de lo no tramitado.

Sin duda lo escrito hasta aquí no puede ser más que una aproximación a una situación mezclada por sensaciones, y un conglomerado de pensamientos e ideas que no logran cobrar forma en el devenir de la práctica en la sala.

A lo largo del escrito puntualicé preguntas que aparecen sin orden en el quehacer cotidiano; preguntas que van desde la constitución de las entrevistas que damos en llamar "de familia" y vamos dando forma en el día a día entre ensayos y errores con algunos aciertos.

Desde que ingresé a la sala de hombres vengo pensando (gracias a los aportes de un gran psicólogo de la sala) en el lugar que le damos al trauma en nuestras intervenciones cotidianas como profesionales en general y como trabajadores sociales en particular.

Etimológicamente la palabra "trauma" proviene del griego y significa "herida". Ante la irrupción de un hecho traumático (que puede ser un hecho o varios sucesos) la vida anímica del sujeto tenderá a su propia regulación apelando a los recursos previos que lo constituyen teniendo como objetivo evitar el dolor psíquico que esto le implica.

Cuando esta situación no se puede elaborar, no logra anudarse a una cadena de sentido, este hecho se reactualiza, se vive como un presente constante (Vega,2015)

Poner en juego ese trauma, "no olvidarlo" implica una tarea compleja que en las entrevistas de familia llevadas adelante con la madre de Máximo pareciera que irrumpe en forma de develación del secreto familiar que se volvió insoportable.

Soportarlo como parte del equipo tratante es un desafío.

"La cama 19" me lleva a reflexionar en torno a mi lugar en este espacio de escucha y de alojamiento del relato familiar traumático que pareciera volver encarnado en distintas familias e historias.

¿Qué hacer con eso? ¿Qué mirada es posible aportar desde la profesión?

¿Qué tiempos son posibles de instalar en el marco de una internación por salud mental?

¿Cómo alojar el relato de las familias que atraviesan una internación?

Narrativas de la internación por salud mental

Recupero las siguientes palabras que funcionan como disparadoras para continuar este escrito: "Las narrativas son palabras que hacen "algo" y para capturar ese "algo "hay que contarlo; hay que contar la historia de uno a su manera y con sus propias reglas del juego" (Valverde,2009:77)

En muchas ocasiones aquella persona que llega al hospital llega por primera vez a un efector de salud mental y por primera vez cuenta su historia, estructura un relato.

En otras ocasiones nos encontramos frente a sujetos que presentan una trayectoria de múltiples internaciones y se observa que su forma de narrarse, su recapitulación biográfica se encuentra armada en función de elementos institucionales que adquieren carácter de diagnóstico al modo de "carta de presentación" y de un devenir entre "compensaciones" y "descompensaciones".

La internación es considerada como "el último recurso terapéutico de carácter restrictivo y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que las realizables en su entorno familiar, comunitario o social" (Artículo14 ley N.º 26657:2010).

La internación puede ser de tipo voluntaria o involuntaria. Si es de tipo voluntaria el paciente expresa su consentimiento a la internación, si se encuentra en estado de lucidez y si se encuentra en condiciones de comprender todo lo que ello implica asimismo puede revocar su consentimiento y decidir abandonarla en cualquier momento. Ahora bien, las internaciones involuntarias deben concebirse como recurso terapéutico excepcional esto es cuando no son posibles tratamientos ambulatorios y cuando mediare una situación de riesgo cierto e inminente para si o para terceros (Articulo 20 Ley N.º 26.657).

En líneas generales durante la internación en el hospital el seguimiento médico y terapéutico es diario mientras que el de Trabajo Social y Terapia Ocupacional se ajusta a las características de la situación en particular teniendo en cuenta el estado clínico del sujeto, sus necesidades, la complejidad de la situación y las problemáticas sociales existentes. En el marco de la sala se trabaja en pos de la compensación y posible externación del paciente.

Ahora bien, que la internación pueda convertirse en un acontecimiento particular para alguien implica necesariamente partir de una disponibilidad. (Negro,2012)

En este punto lo primero que descubro al insertarme en la sala es el efecto del "estar disponible", de "prestar" una escucha u "ofrecer" el cuerpo que propicie el encuentro con el otro.

El tratamiento en la sala implica ponerse a trabajar con el otro, el otro profesional, el otro que adopta la figura de paciente, implica poner el cuerpo y en palabra de Negro: "No consentir en la pasivizacion del otro ni la propia" (2012)

Entonces me pregunto ¿Qué implica la internación? La internación es un dispositivo que con sus pautas y horarios enmarca "ortopédicamente" al sujeto que perdió sus coordenadas. (Negro 2012)

En este punto recupero la reflexión de Diaz Jiménez quien manifiesta que: "no es lo mismo lo insoportable al desnudo que aparece en la situación de urgencia donde el sujeto actúa en vez de decir, que lo mediado, almohadillado por un síntoma que permite iniciar un trabajo con él" (Diaz Jiménez 2012:24)

Sin duda esto implica un desafío para los equipos interdisciplinarios ya que supone apartarse de la necesaria compensación sintomática como único objetivo de una internación en salud mental.

Si bien es necesario no perder de vista que "la internación debe ser lo más breve posible" (Ley N.º 26657 Art 15) considero que muchas veces en la sala entre el devenir cotidiano de las exigencias institucionales, y los

paradigmas de intervención que coexisten, esta frase funciona como "latiguillo" para pensar en el alta antes que en la instauración de un tratamiento singular.

Me pregunto entonces ¿Qué tipo de subjetividades produce este dispositivo que conforma una sala de internación en un hospital psiquiátrico?

¿Qué subjetividad profesional produce la sala? ¿Cuáles son los relatos cristalizados de la sala? ¿Qué tratamiento ofrece al padecimiento?

Son algunas de las preguntas que aparecen en lo cotidiano de mi inserción como residente en la sala.

En relación a esto una de las cuestiones que más me interpela en la sala de hombres es que no existe un espacio formal de Entrevistas de Familia.

La posibilidad de realizar este tipo de entrevistas queda a criterio de los equipos interdisciplinarios con diversos objetivos tales como obtener información de la biografía del sujeto, evaluar la red de contención familiar, definir un proceso de externaciòn entre otros.

Pensar la entrevista familiar como un espacio para recuperar la narración que se hace como modelo interpretante de la realidad vivida es una línea de trabajo que facilita y propicia un trabajo terapéutico integral.

La historia narrada por la familia implica simultáneamente a quien la cuenta y al mismo relato.

En este punto es vital, recuperar la idea de familia como hecho del lenguaje, a partir de la cual se ubicará su función de transmisión de la Ley, de las pautas culturales que regulan el funcionamiento familiar.

A su vez, la familia implica una "ficción "en tanto entramado simbólico imaginario, siendo lo ficcional lo que le dá sentido al sujeto. Este sentido se conformará según los imaginarios de época, significaciones que configuran en cada momento lo que es ser madre, lo que es ser hijo, padre, hermano etc. (Fuentes, 2015)

De esta manera "familia" es un lugar que combina "función" con "ficción", qué implica un entramado no sólo de funciones y de discursos sino donde está en juego algo del orden del deseo.

La posibilidad de recuperar un significante y construir otro podría ser una línea de intervención que implica reconocer que el síntoma (encarnado en el sujeto internado) es narrado en una trama de relaciones. (Contrera, 2006)

A su vez en este tramo de mi inserción en las entrevistas me pregunté y me pregunto:

¿Qué lectura aportar desde Trabajo Social en un contexto donde el discurso psicoanalítico domina?

Aquí aparece la posibilidad de pensar la construcción de la narración de la realidad de manera social que permita conceptualizar como se dan históricamente los supuestos de ella. En este punto identifico que al intervenir como profesionales formamos parte de esa red simbólica que se crea con la familia en el contexto de entrevista.

Introducir entonces la posibilidad de pensar en trayectorias implica también disputar ciertos relatos anclados en la sala; la noción de trayectoria destaca la idea de proceso en el que se ponen en juego las disposiciones y prácticas de los diversos actores. (Carmen Lera, Genolet, Schoenfeld, Guerreira, Bolcatto,2007)

Tras lo expuesto considero que es necesario pensar al sujeto que padece en el marco de estas trayectorias; pensar por ejemplo en la trayectoria institucional del sujeto, como un proceso que tal vez nos posibilite encontrar puntos de encuentro entre las distintas narrativas que construimos como profesionales.

Siguiendo a Viviana Medina(s/ref) considero que la entrevista es "una herramienta diagnóstica, preventiva y terapéutica" a diferencia del interrogatorio médico en el que parecería que el único saber lo tiene el profesional.

En este punto entiendo que en muchas ocasiones en el marco de la internación podemos llegar a adoptar posturas que ubican a la en-

trevista en el plano del No Lugar y destaco la importancia de asumir el desafío de que se convierta en un Lugar (Augè ,1992)

El no Lugar es un espacio de paso; la entrevista que no da lugar al dialogo, ni siquiera a la mirada detenida. Muchas veces la rutina de la internación, las coordenadas de la rutinarios llevan a no poder implicarnos en los espacios de encuentro con ese otro que sufre y llega al hospital público buscando alojamiento para ese sufrimiento.

La entrevista a veces puede ser espacio de desencuentros, pero también puede ser Lugar de encuentro, de cruce, espacio relacional, identificatorio e histórico.

Trabajo Social y padecimiento mental

El Trabajo Social se suma a los equipos interdisciplinarios de salud mental, que intentan abordar el padecimiento mental desde distintas perspectivas, comprendiendo al proceso salud-enfermedad como expresión de una trama compleja de elementos que atraviesan la dimensión política, económica, sociocultural, demográfica, etc.

En este sentido como sugiere Alfredo Carballeda, si se acepta que el lugar de construcción del proceso salud- enfermedad es la vida cotidiana condicionada por componentes del contexto "es posible pensar que desde allí se le asignan diferentes sentidos a éste y es en ese lugar donde se expresan las implicancias, tal vez más relevantes de la intervención de lo social a partir de su interpelación entre lo macrosocial y la singularidad de lo micro" (Carballeda, 2012)

En este punto, en muchas ocasiones surgen dudas ya que llegan al hospital sujetos que presentan al decir de Coronel, un "malvivir", un límite subjetivo que responde a la cadena significante o la presentación de un real que no puede tramitarse" (Coronel en Sotelo, 2012)

De esta manera a lo largo del recorrido realizado se evidencia como necesario re pensar las actuales expresiones del padecimiento mental, realizando un intento por subjetivarlo sin perder su dimensión macrosocial.

En este sentido pensar en términos de urgencia subjetiva permite iniciar ese recorrido que amalgama lo singular con lo social.

"Momentos de crisis en la vida del sujeto que, al no poder dar cuenta de su sufrimiento, o sea cuando el discurso no le alcanza para entender, maniobrar, ese sufrimiento inefable, se queda sin palabras, sin imágenes, es empujado a actos desesperados o es presa de la más cruel angustia" (Seldes, 2005)

Redefinir el término de "enfermedad mental" para introducir el concepto de "padecimiento mental", en palabras de Carballeda "la enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo, y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece" (Carballeda, 2013:72). Esto da cuenta de la complejidad en la que se encuentran inmersos los sujetos, las distintas dimensiones que se conjugan y los procesos de salud como dinámicos. Continuando con esta perspectiva, recupero las palabras de Galende, quien afirma que "desde siempre los trastornos psíquicos expresan en sus síntomas las condiciones sociales de vida, dentro de los parámetros simbólicos de la cultura" (Galende, 2007: 4). El autor entiende que locura, marginalidad, exclusión social, pobreza, desamparo son aspectos que siempre se aúnan para generar el destino del padecimiento mental.

Coronel especifica que el desafío del hospital en la época en la que "el Otro no existe", será funcionar como garante, produciendo en quien consulta un alivio, algún tipo de inscripción en su malestar: "frente al arrasamiento del Otro la institución publica funciona como ordenador que regula y atempera" (Coronel en Sotelo 2012:73)

Sobre estas palabras he reflexionado, ya que históricamente "el manicomio"se presenta como un aparato normalizador, y sancionador. Entiendo que "alojar" a ese sujeto de

atención, escuchar, sostener, dar lugar, implica intentar reconstruir algo de ese lazo social que se ha desanudado.

¿Qué hace lazo? Un breve recorrido por lo vivenciado y lo leído me lleva a una posible respuesta: El discurso. El ingreso al lazo social es efecto del discurso.

"El discurso excede la palabra, va más allá de los enunciados que realmente se pronuncian… sostiene la realidad, la modela…" (…) los discursos son distintas soluciones- en el sentido de ofrecer modos de estabilizar el conflicto- que tienen como efecto condicionar la emergencia de los modos de enfermar y de curar, de amar y de gozar" (Benedetti, 2014)

Carballeda proporciona algunos elementos para pensar al lazo social entendiendo al mismo como "un mecanismo atravesado por lo simbólico, que da cuenta de la relación entre sujeto y mundo social, es singular y está compuesto por elementos materiales y múltiples significaciones que se hacen necesario en la construcción de la subjetividad dado que actúa como mediador en la construcción de diferentes sistemas de significados y valores que nos hacen sujeto" (Carballeda 2013; 3)

Siguiendo al autor mencionado el lazo social se presenta como una forma de campo de tensión entre el discurso neoliberal y el colectivo, así la intervención social enlaza una necesaria recuperación del lenguaje, de la palabra con el otro que intente revincular al sujeto con su historia, con la cultura, las instituciones y con la posibilidad de un futuro a alcanzar.

Palabras finales

La posibilidad de recuperar la historia de Máximo, que es en algún modo la historia de su madre, y se constituye como relato familiar.

La posibilidad de ejercitar la escucha de esa historia. Escuchar ese relato y soportarlo. Escuchar intentando suspender las respuestas. Acompañando

Despojarse de la necesidad de intervenir, del hacer.

Despojarse del deber ser profesional y de cierta, ansiedad fue todo un desafío para mi formación como residente.

Considero que en este caso la internación funcionó como soporte para esta madre que pudo enunciar y denunciar aquello que se constituía como secreto familiar, lo prohibido, lo que no se dice.

Este acto de enunciar, de poner en palabra en el marco de una entrevista en un hospital permite, a mi criterio, derribar simbólicamente el mito de lo domestico y lo privado como aquello que "queda en casa". Traerlo al hospital, trabajarlo, contenerlo, abordarlo permite armar dimensiones que integren aspectos sociales de lo traumático y del síntoma en salud mental.

Bibliografía

- Auge M. (2007) “Los no lugares. Espacios de anonimato. Una antropología de la sobre modernidad” Gedisa Editorial, Buenos Aires
- Benedetti E (2014) ¿Qué puede el Hospital? Las casas amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo (págs. 123-
143) Ciudad autónoma de buenos aires: Laura Bonaparte
- Carballeda Alfredo. La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. (2012). Margen N°65
- Contrera, V. (2006). La narrativa en Trabajo Social: entrevista familiar como espacio de reconstrucción de relatos. Revista Tendencia Fuentes S (2015)” Familias hoy. Desbordes del lazo social ficcionado”. En “Lazo social y procesos de subjetivación” Reflexiones de la época (págs. 49- 56) La plata: Universidad Nacional de La Plata
- Coronel M (2009) La admisión en la institución publica En I. Sotelo, Perspectivas de la clínica de la urgencia . Martinez, Provincia de Buenos Aires: Grama.
- Fuentes S (2015)” Familias hoy. Desbordes del lazo social ficcionado”. En “Lazo social y procesos de subjetivación” Reflexiones de la época La plata: Universidad Nacional de La Plata
- Galende Emiliano (2007) https://www.agenciacyta.org.ar/2007/06/entrevista-a- emiliano-galende-especialista-en-salud-mental/
- Janin B (1997) “Violencia y subjetividad”. En revista cuestiones de infancia ,2. Buenos aires
- Janin, B (2009) La violencia en la estructuración subjetiva. Uces
- Kiper, C (2013). Cuando roma no es un anagrama del amor. Revista Clepios
- Vega (2015) Incidencias de nuestro pasado reciente. Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones de época. Libros de catedra. Universidad Nacional de La Plata
- Medina, V. “Curso para la atención integral de Adolescentes” En el marco del Seguro Provincial de Salud
- Negro L. (2012) Revista Clepios -Volumen XVIII,2012
- Seldes, R. (2005). “La urgencia subjetiva”, Tiempos de urgencia. Bs.As.: JCE.

Legislación consultada

- Ley N.º 26.657 Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada; Noviembre de 2010.Promulgada: Diciembre 2010

INTERNA-DOS. TRABAJO SOCIAL E INTERNACIÓN DE SALUD MENTAL EN DOS HOSPITALES DE NIÑOS DE LA CABA

Lic. Florencia M. Fernandez
Lic. Carolina Portel

. . . . .

Nos desempeñamos como trabajadoras sociales, en dos hospitales generales de niños en al ámbito de CABA, en el presente escrito pretendemos analizar el quehacer profesional a partir de nuestra experiencia de trabajo en el área de Internación de Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes.

Cada uno de estos espacios tiene características particulares, a continuación mencionaremos las más relevantes.

El equipo de internación de Salud Mental del Hospital "A" está conformado por una coordinadora del Área (médica psiquiatra), dos psiquiatras de planta, una psicóloga (planta permanente), y una trabajadora social (planta permanente). A diferencia del resto del equipo, trabajo social divide su carga horaria en prestaciones para el área de internación y prestaciones del servicio social (demanda espontánea, por ej.)

Un aspecto central del trabajo cotidiano está determinado por las/os profesionales en formación: residentes, concurrentes, rotantes de psicología y psiquiatría que durante periodos de un año a seis meses sostienen los tratamientos de las personas internadas.

En el Hospital "A" se trabaja principalmente con población de 11 a 18 años de edad. La internación se realiza en salas generales, predominando por características de la sala, la Unidad 5 de Clínica Médica. Durante la internación él o la joven cuentan con tratamiento individual por psicología y psiquiatría, espacio de terapia familiar, espacios grupales de taller o asamblea, los cuáles son obligatorios para el tratamiento (excepto que esté contraindicado por el estado de salud de la persona). El promedio de jóvenes internadxs es de diez/ once personas.

En relación al Hospital "B", se trata de una sala de internación de salud mental pediátrica, dentro del hospital general. Está ubicada en un cuarto piso, y tiene capacidad para 9 niñxs. En cuanto a la población, se realiza un corte, y se trabaja con niñxs hasta los 12 años de edad, con quienes se realiza internación conjunta con un acompañante (familiar, referente afectivo/vincular, o Acompañante terapeutico). En cuanto al recurso humano, la sala cuenta con enfermería especializada (dos o tres enfermeros por turno) y equipo interdisciplinario

con actividad exclusiva en la sala: tres psiquiatras infantojuveniles, dos psicólogas, dos terapistas ocupacionales y una trabajadora social. Además se cuenta con un secretario (compartido con otros servicios), un personal de seguridad y Residentes de psicología, psiquiatría y T.O, se sumarán en los próximos meses, residentes de Musicoterapia y rotantes de la carrera de Arteterapia. Durante la semana se llevan a cabo diferentes espacios de atención individual (disciplinares e interdisciplinarios) con los niñxs y sus familias, de acuerdo a las particularidades de cada situación. Además los niñx cuentan con espacios/talleres grupales: Escuela hospitalaria/colonia, Taller de Cocina, Taller de Arte, Taller de nutricion, Taller de X-Box. Actualmente no existen espacios grupales para cuidadores/referentes vinculares, tampoco espacios estructurados de trabajo vincular.

Algunas definiciones conceptuales que orientan nuestro análisis Campo de la Salud y Salud Mental

Nos referiremos a Campo de la Salud "*entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales*" (Bourdieu, 1997 en Spinelli 2010)[1]. Entendemos que hablar de Campo y no de Sistema, nos permite analizar y contemplar elementos como desigualdades sociales, conflictos de intereses, perspectivas, actores diversos, sectores diversos, que el concepto de Sistema no permite. La noción de Campo de la Salud, se asemeja más a nuestra descripción y entendimiento de la tarea cotidiana en Salud Mental. Estas ideas no necesariamente son compartidas por el resto del equipo de salud, por lo tanto, se presenta la discusión y tensión *salud mental - psicopatología.*

Entendemos a la salud mental como parte de la salud integral. Es un derecho, y está ligada a la concreción de otros derechos, tales como el derecho a la educación, a la vivienda, a un medioambiente saludable, a una vida libre de violencia. No se asocia a una patología individual, sino con los procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidado de las personas, y con su capacidad de relacionarse, moverse en la sociedad y de sostener sus lazos sociales y comunitarios, en el contexto del Estado como responsable de garantizar el marco y las condiciones para que se de este proceso.

Para pensar en el proceso e impacto de una internación de salud mental un NNyA y su entorno, tomamos a Floreal Ferrara y su noción de salud: "hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad"[2]. Desde aquí, creemos que, cuando una persona, por algún motivo se encuentra con obstáculos para realizar las actividades de su vida cotidiana (desarrollar las actividades escolares, relacionarse con sus pares o cuidadores, hasta algo tan importante para un niñx como sostener un espacio de juego o salir de paseo), y no puede resolverlo, *"aparece la patología"*. Desde la experiencia de trabajo, podemos observar que un gran número de NNyA llegan a la internación, porque "algo se agotó", escuchando relatos como: *"ya no puede ir a la escuela", "en la escuela nos dijeron que hasta que no haga tratamiento, no puede volver", "tienen fuertes dificultades para relacionarse, no puede ir al club", "ya no puedo ir a cumpleaños", "ya no aguanto más", "tengo que faltar mucho al trabajo, me van a echar", "se enoja mucho y pega, ya no soporto los golpes"*. Aparece una dificultad, un límite, que no permite continuar con las actividades de la vida diaria, afectando tanto a los niñxs como a sus cui-

1. Spinelli, Hugo, Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva [en línea] 2010, 6 (Septiembre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 31 de julio de 2019] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348004> ISSN 1669-2381.

2. Ferrara, Floreal. Conceptualización Del Campo De La Salud. En: Relectura de la formación docente en salud [blog en línea]. La Plata: Seminario-Taller Relectura de la Formación Docente en Salud, 2009.

dadores. Todo ello, en un contexto de creciente patologización de la niñez por parte de las instituciones y la falta de accesibilidad al sistema sanitario.

"La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las ***condiciones de vida****, con las posibilidades de* ***desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral****, con la capacidad de integración al* ***medio social y cultural****. (…) se centra en el sufrimiento psíquico y emocional, tanto en los aspectos individuales como familiares, relacionales, en la dinámica de integración y exclusión social*[3]*"*

Por último, consideramos relevante para dar cuenta del contexto en el que desarrollamos nuestra práctica, exponer lo que Emiliano Galende llama *"nueva institucionalización"*, donde refiere que en la Argentina, más allá de lo planteado por el marco legal vigente, que define a la internación como último recurso terapéutico, dándole relevancia al abordaje ambulatorio con base comunitaria, se está dando un regreso a las internaciones masivas, *"... el objetivo de estas internaciones: Suplantar la vida real de un chico por una vida institucional, ahí ya no hay que preocuparse por los amigos, por el trabajo, por la familia. La tentación de la institucionalización está sostenida en dos cosas, una es la política del estado, que no ha resuelto todavía esta cuestión, y otra, la incapacidad de recursos que tienen los servicios para resolver estos problemas"*[4]. En este contexto menciona que *"la internación simplifica el problema"*. Y lo podemos observar en la práctica concreta, donde se han presentado situaciones en las cuales concurren niñxs derivadxs por profesionales que piensan en una internación *para "acomodar un poco la medicación", o porque "no podemos verlo todas las semanas" y "hay que hacer estudios, ver a la familia, ustedes tienen todo ahí, vamos a internarlo una semanita" "ya no sabemos qué hacer con la familia", "en su zona de residencia no hay equipo infanto-juvenil" o "no hay turnos"*.

Una vez expuesto nuestro posicionamiento, no podemos dejar de mencionar, y comenzar a problematizar el "Plan de Refuncionalización de la Salud Mental en la CABA", realizado en el mes de julio de 2019, entre el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Asociación de Médicos Municipales de la CABA. El acta-acuerdo firmado, y lo que allí se define, nada tiene que ver con una concepción integral y contextualizada de la salud, como lo proclaman la Ley Nacional de Salud Mental (Nº 26.657) y la Ley 448 de CABA, sino que se rige por un reduccionismo biologicista que no da lugar al trabajo integral, interdisciplinario ni intersectorial. Es importante que podamos analizarlo, ya que podra significar cambios y límites a las intervenciones y prácticas concretas de nuestro quehacer profesional.

Sobre la experiencia de trabajo

El trabajo social es una disciplina orientada no solo hacia el eje asistencial, sino también por la promoción, participación y socialización. La práctica profesional se sustenta en un análisis crítico de la realidad social y comprensión de la vida cotidiana de los sujetos, promoviendo la participación activa de los mismos. En nuestro caso, partimos del trabajo con el niñx que transita la internación, así como con su red familiar/vincular e institucional.

"La intervención del ts permite visualizar y comprender las potencialidades y/o dificultades de la familia (o red de referencia) para el logro de sus funciones sociales básicas: socialización, crianza, satisfacción de necesidades, contención emocional etc". En este contexto, El TS puede realizar un gran aporte en el proceso de explicitar situaciones naturalizadas, poner foco en las prácticas cotidianas, hacer público lo privado, hacer visible lo invisible y ponerle palabra a lo silenciado.

Para analizar nuestra experiencia, desarrollaremos cuatro ejes de trabajo, que consideramos orientan nuestra intervención: Trabajo intersectorial e interdisciplina; trabajo con familias; trabajo con NNyA; y trabajo con las narrativas.

3. Fernández, Ojeda, Ricciardi y Zampieri. S/D.
4. Entrevista a Emiliano Galende. – Agencia CyTA-Instituto Leloir. Por Bruno Geller. 21 de junio de 2007.

Trabajo intersectorial e interdisciplina: el armado de redes

"Cuando la gente se enferma, la vida se desorganiza. Y curarse es volver a organizar una vida. Los aspectos que entran en esa vida son muy complejos: hay que tener trabajo, ingreso económico, familia, amigos, inserción dentro de alguna relación social, de algún dispositivo social. Hay que atender toda esa complejidad. Las personas no se curan solo porque se les alivie la ansiedad, o se les calme el delirio; se les cura si la vida se les vuelve a organizar. Y esa es la explicación de por qué es necesaria una interdisciplina." Dr. Emiliano Galende[5]

Creemos que solo es posible trabajar la complejidad de las situaciones actuales, desde un abordaje interdisciplinario (ID). Con complejidad nos referimos a que las problemàticas con las que trabajamos presentan muchas aristas (enfermedades crònicas, conflictivas vinculares, desocupación, problemàticas habitacionales) y que a su vez éstas revisten gran profundidad y persistencia en las trayectorias familiares, sin respuesta por parte del Estado.

¿Se puede pensar la interdisciplina como característica de un equipo o son momentos donde nos aproximamos, nos acercamos y nos alejamos?

En términos discursivos, todxs lxs profesionales se muestran receptivos a trabajar de manera interdisciplinaria. Sin embargo, en el día a día surgen discusiones por las ideas o nociones que cada persona tiene sobre ésta. Esas nociones están conformadas por jerarquías enquistadas en los equipos de salud (Modelo Médico Hegemónico), expectativas hacia las otras disciplinas, prejuicios en torno a las incumbencias disciplinares, etc. En relación al trabajo social, esas expectativas bien pueden encontrar respuesta en el devenir de nuestra profesión, y las demandas que históricamente se le han hecho en el campo de la salud (rol moralizador, un quehacer supeditado a evaluaciones de otrxs, etc.)

¿Es posible generar un marco común de abordaje desde diferentes posturas teóricas?

Algunos aspectos que fortalecen el trabajo ID son: Trabajar sobre las representaciones de cada disciplina, conocernos, expresar los malestares y trabajar sobre ellos, compartir espacio físico, por ej, contar con espacios de pase, supervisiones y reuniones institucionales.

La experiencia cotidiana nos muestra que en espacios de promoción de la salud es más fácil construir un marco común (en base a los derechos por ej), pero en contexto de internación donde hay que plantear líneas/estrategias de tratamiento, esto se hace más complejo , por la diferencias de abordaje: ¿individual o grupal? ¿médico o no? ¿ampliamos las redes? ¿qué espacio le damos a los referentes vinculares? ¿que tipo de trabajo hacemos con ellos? Tratamiento farmacológico, ¿si o no? ¿es necesario en todas las situaciones? ¿es posible un abordaje sin medicación? Cuando planteamos la estrategia de tratamiento, ¿para quien la pensamos? para beneficio de quien? ¿del niñx? ¿de la/las sala/s? ¿de la institución?, ¿medicamos para apaciguar síntomas y que el niñx no incomode en la institución? o sostenemos otro tipo de abordaje que nos permita trabajar con lo que le está sucediendo a ese niñx? ¿son posturas contrapuestas?

Paradas en este punto, *¿Cómo pensar al Trabajo Social dentro del equipo interdisciplinario?, ¿Cada disciplina tiene su especificidad?, ¿como se juega esto en los equipos? ¿Cual seria la especificidad del trabajador social?*

Pensamos que en el marco de la internación de SM de NNyA, el trabajar con otrxs se vuelve una necesidad que trasciende voluntades. Por un lado, por la complejidad como referìamos antes. Pero también, porque desde la Ley Nacional, se estipula la intervención de organismos que regulan esas in-

5. Galende, Emiliano. "Transformaciones políticas e intelectuales en los abordajes en salud mental" [Video].Librandi J. Entrevistador. Buenos Aires: CeDoPS; 2015. Video 51 min, Sonido, Color.

ternaciones, por fuera de los efectores de salud: juzgados y Unidad de Letrados de la Defensoría de Nación (Poder Judicial), Órgano de Revisión de la Ley. Pero también, en caso de vulneración de derechos intervienen Organismos de Protección de Derechos (Servicios Locales y Defensorías Zonales), Dirección de Niñez de CABA, Dirección de Salud Mental del CABA, Asesoría General Tutelar, entre otras instancias.

Lo específico desde nuestra disciplina, tiene que ver con pensar estratégicamente ese vínculo, analizar y viabilizar esa conexión. Todo esto va más allá de la función administrativa del "llamado teléfonico", función que que ha sido y es cuestionada por la profesión, sino que el eje está en construir una estrategia de intervención que de manera articulada promueva el bienestar integral de cada sujeto. Es desde ésta óptica que hablamos del armado de redes: redes interinstitucionales, comunitarias, que generen mayor accesibilidad, que permitan conocer la disponibilidad de los recursos, evaluar la pertinencia e importancia de los actores que intervienen en la situación y trabajar en torno a ello. Cuando hablamos de recursos nos referimos a recursos*: sanitarios* (tratamientos ambulatorios, efectores de salud, disponibilidad de turnos, profesionales idóneos) *materiales* (situación socio económica de lxs niñxs y sus familias, instituciones que intervengan en esas situaciones -ej vivienda) *simbólicos* (trabajar en torno a los marcos interpretativos y de significaciones de los sujetos). Queremos destacar, uno de los que consideramos es el principal aporte del trabajo social a los equipo de salud, y es el *análisis crítico del contexto*: ¿por qué un niñx llega a la internación? ¿qué abordajes previos no se pudieron hacer? Trabajamos en un contexto, donde un alto porcentaje de niñxs llegan a la internación de SM como "puerta de entrada" al sistema, sin abordajes o tratamientos previos. Si a esto sumamos que las internaciones se prolongan (extendidamente) por la imposibilidad de acceder a recursos ambulatorios (tratamientos por zona de residencia, hogares terapéuticos y convivenciales) entendemos que durante la internación se terminan trabajando otras cuestiones que exceden el episodio agudo. Pensamos que la prolongación de las internaciones por causas ajenas a los episodios agudos que las originan, son iatrogénicas, ya que acentúan algunos cuadros, fomentan las descompensaciones, debilitan los lazos sociales de las personas con su centro de vida, tienen impactos negativos en la organización familiar y en las condiciones materiales de vida de las familias (dificultades para sostener o acceder empleos, changas).

Trabajo con familias y red vincular

El trabajo con las personas que lxs niñxs consideran significativas es fundamental en el proceso de internación, en dos sentidos: para su recuperación y para retomar la vida cotidiana post alta. En torno a esto, una particularidad del Hospital A: el trabajo con las familias/ red se da en un encuadre de terapia familiar, coordinado por psicólogo o psiquiatra, y por el abordaje desde el servicio social. En lìneas generales ambos espacios abordan las historias familiares, la vida cotidiana y organización familiar, las trayectorias de vida, emergentes conflictivos entre la familia y la persona internada, etc. Tiene efectos notablemente favorables para el estado emocional del niñx/ adolescente y a su vez, permite trabajar aspectos de la trama familiar que impactan negativamente en su salud mental. Esto varía de acuerdo al tiempo de internación, ya que hay cuestiones que se evalúa, pueden ser trabajadas en espacios ambulatorios.

El periodo de internación irrumpe en el funcionamiento diario de las familias y demanda una reestructuración que no siempre se da en los plazos y de la manera que las instituciones esperan. El trabajo social, tambièn incorpora a los equipos de salud una mirada crìtica en torno a las determinaciones sociales que afectan a los grupos familiares de los sectores populares: trabajos con contrataciones

precarias, agotamiento mental y físico de lxs principales cuidadorxs (en general, mujeres), cuidado de lxs niñxs que permanecen en el hogar, etc. Contar con red familiar/ vincular se vuelve en esos momentos un recurso fundamental, es por lo que de considera una parte fundamental del trabajo en la internación.

Trabajo con los NNyA: espacios individuales y grupales

En este punto, consideramos importante, reflexionar acerca de las herramientas de trabajo que contamos para el abordaje y trabajo con lxs niñxs, ya que históricamente se ha dirigido nuestra intervención hacia el trabajo con las familias y las instituciones.

Creemos que el trabajo con lxs niños, es un área poco desarrollada a nivel teórico y de experiencias dentro del ámbito de internación, por ello es un espacio para reflexionar e ir construyendo: ¿que podemos trabajar? ¿como? ¿desde que lugar? Reconociendo la importancia de la participación de los ninxs en sus procesos de salud y en su derecho de ser oidxs y que su palabra sea tomada en cuenta en la formulación de las estrategias de tratamiento, desde nuestra experiencia, podemos identificar espacios de escucha/entrevistas a partir de estrategias lúdicas y recreativas. Aquí reconocemos los espacios grupales con gran potencialidad para generar vínculos con los niñxs, que luego nos permitirá trabajar cuestiones particulares a nivel individual.

Por este motivo, pensar estrategias de abordaje grupales, tanto para los niñxs como para los cuidadorxs, y entre ellxs, es fundamental en nuestra tarea cotidiana. El abordaje grupal, nos permite trabajar los vínculos, la sociabilidad, potenciar las capacidades de los sujetos y a partir de ello, ir trabajando y reconstruyendo los lazos sociales.

Ante esto, también evidenciamos, la necesidad de trabajo con los adultos cuidadores, sobre: implicancias de la internación, tratamientos prolongados/importancia de adherencia al tratamiento, manejo conductual en situaciones de crisis, medicalización, acceso al sistema de salud, acceso a recursos/derechos -(asignaciones, cud, pensiones), implicancias del CUD, entre otros. Trabajar de modo grupal, generaría enriquecimiento entre los saberes y experiencias de cada grupo familiar, asi como tambien se podran romper mitos y trabajar dudas.

Otro punto importante en relación al trabajo con los NNyA, particularmente en el hospital "B", reside en la importancia de formar parte de las entrevistas de admisión, como el primer encuentro con la situación. Es el momento diagnóstico, de escucha y acercamiento a la realidad del niñx y grupo familiar. Es un espacio y momento interdisciplinario, donde el intercambio posterior entre los profesionales, se constituye como el punto de partida de la intervención. De este modo se comparten percepciones, se realiza un análisis de manera conjunta entre las disciplinas y se delinea de manera conjunta la estrategia de intervención, tratamiento, y objetivos de la internación para cada caso singular. Aquí nos preguntamos, *¿Qué lugar tiene TS en la construcción diagnóstica?* entendida esta como "… una construcción histórico cultural relacionada con las ideas que atraviesan a la sociedad en cada época, con el desarrollo alcanzado en el campo científico y del modo que se entiende la relación salud/enfermedad"[6] es importante destacar, que el diagnóstico, siempre es presuntivo y dinámico, nunca debe ser tomado como algo estático y convertirse en una "etiqueta", sino entenderlo como circunstancial, y comprendido no solo por aspectos físico/biológicos, sino implicando dimensiones como el desarrollo vital, la historia del sujeto y sus modos de estar en el mundo.

Trabajo con la significación: la importancia

6. Vommaro. H; Garramuño. J; Tobal D. "DESAFÍOS EN SALUD MENTAL. Una teorización posible sobre sobre la práctica clínica en INEBA". 1°ed. Buenos Aires: Polemos, 2011

de las narrativas

Por último, y entendiendo que es un aspecto que atraviesa a toda nuestra intervención, nos referiremos a la importancia de las narrativas, tomar la palabra de los niñxs y sus cudadorxs. *"A través de la narrativa conocemos la forma en que los sujetos perciben la salud o la enfermedad. La narrativa provee de sentido a la enfermedad del paciente"*[7]. Habilitando espacios de escucha, de manera transversal a todas nuestras intervenciones, podemos conocer y comprender el universo simbólico de los sujetos: reconstruir su historia, conocerlos, dar cuenta de los recorridos institucionales, trabajar sobre las representaciones sobre la salud y las implicancias de la internación y el posterior tránsito por la complejidad de los tratamientos. Consideramos que hacer visible y expreso el sufrimiento/padecimiento, alivia al sujeto. Hacer paso y dar palabra a lo silenciado, a los interrogantes, es en sí mismo un acto terapéutico. Este proceso implica además reconocer a todas las personas como sujetos de derecho, dando valor a la palabra y poniéndola en juego como un vector fundamental al momento de la toma de decisiones.

Concluyendo, para abrir nuevos caminos...

A partir de enunciar y analizar nuestro rol, nos hacemos una pregunta que denota una gran complejidad:

¿Cómo pensar/re-pensar nuestra intervención en el contexto actual?

Los efectores de Salud son y serán espejos sociales, sensibles a los movimientos, avances y retrocesos de la ciudadanía. En un contexto como el actual, marcado por situaciones complejas, múltiples vulneraciones de derechos, la fragilidad del lazo social, y falta de respuesta por parte del estado, las intervenciones tienen una fuerte impronta artesanal. Requieren pensar diferentes estrategias posibles, avanzar, retroceder, intentar por otro camino. Estos vaivenes generan prolongación y "cronicidad" de las internaciones, con la consecuente iatrogenia para la salud y derechos de NNyA.

No pensamos nuestro quehacer autónomo al contexto histórico, por lo cual la precarización, la multitarea, y el agotamiento son aspectos presentes también en nuestro ejercicio.

Transitar posibles respuestas, será debate y trabajo a futuro, tomando la experiencia de nuestra práctica concreta y el trabajo conjunto del colectivo profesional.

7. Márquez Romero, Isabel. "De las narrativas de la locura. ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental". Departament d' Antropologia Social i Cultural (Universidad Autónoma de Barcelona) Revista Perifèria Número 12, junio 2010



XII Jornadas de la APSS
Mesa Central de Cierre ***"Disputas y Estrategias colectivas en el campo de la salud".***
Coordinación: Natalia Castrogiovanni. Expositores: Stella Maris Manzano, Marta Zappa, Valeria Salech.

RUTA CRÍTICA DEL SUJETO CON PADECIMIENTO MENTAL EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD Y LAS IMPLICANCIAS DE LA ACTUAL COYUNTURA

Lic. M. Milagros Cepeda

. . . . .

Introducción

La elaboración del presente artículo surge a partir del recupero de la experiencia de rotación como residente de Trabajo Social en Salud con sede en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Diego Paroissien" de La Matanza (provincia de Buenos Aires, Argentina) por los Servicios de Guardia e Internación de Salud Mental del mismo. El proceso transitado ha convocado a problematizar el recorrido que atraviesan los sujetos con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias en dispositivos de salud de segundo nivel de atención; así como también analizar las implicancias de la actual coyuntura socioeconómica y política en el abordaje de la problemática desde el ámbito de la salud pública.

Por otra parte, la participación en equipos de salud mental interdisciplinarios, tanto en el Servicio de Urgencia como de Internación, ha generado la necesidad de identificar los obstáculos que se presentan, así como los aportes del Trabajo Social en el abordaje de la Salud Mental -en adelante SM- tomando como eje una perspectiva de derechos y salud integral.

A partir del ingreso de un/a paciente por la guardia de SM, inicia un recorrido en el cual se entretejen diversas variables que determinarán la respuesta que el sujeto recibe frente a la problemática que lo atraviesa y las estrategias que el mismo desarrolla para superarla. Se trata de una ruta crítica donde entran en tensión una serie de dimensiones que van desde la historia del sujeto, su situación sociofamiliar y económica, sus redes de contención y sus capacidades para desarrollarse en forma autónoma; hasta las diversas miradas y estrategias de acción de los/as profesionales que intervienen. Todo ello en conjunción con el marco normativo vigente, las posibilidades del contexto, los escasos recursos que brinda el sistema de salud y las políticas públicas fragmentadas que caracterizan la actual coyuntura.

Es por ello que a continuación se propone desentramar las variables referidas, identificando finalmente los principales desafíos y propuestas en el campo de la SM desde el segundo nivel de atención.

Objetivos Objetivo General

- Reconstruir la ruta crítica del sujeto con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias que ingresa a un dispositivo de segundo nivel de atención en salud.

Objetivos específicos

- Analizar las implicancias de la actual coyuntura en el abordaje de las problemáticas de SM desde los equipos interdisciplinarios de Urgencia e Internación de SM en un hospital general.
- Identificar los aportes del Trabajo Social en el abordaje integral de las problemáticas de SM desde una perspectiva de derechos y salud integral.

Contextualización: marco normativo y coyuntura actual

Contextualizar el campo de la salud mental implica reconocer su trayectoria histórica, así como las concepciones y abordajes que el Estado ha implementado a lo largo del tiempo. Por ello, resulta necesario destacar que la actual legislación sobre SM, la Ley Nacional Nº 26.657 sancionada en el año 2010 y su decreto reglamentario 603/2013 han significado un importante cambio de paradigma respecto al modelo tutelar, donde se ha comenzado a visualizar al sujeto con padecimiento mental como sujeto de derechos, presumiendo sus capacidades en vez de limitarlas. Asimismo, ha impulsado la conceptualización de la salud mental como "un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (Art. 3; Ley 26.657).

Se podría interpretar que esta concepción de la salud mental –categoría que incluye de forma novedosa las adicciones – entiende a la misma como un estado transitorio (no permanente sino potencialmente temporal) que a su vez es parte del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (en adelante SEAC) socialmente determinado. En ese sentido, advierte que las condiciones de vida y el acceso a los derechos básicos de vivienda, educación, empleo, alimentación, entre otros, inciden en la salud mental de las personas y las posibilidades concretas de mejorarla.

En esa línea, el nuevo **marco normativo** viene a deconstruir la antigua estrategia de *manicomialización* para pensar nuevas alternativas terapéuticas que *desinstitucionalicen* al sujeto y permitan abordar la problemática de SM integrando al mismo en su entorno socio familiar, afectivo y comunitario. En ese contexto, la internación es pensada como una estrategia terapéutica excepcional y temporal; quedando el factor institucional ligado sólo al acompañamiento ambulatorio a través de diversos dispositivos.

Finalmente, otro aspecto a destacar de la nueva legislación es la importancia que le otorga a los **equipos interdisciplinarios** para el abordaje del padecimiento mental. Este eje pretende *desjerarquizar* el modelo médico hegemónico que ubica al profesional médico (psiquiatra) como único capacitado para la atención del padecimiento mental, buscando así legitimar el saber de otras disciplinas que tienen injerencia en la temática. Esto permite proporcionar una mirada integral con mayor cantidad de herramientas para el diagnóstico, evaluación y estrategia terapéutica (en adelante ET).

Ahora bien, es posible visualizar los **obstáculos** que se presentan en la implementación de la letra de la ley, considerando las implicancias que la **actual coyuntura** socio-económica y política le imprimen a la misma.

Para comprender y analizar las implicancias de la coyuntura actual, es preciso reconocer, en términos de Matusevicius (2014) la relación que la misma tiene con la **dinámica estructural** que "deriva de las relaciones sociales capitalistas, signadas por los intere-

ses antagónicos y contrapuestos de clases sociales" (p. 174). La coyuntura se configura como el escenario histórico de un momento determinado donde se materializa y se da respuesta a tal estructura, ya sea desde movimientos sociales como desde el Estado. Según la autora, éste último genera políticas sociales que "expresan el carácter contradictorio de las luchas sociales [y] acaban por reproducir la desigualdad social de nuestra sociedad". (2014, p. 180).

Es posible visualizar que, en nuestro país las políticas neoliberales de ajuste implementadas durante las últimas décadas, han repercutido gravemente en el deterioro del sistema de protección y promoción social, fomentando así la fragmentación y crisis de las instituciones públicas. En ese amplio espectro se ubica el sistema de salud en general y el campo de la salud mental en particular.

En el área de SM, históricamente las políticas públicas han tenido una orientación *asilar,* caracterizadas por generar programas focalizados para personas con padecimiento mental, cuyas alternativas eran el encierro y el aislamiento. Si bien hacia 1950, Ramón Carrillo[1] ya habría propuesto la atención de la salud mental en internaciones de hospitales generales y la necesidad de capacitar a los profesionales para su abordaje, sus aportes no prosperaron en los gobiernos de facto, donde se priorizó el recorte y la descentralización de políticas públicas sin las partidas presupuestarias correspondientes; estrategia que se mantuvo durante las décadas siguientes. (D´Agostino, 2016, p. 127-138).

Por su parte, la OMS (2013, p. 10) ya habría anticipado que "los sistemas de salud en todas partes del mundo deben enfrentar enormes desafíos para poder brindar atención y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias [debido a que] los recursos disponibles son insuficientes, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente. En consecuencia, una gran mayoría de las personas con estos trastornos no reciben ninguna forma de atención".

Si bien el nuevo marco legal ha sido un importante avance del Estado democrático en términos de derechos – de forma contradictoria – la escasa voluntad política para destinar recursos y financiamiento, así como también implementar estrategias integrales de atención a las problemáticas de SM, generan importantes obstáculos para implementarlo. Todo ello deja en una situación de desamparo y desprotección a la población con tales padecimientos, la cual a su vez suele caracterizarse por un alto grado de vulnerabilidad socio-económica, familiar y habitacional, entre otras.

La ausencia concreta de políticas públicas a nivel general (cobertura sanitaria, económica, habitacional) y de dispositivos terapéuticos con las características adecuadas para cada situación en su particularidad (hogares terapéuticos, convivenciales, estancias de medio camino y centros de día especializados, entre otros) deja al descubierto un estado de vacío, o bien podría decirse un fuerte *vaciamiento estatal*.

Este vacío a su vez, suele ser ocupado de forma parcial por distintas **organizaciones sociales y comunitarias** preocupadas por dar una respuesta ante tales necesidades. No obstante, los dispositivos que brindan estas organizaciones –las cuales intentan abarcar heterogéneos y complejos problemas sociales– muchas veces no coinciden con las estrategias terapéuticas más adecuadas para la atención del sujeto con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias, a la vez que tampoco cuentan con profesionales capacitados en la temática. Esto genera muchas veces la encrucijada ética de lo/s profesionales de SM de optar por la alternativa posible y/ o viable frente a la más eficaz o pertinente.

1. Primer Ministro de Salud de la República Argentina (1946-1954).

Ruta crítica del sujeto con padecimiento mental. Obstáculos y desafíos para su atención integral

El término **ruta crítica** suele ser utilizado en el área de género para definir el recorrido de las mujeres víctimas de violencia que intentan salir de tal situación. Teodori (2015, p. 181) la define como aquella que comprende tanto "las acciones por ellas emprendidas como las respuestas institucionales (obstáculos y facilitadores) que encontraron en ese proceso". La alusión al término en el campo de la SM pretende dar cuenta de las dificultades y oportunidades que atraviesa tanto el sujeto con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias como su grupo familiar y/ o vincular al momento de ingresar a un dispositivo de segundo nivel de atención en salud; así como también la respuesta institucional y comunitaria que se le brinda para la situación que atraviesa.

Para comenzar a desandar tal recorrido, se considera necesario describir brevemente la **dinámica de los servicios y equipos de SM** donde se ha realizado la rotación, así como también las características de la población con la cual se interviene. Posteriormente, se analizarán los distintos momentos que componen la ruta crítica del paciente con padecimiento mental según lo observado, considerando los mismos no de una forma lineal sino como eslabones de un proceso que en muchas ocasiones se torna cíclico y perjudicial para el sujeto.

El H.I.G.A. Dr. Diego Paroissien de La Matanza es un hospital provincial de referencia en segundo nivel de atención del partido, contando con una importante variedad de especialidades y un Servicio de Urgencias con guardia de 24 hs que recibe adultos, niño/as y adolescentes. Este servicio cuenta con un área de Salud Mental para la atención de pacientes adultos con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias que se encuentren en una situación de descompensación; contando para ello con una disponibilidad de 4 a 6 camas. El abordaje de tales problemáticas es llevado a cabo por un equipo de SM de guardia (psicólogo/a y psiquiatra) y por una coordinadora de SM durante el horario diurno los días hábiles. Intervienen además, dos profesionales de psicología provenientes del CPA[2] que asisten dos/ tres veces por semana. Lo/as mismos/as no sólo responden a interconsultas de guardia sino también de la internación general. Su principal objetivo es identificar en las situaciones de consumo el tratamiento adecuado y generar la derivación/articulación correspondiente.

El Servicio de Internación de Salud Mental, por su parte, cuenta con 12 camas y se encuentra integrado por profesionales de psiquiatría y psicología –en su mayoría residentes- quienes tienen como principales objetivos la construcción de estrategias terapéuticas y alternativas de egreso adecuadas, generando redes de contención familiar e institucional. Ambos servicios demandan la intervención del Trabajo Social en determinadas situaciones como se mencionará luego, a modo de interconsulta.

Respecto a las **características de la población**, si bien el hospital se encuentra geográficamente ubicado en el segundo cordón del partido –el cual coincide en sus límites con el del conurbano- quienes acceden al mismo para la atención de segundo nivel provienen mayoritariamente del segundo y tercer cordón. Estos últimos se encuentran atravesados por mayores condiciones de vulnerabilidad socio-económica respecto al primero, siendo más limitado el acceso a servicios básicos, vivienda, empleo, educación y salud hacia el tercer cordón[3].

2. Centro de Prevención de Adicciones.

3. Información recabada en Objetivos para el nuevo milenio en La Matanza (2008) Jefatura de Gabinete. Los datos que arroja el estudio develan que en el segundo cordón aproximadamente el 50% de la población posee servicios de agua potable y cloacas y sólo la mitad de las calles se encuentra asfaltada. En tanto en el tercer cordón, la accesibilidad a servicios, centros educativos y de salud disminuye, llegando en algunos lugares a la nulidad. Se ubican allí los mayores índices de pobreza siendo el porcentaje de desocupación de un 14,7 %.

En ese sentido, la población que es atendida por lo equipos de SM en guardia si bien resulta heterogénea presenta ciertas características en común. Se trata de adultos, jóvenes y adolescentes (y en menor medida tercera edad), en situación de vulnerabilidad socioeconómica, familiar, sin cobertura social o cobertura precaria, con redes de contención escasas o nulas y situación de calle o habitacional inestable; "siendo parte de la denominada población económicamente activa que actualmente se encuentra desocupada o realizando trabajos precarios en el sector informal" (Almeida et al., 2017, p. 4). Se incluye a lo/as adolescentes ya que, si bien no se constituyen en la población objetivo de ambos servicios, en diversas ocasiones son ingresados/as de forma excepcional[4].

Los principales **motivos de consulta** se vinculan a cuestiones propias de la SM, entre ellas la alteración de hábitos de la vida cotidiana, patologías psiquiátricas prevalentes en condiciones de descompensación, diversos cuadros de excitación psicomotriz, alteraciones de la conducta, confusión mental, crisis de angustia o ansiedad, estados delirantes o alucinatorios, consumo problemático de sustancias, auto o heteroagresividad, intentos de suicidio o ideación de muerte, entre otros. La mayoría de estas situaciones se encuentran emparentadas por las variables sociales anteriormente referidas, así como dificultades en el sostenimiento de los tratamientos (ya sea por falta de acceso, dificultad en adherencia, escaso acompañamiento, entre otros), situaciones de violencia familiar o de género, ausencia o desactualización de documentación, discapacidad, dificultad de acceso a los recursos, entre otros.

Urgencia como puerta de *acceso*

La **urgencia** se configura como una de las puertas de acceso del paciente con problemática de SM al segundo nivel de atención. La misma es definida por el Ministerio de Salud de la Nación (2013, p. 10) como "un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia". Puede inferirse que la urgencia en general se configura como una irrupción en la vida cotidiana del sujeto que demanda una atención particular.

Los lineamientos para la atención en la **urgencia en SM** (MSN, 2013) definen particularmente a esta última como "(…) toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideren que requiera atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/ o sociales y constituyen una ruptura del equilibrio vital" (p. 10).

El objetivo primordial de la atención en la urgencia de SM se vincula generalmente con la compensación del paciente, propiciando su estabilización y disminuyendo en lo posible su padecimiento y/o sufrimiento psíquico. Cuando las posibilidades de la contención verbal llevada a cabo por psicólogo/as y psiquiatras no resultara suficiente, la alternativa farmacológica se torna la opción más adecuada. Posterior a esta compensación, inicia el proceso de evaluación de la situación del paciente y la elaboración de estrategias de acción a implementar. En ese punto cobra relevancia el desafío que deben asumir los/as profesionales de evitar la recurrencia del sujeto, construyendo para ello alternativas viables de egreso.

4. Respecto a la población adolescente, es posible visualizar la ausencia de dispositivos y de políticas públicas sanitarias focalizadas en tal franja etaria considerando sus particularidades y necesidades.

Resulta imprescindible, en términos de Panighetti (2012) decodificar el origen de la urgencia; es decir, si se trata de una demanda del paciente, de su grupo familiar, del profesional médico o de otras instituciones. Una vez despejada esa variable se hace posible reconstruir la historia del sujeto

-vislumbrando que la situación no inicia con la intervención en la urgencia-, visualizar sus redes de apoyo y arribar a una aproximación diagnóstica. En esta instancia el abordaje interdisciplinario se constituye como una práctica necesaria.

Ahora bien, es importante recordar que el equipo de SM del hospital actualmente se constituye de manera bidisciplinar (psicólogo y psiquiatra) lo cual se considera como un factor obstaculizador hacia una mirada y estrategia integral. El Trabajo Social se incorpora en la modalidad de interconsulta, sólo cuando el equipo de SM considera pertinente su intervención, vinculada generalmente al imaginario de *lo social*.

En esa **construcción de lo social** o categorización de *paciente social* desde otras disciplinas de la SM, es donde se abre uno de los principales interrogantes respecto a la atención del padecimiento mental. Se le suele asignar a la disciplina del Trabajo Social la tarea de dar respuesta a lo social comprendiendo a ese campo en términos de Almeida y otros (2017, p. 6) como "todo aquello que queda por fuera de lo que el saber psi no puede resolver vía el tratamiento farmacológico o mediante la palabra. Este abordaje de lo social (…) aparece como una indefinición y resulta tan amplio, teniendo en cuenta que desde nuestra perspectiva [Trabajo Social] no existe relación o vinculación posible que no sea social". Troiani (2011) reflexiona sobre ello y advierte que si por "paciente *psiquiátrico* se entiende a la persona que presenta padecimiento en su salud mental; entonces por *social* ¿cuál es el padecimiento social?" (p. 3).

Podría pensarse que esa necesidad de categorizar y estigmatizar lo social responde a la aparición de un *sujeto inesperado*, en términos de Carballeda (2008), que accede a los efectores sanitarios con una serie de derechos vulnerados que se expresan en padecimientos subjetivos heterogéneos, para los que las instituciones de salud no se encuentran preparadas.

En este punto es interesante problematizar el recorte que se tiende a realizar del proceso de SEAC sesgando la variable social como un factor divisible. En esa línea, no sería posible disociar lo social de la salud mental, sino que es necesario comprender su integralidad. La *necesidad social* del paciente, en principio y en apariencia *imposible* de resolver o atender desde el sistema de salud en general o desde un hospital de segundo nivel en particular, no se encuentra aislada de la problemática de SM del sujeto, sino que la determina y atraviesa.

Es por ello que, la mirada médico hegemónica en términos de Menéndez (1998) sobre la SM como unidimensional y biologicista (causa patológica) reduce la problemática de SM y obstaculiza las posibilidades de abordarla desde una perspectiva de salud integral y de derechos.

Internación como puerta de *inacceso*

Una vez atendida y compensada la urgencia, inicia el proceso de construcción de alternativas conjuntas y devolución de la situación tanto al paciente como al grupo familiar si existiese. Ahora bien, cada patología y/o padecimiento mental tiene sus particularidades y, por tanto, muchas veces resulta necesaria la **internación como estrategia terapéutica excepcional**, cuando aún persiste en el sujeto el riesgo cierto o inminente para sí o para terceros. Se considera que este criterio es un gran avance respecto al reconocimiento de derechos, entre ellos el de la no privación de libertad al paciente con padeci-

miento de SM. De todas maneras y en cualquier instancia (en urgencia o internación) una vez compensado el paciente a nivel psiquiátrico y adecuado un plan farmacológico si fuera necesario, surge la necesidad de construir estrategias de egreso. Ocurre en muchas circunstancias que, no habiendo lugar en internación o frente a las resistencias que se soslayan de internar *por razones sociales* el paciente queda internado en la guardia, dispositivo no preparado para una internación prolongada.

En la mayoría de los casos, el paciente se encuentra con **redes de contención debilitadas, escasas o nulas**; lo que dificulta elaborar alternativas de egreso. En relación a este último aspecto, es necesario tener en cuenta las estrategias previas llevadas a cabo por el grupo familiar del paciente como componente de esta ruta crítica; el cual va buscando respuesta en las instituciones solicitando que le provean de recursos y/o dispositivos para acompañar el padecimiento mental del miembro de la familia. Cuando el/la referente afectivo no encuentra respuesta ni orientación, sumándose a ello la complejidad propia de acompañar a un familiar en tales condiciones, se produce un *cansancio*, *desborde* y *desentendimiento* familiar que deja en una situación de suma desprotección al paciente.

Por su parte, el propio sujeto que se acerca a la guardia, ha transitado por lo general una trayectoria respecto a su padecimiento mental y/o consumo de sustancias; donde ha empleado las estrategias posibles para subsistir. Se elige el término subsistir y no desarrollarse, porque se trata de un intento por adecuarse a los escasos recursos económicos que brinda el sistema, las dificultades para obtener y/o sostener un empleo formal/informal, la cobertura de salud precarizada – en caso de tenerla – que implica ser beneficiario de una pensión por discapacidad u otro programa social, y la ruptura de lazos sociales (no sólo familiares sino también con grupos de pares, entre otros) que los/as lleva indefectiblemente al borde de la marginación.

No obstante, y considerando que la internación por SM no debe pensarse como recurso sociofamiliar ni habitacional según lo propone la normativa vigente[5] -en ese intento desarticulado de propiciar la desmanicomialización del sujeto sin proponer alternativas viables para ello- surge en la práctica cotidiana el **dilema ético profesional** de cómo abordar el egreso del paciente. Podría inferirse que allí radica el punto más crítico de la ruta del paciente, donde se tiende a disociar su padecimiento de la situación social que lo atraviesa. En el contexto actual, cada vez con mayor frecuencia se presentan situaciones con tales características, donde cada vez con mayor intensidad las políticas de ajuste y fragmentación determinan el proceso de SEAC de la población y dejan importantes marcas en su salud mental.

Se abren entonces una serie de interrogantes tales como ¿Es ético que el paciente egrese sin contar con una vivienda ni contención familiar o de referencia para alojarse? ¿Qué alternativas brindar si no existen redes ni dispositivos acordes a las necesidades del sujeto? ¿Es viable que el paciente vuelva compensado a un entorno social donde no contará con acompañamiento para la toma de medicación o bien para el tratamiento psicoterapéutico ambulatorio? ¿Es contradictoria o ilegítima una internación por criterio "social" cuando la ley no permite que la misma sea un recurso habitacional? ¿No es acaso pertinente la internación de SM por situación habitacional o socioeconómica vulnerable considerándose ello como una dimensión del padecimiento mental que requiere de estrategias de externación a mediano/largo plazo?

La mayor encrucijada y tensión entre profesionales – incluyendo los cargos jerárquicos– se origina en que se trata de un hospital de agudos y segundo nivel de atención. Por

5. Art. 15. Ley 26.657: "En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes".

tanto, una vez compensada la urgencia el paciente debería egresar. En conjunción con ello, se genera la puja de las distintas disciplinas por imponer su comprensión de la problemática de SM de forma sesgada (biopsico-social) sin lograr consolidar una mirada y abordaje integral. Sin embargo, cabe preguntarse en qué medida la actual coyuntura de fragmentación social posibilita pensar lo integral. En ese sentido, ¿Qué alternativas posibles hay en un contexto de ajuste sin políticas públicas que permitan implementar la letra de la ley? ¿Cómo se configura la construcción de estrategias de corto/mediano/largo plazo en un contexto de urgencia o dificultad para sostener una internación (por cuestiones o limitaciones institucionales) y sin dispositivos adecuados que generen contención y/o acompañamiento? ¿Permite la internación como estrategia a mediano plazo garantizar ciertos derechos? ¿O más bien se configura como una puerta de inacceso a otros?

Los alcances del presente artículo no permiten profundizar ni dar respuesta a tales interrogantes, considerando los mismos como desafíos aún pendientes. Sin embargo, resulta necesario interpelarse respecto al abordaje de la SM como un **proceso socialmente determinado**. Esto permite correr la responsabilidad del sujeto, evitando culpabilizarlo o estigmatizarlo, para poder comprender que su padecimiento mental se encuentra determinado por las condiciones de vida propias de las contradicciones del sistema capitalista y las desigualdades que el mismo genera. De esa manera se hace posible identificar las implicancias del contexto macro social – caracterizado por la ausencia de políticas públicas – en el sujeto con padecimiento mental y la necesidad de repensar nuevas alternativas de acción.

Alternativas de egreso

En línea con lo hasta aquí planteado, es posible visualizar que la cuestión de las **alternativas de abordaje para el egreso,** reflejan con claridad la característica *cíclica* de la ruta crítica del sujeto. Una perspectiva integral debería incluir el abordaje con la familia o grupo de contención que el sujeto posea, la articulación con un dispositivo o institución acorde a sus necesidades terapéuticas que a su vez acompañen la resolución de otras necesidades del sujeto y la restitución de sus derechos. La internación podría pensarse como una estrategia de mediano plazo en tanto se logre intervenir sobre tales variables. Ahora bien, la ausencia de redes familiares, territoriales y comunitarias dificultan la posibilidad de arribar a tales estrategias.

En esa línea, un segundo obstáculo se plantea cuando habiendo conciliado la alternativa de internación por la situación socioeconómica y familiar vulnerable del paciente -considerándose ello como un riesgo cierto o inminente para el sujeto- la ausencia de red familiar y la falta de recursos y/o dispositivos operan como impulsores de la estrategia de *judicialización del paciente*[6].

La misma se configura como una última opción viable para facilitar el acceso a un dispositivo adecuado. La respuesta del **sistema judicial** frente a este tipo de situaciones no sólo es escasa, sino que además es prolongada en el tiempo. El hecho de que los recursos públicos sean escasos y se encuentren desbordados – considerando que muchas instituciones prestadoras de obras sociales o programas de salud propias de beneficios sociales han dejarlo de serlo por falta de pago del sector público– y que no se disponga a

6. La Ley 26.657 establece la obligatoriedad de informar al juzgado competente la internación voluntaria (48 horas) y la involuntaria (10 horas); así como notificar a los órganos de revisión a los 30/60 días para evaluar la pertinencia de la misma. La judicialización se entiende como el proceso en el cual se solicita al sistema judicial que garantice determinados dispositivos/recursos necesarios para concretar la externación conforme al art. 15 anteriormente referido.

nivel estatal de financiamiento para solventar otras privadas, ubica al organismo judicial en una imposibilidad de brindar una solución.

Durante el proceso de rotación se ha observado que todo este recorrido de *no respuestas,* tanto en el ámbito de la salud como en el judicial, tiene **implicancias desfavorecedoras** en el sujeto con padecimiento mental. Mientras que las alternativas se agotan, la internación se prolonga y el sujeto queda *sujeto* a un proceso de institucionalización que lejos está de garantizarle sus derechos y promover su autonomía.

La atención del sujeto con padecimiento mental se convierte así en una **revictimización** del mismo.

Dupret y Unda (2013) definen la revictimización como "la repetición de violencias contra quien ha sido previamente víctima de alguna agresión, aunque sea por omisión" (p. 103). Asimismo, el concepto también alude a la "implementación de procedimientos de atención inadecuados que trazan una ruta llena de obstáculos (…) y a la falta de coordinación interinstitucional" (p. 102). Se incluye así la ausencia de respuesta, la demora y obstaculización de procesos que faciliten la protección y promoción de derechos del sujeto.

Se podría inferir que, la ausencia de respuestas adecuadas y la dificultad para generar un alojamiento institucional agudizan el padecimiento del sujeto de la misma manera que profundizan su situación problemática a través de la implementación de intervenciones fragmentadas.

Como salvedad, sería interesante – aunque no posible en los alcances de este artículo – ahondar sobre las particularidades del **consumo problemático de sustancias** que, si bien guardan similitudes con otros padecimientos mentales, su abordaje se complejiza aún más debido a los obstáculos que se producen al momento de definir la metodología de abordaje. Existen institucionalmente diversos criterios entre los/as profesionales en tanto comprensión de la problemática y estrategias de intervención posibles. La normativa vigente respecto a las adicciones, incluidas en el campo de la SM proponen un abordaje de reducción de riesgos y daños que propicien la autonomía progresiva del sujeto en su recuperación y propongan alternativas viables al abstencionismo. No obstante, como se refirió hasta aquí, suele operar en términos de estrategia lo posible frente a lo adecuado o necesario para cada situación.

Rol de las organizaciones comunitarias

En ese proceso espiralado que genera la ruta crítica mencionada, la **comunidad** en general y las **organizaciones sociales** en particular, juegan un papel con cada vez mayor visibilidad. Como se analizó previamente, la preocupación por las mismas de dar una respuesta frente al *vacío* del Estado, las ha llevado a conformar distintos dispositivos que intenten abordar de alguna manera las problemáticas sociales de los sujetos atravesados por esta coyuntura, aunque no necesariamente o de forma específica las problemáticas de salud mental.

Tales dispositivos, impulsados en muchas ocasiones por referentes religiosos y/o barriales de zonas particularmente vulnerables, podría decirse que se configuran como *baches*; como respuestas parciales y posibles en un contexto desfavorecedor. Se conforman como paliativos en términos de reivindicación de derechos, considerando que intentan alojar, evitar la marginación del sujeto y favorecer –en algunos casos- el desarrollo de su autonomía, aunque no logran brindar en términos normativos las estrategias adecuadas de atención al padecimiento mental. No contando con profesionales o equipos especializados, indefectiblemente presentan limitaciones para su abordaje integral. No obstante, cabe preguntarse qué sucedería con los pacientes si estos dispositivos – en su mayoría hogares convivenciales – no existiesen.

Ahora bien, considerando las facilidades en términos temporales y burocráticos que proveen estas instituciones para alojar a los pacientes con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias, sería interesante preguntarse qué esfuerzos y recursos podrían articularse en los distintos niveles estatales para fortalecer el abordaje de tales dispositivos. Es decir, resultaría propicio comenzar a generar **oportunidades** que mejoren la calidad de atención y reconstruyan los recursos disponibles a fin de brindar alternativas más integrales ante las problemáticas de SM de la población.

Aportes del Trabajo Social desde una perspectiva de derechos y salud integral

La intervención del Trabajo Social en el campo de la SM, adquiere características y aportes particulares que a continuación – y retomando los ejes ya analizados – se intentará delimitar. Resulta necesario destacar que, si bien en el marco normativo actual el Trabajo Social se configura como una disciplina que incide en el campo de la SM, en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires no integra formalmente los equipos interdisciplinarios en los Servicios de Urgencia. Generalmente participa desde un lugar anexo mediante la modalidad de interconsulta a demanda y criterio de los/ as demás profesionales intervinientes.

Para analizar la especificidad de la disciplina, resulta necesario posicionarse desde un marco teórico, ético y político vinculado a la vertiente crítica de la profesión. Montaño (2014) define a la **crítica** como herramienta de análisis cuyo motor es la indignación (con las formas de desigualdad, dominación, entre otras) que permite generar un horizonte de acción. Esta concepción facilita la comprensión del proceso de SEAC en su determinación social vinculada a las relaciones desiguales de poder producto de las propias contradicciones del sistema capitalista.

Ante ello, surge la pregunta de "qué hacer desde el Trabajo Social ante la política social que, por acción y por omisión, es un instrumento al servicio de la reproducción de intereses de las relaciones dominantes" (Matusevicius, 2014, p.185). En ese sentido, es posible plantear que el Trabajo Social "debe intervenir no solamente en lo relacionado con la subsistencia material de los sujetos, sino que debe incorporar aquellas variables que están relacionadas con las marcas que dejan en los mismos la degradación de la condición humana, y la particularidad que adquieren en la trama microsocial". (Madeira, Fernandez Vecchio, Grondona, Ismach y Riqué, 2011: p. 26).

En relación a ello, y en el campo de la SM, cobra relevancia el protagonismo del sujeto y su narrativa respecto a su padecimiento. En términos de Carballeda (2005):

> Las problemáticas relacionadas con la socialización y la construcción de identidad; el incremento de las dificultades de accesibilidad; la incertidumbre con respecto a la disponibilidad de insumos (…), la aparición de problemáticas emergentes relacionadas con procesos de exclusión social (…) [se constituyen] en un nuevo escenario que en definitiva constituye nuevas formas de demanda relacionadas con la salud mental entendida como *padecimiento subjetivo* (p.3).

Es posible coincidir con Fernández y Portel (2017) respecto a que el primer encuentro se constituye como "un espacio propicio para alojar un padecimiento que no pudo ser alojado en otro momento o por otras instituciones. Es decir, es una oportunidad para diagnosticar e intervenir de manera pertinente y abrir las puertas del sistema de salud" (p. 4).

Según los autores, el Trabajo Social aporta de forma específica, aunque no excluyente, en la contextualización histórica de la situación del sujeto, el recupero de la dimensión social de su padecimiento y el recorrido institucional, poniendo el foco en la demanda y participación de la familia, e incluyendo una

perspectiva de género. También orienta en torno a programas o planes; articula con otros efectores de salud de primer nivel de atención, y contribuye o facilita la referencia territorial.

Visualizar el rol profesional desde un posicionamiento crítico, permite, además, pensar ciertas estrategias de tipo burocráticas (gestión de recursos, documentación, etc.) como parte de una estrategia asistencial integral que facilite la promoción de los derechos y autonomía del sujeto. Asimismo, el rol se encuentra configurado por aquello asumido y atribuido a la profesión, que coincide con las demandas externas (tanto de profesionales como pacientes) de intervenir en lo social. Como se refirió anteriormente, el desafío del Trabajo Social se ubica en reconocer la integralidad de la salud y facilitar los mecanismos para que ese *otro* –profesional, paciente, institución, familia – pueda identificarlo e intervenir de forma conjunta con criterios en común.

Si bien existen ciertos límites que se asocian a los obstáculos de trabajar de forma multidisciplinaria, donde se entrecruzan distintas miradas y la posibilidad de generar acuerdos es más escasa, el desafío también se ubica en buscar la **interdisciplina** como horizonte de trabajo. La misma, según Stolkiner (1999) supone la necesidad de construir un conocimiento y abordaje común y no sólo propiciar superposición de saberes o esfuerzos. Implica reconocer las limitaciones de cada disciplina y encontrar puntos de encuentro. La autora agrega la importancia de incluir "una gama de saberes que no son disciplinarios" (p. 2); incorporando al sujeto en la mirada interdisciplinaria, considerando el saber de la comunidad como indispensable para la construcción de alternativas. En ese sentido, es posible recuperar las propuestas de Matusevicius (2014) respecto al reconocimiento por parte del Trabajo Social de las formas de organización comunitaria y el fortalecimiento de su autonomía para facilitar la independencia política en función de un proyecto distinto de sociedad. Es decir, la autora remarca la importancia de interactuar como *puente* entre los esfuerzos de las organizaciones sociales, sus saberes y acciones, así como también en las propias capacidades del sujeto, para generar propuestas alternativas y superadoras.

Desde una metodología de reducción de riesgos y daños, en un contexto de fragmentación y crisis, el Trabajo Social -a través de un arduo ejercicio de creatividad- tiene el desafío de ubicarse como facilitador de mecanismos que generen estrategias de acción que medien entre lo ideal, lo posible y lo viable en favor de los derechos del sujeto y una mirada integral de su proceso de SEAC.

Consideraciones finales

La actual coyuntura de fragmentación y ajuste ha tenido graves implicancias en las instituciones y sistemas de protección social del Estado, dejando al sistema de salud en una condición devastadora. Los obstáculos que el mismo presenta para brindar recursos y/o respuestas acordes a las necesidades de los pacientes en general y a la población con problemáticas de salud mental en particular, impiden llevar a cabo una atención integral de su proceso de SEAC así como fortalecer su autonomía y promover sus derechos.

Desandar la ruta crítica del paciente con padecimiento mental, reconocer la *no respuesta* institucional, así como los abordajes fragmentados de las problemáticas que lo atraviesan, ha permitido visualizar la necesidad de generar nuevos mecanismos que eviten la revictimización del sujeto y la agudización de su padecimiento.

El principal desafío se ubica en dar respuesta a los interrogantes respecto a cómo hacer posible la implementación de la ley ante la falta de compromiso por parte del Estado y la escasez de políticas públicas que se adecuen a las características de este nuevo contexto.

Para ello resulta necesario no sólo la conjun-

ción de esfuerzos de los/as distinto/as profesionales sino también la articulación intra e extra institucional, así como el fortalecimiento de organizaciones sociales autónomas para propiciar alternativas superadoras y fortalecer los recursos disponibles. El trabajo en red permite visualizar los actores que participan en el abordaje de las distintas problemáticas sociales, identificando aquellos dispositivos que puedan alojar de forma adecuada el padecimiento mental.

En ese camino, lo/as distintas disciplinas que conforman el campo de la SM se encuentran con la responsabilidad y el desafío de impulsar distintos espacios tales como reuniones de equipo para generalizar criterios, fomentar la permanente capacitación en las diversas temáticas que integran la salud mental, así como propiciar encuentros de articulación y trabajo en red con los distintos actores locales.

Bibliografía

- ALMEIDA, V. et al. (2017). "Aportes del Trabajo Social en una Guardia de Salud Mental". En Dispositivos terapéuticos de atención en Salud Mental y Adicciones. Ponencias. Residencia de Trabajo Social- Servicio Social del Hospital Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero.

- CARBALLEDA, A. (2008). "Los cuerpos fragmentados: La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto". Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- CARBALLEDA, A. (2005). "La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo". En Revista Margen N° 35. Buenos Aires. Argentina.

- D´ANGELO, A. (2016). "Políticas sociales en Salud Mental y transformaciones del Estado en Argentina (1945-1990)". En Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina; vol. 62, nº 2. Disponible en http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/60891/Documento_completo .pdf- PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- DUPRET, M.A. y UNDA, N. (2013). "Revictimización de niños y adolescentes tras denuncia de abuso sexual". En Universitas, XI (19), Julio-Diciembre, p.101-128. Quito: Editorial Abyayala/ Universidad Politécnica Salesiana.

- MADERIA, S. y otros. (2011). "El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: Una experiencia en el hospital Piñeiro". En Debate Público: Reflexión de Trabajo Social. Vol 1, Nro. 2. Sección Miradas sobre la Intervención.

- MATUSEVICUIS, J. (2014). "Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con Movimientos Sociales". En Mallardi, M (comp) Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribucions al ejercicio profesional crítico, pp 173-202. La Plata: Colección Debates en Trabajo Social. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

- MENÉNDEZ, E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

- MONTAÑO, C. (2014). "Teoría y Práctica del trabajo social crítico: desafíos para la superación de la fragmentación positivista y post-moderna". En Mallardi, M (comp) Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico, pp 173-202. Colección Debates en Trabajo Social. ICEP: La Plata, Buenos Aires.

- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2013). Lineamientos para la atención de la Urgencia en Salud Mental. Buenos Aires.

- PANIGHETTI. M. L (2012). "Intervenciones en una Guardia de Salud Mental en un Hospital General de Niños y su relación con la Psicología Evolutiva". Recuperado de http://www.psi.uba.ar/ academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/053_ninez1/material/descargas/intervenciones_en_una_guardia_de_salud_mental._panighetti_2012.pdf

- PORTEL, C. y FERNÁNDEZ, F. (2017). "Trabajando en la urgencia… tomémonos un tiempo". 1º Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Recuperado de http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/trabajando-en-la- urgencia-tomemonos-un-tiempo/

- STOLKINER, A. (1999). "La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas". Revista El Campo Psi,.p. 1. Buenos Aires. Recuperado de http://www.campopsi.com.ar/ .

- TEODORI, C. (2015). "Rutas Críticas de mujeres en situación de violencia familiar. Estudio de casos en la ciudad de Buenos Aires". En Revista Int. Investigación. Ciencias Sociales, vol. 11, nº 2; (pp. 174-194). Buenos Aires.

- TROIANI, M. (2011). "Intervención con pacientes sociales. La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias". En Revista Digital Psicosocial y Emergencias. Recuperado de http://www.psicosocialyemergencias.com/intervencion-con-pacientes-sociales-la-identidad-profesional-del-trabajo-social-en-la-guardia-de-urgencias/

Instrumentos Legales

Ley Nacional Nº 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental.

PROCESOS DE ORGANIZACIÓN Y LUCHA SINDICAL

LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CABA. UNA PRIMERA APROXIMACIÓN DESDE EL GRUPO DE TRABAJO APS - APSS

Lic. Omar Battistessa
Lic. Verónica Brizuela
Lic. Pilar García-Pumarino
Lic. Carolina Gauna
Lic. María Daniela Ramos

. . . . .

La implementación, por parte del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, del **Plan de Salud de CABA 2016 – 2019** conlleva diversas modificaciones no sólo en la gestión en salud, sino también en los procesos de organización del trabajo y por lo tanto incidiendo directamente en la salud de lxs trabajadorxs. En este caso, haciendo hincapié en el primer nivel de atención, pueden mencionarse la incorporación de la historia de salud integral digital, la incorporación de nuevxs profesionales para la conformación de Equipos Territoriales, la nominalización de pacientes, la falta de recursos, programación de turnos estandarizados (consultas de 20 minutos) y un mayor control de lxs trabajadorxs.

Cotidianamente visualizamos cómo las transformaciones enmascaradas en prácticas progresistas, como por ejemplo los Equipos Territoriales que presentan una modalidad de organización del trabajo superadora de la clásica organización programática, se implementan en conjunto a un recorte presupuestario que afecta, precisamente, a la organización de nuestro trabajo.

Si bien previamente existieron antecedentes de políticas públicas orientadas a la nominalización de la población y la facturación de las prestaciones como el Plan Nacer y el Plan SUMAR; consideramos que las modificaciones contempladas en el Plan 2016-2019, constituyen avances certeros orientados hacia la implementación y el afianzamiento de la Cobertura Universal de Salud en la Ciudad de Buenos Aires.

A partir de varios debates que se han suscitado en la Asociación de Profesionales de Servicio Social de la CABA sobre la situación que atraviesan los Centros de Salud, lxs trabajadorxs, lxs usuarixs y el sistema de salud en su totalidad; es que se conformó el Grupo de Trabajo APS. La puesta en común del contexto particular, las dificultades para brindar, por quienes conformamos los equipos de salud, una atención de calidad y el aislamiento sentido por lxs trabajadorxs, propio de la fragmentación existente en el primer nivel de atención han sido algunos de los temas más dialogados.

En un principio, durante los primeros encuentros, superando la instancia catártica, realizamos un sondeo de la situación entre lxs compañerxs que participamos del grupo. Analizamos no sólo la vulneración de derechos de lxs usuarixs, sino también los padecimientos sufridos en tanto trabajadorxs.

Es por ello que uno de los objetivos propuestos por el Grupo de Trabajo de APS fue conocer las condiciones de infraestructura y de trabajo de los distintos Centros de Salud de la CABA, pudiendo obtener un diagnóstico más certero de la situación. A fin de alcanzar dicho objetivo, realizaremos un relevamiento mediante una encuesta que se pondrá en práctica en los próximos meses.

Condiciones laborales y organización del trabajo

A lo largo de la historia de la relación capital trabajo distinguimos tres etapas en las que las reivindicaciones obreras se corresponden con determinados efectos o impactos de la explotación capitalista en la salud y la vida de lxs trabajadorxs: 1° etapa: la lucha por la supervivencia vinculada a la reducción de la jornada de trabajo; 2° etapa: la lucha por la salud del cuerpo que conducía a denunciar las condiciones materiales y el ambiente de trabajo; 3° etapa: la lucha por la salud mental que se corresponde con el problema de la organización del trabajo. (Yanes, 2003).

En la etapa actual, el deterioro de la salud mental en el trabajo se vincula no sólo con el aumento de las patologías sino con el incremento del sufrimiento vinculado con la intensificación de la exigencia o intensificación del trabajo, la introducción de nuevas técnicas como la evaluación personalizada del desempeño y la fragilización de los vínculos que va desde la inestabilidad del vínculo laboral a la destrucción de los vínculos de confianza, de lealtad y solidaridad entre lxs trabajadorxs. Todo ello con el consiguiente impacto subjetivo en términos de padecimiento y disciplinamiento. (Dejours, 2015)

Si bien en la actual etapa las reivindicaciones específicas se vinculan con la organización del trabajo, éstas no pueden disociarse de las vinculadas con las condiciones materiales. Además, desde una perspectiva de salud integral no podemos disociar los efectos en la salud corporal y mental de lxs trabajadores.

Respecto a las condiciones materiales, podemos decir que al comenzar a relevar de manera informal las situaciones de los distintos Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, encontramos que en muchos casos, éstos presentan problemas edilicios graves: ausencia de salidas de emergencia y rampas de acceso, cantidad inadecuada de consultorios, falta de ventilación en los mismos, goteras, entre otros. Algunos centros de salud se encuentran funcionando actualmente en containers y trailers sanitarios desde hace varios meses, en condiciones que son absolutamente precarias para trabajadorxs y usuarixs. Desde el Ministerio de Salud se argumenta que los trailers son soluciones temporales o de contingencia, sin embargo son situaciones que se prolongan en el tiempo. En este sentido se puede nombrar al Centro de Salud N°30 que funcionó dos años en trailers antes de ser trasladado a un nuevo edificio a principios de 2019. Actualmente, dos Centros de Salud se encuentran funcionando en estas condiciones, esto implica consultorios pequeños y de difícil acceso, con ventilación insuficiente y falta de insumos básicos. A su vez, los trailers no cuentan con sala de espera o cuentan con espacios de espera precarios, por lo que lxs usuarixs se encuentran constantemente expuestxs al frío, al calor y a la lluvia.

Otro aspecto crítico que atraviesa a los Centros de Salud es la deficiencia en las medidas de emergencia ya que faltan matafuegos, salidas de emergencia, planos de evacuación, etc. Esto llama particularmente la atención en los edificios que han sido recientemente inaugurados y los que se encuentran en construcción.

Se destaca que algunos centros de salud no cuentan con espacios comunes para realizar

reuniones de equipo y actividades comunitarias ni espacios de guardado para lxs trabajadorxs.

Por otra parte, se puede apreciar a nivel general falta de personal, ya que el mismo resulta insuficiente para dar respuesta a la magnitud de la demanda creciente en los efectores.

Otro problema que se puede observar en los Centros de Salud y que se ha ido agravando en los últimos meses es la falta de insumos de trabajo y medicación: en este sentido se puede decir que actualmente se encuentra disminuida la cantidad de leche que se entrega a los CeSACs como también el faltante de medicamentos, vacunas y métodos anticonceptivos, entre otros.

Se observa que los CeSACs que presentan los problemas mencionados corresponden principalmente al sur de la Ciudad de Buenos Aires y los barrios más vulnerados: Villa 31; Villa 20; Villa 1-11-14; Villa Cildañez; Barracas; Zavaleta.

En muchos de los casos no se cumplen las condiciones sanitarias básicas que requiere un efector de salud, por lo que lxs trabajadorxs se ven expuestxs diariamente a situaciones de riesgo. Un caso paradigmático es la situación del CeSAC N°47 que se encuentra funcionando en un galpón bajo la autopista sin la ventilación adecuada y con sólo tres consultorios habilitados para la atención.

Este primer relevamiento, aunque de manera parcial, nos permitió visibilizar el deterioro de los Centros de Salud de la CABA, el malestar laboral expresado por compañerxs y la gravedad de la situación, por lo que avanzar en el relevamiento se convirtió en un objetivo prioritario para el Grupo de APS.

Sobre el relevamiento

Para poder relevar las condiciones de trabajo de los Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires diseñamos una encuesta. Para ello, utilizamos los aportes de la "Guía para el Relevamiento de las Condiciones de Trabajo", realizada por el Consejo Profesional de Trabajo Social de la CABA en el año 2016. La encuesta se realizará en los 47 Centro de Salud de Nivel 1 de la Ciudad de Buenos Aires, durante el mes de agosto del año 2019, con la modalidad investigación acción participativa. Siendo completada por un conjunto de trabajadorxs, sin necesidad de que estxs sean de la misma disciplina.

Resaltamos la importancia del cuerpo de delegadxs en el proceso de recolección de datos, como espacio estratégico para vehiculizar la convocatoria a lxs trabajadorxs de los diferentes Centros.

La encuesta tiene el objetivo de relevar los riesgos que lxs trabajadorxs perciben estar expuestos, describirlos y, por último, dar cuenta si se estima que hay alguna forma de mitigar o eliminar el mismo. Para ello, abordaremos tanto los aspectos vinculados con las condiciones materiales como los aspectos vinculados con la organización del trabajo.

Los aspectos vinculados con las condiciones materiales intentan identificar los riesgos existentes priorizando aquellos que puedan dar lugar (o ya hayan dado) a accidentes o enfermedades laborales. Los mismos han sido distinguidos en:

- Riesgos físicos: temperatura, humedad, ruido, radiaciones, iluminación, etc.
- Riesgos químicos: gases, vapores, polvos, aerosoles, etc.
- Riesgos biológicos: virus, bacterias, parásitos, hongos.
- Riesgos ergonómicos: determinadas posturas, levantamiento de pesos, movimientos repetitivos.

Cada categoría de los riesgos consignados está debidamente caracterizada según la Ley 19.587 de Seguridad e Higiene del Trabajo.

Los Aspectos vinculados a la organización del trabajo intentan identificar aquella forma de organización que afecta la salud de los trabajadorxs.

- Las exigencias psicológicas del trabajo, tanto cuantitativas como cognitivas y emocionales, la relación entre la cantidad de trabajo y el tiempo

disponible para realizarlo, el ritmo y la intensidad del trabajo, el alargamiento de la jornada laboral, etc. Esto se relaciona con el fenómeno conocido como "doble presencia" que se configura cuando el trabajo avanza sobre días y horarios no compatibles con la vida familiar.

- El control sobre el proceso de trabajo o la posibilidad que el trabajador asuma un rol activo, es decir la posibilidad de influir en la toma de decisiones respecto de la actividad que realiza lo que a su vez influye en la posibilidad de encontrar un sentido al trabajo, en disponer de los recursos necesarios para implementar las estrategias de intervención así como en la posibilidad de aprendizaje y desarrollo de la creatividad.

- El apoyo social, que hace al vínculo con compañerxs y superiores (C. Dejours incorpora a los usuarixs en esta dimensión). Para que se genere un clima de apoyo social es necesario que existan posibilidades (físicas y organizacionales) de relacionarse entre compañerxs de trabajo.

- Las compensaciones derivadas del trabajo comprenden reconocimiento, trato justo, salario adecuado a las exigencias, seguridad sobre el futuro en relación a condiciones fundamentales del trabajo: horario, tareas, contrato, salario.

Las características de la organización del trabajo se han elaborado siguiendo las conceptualizaciones del ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud)

Aunque todas y cada una de estas dimensiones constituye una entidad conceptualmente diferenciada y operativamente medible, en su conjunto forman parte del mismo constructo psicosocial.

A fin de relevar los aspectos recién mencionados, se realizaron preguntas abiertas con el propósito de indagar si existieron modificaciones en sus condiciones de trabajo, cuáles y de qué forma; si se llevaron a cabo estrategias que facilitaron dichas modificaciones; la existencia de procesos de organización del trabajo; y las formas e instancias de participación de lxs trabajadorxs.

Respecto del procesamiento de la información podemos decir, que las respuestas obtenidas se sistematizarán con el objetivo de conocer las percepciones de lxs trabajadorxs en sus lugares de trabajo, las estrategias desplegadas para mejorarlas, y pensar acciones colectivas que permitan la modificación de las situaciones descriptas en pos de una mejora en las condiciones laborales de todxs lxs trabajadorxs.

Reflexiones finales

Consideramos que los resultados que proyectamos obtener por medio de esta encuesta nos permitirán conocer con mayor precisión las condiciones de trabajo en los Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, así como también indagar sobre las estrategias que desplegamos lxs trabajadorxs para mitigar los riesgos a los cuales nos vemos expuestxs cotidianamente y los posibles espacios colectivos de organización que puedan existir.

Pensamos que la devolución de los resultados y el debate crítico en un espacio abierto a la participación de lxs trabajadorxs de los Centros de Salud es un proceso que favorecerá a superar la individualización del malestar laboral y la fragmentación existente en el Primer Nivel de Salud.

Para ello, la posterior elaboración de un plan de acción con miras a la búsqueda de soluciones de los problemas detectados será posible colectivizando la lucha bajo la organización gremial; esperamos que el trabajo del Grupo de APS pueda ser un aporte para este objetivo.

Bibliografía

- DEJOURS,C. 2015. El sufrimiento en el trabajo. Topia Editorial, 2015. Buenos Aires.

- YANES,L. 2003. El trabajo como determinante de la salud. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2938663

LA CATEGORÍA DE PROYECTOS PROFESIONALES COMO MATRIZ DE INTELIGIBILIDAD PARA ANALIZAR LA DIMENSIÓN POLÍTICA DEL TRABAJO SOCIAL

Lic. Natalia Castrogiovanni

. . . . .

Algunas precisiones previas a la categoría de Proyectos Profesionales

El presente resumen ampliado se realiza para la presentación en las XII Jornadas de la Asociación de Profesionales de Servicio Social de la CABA. Se constituye como un recorte de un proceso de investigación que se realiza en mi propia producción de la tesis de maestría. Cabe destacar que la misma responde institucionalmente al estudio de posgrado realizado en la Maestria de Trabajo Social dictada en la Universidad Nacional de La Plata durante los años 2015 y 2017.

A la par, los debates surgen, se nutren, y son fruto de la propia organización en el ámbito de la salud de la CABA, tanto agrupacionalmente como en la gestión de la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA, integrando la Comisión Directiva en el período 2017-2020.

La temática recurrente en la que me enfoqué en todas las asignaturas cursadas durante la Maestria, fue en la de las perspectivas teórico-metodológicas, los debates alrededor de los contextos socio-políticos, la procesualidad histórica, entre otras aristas, pero todas alrededor de la existencia –o no- de proyectos profesionales del Trabajo Social en las instituciones estatales de salud de la CABA.

Entonces, si el escenario de análisis es la política socio-sanitaria y el sujeto colectivo es el conjunto de les trabajadores sociales, y sus disputas en torno a los horizontes del mismo colectivo –de su intervención, de sus organizaciones y al servicio de qué y cómo las mismas se disponen- , insertos en proyectos societarios diversos, la contemporaneidad debiera poder dar cuenta de las características, los sentidos y el devenir de las mismas, a modo de análisis de caso, con la posibilidad de componer una matriz de inteligibilidad que nutra a los proyectos profesionales de posibilidades de estudio, y trascienda su potencia, no menor, de posicionamientos y apuestas por evidenciar la dimensión política de la profesión. En este trabajo, me centraré en la construcción de la categoría de proyectos profesionales, puesto que resulta de relevancia discutir sobre la categoría en sí misma, alejándose de producciones que, o bien la definen como naturalmente com-

prensible o evidenciable, o se define por el conocimiento, participación y datos de quien escribe, o se hace con dimensiones y expresiones que son premisas y diálogos que se mantienen en un colectivo específico de trabajadores social, elles gocen de más o menos hegemonía en sus planteos.

En síntesis, enunciar proyectos profesionales, como categoría conceptual amplia, implica reconocer que la profesión no es un único cuerpo de ideas, no es una única forma de intervenir, no puede ser rastreada en un único manual de historia ni es conducida a un único puerto. La existencia de proyectos profesionales implica que existe una disputa por los sentidos de nuestra profesión. La relevancia, entonces, del estudio de los mismos en Trabajo Social radica en realizar aportes concretos a su comprensión, colocándola en la realidad conflictiva en la que se inscribe, reconociendo sus múltiples tensiones y permitiendo realizar mejores aproximaciones a la naturaleza, los fundamentos y los horizontes de nuestra práctica. Asimismo permite aproximarse a la idea de que no existen prácticas profesionales que puedan escindirse de un modo de concebir, fundamentar y direccionar la mismísima profesión y su vínculo con proyectos societarios.

Los proyectos profesionales no sólo se constatan porque las diferentes concepciones que se despliegan en los interrogantes que existen en torno al Trabajo Social responden a ciertas visiones del mundo, y éstas devuelven diferentes formas de acción para los horizontes de intervención, sino que también se constatan por una premisa fundamental: entre las determinaciones que hacen a la profesión y la efectiva realidad de su despliegue, existe un desfasaje objetivo: las/os trabajadoras/es sociales hacen "cosas" relativamente diferentes a las que el Estado estrictamente demanda al Trabajo Social. Y qué hacen, con qué ideas y sentidos se enlazan, y hacia dónde dirigen sus esfuerzos por dar forma y sentido a la profesión, configura, de forma consciente o no, la aproximación a la concreción de distintos proyectos profesionales.

Sin embargo, ofrecer una matriz de inteligibilidad, se constituye en un desafío al analizar el estado del arte de la categoría "proyectos profesionales". Hacemos referencia a la inteligibilidad como la posibilidad de identificación, vía una categoría de estudio que expresa un cierto recorte de la realidad, de dimensiones, de posibilidades de relación, comparación y contraposición con otras experiencias profesionales, sin necesariamente expresar en sí misma una apuesta por un proyecto profesional (como por ejemplo, definir en función de la expresión "proyecto ético-político crítico, entre otros).

Sin que sea objeto de este recorte la identificación y discusión de autores que retoman la categoría, si se destaca que la mayoría de elles lo hacen retomando y debatiendo la existencia de proyectos profesionales a partir de las expresiones de Netto. José Paulo Netto (2003) escribió en el año 1999 un texto que resulta significativo para establecer la existencia de proyectos profesionales: "La construcción del proyecto ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea". Identificamos al mismo como un antecedente fundamental para el debate que pivoteará sobre esta categoría. Numerosas/os autoras/es harán referencia a esta producción, que suma la vía de la definición, y por eso es que, si bien se reconoce que previamente se hacían referencias a los "proyectos profesionales", la importancia que reviste esta producción por instalar aquel debate ha generado que se ubique como un punto de inflexión para comenzar a delinear su construcción desde allí. El autor sintetiza varias caracterizaciones y precisiones, entre las que destacamos:

En clave de analizar los múltiples atravesamientos por los que se entiende la profesión del Trabajo Social, afirma que ésta se encuentra tensionada por los intereses de los sectores de poder y los sectores de la clase trabajadora, producto de lo cual la profesión

asumió históricamente distintas direccionalidades políticas, algunas de las cuales gozan de distinta grados de acumulación de poder. Con el fin de caracterizar y construir la categoría de proyecto profesional, el autor comienza por la idea de proyecto. Indica que toda la acción humana de cualquier tipo actúa teleológicamente (a pesar de que la sociedad que compone tenga una mera existencia factual), orientando dicha acción hacia objetivos, metas y fines. De esta manera, de aquí surge la idea de proyecto: la anticipación ideal de la finalidad que se quiere alcanzar, invocando los valores y medios para lograrlo (Netto, 2003: 272).

Asimismo afirma que los proyectos pueden ser individuales como colectivos. En este recorte se hará foco únicamente en proyectos colectivos, siendo los de mayor relevancia, amplitud y extensión, los societarios. Como todo proyecto, presentan una imagen ideal. Hacen referencia a la sociedad en su conjunto a ser construida (con valores y medios privilegiados para lograrlo) (Netto, 2003: 272-273).

Es importante destacar que Netto (2003) afirma que los proyectos societarios en sociedades capitalistas son también proyectos de clase, que traen consigo concepciones aparejadas de otra naturaleza, como proyecciones en relación al género, etnia, etarias, culturales, etc. Algunas otras características que el autor destaca de los mismos proyectos societarios tienen que ver con el análisis de su dimensión *política*, de su necesaria *flexibilidad* y capacidad de *cambio* ante las *coyunturas políticas e históricas*.

Por último, indica que aquellos proyectos de clase, societarios, se relacionan dialécticamente con proyectos colectivos de otra índole, de menor extensión y amplitud, como lo son los proyectos profesionales, entendidos también como estructuras dinámicas. Los mismos son la resultante de mediaciones entre el colectivo profesional (incluyendo al colectivo profesional y sus propias formas de organización –instituciones de formación – investigadores – docentes – estudiantes -organismos corporativos y sindicales- y los proyectos societarios. Una ya clásica definición de proyectos profesionales es a la que arriba el autor:

"Presentan la auto-imagen de una profesión, eligen los valores que la legitiman socialmente, delimitan y dan prioridad a sus objetivos y funciones, formulan los requisitos (teóricos, institucionales y prácticos) para su ejercicio, prescriben normas para el comportamiento de los profesionales y establecen las bases de su relación con los usuarios de sus servicios, con las otras profesiones y con las organizaciones e instituciones sociales privadas y públicas (entre éstas, también y destacadamente con el Estado…)" (Netto, 2003: 274-275)

El autor incorpora necesariamente (explicitado o no) la existencia de dos dimensiones a lo antedicho: primero, la política, diferenciando de su presencia en sentido amplio (es decir, en la relación de los proyectos profesionales con proyectos societarios) así como en sentido estricto (referido a las perspectivas particulares en la profesión). Segundo, la ética como el conjunto de opciones teóricas, ideológicas y políticas que atraviesan a la profesión. Asimismo alerta formas de esterilizar este debate: la incorporación de una visión mesiánica o fatalista sobre el desarrollo de los proyectos profesionales, o bien la falta de identificación de sus límites (por ejemplo, negando las condiciones institucionales del mercado de trabajo) (Netto, 2003).

Los aportes del autor permitieron explicitar en la producción escrita del Trabajo Social la incorporación de aquella categoría de análisis. Los elementos que explicita Netto configura una primera aproximación de objetivaciones de los proyectos profesionales: la elección de valores, objetivos, funciones, requisitos, se pueden objetivar en las leyes de ejercicio profesional, en los códigos de ética, en los programas de estudio, y aquello resulta en un requisito indispensable para la aproximación. Sin embargo estas formulaciones expresan un estado de cosas en la lucha por la conquista de la hegemonía.

En el caso argentino, analizar la Ley Fede-

ral del Trabajo Social, o en el caso del ejercicio profesional en la CABA su propia Ley de Ejercicio Profesional, sumado al Código de Ética del Consejo Profesional de Trabajo Social de esa jurisdicción, da cuenta de objetivaciones que se han conquistado por ciertos grupos de poder en la dirección del colectivo profesional. Lo mismo se podría argumentar respecto de los programas de estudios de la carrera profesional a lo largo y ancho del país, así como las intencionalidades y proyectos que se objetivan en sus procesos de reformas. Aquello resulta una tarea de gran importancia, y permite avanzar hacia la elucidación de ciertas características de los proyectos que han conquistado hegemonía en el bloque profesional. Se destaca aquí que sin embargo no permiten analizar el escenario de conflicto y disputas por los sentidos y horizontes de la profesión.

Netto (2003), sin embargo, especifica esta noción y explicita la necesidad de incorporar los elementos políticos y éticos en el debate. Ahora bien, qué elementos se podrían rastrear no sólo en las objetivaciones del colectivo profesional, sino en la intervención profesional propiamente dicha, permitiría, complejizar y ampliar la categoría de proyectos profesionales para transformarla en una herramienta de análisis de la realidad de la práctica de las/os trabajadoras/es sociales.

Sumando aportes de otres autores, como Carlos Montaño (2004), Yolanda Guerra (2013), entre otres, quienes, en el mismo sentido, han establecido esta categoría como forma de nombrar e identificar diferentes sentidos y horizontes colectivos en la profesión, se sintetizan algunas dimensiones que aparecen, para aquella concepción, como constitutivas de los proyectos profesionales:

- Los proyectos profesionales son de índole colectiva y dinámica, así como mantienen relaciones con proyectos societarios, aunque no necesariamente con aquellos que gocen de hegemonía.
- Estos proyectos determinan cierto marco de relaciones: con las/os usuarias/os de sus servicios, con otras profesiones, con otras organizaciones e instituciones –y aquí fundamentalmente una relación específica con el Estado-.
- Una dimensión de análisis son las objetivaciones de los proyectos profesionales que responden a una determinada coyuntura histórica y dan cuenta de una correlación de fuerzas momentánea: los programas y niveles de estudio, la legislación del trabajo vigente, los códigos de ética.
- Existen formaciones sociales que dan cuenta de la estructura dinámica de los proyectos profesionales en tanto demuestran la lucha vigente en la direccionalidad del colectivo profesional: las instituciones de formación y su cuerpo de docentes e investigadoras/es, las organizaciones corporativas y sindicales.
- Si bien existen varias formulaciones que apuntan a definir los proyectos profesionales como una imagen ideal futura, se destacan las reflexiones que analizan la disputa constante por los sentidos de la profesión en la relación mediada entre fundamentos (formulaciones teórico-metodológicas y operativo-instrumentales) y la efectivización de los mismos (de las relaciones con los proyectos societarios, con los procesos de enseñanza y aprendizaje de la profesión, con sus organizaciones corporativas y sindicales y con la propia intervención profesional).
- Existen atravesamientos generales a las anteriores dimensiones de análisis: la política –amplia y restricta- y la ética.
- Respecto de los avances en relación al análisis de los escenarios de disputa donde se debaten los proyectos profesionales, existen grandes divergencias en lo que refiere a una serie de fundamentos sobre el Trabajo Social: su génesis, naturaleza, legitimación y concepción sobre las políticas sociales. Estas categorías de análisis han permitido delimitar dos grandes perspectivas: la endogenista y la histórico-crítica.
- En lo que respecta al escenario del Trabajo Social en Argentina, existen continuidades y

rupturas en el análisis de proyectos profesionales a lo largo de la historia, y si bien se mantiene la característica sincrética de la profesión, los proyectos profesionales se destacaron por disputarse su hegemonía con formulaciones que mantuvieron estrecha relación (por acompasarse u oponerse –en términos analíticos-) con proyectos societarios conservadores, de enjambre progresista o democráticos a lo largo de la historia argentina. Sin embargo, aún dentro de estas apreciaciones, se destaca la presencia de proyectos profesionales en pugna.

¿Qué son los proyectos profesionales?

A partir de la síntesis anterior resta aportar, tentativamente, una aproximación de los proyectos profesionales en Trabajo Social que permita definirlos de modo que no expresen la vía de construcción de *una apuesta política a un proyecto profesional*, sino que expresen una matriz de inteligibilidad para captarlos en su dinamismo, historicidad, múltiples dimensiones, atravesamientos y escenarios donde se concretan. Vale aclarar, entonces, que los proyectos profesionales son la resultante -siempre contingente- de la disputa por los sentidos y horizontes que las/os trabajadores/as sociales construyeron, construyen y construirán sobre la misma profesión; y en ese sentido, son una categoría que permite la comprensión crítica de su contemporaneidad conflictiva y contradictoria.

Con el fin de ordenar y precisar la categoría de proyectos profesionales, se retoman los aportes que Federico Guzmán Ramonda (2011) desarrolla para analizar el caso del Centro Latinoamericano de Trabajo Social como "matriz teórico-política" que posibilita, según el autor, la creación de proyectos profesionales. Se destaca, entonces, del autor, quien explicita ideas que aparecían con menos fuerza en los antecedentes citados, las siguientes dimensiones de análisis:

Primero, que el debate de los proyectos profesionales se puede situar en el marco de los procesos de constitución del significado social de la profesión, éste último constituido por una doble determinación signada por ineliminables dimensiones políticas: por un lado, los proyectos estratégicos que construyen su hegemonía (desarrollo en la configuración del Estado, en la organización y racionalidad de las políticas sociales) y por el otro, en el lugar activo y creativo que tienen las/os propios/as trabajadoras/es profesionales en el ámbito de mediaciones existente en su producción intelectual y de elaboración de estrategias de acción (Guzmán, 2011).

Segundo, los proyectos profesionales poseen una "auto-imagen" que opera como perspectiva de actuación (diferenciando la proyección de su concreción). Es decir, una direccionalidad que orientada por supuestos y fundamentos ideológicos, éticos, teóricos, culturales y técnicos, orientan el proceso de intervención (Guzmán, 2011).

Tercero, que actúa en el proceso de definición de los significados sociales de la profesión la dimensión teleológica, en la que se reconoce la intencionalidad de la acción humana (centrada en la necesidad e interés), la que es concebida como correspondiente a una anticipación ideal de las finalidades por las que se realiza, involucrando fundamentos y legitimaciones, así como medios para su realización. Asimismo implica que aquella dimensión teleológica da cuenta de un ámbito de disputa de intereses en conflicto, y bajo ningún punto de vista de la voluntad exclusiva de sus agentes (Guzmán, 2011).

Siendo que los proyectos profesionales no existen de forma aislada, o tampoco se gestan y sobreviven de forma endogenista a cualquier profesión, se ha explicitado que los mismos se vinculan y son parte de distintos proyectos societarios. En este sentido Guzmán retoma a Netto cuando afirma que las profesiones deben ser tratadas cada cual como corpus teóricos y prácticos que condensan proyectos societarios y articulan respuestas teleológicas a los mismos.

De esta manera se pretende afirmar que tanto los fundamentos como las estrategias profesionales son inseparables de los proyectos societarios, así como sus concreciones en cada momento histórico determinan las relaciones de fuerza (ya no como ideaciones, sino como realidades) que se establecen para los sujetos que pretenden fundamentar e intervenir en las organizaciones de los colectivos profesionales (Guzmán, 2011).

A modo de síntesis, desde esta producción se definirá a los proyectos profesionales como las *matrices donde se concretan las formas que las/os profesionales trascienden las determinaciones del Trabajo Social como producto histórico de las relaciones de producción capitalistas en una doble y mutuamente imbricada dimensión: los supuestos y fundamentos que dan sentido a la profesión, y las formas y características que asumen las disputas estratégicas por aquellos fundamentos y sentido en los contextos históricos donde las relaciones de fuerzas se desarrollan.*

Se ha explicitado una primera dimensión que se centra en los fundamentos profesionales, vinculado profundamente con los acervos teórico-metodológicos que orientan el ejercicio de la profesión, siendo éste, además, el producto de las perspectivas operativo-instrumentales que concretan las intencionalidades de la acción. Ahora bien, aquella primera –sin procurar establecer un orden secuencial sino una división analítica- se encuentra inmersa en escenarios de disputa estratégica donde se produce la lucha (y las formas y características de ésta) ética y política –en sentido amplio y restricto- por la concretización y/o transformación de aquellos sentidos. Esto se puede analizar mediante una triple vía: en la vinculación con los proyectos societarios, en las propias formas de organización (corporativa, académica, sindical) y en el ejercicio profesional propiamente dicho en instituciones determinadas.

Vale aclarar que las disputas por los sentidos de la profesión se producen en el marco de la lucha por concretar la hegemonía y por lo tanto ejercer la dirección de ese conjunto. Si bien se propone una definición de los proyectos profesionales que hace hincapié en el movimiento de los mismos, en la constante transformación de las relaciones de fuerza que re-orientan fundamentos y acción, el análisis de la hegemonía en Trabajo Social permite una vía de entrada a la dimensión estratégica de los proyectos profesionales, y en el mismo movimiento, a las contra-hegemonías que la disputan, evidenciando la dimensión política que inherentemente es parte de los debates sobre el devenir de nuestro espacio-socioocupacional (por cierto, inherente a toda la clase trabajadora).

Algunas reflexiones finales

La intención de este trabajo es el de dialogar, en espacios colectivos, sobre la existencia de diversos proyectos profesionales en la profesión. Aquello resulta imprescindible, como se afirmó previamente, a los fines de reconocer que no existen monolíticas explicaciones, formas de hacer, responsabilidades y tareas de la profesión, dando por sentado que por supuesto existen un cúmulo de determinaciones que encuadran, pero no constriñen de modo totalitario a los quehaceres profesionales. Estos debates se han fuertemente iniciado en la profesión mediante el reconocimiento y análisis de la autonomía relativa de la misma.

Es entonces en el espacio de la autonomía relativa donde aparecen diferentes modos de concebir los sentidos y fundamentos del Trabajo Social –donde históricamente se concreten en la ejecución de las políticas sociales-, y en el mismo movimiento, su correlato con las formas y características del "hacer": el hacer en la intervención profesional, y fundamentalmente el hacer colectivo, organizado, vinculado de forma compleja con los proyectos societarios. Estos son los proyectos profesionales, que evidenciados como espacio de disputa, se abre la dimensión política de la profesión, aquella que oculta y negada, abona a las hegemonías conservadoras,

que se sostienen por no poder ser nombradas, o porque las objetivaciones que encuadran el quehacer profesional aparezcan como los techos más que los pisos (o determinaciones socio-históricas) para el desenvolvimiento profesional.

A partir de lo anterior es que podemos encuadrar los apegos a las leyes y normas de funcionamiento en muchos colectivos profesionales como forma de negar las autonomías donde se abren, necesariamente, se quiera reconocer o no, los proyectos profesionales del Trabajo Social. ¿Cabe alguna duda que la Ley Federal de Trabajo Social es "un estado de cosas", "un equilibrio contingente" entre las fuerzas que se han tensionado para consensuar, presentar, y lograr la sanción de una ley para todo el territorio argentino? ¿Cabe alguna duda que lo mismo expresa las leyes que encuadran la intervención del Estado en la salud pública, la salud mental, la protección de la niñez, de las mujeres, etc.? Entonces, cómo puede explicarse la intervención profesional mediante ideas y concepciones definidas o entendidas desde aquellos marcos legales? ¿Cuáles es el alcance de las legalidades para explicar la intervención profesional, o las formas de funcionamiento de sus organizaciones colectivas (Códigos de Ética, Estatutos organizacionales, etc.)?

Aquellos interrogantes apuntan a una primera y necesaria tarea: expresar la existencia diferenciada entre el deber ser del Trabajo Social, enmarcado por sus múltiples determinaciones (donde claramente cuáles son estas determinaciones presentará una serie de debates y dilemas, basta con identificar las disímiles explicaciones existentes en torno al origen del Trabajo Social, de la mano de la división de las ciencias, o de la social del trabajo, y/o en las formas evolutivas desde la beneficencia hasta su profesionalización) y los haceres colectivos, organizativos e interventivos que las desbordan. Aquello, mediado porque estos procesos responden a una dimensión política, enmarca la existencia de los proyectos profesionales en las luchas por la conquista de la hegemonía en nuestra sociedad.

Ahora bien, ¿cómo procesar esas existencias, en su diversidad y conflictividad? Tomaremos un aporte de Coutinho (2013), quien afirma la vía del pluralismo en el plano epistemológico, en el de los valores y concepciones del mundo, así como en el de la práctica política, como aquello que permite la ineludible tarea (si es que nos proponemos la construcción de teorías que se aproximen lo más posible a la realidad) del debate de ideas que permita afirmar nuestras "verdades". Verdades que para aproximarse a lo real, serán cada vez más amplias y exhaustivas, respetando la necesidad de que las articulaciones que realicemos sean compatibles: es decir, nieguen el eclecticismo –en el sentido de la reunión de componentes antagónicas en una misma explicación- y el relativismo –en el sentido de otorgarle carácter de verdad a cualquier punto de vista por formar parte del código de interpretación de un actor-. Quizás en el saludable reconocimiento de la diversidad que se expresa en el conflicto, podamos iniciar un camino en el que cada quien, apueste a desnaturalizar y construir colectivamente por una profesión críticamente fundada, y políticamente expuesta a la búsqueda de las sociedades y sociabilidades que imagina posibles.

Bibliografía

- Netto, José Paulo (2003); "La construcción del proyecto ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea"; En: Borgianni, E, Guerra Y, Montaño, C; "Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional"; San Pablo: Cortez Editora.
- Montaño, Carlos (2004); "Hacia la construcción del Proyecto Ético-Político Profesional crítico"; XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social – ALAETS; Costa Rica.
- Guerra, Yolanda (2013); "El proyecto profesional crítico: estrategia de enfrentamiento de las condiciones contemporáneas de la práctica profesional"; La Plata, Buenos Aires: Dynamis.
- Guzmán Ramonda, Federico Raúl (2011); "CELATS: matriz teórico-política para um novo projeto profissional"; Tesis de Maestría; Universidade federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço social, Programa de pós-graduacao em Serviço Social.
- Coutinho, CN (2013) "Pluralismo: dimensiones teóricas y políticas"; en Coutinho: "un pensador crítico de la sociedad burguesa"; La Plata: Cuadernos de Teoría Social y Trabajo Social Contemporáneo; Cátedra Libre Marxismo y Trabajo Social.

ORGANIZACIÓN COLECTIVA DE LOS TRABAJADORES MUNICIPALES DE TIGRE

Lic. Guadalupe Fernández
Lic. Ana Mossini
Lic. Mariana Perez Segovia
Lic. Yanina Rivolta

. . . . .

El presente trabajo busca dar cuenta del proceso de organización sindical que levamos adelante les trabajadores sociales de las áreas de salud y fortalecimiento familiar del Municipio de Tigre.

Nos interesa poder compartir el proceso de surgimiento de la organización sindical que conformamos, así como también poder dar cuenta de los desafíos actuales que atraviesa nuestro colectivo dentro de un gobierno municipal.

Antecedentes

El Municipio de Tigre tiene en la actualidad alrededor de 5000 empleades municipales.

De los empleades municipales un gran porcentaje en la actualidad se encuentran empleades bajo la modalidad de planta temprana mensualizada, siendo solo un porcentaje minoritario el que pertenece a la planta permanente. Específicamente les trabajadores sociales nos encontramos empleades mayoritariamente en las áreas de fortalecimiento familiar y de salud.

En el area de fortalecimiento familiar dentro de la Dirección de Genero, en el año 2017 existía un cargo de monotributo en el área de asistencia y uno en área prevención, hoy en 2019 se congelaron los ingresos por nuevos cargos para planta temporaria mensualizada, habiendo actualmente cinco cargos sin cubrir (renuncias y licencias por maternidad) siendo la planta de monotributistas la mitad de les trabajadores.

Históricamente les trabajadores sociales del área salud junto con les trabajadores de fortalecimiento familiar y promocion social dependíamos de la sub-secretaria de Política sanitaria salud. Específicamente les trabajadores sociales del área salud formábamos parte de los equipos de atención primaria que funcionan en los centros de salud del primer nivel de atención.

Desde hace varios años, existe un día fijo (los segundos lunes de cada mes) en los que les trabajadores sociales del área salud nos reunimos junto a la coordinadora (solo de trabajadores sociales) para conversar sobre distintos temas y novedades. Desde este espacio de reunión mensual, denominado

"reuniones disciplinares de trabajadores sociales",es que se empiezan a gestar las primeras reuniones para poder pensar la necesidad de organización colectiva.

Desde Inicios de 2018 se suman a ese espacio de participación algunes trabajadores del área se fortalecimiento familiar (Género e infancia).

Entre les trabajadores municipales que estaban hacía varios años trabajando en el municipio había un clima de mucho temor a la organización, estando muy instalada la imposibilidad de hacer algún reclamo colectivo, de agremiarse a otro sindicato que no sea el oficial y más aun la posibilidad de crear un sindicato nuevo.

El argumento repetido era: "En Tigre los sindicatos no entran".

En este contexto descrito, en enero del 2015 ocurre el despido arbitrario a une compañere del área de Fortalecimiento Familiar a partir del cual comenzamos a reunirnos como colectivo de trabajadores sociales para pensar estrategias de reclamo frente a este hecho. Se acuerda desde este espacio como estrategia de apoyo y reclamo al despido de le compañere elaborar una carta a presentarse a la secretaria de desarrollo humano y política sanitaria expresando nuestra preocupación y repudio al despido de le compañere "pidiendo" su reincorporación. Cabe destacar que la situación en esta área era especialmente crítica debido a situación de mucho control sobre la labor de les profesionales, persecuciones, malos tratos y graves episodios de violencia institucional.

Durante el 2015, con esta preocupación y malestar latente, empezamos a plantear el tema de las condiciones laborales y su incidencia en nuestro ejercicio profesional, en el espacio de reunión mensual. Nos encontramos con la negativa de la coordinadora para tratar estos temas, por no tener "aval" de la secretaría. Ante esta situación empezamos a reunirnos por fuera de ese espacio. Problematizando nuestras condiciones laborales, especialmente nuestra inestabilidad laboral, pero con dificultades y desorientación acerca de cómo seguir.

Características de la política social y de salud municipal

Muchos de estos cambios en nuestras condiciones del ejercicio profesional en los últimos años que llevan a un creciente malestar en el colectivo profesional tienen de trasfondo el proceso de cambio en la política municipal dentro del área social y de salud.

En el 2016, tras haber asumido la gestión nacional y provincial el macrismo y manteniendo el Frente Renovador la jefatura del municipio de Tigre, se observan cambios en el viraje que toma la política de salud, tanto en lo discursivo como en el accionar, adquiriendo un lugar residual dentro de la política pública del Municipio.

Distintos actores, tanto profesionales de la salud como empleades municipales cercanos al Frente Renovador, y que se inscriben en lógicas más conservadoras y asistencialistas de la política pública, asumen cargos políticos de conducción.

En el área de salud, asume como subsecretario, quién coordinaba el sistema de emergencias de Tigre (SET), y junto con él asumen las coordinaciones de los centros de salud mayormente médicxs que ejercen la profesión desde una concepción liberal y hegemónica de la salud.

En Tigre, al igual que en otros Municipios, comienzan a observarse algunos indicadores de la instalación de la CUS (Cobertura universal de Salud), como nuevo paradigma de la salud, poniéndose especial foco en la productividad, la facturación, la mercantilización de prácticas, y la privatización de servicios. Comienzan a priorizarse el destino de recursos a la construcción de nuevos hospitales de Diagnostico o especializados (H. Odontológico, Oftalmológico, Hospitales de Demanda Inmediata, Hospital de Imágenes, etc.) de co-gestión privada y estatal.

Todas estas políticas en detrimento de la política de atención primaria de la salud y del lugar central de los centros de atención primaria de la salud en la política sanitaria.

Se vuelca la mirada hacia "la especialidad y el diagnostico" de mayor facturación para el municipio. Teniendo las nuevas autoridades este perfil.

Aquelles miembres del equipo de salud formados en Atención primaria de la salud y dentro de una concepción de salud más integral renuncian en búsqueda de mejores condiciones laborales y la posibilidad de desarrollar su práctica profesional en otros espacios con otra mirada en salud.

En este contexto es que los trabajadores sociales que nos desempeñábamos en atención primaria decidimos organizarnos sindicalmente.

¿Qué nos llevaba a querer organizarnos?

Nos nucleaba al malestar por las condiciones precarias de contratación, el salario bajo, la mayor exigencia sobre nuestro desempeño profesional, los descuentos arbitrarios. La necesidad de muchos compañeros del pluriempleo para poder llegar a fin de mes.

Procesos cada vez en mayor crecimiento. Dándose una política de control y disciplina miento cada vez mayor sobre nuestro proceso de trabajo.

Sumado esto al contexto nacional, la profundización de la precarización laboral, el aluvión de despidos, el vaciamiento de muchos de los programas y políticas públicas que conocemos, y compañeres nuestros despedides, entendemos que es un riesgo no estar organizades en estas circunstancias. Frente a esta situación, retomamos las reuniones con la intención más clara de buscar un respaldo gremial.

Durante este proceso surge la carteza de que la organización autoconvocada generaba mayor exposición, y entendimos que era necesario avanzar en la organización encuadrándola en la figura de un sindicato. Frente al argumento de que el mismo "nos exponia", aprendimos que ya estábamos expuestes, aunque de manera implícita, anónima, mas proclive a las amenazas y arbitrariedadesde la patronal, y que era necesario una nueva "exposición", ahora sí visible, bajo la figura de un sindicato.

En este proceso de búsqueda es que a principio de 2016 varies de les trabajadores de salud nos afiliamos a ATRAMUTI (Federación de trabajadores municipales) donde estaban afiliados algunes compañeres trabajadores sociales, también delegados. Como una forma alternativa al gremio municipal oficialista.

Al ver que ATRAMUTI, nucleada en FE.SI.MU.BO, no adhería a los paros que se hacían a nivel provincial y nacional, la falta de comunicación con los afiliades, el no acercamiento para escuchar nuestras inquietudes, acompañarnos en el proceso de organización del área de salud es que decidimos reunirnos con representantes de CICOP.

Junto con otros compañeres médiques, psicólogues y enfermeres, en octubre del 2016 conformamos la seccional CICOP-Tigre, constituyendo una comisión directiva de 14 personas. Una vez notificada al Municipio, ya contábamos oficialmente con la seccional. Recién entonces, comenzamos el proceso de afiliación (estrategia orientada por CICOP central)

La comisión directiva estaba conformada principalmente por Trabajadores sociales, algunos mediques generalistas, une pediatre y dos psicólogues.

Orígenes de la Seccional Cicop de Tigre

Como primera reacción a nuestra organización en torno a CICOP en el mes de noviembre del 2016 nos pasan arbitrariamente a les trabajadores sociales del área de salud a la

sub-secretaría de desarrollo social, dividiendo de esta manera a los equipos de salud.

Los motivos oficiales de dicho paso nunca son esbozados por las autoridades municipales. Les trabajadores inmediatamente señalamos el descontento, el desacuerdo y lo impertinente de dicho traslado, lo que significa para nosotres en términos de desarticulación con el resto del equipo de salud, de espacio de encuentro con otras disciplinas, con la consecuente contracara en términos de atención y calidad de la misma. La concepción de salud que se empieza a esbozar se percibe que solo médiques, enfermeres y los psicólogues es a quienes se les reserva la indiscutida inserción en la Sub-secretaria salud.

Sumado a esto a algunes compañeres se les comienza a solicitar como parte de su trabajo tareas que no eran hasta el momento parte de nuestra labor cotidiana como la entrega de "bolsas de navidad", viéndose un claro viraje en la tarea demandada hacia una concepción asistencialista de nuestro ejercicio profesional.

A partir de esta situación es que como estrategia de resistencia nos proponemos juntar firmas en los a fin de solicitar nuestro pase nuevamente a la sub secretaria de salud.

Dichas firmas, junto con la carta que pedía "nuestra vuelta" a la sub-secretaria de salud, son presentadas en el mes de enero del 2017 en el palacio municipal.

En el mes de marzo despiden arbitrariamente a une de les compañeres que presenta la carta.

A partir de este hecho nos presentamos todos los afiliados en le sub-secretaria de salud, convocamos a otras organizaciones locales (sindicatos, Suteba Tigre, CICOP seccional Pacheco, CICOP seccional San Fernando), con una importante presencia de "vecinos" y de organizaciones sociales, y nos manifestamos en la puerta de la secretaria exigiendo la reincorporación de le compañere despedide, lo cual es logrado a la semana de realizar dicha acción.

Las repercusiones de tamaña organización no tardaron en llegar y a mediados de 2017 luego de tomar conocimiento de la organización de les compañeres de salud, en el área de fortalecimiento familiar con quien ahora les trabajadores sociales de salud compartían sub-secretaria, inician los primeros acercamientos al espacio de CICOP y luego de algunas reuniones con la comisión directiva, definen agremiarse en un importante número de trabajadoras.

Para mediados del 2018, en las segundas elecciones que atravesamos como seccional, la mitad de la comisión directiva y la mitad del padrón de les afiliados de la seccional pertenecen el área de Fortalecimiento Familiar.

Cabe mencionar que les compañeres de Fortalecimiento Familiar venían llevado adelante reuniones por fuera del espacio laboral con inquietudes similares: violencia institucional, precarización de las condiciones laborales, excesivo control de los procesos de trabajo entre otras.

Nos parece central poder señalar algunos episodios que creemos nos fortalecieron como joven seccional:

- Encuentro Nacional de mujeres en la ciudad de Resistencia, Chaco.

Por un lado identificamos el viaje que desarrollamos junto a CICOP central al Encuentro Nacional de mujeres en la ciudad de Resistencia, Chaco en octubre del 2018. En esta oportunidad nos dimos una tarea como sindicato y nos reconocimos como seccional feminista y anti patriarcal, empezando a generar lazos también con otras seccionales de CICOP de zona norte.

- Rumor en relación al pase de Fortalecimiento Familiar a la Secretaría de Seguridad Ciudadana

Otro hito clave para la vida gremial fue cuando amediados de 2018 fortalecimiento familiar recibe el rumor de que la dirección pasaría a depender de la secretaría de Seguridad Ciudadana (de donde depende la "policía municipal"). Generándose rápidamente desde CICOP una estrategia comunicacional de repudio y escrache a esta decisión municipal, que rápidamente es desmentida y frenada por las autoridades.

Situación actual y desafíos

- Mucho malestar en les trabajadores en cuenta a las condiciones laborales.
- Escaso aumento de los salarios en relación a los índices de inflación.
- Excesivas tareas para una demanda que se agudiza y complejiza en tiempos de crisis "que las políticas sociales no sean nuestros cuerpos".
- Recursos estatales que se achican, siendo la cara visible de las políticas sociales municipales nosotres.
- Achicamiento de los equipos de trabajo con que trabajamos cotidianamente. Proceso que lleva a una sobre carga de tareas y a un trabajo cada vez menos interdisciplinario y más disciplinar.
- Exigencia en torno a la distribución de las horas de nuestros contratos entre distintos centros de salud.
- Exigencias de acreditar trabajo, cuantificando nuestro trabajo, cayendo en la lógica estadística exigida por las políticas de salud actuales.
- Aun cuando no hay cambio de color político, se suceden cambios en las políticas y autoridades municipales. Cambios arbitrarios en nuestras condiciones laborales. Mucha rotación de compañeres y afiliades y miembres de la Comisión Directiva, ya que ante los cambios en el contexto municipal, cambian de trabajo hacia otros municipios o hacia CABA.
- Evidenciamos un menor recambio entre Trabajadores sociales, debido a la falta de espacios alternativos para la inserción laboral.

Frente a este escenario oponemos medidas de lucha, reclamo y organización que apunten a:

- Favorecer una mayor articulación con actores locales
- La modificación de la ordenanza municipal actual que es regresiva en relación a la ley provincial que regula nuestros derechos laborales.
- Mejoramiento de la política comunicacional con afiliades.
- Organización frente a los cambios ideológicos en la intervención del Estado en el área social que repercuten en la tarea que se le demanda al trabajo social en su quehacer cotidiano.
- Enfrentar el resurgimiento de discursos en los equipo de trabajo que asociación la función de asistencia como tarea principal de les trabajadores sociales.

Logros hasta el momento…

Romper con mito de que «los sindicatos no entran a Tigre:

- Crecimiento de la cantidad de afiliados
- Freno del pase de compañeras de Fortalecimiento a la Secretaria de protección ciudadana.
- Establecimiento de lazos con otras organizaciones sociales y sindicales de zona norte.
- Instalación junto con otras seccionales de la temática de género en la agenda de CICOP Central.
- Mantenimiento de mesa de trabajo con autoridades de Tigre a fin de abordar problemáticas que nos afectan como trabajadores.
- Instalación de reuniones de comisión directiva en horario laboral.
- Realización de asambleas cada dos meses.
- Organización de comisiones de trabajo (condiciones laborales, comunicación, género, etc.)
- Participación de distintas instancias de formación sindical con CICOP Central y organización de zona norte.

Palabras finales….

En un contexto de profundización de la pobreza, miles de despidos, altas tasas de desempleo, mercantilización y desmantelamiento de la salud, vaciamiento de programas sociales, represión de la protesta social, criminalización de la pobreza, y encontrándonos trabajando bajo modalidades contractuales precarias e inestables, la demanda institucional adquiere otro peso dentro de la correlación de fuerzas.

Se utilizan diferentes mecanismos de disciplinamiento, vigilancia y avasallamiento de la autonomía profesional, generándose temor a perder el empleo.

Circulan rumores de despidos, se realizan pases arbitrarios de trabajadores de distintas aéreas, cambios de funciones y de sueldo a algunos trabajadores que venían ejerciendo funciones de coordinación.

En este contexto, nos vemos atravesadas por la tensión entre las condiciones laborales en las que nos desempañamos y la construcción de un proyecto político que promueva los derechos de la población usuaria de los servicios públicos, la resistencia a cumplir funciones y tareas asignadas institucionalmente que vayan en desmedro de los derechos de la población, resistencia a ser meros ejecutores de programas y políticas sociales, deviniendo en gestores de la pobreza.

Con la descripción del proceso de conformación de nuestra seccional quisimos compartir con el colectivo profesional nuestra experiencia de organización ante el contexto de creciente malestar. Apostando fuertemente a que la salida ante el contexto actual es la organización colectiva, ocupando el trabajo social un lugar central en dicho proceso, en conjunto con el resto de los integrantes de los equipos con los que trabajamos cotidianamente.

"YO ABRAZO AL MUÑIZ". ANÁLISIS DE UNA EXPERIENCIA DE ORGANIZACIÓN

Lic. María Fernanda Islas
Lic. Fernanda Sarralde

. . . . .

A principios del año 2018 comenzó a circular de manera informal entre les trabajadores de los hospitales porteños información sobre el proyecto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) denominado Complejo Polivalente Hospitalario Sur (CPHS). Este proyecto consiste en la unificación de cinco hospitales monovalentes de la Ciudad (Hospital de rehabilitación respiratoria María Ferrer, de gastroenterología Udaondo, de infecciosas F. J. Muñiz, de oncología Marie Curie y el instituto de rehabilitación psicofísica IREP) en el predio que ocupa actualmente el Hospital Muñiz y su transformación en Institutos. Algunos meses después se envió desde el Ministerio de Salud a la dirección de cada uno de los hospitales la resolución NO-2018-10424512-SSPLSAN presentando el proyecto de manera "oficial" junto con un cronograma tentativo de implementación.

Se destaca que el Proyecto de cierre/ fusión del Hospital Muñiz con otros hospitales no es nuevo, sino que responde a una lógica de la gestión gubernamental de la Ciudad desde el año 2008.

En particular, durante el año 2018, en cada uno de los hospitales involucrados en el CPHS se dio un proceso particular de organización de les trabajadores que tuvo como resultado distintas actividades de visibilización. En los cinco hospitales se realizaron abrazos simbólicos, se conformó una Asamblea Interhospitalaria, se realizó una movilización al Ministerio de Salud y se redactó un petitorio para solicitar el apoyo en el rechazo a este proyecto. En el caso particular del Hospital Muñiz les trabajadores nos organizamos en una "Asamblea de Trabajadorxs Autoconvocadxs".

En este trabajo nos proponemos reflexionar acerca de esta experiencia concreta de organización y de nuestra propia práctica como trabajadoras sociales de la salud frente a lo que es considerado un ataque directo al sistema público de salud por parte de quienes deberían impulsar políticas públicas que aseguren el ejercicio de los Derechos Humanos, en particular el Decreto a la Salud.

Autogestión

La invitación a la primera asamblea que tuvo lugar en el Hospital Muñiz comenzó a circular entre les trabajadores a través de canales de información interpersonal, llevandose a cabo durante la jornada laboral en un pasillo de uno de los pabellones. Empezó a ponerse en común la información "oficial" otorgada por el Ministerio de Salud y las dudas que se generaban tanto en relación al funcionamiento del hospital como al impacto en nuestras propias condiciones laborales. Fue en este espacio asambleario en donde se decidió realizar una nueva convocatoria a asamblea con mayor visibilidad para conseguir una participación más amplia, incluyendo a trabajadores de todas las áreas.

Comenzaron entonces no solo a circular mensajes en los teléfonos, se pegaron también carteles en los pasillos y el boca en boca se hizo cada vez más fuerte. La segunda asamblea cambió su lugar y se realizó en la entrada del hospital, siendo este un espacio mucho más visible y con más circulación, con una mayor participación que en la asamblea anterior. Al pensar en la elección del lugar, cercano a la oficina de unos de los gremios con mayor representación en el hospital, no podemos dejar de mencionar el descontento generalizado de les trabajadores con los gremios mayoritarios presentes en el hospital, quienes no solo no se pronunciaron acerca del proyecto del CPHS sino que instaron a sus afiliades a no participar de estas asambleas autoconvocadas. Siguiendo la definición de Pasquini Duran[1], "los autoconvocados son grupos de personas que, sin pertenecer ni obedecer a ninguna organización particular, se reúnen porque comparten la decisión de alcanzar propósitos comunes", entendemos que la organización de estas asambleas tuvo como punto de referencia la pertenencia a un lugar de trabajo común que, frente a lo que se entiende como un ataque directo por parte del GCBA, debía ser defendido y visibilizado.

Como propuesta de esta segunda asamblea se decidió realizar un Abrazo al Muñiz, como ya se había realizado en días anteriores en otros de los hospitales (Marie Curie, Irep y Ferrer), y se conformó una Comisión de trabajo para llevar adelante esta tarea. Esta comisión (de la cual formamos parte) estuvo constituida por trabajadoras de varios áreas del hospital y tuvo entre sus funciones principales la organización de la actividad (sonido, lectura del documento, etc.), el armado de los comunicados de prensa y flyers de invitación al abrazo, la difusión a través de redes sociales y el contacto con la prensa (notas en diversos diarios y medios radiales).

Algunas consideraciones surgidas de esta asamblea en relación al proyecto CPHS, que luego se compartieron en el abrazo, fueron:

- El CPHS responde a una reducción de la oferta de salud en la ciudad y a nivel regional.
- Esconde detrás de discursos de modernización y eficiencia un recorte y achicamiento de la política de salud pública.
- No tiene en cuenta las especialidades de cada hospital y la necesidad de su continuidad como monovalentes para la correcta atención de la población.
- No considera la especialización profesional de los y las trabajadoras de cada hospital ni las tareas que realizan para beneficio de los y las usuarias.
- No responde a una necesidad sanitaria de la población, sino que pareciera responder más a un negociado inmobiliario del GCBA a través de la venta de terrenos.
- En un contexto de ajuste económico a nivel nacional, la financiación público privada, la privatización de espacios y el arancelamiento de distintas prácticas serán también parte de este proyecto.

Nos preguntamos entonces ¿cuál fue la importancia de estas asambleas y de la decisión

1. Pasquini Durán J.M. "Autoconvocados" https://www.pagina12.com.ar/especiales/16aniversario/ani02.htm

de denominarnos como "Asamblea de Trabajadorxs Autoconvocadxs"?

Entendemos que "la dinámica asamblearia es, desde varios puntos de vista, un lugar de potenciación de la política: ella permite instaurar un espacio de deliberación y de toma de decisiones más democrático y participativo; contribuye a formular un sentido más colectivo de lo político, al tiempo que posibilita una reconstrucción de la identidad individual a través de la revaloración de las competencias y las experiencias, tan castigadas por el proceso de descolectivización que está en la base de la desocupación y la precarización laboral."[2] Sabemos que gran parte de les trabajadores de la salud que participaron en las asambleas no contaban con experiencias organizativas previas en relación a demandas laborales, estando afiliades a gremios cuyos representantes sindicales nunca promovieron la participación colectiva. La autogestión y la organización asamblearia se presentaron entonces como prácticas "nuevas" y diferentes dentro del hospital, en contraste absoluto con las prácticas habituales de reuniones a puertas cerradas entre dirigentes y la consecuente toma de decisiones de manera inconsulta con sus bases.

El Abrazo Como Hito

Pasados ya varios meses de esta experiencia de organización otra de las preguntas que nos surge es ¿por qué "abrazar" al hospital? Frente a otras posibles acciones directas que se podrían haber realizado, el abrazo se presentó como la continuidad de algo ya iniciado en otros hospitales y significaba además una actividad concreta y convocante que facilitaba la participación de quienes día a día circulan por el hospital. Una actividad que nos permitía mostrar el conflicto, llevarlo hacia afuera, hacia la comunidad, pero también a su vez anclarlo a un lugar específico, entendido no sólo como un lugar de trabajo sino además como un espacio de pertenencia. Muchas de las experiencias compartidas en las asambleas tenían que ver con historias personales dentro del hospital, con una fuerte carga afectiva en relación a los años allí transitados.

Para lograr que este abrazo fuera posible fue necesario pensarnos a "nosotres" como trabajadores pero a su vez reconocer a otros actores involucrados y afectados a la par nuestra como lo eran les usuaries del hospital y las diversas organizaciones de la comunidad, del barrio. El abrazo como tarea concreta nos llevó a contactarnos con organizaciones barriales (CCC, CTEP, Comuna 4, entre otras) y sindicales (APSS, ATE) que acompañaban el reclamo de defensa de la salud pública y con les usuaries del hospital, quienes participaron en el abrazo y posteriormente colaboraron con la recolección de firmas en un petitorio.

La experiencia del abrazo, la masiva participación en una actividad organizada a pulmón y con mucho esfuerzo, se convirtió en una experiencia transformadora, creadora de algo antes impensado. Como "autoconvocadxs" logramos poner ideas y trabajo en común, pudimos vincularnos con otres, organizarnos y llevar adelante por primera vez un abrazo al hospital Muñiz. "Transitar el recorrido de la experiencia no es un simple medio para un fin, sino que en sí mismo es también un fin. Es en ese singular caminar donde se van construyendo las condiciones que hacen posible lo que antes era inimaginable: un posible del hoy no deducido del ayer"[3]. No solo fue importante el abrazo, sino el proceso asambleario y autogestionado que nos permitió llegar hasta allí y hacerlo posible.

2. Svampa M. "Movimientos sociales y nuevas prácticas políticas en Argentina. Las organizaciones piqueteras." en Revista Nómadas del Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos. http://nomadas.ucentral.edu.co/index.php/component/content/article?id=422

3. Aiello, V. y Krymkiewicz, M. "La experiencia del nosotros" en "Cuando con otros somos nosotros. La experiencia asociativa del Movimiento de Trabajadores Desocupado de La Matanza" Ediciones Continente. MTD Editora, 2007.

Seguimos pensado

Se visualiza que las dinámicas y luchas que se dieron en el año 2018, son en parte resultado de procesos históricos y sociales, donde los reclamos y luchas de les trabajadores de la salud (y los gremios) fueron tomando diversas formas de expresión a lo largo de la historia, con niveles y formas de organización diferentes.

Las asambleas y el trabajo de la comisión organizadora dentro del hospital Muñiz como experiencias colectivas de trabajo, mostraron la posibilidad de organización de les trabajadores desde la autogestión. Como trabajadoras del hospital creemos haber realizado un aporte particular desde nuestra concepción del Trabajo Social y su carácter político, reconociendo el avasallamiento de Derechos por parte del Estado.

Entendemos y compartimos la importancia de la construcción colectiva desde el diálogo y la organización entre pares, lo que cobra gran importancia dentro de un espacio tradicionalmente médico-hegemónico y verticalista en su organización como es el hospital, en el que algunas voces parecieran ser más importantes que otras.

Asimismo, aportamos nuestra mirada convencidas que el armado de redes era fundamental para llevar adelante la tarea propuesta, sumando a usuaries, vecines, organizaciones barriales y comunitarias, organizaciones sindicales y trabajadores que no participaron de las asambleas. Entendemos también que todo esto fue posible con otres compañeros trabajadores del Hospital, que aportaron, trabajaron y le pusieron el cuerpo a las tareas que la comisión iba asumiendo.

Luego del abrazo se realizaron otras asambleas de "autoconvocadxs" en el hospital Muñiz y asambleas Interhospitalarias, las cuales no contaron con la misma participación que las anteriores. Durante el año 2019 no se han vuelto a realizar asambleas en el hospital y, desde el GCBA, se ha dejado de brindar información sobre el proyecto CHPS. Aún frente a esta aparente quietud de ambos lados, todo lo acontecido después del abrazo (movilización al Ministerio de Salud de Caba, Marcha Federal por la salud pública, Festival No al 5x1) nos muestra que la organización de trabajadores y usuaries en espacios "autoconvocados" es posible y creemos firmemente que puede recuperarse frente a nuevos hechos relacionados con el avance del proyecto.

Tuvimos la fuerza para volver posible algo inimaginable y ese es un aprendizaje que no se olvida rápidamente.

Anexo Periodístico

Compartimos algunas de las notas realizadas en diversos medios de prensa sobre el Proyecto CHPS y el abrazo al hospital Muñiz.

- El Gobierno porteño oficializó por decreto la creación del Complejo Sur, que concentra cinco hospitales en uno. https://www.nuevaciudad.com.ar/notas/201809/38559-el-gobierno-porteno-oficializo-la-creacion-del-complejo-hospitalario-sur-que-concentra-cinco-hospitales-en-uno.html?fbclid=IwAR0Hhf2JasLGkAs5sggFAGzuZsJhCBl2NaoPOnKTNPquPvRBK4fZnXC5VTE

- Polémica por un plan para unificar cinco hospitales en el Muñiz. https://www.lanacion.com.ar/sociedad/polemica-por-un-plan-para-unificar-cinco-hospitales-en-el-muniz-nid2141605?fbclid=IwAR0AZL-Bn-l70MTbSXPTuw_kCz_kOL2aU5tx3QyB5-i1kNtnGGHrRn9sqc8

- Un abrazo saludable al Hospital Muñiz. https://www.pagina12.com.ar/118355-un-abrazo-saludable-al-hospital-muniz?fbclid=IwAR3Fa2Pen7rg9TNI2dGKr7a0dVLhFHd81PJoKWHiXwwKNfHlyAUobLe6wQY

- Radio La colectiva. Nota en el programa "Ruta Alternativa" https://radiocut.fm/audiocut/polo-hospitalario-sur-apss-fernanda-islas/#f=search&l=result



Esta publicación constituye una obra colectiva conformada por ponencias presentadas en el marco de las **XII Jornadas de la APSS**, tituladas, ***"Cuestión Social, procesos de organización y Trabajo Social en el debate sanitario contemporáneo"***, realizadas en septiembre de 2019. La misma se organiza en distintos ejes temáticos que hacen a nuestros procesos de trabajo como trabajadores estatales. Los distintos ejes son *"Trabajo social en la urgencia"*, *"Políticas públicas y sociales"*, *"Intervenciones profesionales en el marco de la atención primaria de la salud"*, *"Salud laboral y condiciones de trabajo"*, *"Mujeres y disidencias"*, *"Salud mental"* y *"Procesos de organización y lucha sindical"*.

Agradecemos a cada une de les autores que aportaron con su trabajo a la producción de este material que resulta de suma importancia para los procesos de capacitación permanente y los debates acerca de las políticas públicas en el ámbito sanitario.

CUESTIÓN SOCIAL, PROCESOS DE ORGANIZACIÓN Y TRABAJO SOCIAL EN EL DEBATE SANITARIO CONTEMPORÁNEO

XII JORNADAS DE LA APSS

A.P.S.S. GCBA
Una asociación gremial democrática, participativa y en lucha