



ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE SERVICIO SOCIAL

# SOBERANÍA SANITARIA EN DISPUTA

REFLEXIONES Y LUCHAS  
DEL TRABAJO SOCIAL  
Y LOS EQUIPOS DE SALUD

Libro de Compilación de Artículos



ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE SERVICIO SOCIAL

# SOBERANÍA SANITARIA EN DISPUTA

## REFLEXIONES Y LUCHAS DEL TRABAJO SOCIAL Y LOS EQUIPOS DE SALUD

Libro de Compilación de Artículos

Asociación de Profesionales de Servicio Social  
Soberanía sanitaria en disputa : reflexiones y luchas del trabajo social y los equipos de salud ; Compilación de Asociación de Profesionales de Servicio Social del ; Fotografías de Marina Solodujin. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCABA, 2024.  
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-47645-2-2

1. Salud. 2. Feminismo. 3. Salud Pública. I. Asociación de Profesionales de Servicio Social del, comp. II. Solodujin, Marina, fot.  
CDD 305.4201

# SOBERANÍA SANITARIA EN DISPUTA

REFLEXIONES Y LUCHAS DEL TRABAJO SOCIAL Y LOS EQUIPOS DE SALUD



## EQUIPO COORDINADOR

### Comisión Directiva

Maia Epstein - Secretaria General

Daniela Altavilla - Secretaria General Adjunta

M. Fernanda Islas - Secretaria de Organización

Yamila Ventureira - Secretaria de Asuntos Gremiales y Laborales

M. Florencia Bianchi - Secretaria de Finanzas y Administración

Verónica Brizuela - Secretaria de Comunicación y Difusión

Claudia A. Pugliese - Secretaria de Actas y Archivo

Natalia Castrogiovanni - Secretaria de Formación, Capacitación y Cultura

Camila Bajarlia - Secretaria de Acción Social

### Secretaría de Formación, Capacitación y Cultura

### Secretaría de Comunicación y Difusión

### Secretaría de Asuntos Gremiales y Laborales

### Secretaría de Finanzas y Administración

## COMITÉ ACADÉMICO

Fiorella Cademartori

Paula Cantor

Irupe Collado

Silvia Ghiselli

Sandra Gonzalez

Erica Gunther

Eliana Lijterman

Manuel Mallardi

Carolina Mamblona

Jorgelina Matusevicius

Laura Rivero

Evelina Simonotto

# INDICE GENERAL

■ Introducción .....	8
----------------------	---

## INFANCIAS Y JUVENTUDES: INTERVENCIONES PARA LA DEFENSA DE LES NIÑES Y ADOLESCENTES.

■ Atención integral de la salud de madres y padres adolescentes, y sus hijos/as. Experiencia desde la atención primaria de la salud .....	11
<i>Amoretti, Maira, Ramos, María Daniela, Sparrow, Máximo.</i>	
■ Transformaciones en los espacios y las corporalidades a partir de la pandemia covid 19: implicancias en la intervención profesional con niños niñas y adolescentes en un hospital de agudos de la caba. ....	21
<i>Ailín Fernanda Riveros Saavedra, Debora Días Irupé, Collado Marina Servera, Vanesa Chaves</i>	
■ Tratamiento social y mediático de la situación de lucio dupuy: conservadurismo, punitivismo e individualismo en las representaciones sociales del maltrato infantil .....	35
<i>Ailín Fernanda Riveros Saavedra, Irupé Collado.</i>	
■ Líneas de investigación sobre la incidencia del backlash en la intervención del trabajo social en el ámbito socio sanitario.....	57
<i>Collado Irupé - Pérez A. Romina - Simonotto, Eve</i>	

## SALUD MENTAL: INTERVENCIONES EN LA URGENCIA.

■ Caracterización de la población atendida en la guardia de un hospital de salud mental infanto juvenil del subsistema público de la caba en los segundos semestres de los años 2019 y 2022.Cambios y continuidades entre la prepandemia y la transpandemia. ....	69
<i>Corina Estrin, Erica Gunther</i>	
■ Narrativas “explicativas” y “de posibilidad”. Intervenciones psicoeducativas desde un enfoque discursivo y psicosocial desde el equipo de salud mental de un servicio de urgencias en un hospital general.....	86
<i>Claudia Pugliese, Xavier Ignacio Bilbao Curutchet.</i>	
■ Relato de experiencia acerca de la intervención del trabajo social en una guardia de urgencias en problemáticas de vulneración de derechos de niñas y adolescencias.....	99
<i>María Soledad Varas</i>	

- Desconcierto: un análisis desde la atención del trabajo social en una guardia externa.....107  
*Carolina María Volpi*

## SALUD MENTAL: INTERNACIONES, CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y ESTRATEGIAS COMUNITARIAS DE INTERVENCIÓN.

- Equipos interdisciplinarios de salud mental en guardias hospitalarias atravesadas por la pandemia y la transpandemia: aportes desde la psicología institucional ..... 116  
*Erica Gunther, María José Bérnago, Pamela Flor María Cáceres Gutiérrez, Victoria Gasulla, Camila Rivero López, Victoria Varela Lynch.*
- ¿Cómo, desde las incumbencias del trabajo social, construimos salud? .....127  
*Bezzecchi María Sol Scampini, Melisa Sosa María Belén*
- Aportes desde el trabajo social para la construcción de un abordaje comunitario en salud mental y consumos problemáticos. .... 141  
*María Belén Butrón, Yamila Ventureir*
- La intervención social desinstitucionalizante: obstáculos y posibilidades de acción en la sala de internación de salud mental de hospitales generales de caba..... 149  
*Martin Bruni, Natalia Castrogiovanni, Nadia Fernández Ventura*
- Consideraciones acerca de la violencia institucional y policial: un análisis desde el campo de la salud mental ..... 158  
*Córdoba, Macarena Belén.*
- Construcción de estrategias de egreso con mujeres internadas por salud mental desde un hospital general de agudos..... 174  
*Daniela Altavilla, Cecilia Dominguez, Andrea Merlino.*

## POLÍTICAS PÚBLICAS Y SOCIO-SANITARIAS.

- Embate neoliberal en la política sociosanitaria del primer nivel de atención de caba..... 185  
*Acerbo Sasha*
- Protección social en tuberculosis: reflexiones a partir de un estudio multicéntrico realizado en efectores del primer y segundo nivel de caba en el año 2019.....194  
*Acerbo Sasha, Agüero Silvana, Balenzano Claudia, Capelli María, Chernomoretz Maia, García Peñalosa Susana, Montenegro, María Cecilia.*

- Mitos y tabúes en un taller de esi para adultos ventajas de la presencialidad y la virtualidad .....208  
*Delgadillo María del C., Sampayo Daniela, Ferrín Marcela V., Dra Moya María L., Paganini Stella M.*
- ¿Qué, todavía hay tuberculosis? Intervención del trabajo social en consultorios externos del hospital muñiz .....221  
*Islas María Fernanda, Sarralde Fernanda, Taghlian Sofia Belén, Trioullier Natalia.*
- La odisea de algunos egresos hospitalarios ..... 228  
*Musi, Sofia Daiana*
- “No vuelvas, no te enfermes”: qué pasó después de la pandemia del covid-19.....237  
*Teveles Daniela*
- Necrocapitalismo, salud pública y trabajo social. De capturas y conjuros. ....246  
*Carolina María Volpi*

#### SALUD LABORAL, PROCESOS DE ORGANIZACIÓN, CONDICIONES DE TRABAJO Y DE FORMACIÓN EN SALUD.

- Memorias, historia, participaciones y lucha por un hospital para la comuna 8..... 258  
*Sasha Acerbo*
- Trabajo social y su aporte a la construcción del equipo de salud en el hospital de quemados ..... 276  
*Mayra Coatz, Yanina Rienzi.*
- Adop adopi escucha (en) la lucha ..... 282  
*Arias Roxana, DavidNatalia, García Dolores, Spataro Natalia.*
- De afecto, afectaciones y prácticas profesionales no inmunes .....294  
*Florencia Grazzini.*
- La virtualidad en la atención de la salud .....305  
*Stella M. Paganini, Cintia E. Ramunno.*

#### FEMINISMOS, MUJERES, DISIDENCIAS. INTERVENCIONES EN EL CONTEXTO DE LA VIOLENCIA MACHISTA.

- La máquina de la violencia machista y nuestros cuerpos..... 326  
*Crónica escrita por Sasha Acerbo - Integrante de la Secretaria de formación, capacitación y cultura.*
- El amor como práctica revolucionaria: algunas coordenadas para su abordaje en las entrevistas de violencia machista ..... 328  
*Maia Epstein*

- Desfamiliarización del cuidado, interseccionalidad y políticas públicas: un análisis desde la intervención del trabajo social en una sala de internación de salud mental..... 341

*Pollini, María Eugenia*

- Transversalizando la perspectiva de género en el abordaje comunitario de los consumos problemáticos.....353

*María Florencia Rolandi, Sofía Lovrich.*

## INTERVENCIONES EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

- Trabajo social y aps: dispositivos grupales como posibilidad de transformación subjetiva. ....366

*Marina Balloni Aguilar, Micaela Magnoli*

- Desarmar el acoso escolar es cosa de todes. Un proyecto de taller con juventudes. ....375

*Bianchini Natalia, Bisso Belén.*

- Promoviendo la agroecología en la aps. La experiencia de huerta y alimentación saludable del equipo ampliado de salud comunitaria del cesac n° 10. ....384

*Díaz María Mercedes, Andreatta Micaela, Castiñeira Marisol, Narvaja Nadia, Lovrich Sofía.*

- Resistencia, compromiso y organización: reflexiones en torno al grupo de vivienda y hábitat del barrio de la boca .....390

*Bianchini Natalia, Bisso Belén.*

- Otra(s) salud(es) son posibles. Relato de la experiencia del equipo ampliado de salud comunitaria del cesac n ° 10.....402

*Sofía Lovrich, Melina Daniela Maffeo, Emilia Doubik, Omar Battistessa.*

- ¿Quién nos quita lo bailado? Una experiencia cultural en un taller dirigido a personas mayores, en un cesac del sur de la caba. .... 413

*Melina Daniela Maffeo, Emilia Doubik, Gabriela Oliva Nuñez, Elizabeth Fernández*

- La comunidad hace salud: el rol de los promotores de salud en el marco de la aps ..... 423

*Romina Martínez, Silva Franco, Villagra Nicolás.*

# INTRODUCCIÓN

Desde la Asociación de Profesionales de Servicio Social (APSS) hemos celebrado, los días 21 y 22 septiembre del 2023, las XIII Jornadas de nuestro sindicato, tituladas “Soberanía Sanitaria en disputa: reflexiones y luchas del Trabajo Social y los equipos de salud”. Cientos de colegas nos encontramos para debatir con otros, a partir de la escucha, la propia escritura, el arte y la puesta en acción del cuerpo, sobre la contemporaneidad del campo socio-sanitario y las intervenciones que allí realizamos.

Para ello, hemos organizado tres conferencias centrales, con panelistas de relevancia para nuestro sector de trabajadores de la salud, pero también para los activismos y feminismos que nos atraviesan y nos congregan. Dichas conferencias han sido sistematizadas y dispuestas para el acceso público mediante nuestro canal audiovisual. Asimismo, realizamos los tres primeros foros que se celebraron en el contexto de las jornadas, vinculados con las temáticas de infancias, salud mental y feminismos, que vienen siendo ejes de trabajo y acción en espacios estratégicos para la intervención profesional en la actualidad. Estos registros también se encuentran disponibles en nuestro canal audiovisual, así como en este libro se encontrará una crónica del foro de feminismos y violencia machista, el cual ha contado con la participación de un colectivo de “teatro del oprimidx”, que implicó poner nuestro cuerpo al servicio de la reflexión y transformación de nuestra realidad. Hemos contado también con intervenciones artísticas participativas vinculadas a la temática de violencias hacia las mujeres y disidencias. Consideramos que hemos desarrollado significativamente distintas propuestas con el objetivo de abordar multidimensionalmente los desafíos presentes en nuestro campo de trabajo y en la sociedad en general.

Sin embargo, aquí trataremos de una de las instancias más relevantes de las Jornadas. La de las mesas simultáneas, que implicaron el diálogo directo entre asistentes y expositores que habían puesto a consideración del Comité Académico sus propios trabajos. Quienes han deseado y han hecho las reelaboraciones pertinentes para la publicación de sus artículos, conforman esta compilación. Entonces, este libro es una instancia más de armado colectivo, de conformación de un solo de cuerpo de distintas experiencias, relatos, análisis, interrogantes y sistematizaciones de la intervención en el ámbito socio-sanitario. Si bien las posiciones de los autores son diversas, heterogéneas y hasta contradictorias entre sí, consideramos son representativas del debate profesional contemporáneo, tanto por los ejes desde donde se escribe (salud men-



tal, políticas públicas y sanitarias, feminismos, violencias, infancias y juventudes, APS, salud laboral, procesos de organización, condiciones de trabajo y de formación) como por las perspectivas que contienen los artículos.

El contexto actual es de un enorme ataque a las conquistas de la clase que vive del trabajo, tanto en su materialización en las políticas públicas y sociales que se expresan en el Estado, así como mediante un brutal ajuste que no tiene más sentido que el de transferir nuestras riquezas (materiales, ambientales, simbólicas) hacia quienes más tienen, para su propio beneficio. La injusticia, denostación de las relaciones democráticas, la represión, profundización de la desigualdad y barbarización extrema de las relaciones sociales, se encuentra al orden del día. En ese marco, este libro circula con un horizonte que perseguimos: comunicarnos e identificar nuestras disidencias, afinar nuestros debates, fortalecernos en el diálogo y en nuestros objetivos en común: una vida digna para quienes vivimos del fruto de nuestro trabajo. Nos paramos firmes, afe-rrades a una bandera que nos hermana a les de abajo: ¡POR NUESTROS DERECHOS, NI UN PASO ATRÁS!



# 01

## **INFANCIAS Y JUVENTUDES**

Intervenciones para la defensa de los  
niños y adolescentes

## **ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE MADRES Y PADRES ADOLESCENTES, Y SUS HIJOS/AS. EXPERIENCIA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

### **Autores:**

Amoretti, Maira. Médica pediatra, especialista en adolescencia.

Ramos, María Daniela. Licenciada en trabajo social.

Sparrow, Máximo. Médico generalista y de familia.

Mail: saludcesac21@gmail.com

---

### **Introducción**

En este trabajo presentamos la experiencia del dispositivo de atención para madres y padres adolescentes, y sus hijos; desarrollado por uno de los equipos territoriales del Centro de Salud N° 21 del barrio Padre Mugica (Villa 31). Buscamos compartir las estrategias de intervención que nos hemos dado como equipo interdisciplinario, a fin de favorecer la accesibilidad de los adolescentes mapadres y sus hijos a la atención de salud integral, desde una perspectiva de derechos. También mostrar algunos de los datos que hemos logrado sistematizar que nos han servido para conocer nuestra población y que nos permitieron evaluar los aspectos en los cuales seguir profundizando nuestro trabajo. Por último, dar cuenta de reflexiones que nos han surgido al transitar la experiencia y que creemos valioso compartir para pensar colectivamente cómo afrontar nuevos desafíos.

### **¿Por qué un espacio de atención para mapaternidades adolescentes?**

Nuestro centro, junto con los Centros de Salud N° 25 y N° 47, son los únicos prestadores del sistema de salud público que brindan atención en el barrio. En nuestra práctica cotidiana observamos largas colas esperando conseguir turnos, convirtiéndose en una epopeya para la población en general. Esta situación de dificultad en el acceso a

la atención de salud se vuelve aún más problemática para aquellos que no cuentan con una cobertura de obra social o privada, que se encuentran en condición de pobreza, que son migrantes y que son, por ejemplo, adolescentes. Afirmamos esto desde una perspectiva interseccional<sup>1</sup>, entendiendo que las diferentes categorías (clase, género, etnia, edad, etc) se interrelacionan creando formas de opresión que superan la suma de cada una de ellas.

Conociendo la dificultad en el acceso a la atención de salud y entendiendo que esto implicaba una barrera mayor para les adolescentes, nos parecía importante ofrecer un espacio de acompañamiento a las maternidades y paternidades adolescentes, de manera de facilitar el acceso a la atención de su salud y de sus hijes; y al mismo tiempo brindar una atención integral de salud, donde no sólo se priorizara el cuidado de les niñes, sino también de sus jóvenes padres.

Nos parece importante centrarnos en la atención de salud de les adolescentes, porque consideramos que, si bien existen múltiples formas de vivir la adolescencia que no son pasibles de reducir a una esencia, sí quienes transitan esta etapa se encuentran en un proceso de autonomía progresiva. Supone tomar decisiones autónomas con cada vez mayores niveles de independencia. Para hacerlo, consideramos necesario contar con condiciones materiales y simbólicas que lo permitan. Esto no implica tener una visión adultocéntrica sustentada en creer que la adultez es una etapa superior o mejor para tomar decisiones, pero sí observamos que en la adultez las personas cuentan con una posición privilegiada en relación a les adolescentes y niñes.

Por otra parte, consideramos que la identidad adolescente se constituye en el marco de relaciones sociales, cargadas de significaciones socioculturales que se construyen o imponen en el marco de relaciones de poder. Se establecen de esta manera, por un lado, definiciones dominantes o hegemónicas sobre la manera adecuada de 'ser' y 'actuar' y, por el otro, procesos identitarios contrahegemónicos de resistencia y confrontación. Por lo expuesto, se sigue que la relación entre edad biológica y edad social es compleja, socialmente disputada e históricamente cambiante. Se entiende así que no hay un modo único de ser adolescente sino más bien identidades diversas que se definen a partir de relaciones sociales con los adultos y con otros grupos de adoles-

---

<sup>1</sup> El concepto de interseccionalidad fue introducido por la abogada Kimberlé Crenshaw en 1989, si bien con anterioridad corrientes feministas como el black feminism y el feminismo latinoamericano, ya daban cuenta de las opresiones singulares a las cuales estaban expuestas mujeres negras/latinas.

centes en contextos concretos que se enmarcan en procesos de permanentes cambios y resignificaciones. (Portnoy, 2005).

De esta manera, desde nuestro grupo de trabajo nos posicionamos frente a una perspectiva amplia de análisis que concibe a la etapa de la adolescencia como un proceso complejo, multidimensional, que no puede reducirse a simples límites etarios para definirla.

Por otra parte, la maternidad/paternidad adolescente trae con ella los cuidados de un nuevo miembro en la familia. Estos cuidados suelen recaer principalmente en las madres u otras mujeres del grupo, generando como consecuencias, por un lado, el énfasis en la feminización de los cuidados con la sobrecarga de trabajo que esto trae aparejado y, por otro, el desdibujamiento de las adolescentes, quedando las mismas cristalizadas en su rol de madres.

Por eso, para contrarrestar estas dificultades y facilitar el acceso, nos parecía apropiado brindar un espacio de atención diferenciado destinada a las maternidades y paternidades adolescentes desde la construcción de una salud colectiva con lógica participativa y territorial.

### **Desarrollo del dispositivo**

A principios del año 2021, todavía bajo las medidas del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) producto de la pandemia por COVID 19, los equipos territoriales del centro de salud N° 21, comenzamos a repensar actividades que pudieran atender a las demandas de la población, teniendo en cuenta las medidas socio sanitarias establecidas.

De esta manera, nuestro equipo territorial<sup>2</sup> conformado por un médico generalista, una médica pediatra y especialista en adolescencia y una trabajadora social, comenzó con un dispositivo de atención de madres y padres adolescentes y sus hijos. La propuesta consistía en brindar atención interdisciplinaria al grupo familiar, con un mayor tiempo destinado a cada consulta, que permitiera el seguimiento del crecimiento, desarrollo e inmunizaciones de los niños y adolescentes; promover la lactancia; facilitar el acceso a métodos anticonceptivos; y trabajar en la prevención y detección de infecciones de transmisión sexual. Así como también promover la continuidad de las tra-

<sup>2</sup> Actualmente, además de los profesionales mencionados, forman parte del equipo una enfermera y puericultora y un musicoterapeuta; así como también rotan por el mismo, residentes de trabajo social, residentes de la especialidad posbásica de adolescencia y residentes de medicina general.

vectorias educativas, el acceso a programas sociales, y problematizar situaciones de violencia de género y violencia familiar.

El espacio se proponía facilitar la accesibilidad al mismo, lo que implicó una búsqueda y convocatoria activa a les adolescentes, mediante llamadas telefónicas y mensajes por Whatsapp, principalmente. A su vez, requirió flexibilidad horaria para poder reprogramar turnos o brindar atención en el momento. También implicó tomar como parte de la tarea, la gestión de turnos no sólo dentro del sistema de salud, sino también con otros organismos. Estas acciones eran evaluadas en cada caso particular, intentando delinear un andamiaje singular para cada situación y promoviendo un mayor protagonismo de les adolescentes de manera progresiva, al tiempo que iban conociendo las dinámicas del centro de salud y apropiándose del mismo.

Estar disponibles fue un aspecto fundamental para lograr que les adolescentes se acercaran y continuaran en el espacio, no sin plantear tensiones en el quehacer de cada profesional.

El ingreso de les adolescentes madres y padres al espacio se realizaba mediante derivación previa, considerando la edad de les jóvenes entre 14 y 19 años, aunque también se contemplaban edades un poco más avanzadas teniendo en cuenta otras características que hacen a las adolescencias. Las derivaciones eran realizadas por compañeros del centro de salud, como así también por otros dispositivos e instituciones a quienes dimos a conocer el espacio, entre ellas, los servicios de neonatología de los Hospitales Fernández y Rivadavia; el EMEM N° 6; el Programa de acompañamiento a estudiantes embarazadas, madres y padres; el Programa A la Par; organismos de protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes; y organizaciones barriales que trabajan en la temática.

Durante el año 2021, brindamos atención principalmente a mujeres adolescentes madres y sus hijos. Observamos múltiples situaciones de vulnerabilidad: desempleo, pobreza, falta de acceso a la vivienda, conflictos con la ley, situaciones migratorias irregulares, interrupción de trayectorias educativas, situaciones de violencia de género, sobrecarga de tareas de cuidado de otros miembros de la familia, escasas redes socio-familiares y de amistad. Esto último aparecía como una constante.

La mayoría de las adolescentes mencionaba no tener amigos y muchas presentaban conflictos vinculares con sus familias. Esta situación, el fin del ASPO y el crecimiento del grupo, motivó que en el año 2022 agrupáramos a les adolescentes y sus hijos. Los

grupos fueron conformados según la edad de los niños, siendo alrededor de seis en cada uno de ellos.

La propuesta consistió en brindar talleres, donde mensualmente durante el primer año y trimestralmente durante el segundo año de vida de los niños, los convocamos para tratar distintos temas vinculados al desarrollo y crecimiento de sus hijos, como de la maternidad, paternidad y adolescencia. Luego de los talleres, se brindaba la atención de salud correspondiente de manera individual.

Cabe aclarar que la participación en los talleres era optativa y no dependía de ella la continuidad en el dispositivo del consultorio interdisciplinario; si bien es una instancia muy valorada por nosotres, ya que permite el encuentro entre pares, la posibilidad de formar lazos con otros y habilita la posibilidad de pensar colectivamente aquellas problemáticas que cada uno atraviesa.

Dos años después de comenzar con esta modalidad, al mes de junio de 2023, han pasado por nuestro espacio 50 niños, 46 adolescentes madres y 6 padres. Durante este periodo hemos podido recolectar y sistematizar algunos datos (Ver anexo).

Del total de adolescentes madres (46), el 17, 4% (8) transitaron su embarazo siendo menores de 15 años.

A su vez, la alta frecuencia de embarazo no intencional (82,6%), fue superior al promedio nacional para el 2020 (70%) (Informe anual de Monitoreo Año 2020), que creemos puede estar asociado con una alta tasa de falta de método anticonceptivo y/o falta de métodos de larga duración, sobre todo pensando en la gran diferencia que hay en el uso típico<sup>3</sup> y uso perfecto<sup>4</sup> de métodos como preservativo, anticonceptivos orales, inyectables, o métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

Por otro lado, observamos en nuestra población una tasa más alta (24%) que el promedio tanto a nivel nacional (17,7%) como en CABA (15,8%) de patologías perinatales<sup>5</sup> (parto pretérmino y/o bajo peso al nacer) en las adolescentes, a pesar de que ninguna de ellas presentó patologías durante el embarazo, más allá de anemia.

<sup>3</sup> Gestaciones que se producen en todos los meses o ciclos con exposición, más allá de cómo se utilizó el método.

<sup>4</sup> Gestaciones producidas con el uso perfecto del método.

<sup>5</sup> Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Argentina – Año 2019. Ministerio de Salud de la Nación. Pag. 27-28

Respecto de la trayectoria educativa, observamos que más del 45% de las adolescentes que participan del espacio habían interrumpido los estudios al momento de la última consulta. Esto evidencia una distancia alarmante con los datos generales (Miguez, Bonelli y Nistal, 2023) de CABA, donde se observa un 9% de interrupción de la trayectoria escolar y de Nación 15,1%. Cabe aclarar que 3 de las 46 adolescentes madres se encontraban realizando sus estudios primarios al momento de quedar embarazadas y no continuaron con los mismos.

Si bien la asistencia fue irregular, muchas pudieron continuar con la escolaridad en gran medida por el apoyo del programa de Acompañamiento a estudiantes embarazadas, madres y padres, con quienes articulamos a lo largo del tiempo. Las instituciones educativas que contaban con espacios de cuidado para los niños resultaron de mucha ayuda.

Por otro lado, 19,6% de las adolescentes (9) tuvieron abortos previos y 8,7% tenían hijos previos, siendo su segundo hijo quien participaba del taller.

Con respecto al uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) previos al embarazo, 34,8% (16) no utilizaban; 23,9% (11) no poseemos datos; 16,6% (9) utilizaban anticonceptivos orales combinados (ACO); 15,2% (7) utilizaba preservativo; 4,34% (2) usaba inyectables mensuales y 2,17% (1) tenía colocado un implante subdérmico al momento del embarazo<sup>6</sup>.

En lo relativo al uso de MAC con posterioridad al embarazo, 76% (35) optaron por el implante subdérmico; 13% (6) usan inyectables mensuales, 9% (4) utilizan anticonceptivos orales y 2% (1) utiliza preservativo.

Por otro lado, observamos que en un 58,7% (27) las adolescentes mencionan que los padres de sus hijos se encuentran presentes, mientras que un 39% (18) no cuentan con presencia paterna.

Respecto a la edad paterna al momento del embarazo: 34,7% tenían 19 años o menos, 34,7%; entre 20 y 25 años; y 19,5% 26 años o más. En relación con esto hemos observado que 8,7% de los nacimientos (4) han sido producto de relaciones entre adolescentes menores de 16 años con parejas mayores de edad.

<sup>6</sup> De las entrevistas mantenidas y lectura de la historia clínica surge que el implante subdérmico había sido colocado con posterioridad al embarazo.



Hemos tomado conocimiento que por lo menos 8 adolescentes, que corresponden al 17,4% del total, han atravesado situaciones de violencia de género por parte del padre de sus hijos.

Por último, del total de las participantes, 5 (10,8%) han vuelto a quedar embarazadas desde que participan del espacio. Dos de ellas se encuentran cursando el embarazo actualmente, una ya ha tenido a su segunda hija y dos han accedido a Interrupciones Voluntarias de Embarazo.

### **Reflexiones en torno a la experiencia del equipo**

Al momento de imaginar el dispositivo de atención, sospechábamos que nos íbamos a encontrar con un escenario complejo, propio de maternar y paternar en la adolescencia, en un contexto de vulnerabilidad social como el que habitan quienes viven en el Barrio Carlos Mugica. Sin embargo, a lo largo de los encuentros grupales y entrevistas individuales, nos encontramos con problemáticas que superaron ampliamente ese horizonte. Identificamos que las redes de apoyo de les adolescentes eran muy frágiles. Contaban con escaso acompañamiento familiar o, en el peor de los casos, habían sido excluides del hogar. Su grupo de pares era muy limitado o inexistente. Presentaban pequeñas referencias de redes comunitarias e instituciones, observándose pocos anclajes en las mismas. En varios casos se trataba de adolescentes que habían emigrado recientemente de países vecinos u otras provincias sin documentación y con dificultades para regularizar su situación.

En este marco, nos pareció que el encuentro grupal periódico con sus compañeros de taller y con el equipo de salud podía ayudar a construir esas redes. En este sentido, podemos mencionar como dato positivo la preocupación que mostraron algunas adolescentes ante la ausencia de compañeros al taller, o el uso del grupo de Whatsapp grupal, mediante el cual compartieron videos, canciones, experiencias y dudas entre ellos.

Uno de los grandes interrogantes que nos planteamos desde el equipo es cómo trabajar con las paternidades adolescentes. Si bien es cierto que algunos padres participaron del espacio grupal, no lo han hecho con la misma continuidad con el que lo hicieron las madres de sus hijos. Nuestra búsqueda está en habilitar instancias en donde las tareas de cuidado se repartan en forma más equitativa, y donde haya lugar para la masculinidad. Sin embargo, observamos que muchas veces sus parejas mujeres han optado por no hacerlos partícipes del espacio de taller, tal vez, en la búsqueda

da de un lugar donde poder expresarse de manera más libre. Así como observamos estas situaciones, también hemos dejado de convocar a los varones al tomar conocimiento de la existencia de episodios de violencia de género. Continuamos preguntándonos cómo hacer parte a los varones del taller, de qué manera comprometerlos en su responsabilidad de cuidado, habilitándolos a conocer distintos modos de ejercer la paternidad, y a construir vínculos desde la afectividad, el cuidado y el respeto; sin que ello sea en detrimento del espacio para las adolescentes, ni obture el develamiento de posibles situaciones de maltrato entre ellos.

Otro aspecto que nos parece central es continuar fortaleciendo el acceso a métodos anticonceptivos y a consejerías de salud sexual integral en escuelas, clubes y otros espacios que trabajen con adolescentes. Consideramos que la alta interrupción de los proyectos educativos, asociado al aumento de la virtualidad durante el aislamiento, provocó que les adolescentes tengan menos acceso a la ESI (educación sexual integral), potenciado por la reorganización de los sistemas de salud durante la pandemia, priorizando las urgencias y descuidando las consejerías en salud sexual, la promoción de métodos anticonceptivos y prevención de embarazos no intencionales llevaron al alto porcentaje de falta de cobertura en MAC y que más del 80% de las adolescentes hayan transitado un embarazo no planificado. La participación en el espacio denota una marcada inversión de las estadísticas previas, con una alta tasa de cobertura en métodos y una baja reincidencia en embarazo no intencional.

Consideramos que este trabajo fue importante para nosotros como equipo de salud, porque nos demostró que estábamos frente a problemáticas complejas que sólo podían ser abordadas de manera conjunta, desde una mirada transdisciplinaria, privilegiando los tiempos de discusión de los casos y desarrollando estrategias de intervención conjuntas.

A su vez, identificamos que este dispositivo tuvo buena recepción por parte de la población participante. Observamos que les adolescentes, a medida que transitaban el dispositivo, se apropiaban del mismo y se referenciaban con el equipo de salud y con la institución en general.

## Conclusiones finales

Después de un año y medio en actividad, entendemos que el espacio permitió identificar una gran diversidad de problemáticas, mucho más amplias y complejas de lo que esperábamos. Nos parece fundamental seguir trabajando para construir lazos institucionales y comunitarios que sostengan y acompañen. Entendemos que el seguimiento más espaciado a partir del año de edad de los niños, como se plantea desde la pediatría, no es aplicable a nuestra población, que requiere un apoyo disponible, accesible y frecuente.

Finalmente, nos parece importante mencionar la necesidad de defender los espacios de atención interdisciplinarios con tiempo de calidad destinado a pensar y elaborar las mejores estrategias de seguimiento. Así como también seguir apostando al trabajo intersectorial frente a la fragmentación creciente de los problemas sociales.

## Bibliografía

- Dávila, Oscar (2004) "Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes". Última Década N°12. Valparaíso: Ediciones CIDPA
- Dirección de Estadística e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2021.
- Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Argentina – Año 2019. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Acceso a la Salud. Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica. Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. ISSN: 0301-4630. Boletín Número 165. Buenos Aires, junio de 2021
- Informe anual de Monitoreo Año 2020. Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. Ministerio de salud de la Nación. Marzo 2021
- Portnoy, F. (2005) "El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales" en Cognia. M (Comp.) Buenos Aires. "Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas", CEDES.
- Trayectorias escolares: ¿Cuántos estudiantes abandonan la secundaria en Argentina? Autores: Paz Míguez (Fundación Éforo), Samanta Bonelli (Observatorio de Argentinos por la Educación) y Martín Nistal (Observatorio de Argentinos por la Educación)



1º Foro de las Infancias:

“Acerca del maltrato y la violencia sexual en las infancias. Intervenciones para la defensa de las niñas y adolescencias”. Panel central con la voz y experiencia de colegas de hospitales.

Coordinado por Daniela Dosso, referente de la Campaña Alerta por Martin

## TRANSFORMACIONES EN LOS ESPACIOS Y LAS CORPORALIDADES A PARTIR DE LA PANDEMIA COVID 19: IMPLICANCIAS EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL CON NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE LA CABA.

### Autoras:

Ailín Fernanda Riveros Saavedra (afriveros@gmail.com) -

Debora Días (deboradias2@yahoo.com.ar) -

Irupé Collado (irupe.collado@gmail.com) -

Marina Servera (mayservera@gmail.com) -

Vanesa Chaves (vanesapaula23@gmail.com)

---

### Introducción

*“La caricia es revelación de sí mismo mediante el otro.  
Es un don que sólo adquiere su sentido en la  
devolución que ofrece en el mismo movimiento.”*

*(Le Bretón)*

Durante el presente trabajo se propone profundizar en torno a las modificaciones que se produjeron en los cuerpos a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), decretado el 19/03/2020 en el marco de una estrategia de prevención de contagio al inicio de la Pandemia COVID 19. El análisis se centra en la intervención social desplegada con infancias y adolescencias en el marco de un Hospital General de Agudos de la CABA. Este trabajo se lleva adelante en el marco de un equipo de trabajadoras sociales de un servicio social hospitalario de CABA, que interviene con infancias y adolescencias, en el marco de la internación y la atención por consultorios externos. Todas las profesionales involucradas desarrollaron actividad durante el periodo de ASPO y DISPO.

Reflexionaremos en torno a la primacía del discurso biologicista y del modelo médico hegemónico para pensar las corporalidades, así como el miedo como constitutivo de la efectividad de los protocolos. Interesa particularmente hacer eje en los cambios que se sucedieron en los espacios de atención de la salud desde la intervención social, los cuales implican transformaciones profundas en las modalidades de trabajo.

La pandemia del COVID 19, modificó la vida cotidiana al interior de las instituciones de salud y por ende se vieron afectadas<sup>1</sup> las intervenciones que realizan los profesionales de la salud sobre los cuerpos, fortaleciendo prácticas asociadas al modelo médico hegemónico, las cuales afectaron los modos en los cuales se interviene sobre los cuerpos, corriendo las fronteras del mismo, generando diagnósticos disociados a través de una pantalla. Asimismo, modificó los espacios de trabajo, interpelando la cotidianidad de la institución de salud, desarticulando espacios de encuentro y reflexión y disociando la profesionalidad de la afectividad<sup>2</sup>.

En este sentido, los interrogantes que surgen son ¿Qué pasa con los cuerpos de las infancias y adolescencias cuando no pueden encontrarse? ¿Qué pasa con los cuerpos de las infancias y adolescencias cuando no pueden habitar las instituciones? ¿Dónde quedan alojadas las memorias del trauma colectivo que implicó la pandemia? ¿Qué consecuencias sobre los cuerpos de las infancias y adolescencias y los modos de intervenir sobre ellos aparecen? ¿Qué implicancias tiene la reaparición de los discursos en torno a la peligrosidad de las infancias?

Para esbozar algunas respuestas a estos interrogantes, en el presente trabajo nos proponemos reflexionar en torno a los efectos en los cuerpos de profesionales y sujetos de intervención en el marco de la pandemia. Entendemos que se trata de objetivos ambiciosos, pero apuntamos a dar inicio a un proceso de reflexión crítica que posibilite nuevos interrogantes y algunas respuestas.

---

1 Se entiende este concepto en términos de poner el juego el cuerpo en la práctica, a saber: "La potencia de la corporalidad como instancia de partida a la hora de construir conocimiento, radica en la afectación que ponemos en juego. Poner el cuerpo en juego. Esto implica hacerlo jugar un rol, jugar nuestro rol a través de él, dejar que prime, dejamos conducir a través de esta corporalidad con recorrido propio, pero que muchas veces nos resulta asombrosamente distante." (Páez, M. Jarupkin, N, 2018, p. 32:39)

2 "En el terreno de la afectación —cuando mi cuerpo se encuentra poblado de afectos—, acontece que descubro la potencia de mi propia existencia. Una potencia —poder, fuerza, capacidad, energía, impulso, talento— abundante que está esperando ser llamada, que quiere mostrarse, expresarse". (Páez, M. Jarupkin, N, 2018, p. 32:39)

## Transformaciones en las corporalidades a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio:

El 19 de marzo de 2020, en Argentina se decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) a los fines de prevenir la propagación del virus y fortalecer el sistema de salud para afrontar tal situación epidemiológica<sup>3</sup>. En el DNU 297/2020 se decreta que *“Durante la vigencia del “aislamiento social, preventivo y obligatorio”, las personas deberán permanecer en sus residencias habituales o en la residencia en que se encuentren a las 00:00 horas del día 20 de marzo de 2020, momento de inicio de la medida dispuesta. Deberán abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo y no podrán desplazarse por rutas, vías y espacios públicos, todo ello con el fin de prevenir la circulación y el contagio del virus COVID-19 y la consiguiente afectación a la salud pública y los demás derechos subjetivos derivados, tales como la vida y la integridad física de las personas.”* Esto implicó la limitación de la circulación por los espacios públicos y las instituciones de todas aquellas personas que no ejercieran tareas esenciales<sup>4</sup>. Asimismo, se limitó el acceso de las infancias y adolescencias a las instituciones

<sup>3</sup> En diciembre de 2019 hubo un brote epidémico de neumonía de causa desconocida en Wuhan, provincia de Hubei, China; el cual llegó a afectar a más de 60 personas el día 20 de ese mes. El 31 de diciembre, el Comité de Salud Municipal de Wuhan informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que 27 personas habían sido diagnosticadas con neumonía de causa desconocida, habiendo 7 en estado crítico; la mayoría de estos casos eran trabajadores del mencionado mercado. Tras el primer brote de COVID-19 en Wuhan en diciembre de 2019, donde las autoridades chinas confirmaron 41 casos detectados entre el 8 de diciembre y el 2 de enero de 2020,<sup>43</sup> la ciudad dejó de informar casos hasta el 19 de enero, cuando se confirman 17 casos más. Para ese entonces ya se habían comunicado los primeros casos por COVID-19 fuera de China: dos en Tailandia y uno en Japón. La rápida expansión de la enfermedad hizo que la OMS, el 30 de enero de 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional, basándose en el impacto que el virus podría tener en países subdesarrollados con menos infraestructuras sanitarias. El 11 de marzo la enfermedad se hallaba ya en más de 100 territorios a nivel mundial, y fue reconocida como una pandemia por la OMS.

<sup>4</sup> Quedan exceptuadas del cumplimiento del “aislamiento social, preventivo y obligatorio” y de la prohibición de circular, las personas afectadas a las actividades y servicios declarados esenciales en la emergencia, según se detalla a continuación, y sus desplazamientos deberán limitarse al estricto cumplimiento de esas actividades y servicios:

1. Personal de Salud, Fuerzas de seguridad, Fuerzas Armadas, actividad migratoria, servicio meteorológico nacional, bomberos y control de tráfico aéreo.
2. Autoridades superiores de los gobiernos nacional, provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, trabajadores y trabajadoras del sector público nacional, provincial, municipal y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, convocados para garantizar actividades esenciales requeridas por las respectivas autoridades.
3. Personal de los servicios de justicia de turno, conforme establezcan las autoridades competentes.
4. Personal diplomático y consular extranjero acreditado ante el gobierno argentino, en el marco de la Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas y la Convención de Viena de 1963 sobre Relaciones Consulares y al personal de los organismos internacionales acreditados ante el gobierno argentino, de la Cruz Roja y Cascos Blancos.
5. Personas que deban asistir a otras con discapacidad; familiares que necesiten asistencia; a personas mayores; a niños, a niñas y a adolescentes.
6. Personas que deban atender una situación de fuerza mayor.
7. Personas afectadas a la realización de servicios funerarios, entierros y cremaciones. En tal marco, no se autorizan actividades que signifiquen reunión de personas.
8. Personas afectadas a la atención de comedores escolares, comunitarios y merenderos.
9. Personal que se desempeña en los servicios de comunicación audiovisuales, radiales y gráficos.
10. Personal afectado a obra pública.
11. Supermercados mayoristas y minoristas y comercios minoristas de proximidad. Farmacias. Ferreterías. Veterinarias. Provisión de garrafas.
12. Industrias de alimentación, su cadena productiva e insumos; de higiene personal y limpieza; de equipamiento médico, medicamentos, vacunas y otros insumos sanitarios.
13. Actividades vinculadas con la producción, distribución y comercialización agropecuaria y de pesca.
14. Actividades de telecomunicaciones, internet fija y móvil y servicios digitales.

escolares, viéndose obligados a permanecer en sus hogares, con limitaciones absolutas de sus salidas y circulación.

Por otra parte, de forma progresiva, a partir del decreto del ASPO se fueron limitando las modalidades de encuentro y contacto físico corporal entre las personas que sí podían circular. Específicamente al interior de las instituciones de salud, comenzaron a propagarse protocolos de contacto y de circulación espacial, tomando como punto de partida para el despliegue de los mismos medidas preventivas no basadas en un análisis epidemiológico sino en el miedo, constituyéndose como el mecanismo primario para garantizar la efectividad de los mismos. Se limitó el acceso a determinados espacios, como así también el acceso de la población a la atención por causas no urgentes y/o ajenas al COVID.

En este marco, tomando en cuenta que las infancias y adolescencias parecían no ser afectadas gravemente por el virus<sup>5</sup>, se decidió que no debían circular por ningún espacio, dado que fueron depositarios de narrativas en las cuales los exponen como posibles focos de contagio. En función de ello, se establece una normativa que impone un discurso de peligrosidad sobre estas infancias y adolescencias, haciendo referencia a que las modalidades vinculares que éstos despliegan y que pueden generar mayor circulación del virus.

### **Biopolítica y disciplinamiento:**

*Cuerpo como territorio*

*Cuerpo como texto en contexto*

*Cuerpo como memoria*

15. Actividades impostergables vinculadas con el comercio exterior.

16. Recolección, transporte y tratamiento de residuos sólidos urbanos, peligrosos y patogénicos.

17. Mantenimiento de los servicios básicos (agua, electricidad, gas, comunicaciones, etc.) y atención de emergencias.

18. Transporte público de pasajeros, transporte de mercaderías, petróleo, combustibles y GLP.

19. Reparto a domicilio de alimentos, medicamentos, productos de higiene, de limpieza y otros insumos de necesidad.

20. Servicios de lavandería.

21. Servicios postales y de distribución de paquetería.

22. Servicios esenciales de vigilancia, limpieza y guardia.

23. Guardias mínimas que aseguren la operación y mantenimiento de Yacimientos de Petróleo y Gas, plantas de tratamiento y/o refinación de Petróleo y gas, transporte y distribución de energía eléctrica, combustibles líquidos, petróleo y gas, estaciones expendedoras de combustibles y generadores de energía eléctrica.

24. S.E. Casa de Moneda, servicios de cajeros automáticos, transporte de caudales y todas aquellas actividades que el BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA disponga imprescindibles para garantizar el funcionamiento del sistema de pagos.

5 Según los expertos de la OMS, el COVID-19 afecta a las niñas pero al menos hasta ahora parece no generarle graves consecuencias; con niveles de letalidad muy baja. Sin embargo, se ha expandido la idea de que las niñas son una especie de bombas transmisoras del virus de los que hay que tener especial cuidado. Aunque ya sabemos que esto no es así, pues son tan portadores o transmisores como nosotros, permanece la idea de ver a las niñas como una amenaza. Esto genera un incremento de los mecanismos adultocéntricos, ya instalados y naturalizados." en <https://riberas.uner.edu.ar/adultocentrismo-y-pandemia-que-lugar-tienen-las-infancias/>



*Cuerpo como argumento*  
*Cuerpo como espacio de lucha*  
*Cuerpo como interrogante*  
*Cuerpo como construcción política*  
*Cuerpo como límite entre lo íntimo y lo colectivo*  
*Cuerpo como garantía de mi existencia*  
*Cuerpo habitado*  
*Geografías corporales que se construyen*  
*y deconstruyen en el hacer cotidiano de la existencia.*

Retomando lo anterior es posible decir que la pandemia del Covid 19 y las medidas tomadas respecto a cómo prevenir su circulación, pusieron un límite concreto al cuerpo y modificaron los límites de la carne. Efectivamente, lo primero que se puso en jaque fue el encuentro de la carne con la carne. La posibilidad de mirar al otro a los ojos, de tocarlo, de olerlo, de escucharlo y degustarlo. Lo que se modificó fue la frontera. La geografía corporal no sólo se ve afectada por la distancia social y la ausencia de encuentro con otros cuerpos, sino sobre todo porque debe ajustar el despliegue de su corporalidad.

En ese sentido, las instituciones de salud estuvieron en el centro de la escena, dado que fuimos testigos en primera persona de cómo se reeditaron discursos y tecnologías de poder que habían tenido su mayor auge a principios del siglo XX, tales como: medicalización de la vida, medicalización de la ética y la moral, reaparición de la hegemonía de los discursos epidemiológicos. Según Foucault (1976) las técnicas disciplinarias procuran regir la multiplicidad de los hombres en tanto éstas pueden y deben resolverse en cuerpos individuales, a los que se puede vigilar, adiestrar, utilizar y eventualmente castigar. Por otra parte, las técnicas de seguridad o biopolíticas refieren a la multiplicidad de hombres, pero no en tanto ésta se resuelve en cuerpos, sino en tanto constituye una masa global, recubierta por procesos de conjunto que son específicos de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad.

El conjunto de técnicas disciplinarias y biopolíticas se resignifican en la protocolización de la vida cotidiana. Curvas, mortalidad, barbijos, distancia, encierro, limpieza como valor moral, alcohol en gel, etc. se controla a la población, pero también a los individuos. También reaparecen en el hospital: **caminos de ida y vuelta, uso de barbijos, uso de alcohol, cuerpos ordenados y distantes. Visitas suspendidas, habitacio-**

**nes de aislamiento. Distancia y equipos de protección personal para profesionales. Mínimo contacto entre profesionales y pacientes. Personas solas internadas, que no son tocadas afectivamente por nadie. Partes médicos telefónicos, familiares que no pueden despedir a personas a punto de morir.** Todas estas técnicas también se pretende aplicarlas en las infancias, con todo lo que implica para ellos, nacimientos atravesados por estos protocolos, exigencia de que los niños cumplan los protocolos.

Lo que se reconfigura es el concepto de espacio atravesado por estos cuerpos<sup>6</sup>. Los espacios no necesitan ser habitados materialmente para que los sujetos participen de ellos. Los espacios comienzan a quedar libres de corporalidades. Los cuerpos ya no circulan, ya no se ven, ya no ocupan lugares. En este sentido el habitar adquiere otra dimensión, dado que el cuerpo se construye en el encuentro con el otro y desde ahí se transforma e interviene sobre los espacios.

El cuerpo médico y científico busca respuestas rápidas para sanar estos cuerpos. Los cuerpos se vuelven partes a ser estudiadas, los cuerpos dejan de ser sujeto. Pero a la vez se mantienen a la distancia. Ciencia y medicina que encuentran los límites en la realidad concreta, en la finitud de los cuerpos, esos que están acostumbrados a intervenir, desarmar, dividir en partes para ser **“curados”**. *“Sobre estas fronteras operativas la Modernidad construyó el modelo médico hegemónico, tomando el cuerpo inerte y aislado como territorio de conquista, amenazado por el ataque de enfermedades que vuelven inútil el cuerpo productivo [...]”* (Manusovich y Sanchez, 2022, P:1)

Aquí resulta importante resaltar que la ciencia y la medicina se ponen en jaque ante esta situación porque se anclan en parámetros del siglo XIX para dar respuesta a un virus del siglo XXI. *“El cuerpo, tu cuerpo individual, como espacio vivo y como entramado de poder, como centro de producción y consumo de energía, se ha convertido en el nuevo territorio en el que las agresivas políticas de la frontera que llevamos diseñando y ensayando durante años se expresan ahora en forma de barrera y guerra frente al virus”* (Preciado, 2020, P:5). De esta manera, la respuesta de la ciencia, de la medicina y a partir de ellas, de los estados nación, es una respuesta individualizadora, disciplinadora, la cual cerca y aísla al individuo, creyendo que así también aísla al virus.

<sup>6</sup> Concepto de cuerpo: “El cuerpo, dice David Le Breton, es una “materia simbólica”, una “construcción social y cultural”, es un “inagotable reservorio del imaginario” (2002,65) las prácticas y atributos de los seres humanos no están consignados en su estado corporal sino que están regidos por imaginarios cerca del cuerpo del hombre y de la mujer (Castañeda, 2011)

En esta línea, resulta interesante traer el análisis de Preciado: *“Esa es la paradoja de la biopolítica: todo acto de protección implica una definición inmunitaria de la comunidad según la cual esta se dará a sí misma la autoridad de sacrificar otras vidas, en beneficio de una idea de su propia soberanía. El estado de excepción es la normalización de esta insoportable paradoja.”* (Preciado, 2020, P:21). El punto aquí es que el estado de excepción se normatizó y los mecanismos desplegados ante la crisis, se incorporaron a la vida cotidiana. La intervención aparece centrada en la urgencia, en resolver lo biológico, sin poder detenernos a mirar cómo todo lo demás aparece afectado, produciendo también secuelas físicas. Es posible visualizar algunas de las secuelas y algunas intervenciones que se desplegaron en el contexto de crisis, que vinieron a reafirmar prácticas hegemónicas, violentas, invisibilizadoras de los procesos subjetivos.

### **Implicancias de estas prácticas en la atención de las infancias y adolescencias**

*“Los niños han desaparecido completamente de la vista pública, las calles se han vaciado de niños, y (por fin), resultan un asunto exclusivamente privado de sus familias. Y esto es así porque ellos son el único segmento de la sociedad que no tienen ningún tipo de prerrogativa para salir de sus casas; sólo en algunos países están empezando a hacerlo, de manera controlada y muy vigilada. En consonancia con esto, y la idea del niño como amenaza, significa una adultez llena de obsesiones por (sobre) protegerlos y controlarlos/nos. La comprensión de ellos como incapaces, irracionales, y por ende, poco conscientes sobre el contexto, sólo refuerza el imaginario sobre su lugar como principales amenazas para la propagación del virus dado que no tendrían medidas de cuidado para sí mismos y el resto de la sociedad.”* (Magistris, G.y otros, 2020)

Algunos interrogantes que surgen a partir de lo expuesto son ¿Qué lugar ocuparon las infancias en este contexto de reconfiguración socio-espacial-vincular? ¿Cómo fueron visualizadas sus necesidades subjetivas? ¿Qué lugar les otorgó la política pública en un contexto de aislamiento y miedo generalizado? ¿Qué sucede con estas infancias expuestas al aislamiento y a la convivencia continua y cotidiana con sus referentes afectivos? ¿Qué sucede con los espacios de esparcimiento? ¿El encierro se convierte en la solución o un problema?

A principios de 2020 las recomendaciones sanitarias y los protocolos nos imponen el distanciamiento social y la deshabitación de los espacios públicos como una medida

de cuidado. Un cuidado entendido en términos médico-hegemónicos, donde lo prioritario era **“salvar vidas”**, dejando de lado todas las otras dimensiones de la vida que no estuvieran vinculadas con la afectación concreta que produce este nuevo virus. Las infancias y adolescencias se vieron replegadas a sus hogares, en el mejor de los casos, dejando de habitar espacios colectivos e institucionales, planteando el desafío de repensar los modos de cuidado y acompañamiento.

Parece central repensar entonces el lugar de las instituciones en la vida de las infancias. *“La escuela es por excelencia (o masividad) el espacio público de la infancia (incluso si es de gestión privada), aquel lugar de encuentro con los demás y de apertura de lo familiar. La escuela es donde se visibilizan los casos de abuso y donde se hacen cientos de derivaciones mensuales a hospitales y clínicas. Si las infancias han sido históricamente silenciadas en las naciones modernas, el cierre de los edificios escolares (no de la actividad pedagógica ni alimentaria que describiremos luego) extrema esa invisibilización, ya que los estados no se han ocupado de generar otros canales de diálogo intergeneracionales.* (Niñez Plural, 2020, P:11)

Dentro del Hospital la preeminencia del discurso biomédico sobre la salud y la enfermedad se tradujo en prácticas concretas:

- Limitación en el acceso a la consulta por causas ajenas al COVID o enfermedades crónicas graves,
- Telemedicina
- “Cierre” de atención de problemáticas psicosociales.
- Abroquelamiento del servicio social en sí mismo.
- Tabicamiento.

Este tipo de prácticas redundaba en que los pacientes quedaban abandonados a su suerte, en especial infancias y adolescencias con situaciones de vulneración de derechos, ya no se consideraban un problema que requiera la intervención de los efectores de salud. Observamos en primera persona que las infancias no eran incluidas, eran rechazadas, a menos que atravesaran una enfermedad clínica de extrema gravedad. El resto de problemáticas que pudieron atravesar no eran alojadas en el sistema de salud, ni por ninguna otra institución. A su vez, cuando estaban cursando COVID o eran contactos estrechos, se transformaban en un caso más a seguir, aislar y controlar por los equipos de salud. No se contemplaban las necesidades y derechos de las infancias como una variable a tener en cuenta. Se exigía dentro del hospital que les

niños llevaran adelante las normas del ASPO al igual que los adultos: barbijo, distancia, higiene de manos, etc.

Aquí es donde surge la pregunta ¿Qué implicancia tiene para las infancias, quienes transitan y decodifican el mundo desde lo sensorio corporal, cuando se encuentran con cuerpos y rostros ahora tapados por los barbijos, limitando el contacto físico, el abrazo contenedor, las caricias? Las intervenciones con las infancias, siempre mediadas por lo lúdico, se transforman, desaparecen todos los juegos y juguetes de los espacios hospitalarios... ¿no era un derecho jugar? La respuesta siempre reveladora y revolucionaria fue que los niños terminaron jugando igual, tejiendo sus alianzas dentro del hospital, intercambiando objetos, contactos, salivas.

Por otra parte, a medida que se extiende el ASPO, los adolescentes buscan alternativas de encuentro en contra de las normativas vigentes, buscando desde su propia mirada dar cuenta de sus necesidades en este contexto. Los medios de comunicación responden criminalizando y culpabilizándolos del aumento de los contagios, sobre todo a familiares y/o personas mayores, dando cuenta nuevamente de que la mirada del cuidado se centraliza desde una mirada biologicista.

A finales de 2020 y comienzos de 2021, con la reapertura de algunas instituciones y el aumento de la circulación, el ASPO se convierte en DISPO. Así, somos testigos de cómo las infancias comienzan a rehabilitar las salas de internación y los consultorios externos. De a poco empezamos a observar y atender situaciones de extrema violencia y vulneración de derechos. Aparecen aquí cuerpos infantiles y adolescentes atravesados por el padecimiento, el sufrimiento, las violencias. Se evidencian las consecuencias del aislamiento, pero también del empobrecimiento. La fragilización de los lazos sociales hace que pensar estrategias de restitución de derechos se vuelva una tarea casi imposible, terminando muchas veces en institucionalizaciones que en otros tiempos hubieran sido impensadas.

### **¿Qué pasó con los profesionales?**

*¿Cuánto padecimiento puede tolerar un cuerpo?*

*¿Hacia dónde viajan cada una de*

*las historias de las que somos testigos?*

*¿Dónde se alojan? ¿Dónde dejan su huella?*

*¿Cómo transformar el caos que*

*habitamos en nuestra cotideaneidad?  
 Cuerpos que sostienen  
 Cuerpos que escuchan  
 Cuerpos que observan  
 Cuerpos que abrazan  
 Cuerpos que están presentes,  
 que son testigos del relato.  
 Que hacen carne cada una de las palabras,  
 Que construyen una sinfonía de matices  
 a partir de los fragmentos que retienen...*

Podemos decir que las políticas de aislamiento y distanciamiento social que se implementaron en la ASPO y en la DISPO impactaron al personal de salud que trabaja con infancias y adolescencias en varios aspectos según los momentos. Estos impactos subjetivos, interpelan necesariamente los modos de intervenir y acompañar a las infancias que sostienen la atención en salud y/o que se encuentran internados.

En un primer momento, la medida de aislamiento total y obligatorio provocó en el ámbito laboral una reorganización de la tarea y de la metodología de registro y evaluación de las situaciones que llegaban al hospital. Teniendo en cuenta el concepto que desarrolla Marini, *“el cuerpo y los sentidos son los mediadores de la relación con el mundo, a través de la comunicación, los sentidos son los que le dan sentido a las cosas, no existen verdades en cuanto a la sensorialidad sino modos de decodificación según la pertenencia social y cultural”* (Marini, 2008, P: 5) y cita a Le Breton: *“los sentidos son materia destinada a dar sentidos”*. Entonces, en un contexto donde la mayoría de las intervenciones fueron virtuales/telefónicas o equipados con los elementos de protección -el barbijo, la máscara, etc- podemos decir que perdimos corporalidad para la intervención profesional, que al anularse algunos sentidos como el tacto, el olfato, la escucha interferida, la distancia, el acompañamiento, evaluación, registro e intervención de las situaciones se ven afectadas. La ausencia de los cuerpos en el ámbito hospitalario y el aumento de circulación de cuerpos muertos como escenario de ese primer momento de la ASPO implicó flexibilidad y adaptación de forma “artesanal”, sin indicaciones claras desde el Ministerio de la Salud ni de las direcciones de los hospitales. La división de todos los servicios fue una de las estrategias implementadas de forma autogestiva para evitar el cierre de los mismos frente a un compañere con resultado positivo para COVID 19.

Las situaciones de intervención de los primeros meses estaban relacionadas a la búsqueda de paradero de personas que luego de ser testeadas eran derivadas para aislamiento, como otras que llegaban a internación con un nivel de gravedad relevante, sólo llegaban esas a ser interconsultadas, niños huérfanos por el fallecimiento de sus progenitores, violaciones, violencias extremas, embarazos avanzados sin controles y con niveles de vulnerabilidad alto, entre otras, debido a la profundización del modelo médico hegemónico, donde lo que no era de riesgo de vida pasaba a no ser tenido en cuenta, como si las vulneraciones de derechos o la salud integral no formaran parte de esa realidad.

A medida que transcurrieron los meses, comenzó a circular información más certera, se fue modificando el posicionamiento de este servicio social en torno a la intervención profesional. A partir de esto, logramos avanzar en repensar las modalidades de intervención, reordenando la práctica concreta, lo cual nos permitió retomar cierta autonomía sobre el proceso de trabajo y recuperar las dinámicas de intervención propia. A su vez, esto fue variando según los momentos epidemiológicos, existiendo una tendencia de mayor repliegue en los períodos de mayor circulación del virus.

Con la implementación de la DISPO y el regreso paulatino a las instituciones donde desarrollan su vida cotidiana las infancias y adolescencias (escuelas, clubes, controles de salud, etc.) comenzaron a presentarse en el hospital situaciones con niveles de riesgo y gravedad más altos en relación a la salud integral de los niños y adolescentes. En un contexto donde los organismos de derechos no trabajaban de forma presencial y tampoco se acercaban a los hospitales, implicando una suma extra de tareas y responsabilidades para las corporalidades de los profesionales de la salud. Sin programas que acompañen estrategias, como fortalecimiento de vínculos, entre otros. Servicios sociales zonales reducidos, atención de salud mental colapsada, falta de accesibilidad a tratamientos, falta de vacantes en dispositivos de hogares, internaciones prolongadas por la falta de respuesta del sistema de protección de las infancias. Toda esta suma de variables hace de estas corporalidades, cuerpos exigidos, agotados, desarraigados y sin la posibilidad de disponer de las licencias ordinarias, dado que se suspendieron por la emergencia sanitaria y sin reconocimiento salarial.

Podemos decir entonces que **El Hospital** aparece como una de las pocas instituciones que mantiene su trabajo presencial durante la ASPO y comienzo de la DISPO. Con lo cual las infancias, atravesadas por la protocolización propia del COVID, siguen transitando y ocupando la institución. Durante un largo período de DISPO, si bien la circu-

lación estaba permitida, las instituciones y los trabajadores del sistema de protección de derechos seguían trabajando de manera virtual. Los servicios sociales hospitalarios y de los CeSACs aparecían como los únicos lugares en los que se podía realizar una intervención presencial (aunque atravesada por los protocolos) con todo lo que implica: **mirada, cercanía (aún distante), presencia mediada por barbijos, máscaras, distancia.** En este sentido, resulta interesante advertir que “[...] cuidarnos implica también advertir cuándo y cómo la vulneración de derechos básicos aumenta significativamente el riesgo epidemiológico” (Niñez Plural, 2020, P:11)

Les profesionales que intervenimos con infancias desde el sector salud, nos vimos sobrecargados en funciones, intervenciones y toma de decisiones, dado que fue sobre nuestras corporalidades que recayó no sólo la comunicación directa sino en muchos casos la toma de decisiones en torno al destino de estas infancias vulneradas y atravesadas por las violencias. En esta línea nos preguntamos ¿Qué efectos producen en nuestras corporalidades? ¿Dónde quedan alojadas esas memorias? ¿Qué sucede en estos cuerpos-territorios<sup>7</sup> **que deben abordar en soledad y distanciamiento las diversas vulnerabilidades? Y lo más importante ¿Cómo impactan todas estas variables en los procesos de intervención con infancias y adolescencias? ¿Que implica para las niñas y adolescencias, ser entrevistados detrás de una máscara y/o una pantalla, dejar de ser tocado y atravesado por lo sensorial que implica el contacto cara a cara?**

Podemos afirmar entonces que *“si el cuerpo adquiere mayor presencia en tanto signo distintivo, esto se produce no obstante a costa de su ausencia en la sociabilidad cotidiana, en la que se instala y fortalece un proceso de borramiento ritualizado del cuerpo, un distanciamiento del propio cuerpo y del de lo/as otro/as que evidencia un “prejuicio ante el contacto físico” y una desconsideración de la intercorporalidad como estructura de la sociabilidad”* (Singer, 2013. P:5). De esta manera impacta fuertemente en las subjetividades, proponiendo e instalando nuevas modalidades de intervención, la recuperación de lo colectivo y del abordaje interdisciplinario e intersectorial se transforma en la cotidianidad de las instituciones, produciendo efectos concretos en los profesionales, pero también en las infancias y adolescencias con las que intervenimos.

<sup>7</sup> “El mundo del hombre es un mundo de la carne, una construcción nacida de su sensorialidad y pasada por el cedazo de su condición social y cultural, de su historia personal, de la atención al medio que lo rodea. Levantado entre el cielo y la tierra, matriz de la identidad, el cuerpo es el filtro mediante el cual el hombre se apropia de la sustancia del mundo y la hace suya por intermedio de los sistemas simbólicos que comparte con los miembros de su comunidad” (Le Breton, 2007)



## Reflexiones Finales

*“La fijación en el espacio y tiempo ha sido una de las técnicas más elementales y persistentes que el capitalismo ha usado para adueñarse del cuerpo. Vean los ataques a través de la historia a los vagabundos, migrantes, caminantes. La movilidad es una amenaza cuando no es por buscar trabajo ya que hace circular conocimientos, experiencias, luchas.”* (Federici, S.: 2021: 6)

La producción de este escrito nos ha permitido recapitular, reflexionar y construir memoria sobre un período que como equipo de trabajo nos afectó profundamente, así como a la institución de salud en la que nos desempeñamos y al sistema de salud en su conjunto. Consideramos fundamental seguir construyendo memoria colectiva desde nuestra disciplina, para simbolizar, repensar y procesar todo lo que implicó la pandemia en nuestro quehacer profesional y en las instituciones que habitamos. Percibimos en nuestra propia práctica cierta tendencia a la invisibilización de los procesos desplegados a partir de la aparición del COVID 19, así como la naturalización de prácticas que han quedado instaladas en el ejercicio profesional y en las instituciones de salud particularmente, reforzando la hegemonía de discursos biologicistas, individualistas y culpabilizadores.

En relación a la intervención específica con infancias y adolescencias, podemos observar una reedición del paradigma tutelar, que corren el paradigma de protección de derechos del centro de la escena, supeditado a los criterios epidemiológicos de contagio y mortalidad. De este modo, se anulaban por un tiempo específico las problemáticas asociadas a la vulneración de derechos como incumbencia del sistema público de salud, sin existir otros espacios que alojen estas demandas. En el habitar el hospital, se observó la reaparición de técnicas de disciplinamiento de las corporalidades de niños y adolescentes, la intención de racionalizar sus comportamientos y movimientos, trasladando la dimensión afectiva de la intervención profesional.

Asimismo, se pone en evidencia cómo las praxias y prácticas aprehendidas durante el periodo del ASPO y posterior DISPO, construyen modos particulares de ser y vincularse, sobre todo en las infancias y adolescencias, quienes instalaron determinadas prácticas como propias, desconociendo el territorio cuerpo, como aquel que es habitado y construido en el contacto con otros cuerpos

**Bibliografía**

- Castañeda Hernández Ma. del Carmen . EL CUERPO GRITA LO QUE LA BOCA CALLA. *Razón y Palabra* [en línea]. 2011, (77), [fecha de Consulta 11 de septiembre de 2023]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520010089>
- Decreto 297/2020 DECNU-2020-297-APN-PTE - Disposiciones.
- Federici, S. (2021) En alabanza al cuerpo danzante.
- Foucault, M. (1976). *Genealogía del racismo*. Altamira.
- Magistris, G.; Macre, L.; Morales, S.; Vitale Becerra, L.; Almirón, G.: "Adulto Centristo y pandemia: qué lugar tienen las infancias" en <https://riberas.uner.edu.ar/adultocentrismo-y-pandemia-que-lugar-tienen-las-infancias/>
- Manusovich, G. Sanchez, S.: "Clase 4: La problemática del dualismo, cuerpo-máquina" Módulo 1: Cuerpo y Modernidad. Capacitación Universitaria Extracurricular en Corporeidad y tecno-narrativas. Apunte de clase. 2022
- Marini, C. (2008): "*La experiencia sensorial y la construcción del cuerpo como un hecho de la cultura*". Artículo publicado en *Revista Cuerpo* . Disponible en <https://es.scribd.com/document/521562153/La-experiencia-sensorial-y-la-construccion-del-cuerpo-como-un-hecho-de-la-cultura-POR-C-Marini#> P. 5
- Niñez Plural y Proyecto UBACyT Interculturalidad y educación: "Cuidado y escolarización de las infancias argentinas en tiempos de pandemia. En *Revista AFIN*, Universitat Autònoma de Barcelona. P. 11. Disponible en [https://ddd.uab.cat/pub/afin/afinSPA/afin\\_a2021m1n126iSPA.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/afin/afinSPA/afin_a2021m1n126iSPA.pdf).
- Páez, M. Jarupkin, N.: "*Juego y corporalidades. O expandirnos desde lo lúdico*", en *Educación y Vínculos*, Año UI, N°2, 2018
- Preciado, P.: *Aprendiendo del Virus*, en *El País*, 28/03/2020,
- Singer, Mariela (2013). *El cuerpo en el contact improvisación: subjetividad y potencialidades políticas en una forma de danza*. VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

## TRATAMIENTO SOCIAL Y MEDIÁTICO DE LA SITUACIÓN DE LUCIO DUPUY: CONSERVADURISMO, PUNITIVISMO E INDIVIDUALISMO EN LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL MALTRATO INFANTIL

### Autoras:

Ailín Fernanda Riveros Saavedra

Irupé Collado

---

### Introducción: fundamentación, objetivos y metodología

El siguiente trabajo se propone explorar el abordaje social y mediático del caso Lucio Dupuy. Dicho caso ha sido sumamente relevante a nivel social, mediatizándose y produciendo múltiples discursos en medios de comunicación y redes sociales. La idea es utilizar fuentes variadas: notas periodísticas, videos de youtube, publicaciones en redes sociales, etc. La amplitud de las fuentes tiene que ver con el carácter exploratorio de este trabajo, buscando brindar un pantallazo amplio respecto a lo dicho y no dicho sobre el caso. Utilizaremos la noción de representaciones sociales para aproximarnos a delimitar qué circula respecto a familia, maternidades, infancias, maltrato infantil y responsabilidad institucional a nivel social<sup>1</sup>.

Una idea subyace a este trabajo, que será parcialmente ratificada o rectificada: la mediatización del caso, más que generar una sensibilización en la temática a nivel social desde una perspectiva de protección y restitución de derechos de las infancias, enfatizó un discurso punitivista y retrógrado, que apoyándose en la mirada cisheteronormativa de la familia propuso el castigo como resolución de la situación. El trabajo se presenta un tanto ambicioso en relación a las preguntas y ejes que pretende responder. La idea es plantear una serie de aproximaciones e interrogantes iniciales que sean un

---

<sup>1</sup> Las representaciones sociales pueden ser definidas como una manera específica de entender y de comunicar lo que sabemos. “Son elaboraciones de un objeto social por parte de una comunidad que permite a sus miembros comportarse y comunicar en manera comprensible (Moscovici 1963, 251)”. Más específicamente son sistemas cognitivos con una lógica y un lenguaje propio. No son sencillamente “opiniones acerca de...” “imágenes de...”, “actitudes hacia...” sino “teorías” o verdaderas “categorías de conocimientos” útiles para el descubrimiento y la organización social” (Moscovici 1963, 251)#.

puntapié para futuras indagaciones, y que a su vez motoricen discusiones al interior de nuestro colectivo profesional.

### **Maltrato Infantil: violencia física, abuso sexual infantil y filicidio**

*“Lucio Dupuy tenía 5 años cuando falleció en el Hospital Evita de la ciudad de Santa Rosa, La Pampa, el 26 de noviembre de 2021, tras recibir una fuerte golpiza. Vivía en un departamento con su madre, Magdalena Espósito Valenti, de 24 años, y su pareja, Abigail Páez, de 27, fueron consideradas culpables de su muerte por el Tribunal de Audiencias de Santa Rosa, y condenadas a prisión perpetua.*

*Horas antes de morir, las mujeres lo habían llevado con convulsiones a una sede policial donde le practicaron sin éxito RCP y lo trasladaron al hospital, donde murió. Según la autopsia, el niño “presentaba politraumatismos por golpes, mordeduras y quemaduras, de vieja y reciente data” y su muerte se produjo por una “hemorragia interna”, producto de las agresiones.*

*Asimismo, encontraron “lesiones en la parte genital del niño”, por lo que se determinó que podría haber sufrido también abusos sexuales. “En mis casi 30 años de profesión nunca vi algo así”, apuntó el forense Juan Carlos Toulouse.”<sup>2</sup>*

Así presenta el caso de Lucio el diario Página/12 en un artículo sobre la promulgación de la Ley 27.709, una presentación similar se puede encontrar en los medios gráficos digitales de mayor alcance en nuestro país. El homicidio de Lucio fue tapa de diarios, objeto de notas periodísticas, de opinión, cartas de lectores, motivo de discusión en paneles televisivos, noticia de prime time en noticieros nacionales. A su vez, su historia fue tomada, reproducida, analizada y comentada por miles de usuarios en las principales redes sociales (Twitter, Facebook, Instagram, YouTube)<sup>3</sup>.

La idea de este apartado es poder vincular, tensar y analizar las miradas aportadas por el Posgrado respecto al maltrato infantil, con las representaciones sociales sobre el maltrato a las infancias que circularon en relación al caso Dupuy, a partir de que éste se hace público.

<sup>2</sup> <https://www.pagina12.com.ar/519212-que-le-paso-a-lucio-abel-dupuy-como-fue-el-crimen-del-nino-d>

<sup>3</sup> En esta ocasión utilizaremos como fuente las redes Instagram y YouTube, debido a las limitaciones temporales en la realización de este trabajo.

## Definición del Maltrato hacia las infancias y adolescencias

Partimos de remarcar la importancia de la mediatización de los casos de maltrato infantil, como una oportunidad no tan habitual para discutir socialmente sobre los derechos de las infancias y adolescencias y realizar prevención primaria al respecto. Tal como plantea Abad, la violencia familiar se ha instalado como problema hace pocos años y un problema social no existe hasta que la sociedad lo reconoce colectivamente como tal y decide hacer algo al respecto. El caso de Lucio vuelve a traer al centro de la discusión social al maltrato infantil<sup>4</sup>, los modos de entenderlo que entran en disputa, así como las posibles intervenciones y políticas estatales al respecto.

Poder dar una definición operacional del maltrato resulta difícil, ya que depende en gran parte de los criterios socioculturales que delimitan los comportamientos aceptables de los inaceptables (Sánchez y Cuenya, 2011). A lo largo de la historia, y hasta no mucho tiempo atrás, los castigos físicos eran aconsejados como una modalidad correctiva hacia niños y mujeres (Bringiotti, 2015).

En esta línea, el caso de Lucio aparece en medios de comunicación claramente asociado al maltrato, haciendo hincapié en los aspectos más macabros, dando cuenta de una mirada unicausal del mismo. En la mayor parte de las fuentes exploradas se vincula al maltrato a aspectos psicológicos de las perpetradoras, espectacularizado y detallando las lesiones, y opacando la posibilidad de historizar y relacionar al maltrato con una vulneración grave de los derechos de las infancias y desde una perspectiva que contemple aspectos sociales, culturales, económicos, familiares e individuales.

El informe del médico forense fue replicado hasta el hartazgo, haciendo alusión a los indicadores fehacientes de maltrato físico y abuso sexual previo a su homicidio, así como a las lesiones propias que causaron la muerte de Lucio. Apareció en los principales medios nacionales: Página/12, La Nación, Clarín, Infobae, entre otros, pero también en medios del interior del país.

---

<sup>4</sup> En el marco de las instituciones y profesionales que trabajamos en el sistema de protección de las infancias existe un consenso general a definir al maltrato como “toda acción u omisión no accidental que impide o pone en peligro la seguridad de los menores de 18 años y la satisfacción de sus necesidades físicas y psicológicas básicas” (Berastegui Pedro-Viejo y Gomez Bengoechea, 2006: 297). A su vez la OMS incluye en su definición a las siguientes formas de maltrato: físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo. Aclarando además que abarca el daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño y haciendo hincapié en la dimensión del poder que se encuentra en juego (OMS, 2003).

*“El informe describe los padecimientos que sufrió Lucio no solo en el momento del desenlace sino previamente. Alude a situaciones de abuso y se menciona que en el cuerpo había secuelas de maltratos previos. Entre ellos, mordeduras y quemaduras de cigarrillos”.<sup>5</sup>*

*“Asimismo, el cuerpo tiene mordeduras y quemaduras, y hay un golpe, que pudo haber sido una patada, y que afectó la cadera, el glúteo y una pierna del menor.”<sup>6</sup>*

A su vez, esas notas circularon por redes sociales, generando miles de comentarios de usuarios, así como el hashtag #justiciaporlucio. La espectacularización y reproducción constante de las lesiones, haciendo énfasis en los detalles mórbidos del caso, y su circulación por redes sociales de alguna manera dio pie e instó a que los usuarios expresaran ideas revanchistas, moralistas y punitivistas respecto al maltrato, sumamente alejadas de perspectivas críticas y de protección de derechos.

En estas notas publicadas en instagram podemos encontrar una preeminencia de comentarios que relacionan al maltrato con características individuales adjudicadas a las victimarias:

*“¿Qué tenían esas dos? Seres detestables..abominables- Que se hace con dos monstruos- no tienen nombre por lo q hicieron ni un animal lo hace.- enfermas.”<sup>7</sup>*

Esta misma lógica aparece en la red social Youtube, donde se publican fragmentos de programas televisivos de canales de noticias, en los que se hace énfasis en las características de las agresoras, las lesiones generadas al niño y los avances de la causa judicial. También se observan paneles de expertos en canales televisivos explicando motivaciones individuales, personales, patológicas que habrían llevado a Magdalena y Abigail a cometer el homicidio. Los usuarios/espectadores realizan comentarios como:

*“La tipa es mala en esencia, perversa- Todos los psicópatas tienen doble cara;- Decirles basura a estas dos es poco.- Consumo de drogas y entonces desarrolló una patología psiquiátrica. Se potenció con la relación con su pareja adicta y también psicópata.- Los psicópatas son irreuperables y son conscientes de sus actos “<sup>8</sup>*

<sup>5</sup> <https://www.instagram.com/p/CW8STp3s6BL/>

<sup>6</sup> <https://www.instagram.com/p/CW8LtwssdW0/>

<sup>7</sup> <https://www.instagram.com/p/CW8STp3s6BL/> <https://www.instagram.com/p/CW8LtwssdW0/> <https://www.instagram.com/p/CW3RlgZsA09/>

<sup>8</sup> El álbum oculto de la progenitora de Lucio Dupuy Crimen de Lucio Dupuy: “Disfrutaban con la crueldad a este niño” -

Se puede observar en estos comentarios miradas unicasuales sobre los motivos que originan el maltrato hacia las infancias que patologiza, mounstruifica o animaliza a las agresoras. Aparece la patologización de los padecimientos de salud mental como los motivos principales que explicarían el homicidio, vinculando a nociones como perversión, desviación, psicopatía que ubica a las perpetradoras como sujetas transformadas en un otro separado y estigmatizado, que nada tiene que ver con el resto de la sociedad. También la mirada está fuertemente atravesada por la valoración moral respecto de una maldad esencial de las perpetradoras. Esta operación simbólica de alguna manera muestra al maltrato como acción anormal, realizada por sujetos desviados. Esto de algún modo tiende a ocultar por un lado el carácter sociohistórico de los malos tratos hacia las infancias, invisibiliza otras modalidades de maltrato más sutiles y generalizadas (como los castigos físicos leves o el maltrato psicológico) y ubica a la problemática como una situación excepcional. La frase “*Nunca vi algo así en mis años de forense*”<sup>9</sup> expresada por el médico forense es replicada una y otra vez, para dar cuenta de la excepcionalidad de esta situación, a pesar de que la evidencia demuestre lo contrario.

### Maltrato físico, abuso sexual e ideas sobre la justicia

En el detalle del caso del niño, que circuló en medios y redes sociales, quedó claro que la situación de maltrato que sufrió podría ubicarse en lo que Miller llama “pedagogía tóxica”: una práctica que se basa en la dependencia de las infancias y que tiene el objetivo de eliminar las posibilidades de reacción contestataria, a través de métodos violentos, así como técnicas de manipulación y generación de sentimientos de culpa (pedagogía blanca). Se funda en el principio por el cual los padres tienen derechos, mientras los niños no (Carrasco, 2006). Tanto en las pericias, como en la reconstrucción por parte de conocidos y familiares de la historia de Lucio y en la publicación de las conversaciones de Whatsapp de las agresoras<sup>10</sup>, se pueden observar claramente indicadores de maltrato físico, psicológico, abuso sexual y negligencia física severos, previos al filicidio (Cuía de Aragon). Además se puede observar el carácter crónico y articulado de la violencia y la violencia institucional del sistema de protección de dere-

Médico psiquiatra

9 [https://www.clarin.com/policiales/duro-testimonio-hizo-autopsia-cuerpo-lucio-dupuy-vi-\\_0\\_fl0HlcfOfn.html?gclid=C-jwKCAjwv8qkBhAnEiwAkY-ahnavZs097335xMfLxP1X6zBaBwfldcFJAY7ApCS6\\_ewknRwHjZ4dUBoCbPQQAvD\\_BwE](https://www.clarin.com/policiales/duro-testimonio-hizo-autopsia-cuerpo-lucio-dupuy-vi-_0_fl0HlcfOfn.html?gclid=C-jwKCAjwv8qkBhAnEiwAkY-ahnavZs097335xMfLxP1X6zBaBwfldcFJAY7ApCS6_ewknRwHjZ4dUBoCbPQQAvD_BwE)

10 Algunas notas que dan cuenta de estos indicadores son:

<https://www.a24.com/policiales/cual-era-la-macabra-metodologia-que-usaban-la-madre-lucio-dupuy-y-la-novia-tapar-los-maltratos-n1074891>

<https://www.infobae.com/sociedad/policiales/2023/01/27/abuso-sexual-golpes-y-fracturas-las-ocho-pruebas-clave-que-podrian-llevar-a-prision-perpetua-a-la-madre-de-lucio-dupuy-y-a-su-novia/>

chos que intervenía<sup>11</sup>. No obstante, estas notas o programas televisivos utilizaron esta información en gran parte para detallar al máximo el comportamiento de la progenitora de Lucio y su pareja, pero no evidenciando que el mismo está vinculado a características propias de los vínculos violentos. Esto puede observarse en el siguiente fragmento:

*“En su descargo, el fiscal detalló: “Durante ese período, entre chats y audios construimos el maltrato oculto: no enviarlo a la escuela; aislarlo; no entregarlo al padre; y controlarlo vía Zoom para que no se expresara de lo que sucedía o dijera alguna excusa si tenía algún golpe”. Los fiscales también contaron que Lucio era obligado a responder que los golpes en el cuerpo eran producto de “caídas del árbol, dado que si decía la verdad no le iban a permitir ir a la escuela, que era lo que más le gustaba”.*

Varios aspectos de este fragmento podrían haberse usado para la prevención: el aislamiento como una modalidad que adquiere la violencia, el control de las comunicaciones y vínculos, la imposición de mentiras, etcétera.

Ya hemos mencionado la importancia que le dieron los medios de comunicación a las lesiones y los informes de los forenses. Asimismo resulta llamativa la reproducción en programas televisivos de los chats entre las perpetradoras, creemos, en la línea anterior de individualizar y espectacularizar la situación de Lucio<sup>12</sup>. Al mismo tiempo que se construía la imagen de Magdalena y Abigail como monstruos, animales, desviadas, perversas, se contraponía con la imagen “angelical” del niño, que dejan vislumbrar una mirada tutelar sobre las infancias que deben ser protegidas, invisibilizando su carácter de sujetos políticos. Se publicaron y circularon fotos del niño en diarios, redes sociales y programas televisivos, así como producciones artísticas que sintetizan estas representaciones sobre Lucio: pintado como un ángel, como un superhéroe<sup>13</sup>.

11 <https://www.perfil.com/noticias/policia/maltratos-abusos-y-dibujos-que-hablan-de-la-violencia-el-crimen-de-lucio-dupuy-de-5-anos.phtml>

Esta nota detalla las denuncias previas de sus familiares a la justicia por malos tratos.

<https://www.perfil.com/noticias/policia/el-crimen-de-lucio-dupuy-y-la-autopsia-que-revelo-el-infierno-abusos-golpes-y-quemaduras.phtml>

Esta nota da cuenta de 5 internaciones previas de Lucio por lesiones en los dos últimos años, donde no se realizaron intervenciones

.Caso Lucio Dupuy: los escalofriantes gritos escuchados por una vecina durante el maltrato

Testimonio de una vecina que da intervención a la policía meses antes de su asesinato.

12 Exclusivo: el plan para sacarse a Lucio Dupuy de encima

13 <https://www.noticiasdebariloche.com.ar/del-mural-de-los-companeros-de-jardin-a-las-mil-calcomanias-historias-detras-de-los-homenajes-a-lucio-dupuy-en-la-pampa/> <https://www.laarena.com.ar/la-pampa/un-poema-dedicado-a-lucio-dupuy--20211230590> [https://www.instagram.com/p/CoVLrAyulVs/?utm\\_source=ig\\_web\\_copy\\_link](https://www.instagram.com/p/CoVLrAyulVs/?utm_source=ig_web_copy_link)



Resulta llamativo cómo se pasa por alto una y otra vez el derecho de las niñas de preservar su intimidad en situaciones de maltrato<sup>14</sup>. En la situación de Lucio su imagen, su historia, sus lesiones aparecen una y otra vez replicadas en medios y redes, generando un proceso de revictimización posterior a la muerte del niño.

La mirada vinculada al maltrato como un fenómeno ajeno a la sociedad y relacionado con la supuesta desviación de las perpetradoras, termina redundando en posturas punitivistas, que exigen a través de comentarios en notas periodísticas castigos equiparables a la Ley del Talión.

*“ASESINARON A UN POBRE ANGELITO, HABRÍA QUE APLICARLES UN CASTIGO FÍSICO PROPORCIONAL A LO QUE HICIERON. - EL CORÁN ES LO QUE MERECE, ENFERMAS SEXUALES, ANORMALES. HABRÍA QUE EMPALARLAS A LAS DOS EN PLAZA DE MAYO.”<sup>15</sup>*

La gravedad de las lesiones ocasionadas a Lucio justificaría la reproducción de la violencia, y la implementación de un castigo que vaya más allá de los límites del debido proceso. En este sentido, diarios y programas televisivos se preguntaron por qué las agresoras eran alojadas en la misma institución penal, como si la pérdida de la libertad no fuera castigo suficiente.

*“Consultada por el hecho de que las acusadas estén en la misma cárcel, la letrada sostuvo: “La cuestión de que si están juntas o separadas es una decisión que pertenece en forma exclusiva al Servicio Penitenciario de San Luis”<sup>16</sup>.”*

Tal como resalta Grimberg, queda claro en este caso que el “maltrato infantil”, sus causas e intervenciones necesarias *“lejos de ser una simple noción que describe el mundo que nos rodea, se halla fuertemente imbuido de prejuicios y valoraciones morales particulares y propios de nuestra época”* (Grimberg, 2015).

<sup>14</sup> Siguiendo a Viar y Lamberti, el interés superior del niño en esta situación apuntaría a “preservar la intimidad de las personas de los niños/as maltratados. Ya de por sí, esta intimidad está expuesta al conocimiento de jueces, partes, abogados, peritos y consultores técnicos durante el trámite de la causa judicial y no merece una difusión masiva generadora de una nueva revictimización” (2003: 8).

<sup>15</sup> <https://www.perfil.com/noticias/policia/el-crimen-de-lucio-dupuy-y-la-autopsia-que-revelo-el-infierno-abusos-golpes-y-quemaduras.phtml>

<sup>16</sup> <https://tn.com.ar/policiales/2023/02/03/la-razon-por-la-que-las-asesinas-de-lucio-dupuy-pasan-juntas-sus-dias-en-la-carcel/>

**Infancias: Familia Y Maternidades**

Para dar inicio a las presentes reflexiones, resulta esencial retomar las palabras de Bringiotti, cuando plantea que *“El concepto de familia así como la estructura que ésta adopta ha ido modificándose a través del tiempo como consecuencia del devenir de los acontecimientos, los conocimientos y los valores, sin embargo se sigue hablando de algo llamado “familia”*” (Bringiotti, 2015:3) Lo que queda en evidencia es que el concepto de familia tal como lo conocemos y analizamos en la actualidad, es resultado de un proceso socio cultural, es una construcción social arraigada en un ideario judeo-cristiano, el cual resulta funcional para sostener la reproducción del sistema capitalista como tal. Resulta interesante, entonces, observar que los medios de comunicación reproducen en sus relatos un modelo de familia, de niñeces y maternidades, que se ancla en la construcción moderna de la familia, poniendo en valor este ideal de familia nuclear, como así también el concepto de privacidad e intimidad, corriendo del ámbito comunitario a la familia, y dejando la toma de decisiones y las responsabilidades en torno al cuidado sobre los progenitores y especialmente sobre la figura de la madre.

*“che Abigail Páez, ¿quién carajo sos vos para enojarte? ¿quién sos, tas legitimada por quién, por qué, por quién? ¿Quién te legitima, que ley te legitima pedazo de basura? ¿quién? si no eras ni la madre [...] ¿quién sos vos para darle un correctivo al nene cuando hace cagadas? yo creo que ni una madre se lo tiene que dar, pero ¿es la madre no?, vos ¿quién sos, ¿vos quién sos, para darle un correctivo al nene?...”*<sup>17</sup>

En este fragmento, queda en evidencia la narrativa construida en torno a lo que debe ser una familia y quiénes son los responsables de ejecutar el cuidado de las infancias. Desde esta concepción, el cuidado y la puesta de límites hacia las infancias es únicamente responsabilidad y potestad de los padres/progenitores, cualquier otro actor que aparezca en escena carecería de capacidad para ejercer dichas acciones. Esto se vincula con que se concibe a las infancias como una propiedad privada de los padres/progenitores, por lo cual son ellos los únicos que pueden y deben decidir sobre la vida de los niños. Se observa con claridad la naturalización del maltrato físico leve, si éste es devenido por parte de la familia consanguínea. No aparece en ningún momento la conceptualización del niño como un sujeto de derechos. y se objetiva permanentemente la figura de Lucio.

<sup>17</sup> “Todes mataron a Lucio Dupuy”, el editorial de Esteban Trebucq

*“...]vamos con lo que dice la madre, va que madre, la que lo parió no... [...] claro se va y lo deja el cuidado de Páez, Abigail, su novia, **ya ahí está todo mal, che esta todo mal ahí, está todo mal, el padre no lo podía ver a Lucio, y se quedaba al cuidado de la novia, que sociedad es esa, cómo podemos naturalizar esto, no naturalicemos esto [...] como el padre no lo podía ver a Lucio y se quedaba al cuidado de la novia, el novio, te gusta, da lo mismo, como puede ser eso, que hay que naturalizarlo eso porque son dos mujeres, déjense de joder, déjense de joder, déjense de joder con naturalizar esas cosas.”**<sup>18</sup>*

Aquí se observa con claridad la importancia y el lugar asignado a los progenitores, como si el solo hecho biológico de procrear, determinara la capacidad para ejercer el cuidado. Se desconoce completamente el entramado socio cultural en torno a la maternidad y a la paternidad, como así también a la asignación social de estos roles. Se asocia necesariamente a la persona que ejecuta el daño con la animalidad/monstruosidad, pero a la vez se le niega la posibilidad de ejercer buenos cuidados a aquellos que están por fuera del vínculo biológico con el niño. Por otra parte, se visualiza una concepción de infancia alejada de un paradigma de derecho y vinculada con una mirada objetivante de las infancias.<sup>19</sup> De esta manera, **“los padres”** pasan a convertirse en los únicos protectores de **“los hijos”**; cómo ejecuten ese cuidado y esa protección deja de tener interés público, ya que como son **“sus hijos”**, son ellos los únicos con el saber indicado para poder ejecutar la crianza. Esta concepción de familia y de infancias invisibiliza a las niñas y las modalidades cruentas que muchas veces toma la crianza en soledad y en lo privado. Al descolectivizar el cuidado e individualizar las responsabilidades, la sociedad deja de preocuparse por el desarrollo de las niñas, el interés está puesto en que puedan convertirse en adultos productivos y funcionales al sustento del sistema productivo.

En esta línea, es importante reconocer que esta mirada hacia las infancias comienza a transformarse hace relativamente pocos años<sup>20</sup>. En este sentido podríamos decir, retomando a Cassinari, que *“La infancia es una pesadilla de la cual recién estamos des-*

<sup>18</sup> “Todes mataron a Lucio Dupuy”, el editorial de Esteban Trebucq

<sup>19</sup> Según Cassinari “la familia se cierra sobre el hogar. ¿Cómo es comprobable esto? Porque los criados son separados de los niños, tienen sus cuartos alejados de las casas, porque el niño pasa a tener su dormitorio que está muy cerca del de sus padres y la madre se convierte, como van a decir en la Inglaterra victoriana, en “la reina del hogar”. Pero una vez que esto sucede, que el niño se ha convertido en un ser tan “preciado”, hay que preservarlo, ponerlo en una especie de cuarentena hasta que esté apto para afrontar el mundo”. (Cassinari, 2015:6)

<sup>20</sup> Recordemos que la Convención Internacional de Derechos del Niño/a y Adolescente data de 1989, siendo incorporada a nuestra Constitución en 1994 y legislada en nuestro país, recién en 2006, con la sanción de la Ley 26.061.

*pertando*” (Cassinari, 2015:7), dado que comenzamos hace muy poco a preguntarnos en torno a cómo ejecutamos el cuidado de estas niñas y a deslegitimar la violencia como mecanismo de crianza. Los niños comenzaron a ser visualizados como sujetos de cuidado y protección real a partir de este cambio de paradigma. Entendiendo esto, resulta interesante comprender que las prácticas de crianza desplegadas por los sujetos que conformamos el conjunto social no se modifican sólo porque la ley así lo plantea, dado que las mismas responden a una lógica social violenta que legitima solapadamente estas prácticas, dado que no concibe realmente a las niñas como sujetos de derechos. Es la legislación la que marca un punto de partida, para poder dar lugar a la transformación cultural, pero para que ello suceda se requiere de voluntad política, del despliegue de mecanismos transversales a toda la sociedad que habiliten la construcción de lazos sociales sólidos, basados en la cooperación, el diálogo continuo, el cuidado y la empatía, recuperando lo comunitario como ámbito privilegiado para el desarrollo humano. Actualmente en un contexto socio cultural que se vuelca cada vez más a la individualización y a la derechización ideológica de la sociedad, los modos de cuidado y crianza no se visualizan como una responsabilidad colectiva y esto se pone en evidencia en las representaciones construidas mediáticamente en torno a este caso.

*“[...]como puede ser que esa mujer después golpee a ese nene y mande mensajes diciendo como por ejemplo, che pégale más despacio porque si se nos va la mano nos vamos a mandar una cagada [...] como se puede entender semejante crueldad[...].”<sup>21</sup>*

*“si sodomizan a un chico es porque hay una enfermedad mental”<sup>22</sup>*

En este relato, aparece por un lado el desconocimiento absoluto de la violencia como mecanismo disciplinador social. Y por otro lado, se visibiliza a aquellas personas que ejecutan este tipo de violencias como personas con padecimientos mentales, negando el carácter social e histórico que tienen las violencias. Se enfatiza en el término crueldad, asociándolo a “lo animal”, a “lo no humano”, a lo que está “fuera de toda norma”, se entiende a estas acciones como “sádicas”, ajenas a lo social establecido. En este sentido, resulta interesante retomar a Ulloa cuando expresa que “Lo familiar puede ser descrito de muchas maneras, pero me interesa señalar aquella situación, donde bajo la impronta de la ternura, un sujeto no es solamente hechura de la cultura, sino que es hacedor de la misma. Esto ocurre en la familia y en cualquier contexto

<sup>21</sup> El álbum oculto de la progenitora de Lucio Dupuy

<sup>22</sup> El álbum oculto de la progenitora de Lucio Dupuy

que merezca definirse como familiar. Si el sujeto sólo es hechura de la cultura y no su hacedor, peligra como sujeto.” (Ulloa, 2000: 23-24) Pensarnos como ajenos a la reproducción continua de las violencias, como agentes externos, nos desresponsabiliza, nos coloca en un lugar de superioridad, habilitando juicios de valor y asociaciones punitivas que posibiliten construir una explicación a semejante “aberración”, estableciendo *lo violento, la violencia, por fuera de la sociedad y ubicando a las personas que la ejecutan en el lugar de monstruos que deben ser castigados*. En palabras de Preciado “El monstruo es aquel que vive en transición. Aquel cuyo rostro, cuyo cuerpo, cuyas prácticas y lenguajes no pueden todavía ser considerados como verdaderos en un régimen de saber y poder determinado”. (Preciado, 2020: 45)

De esta manera, la sociedad y los miembros que la conforman, representadas en este caso por los medios de comunicación y las redes sociales, sienten alivio, libres de culpa y cargo, habilitando la potestad de individualizar las responsabilidades y se continúan negando los mecanismos cotidianos que generan, producen y construyen violencias, visibilizando que el sistema que habitamos nos violenta cotidianamente, desde las instituciones y desde los propios agentes que las conforman.

### **Maternidades: ¿Hay un solo modo de ser Madre?**

Otro de los aspectos que resulta central analizar y profundizar, es en torno a la concepción de maternidad que se ocultan detrás de estas narrativas. Pensando en **“la Madre”** como aquella figura protectora, cuidadora, amorosa, que por el solo hecho de parir se convierte en un ser superior capaz de entender y saber qué es lo que **“su cría”** necesita.

*“vamos a escuchar a la madre de Lucio, perdón, esa palabra definitivamente no le corresponde”<sup>23</sup>*

*“para tener lágrimas habría que tener piedad cuando su chiquito estaba vivo. Sabes me cuesta creer, me cuesta creer, entendés, lo dio a luz, lo parió, es un nene, duele pensar la indefensión, la mama también mintió...”<sup>24</sup>*

Qué sucede entonces cuando esa mujer no es capaz de cumplir con el mandato social, con lo que la sociedad nos preformatea en torno a lo que debemos ser y hacer cuando somos mujeres y nos convertimos en madres. Primero el mandato, este es

<sup>23</sup> CRIMEN de LUCIO DUPUY: las VOCES del HORROR - Telefe Noticias

<sup>24</sup> CRIMEN de LUCIO DUPUY: las VOCES del HORROR - Telefe Noticias

tu lugar, este es tu deber como miembro responsable de esta sociedad. Pero además nos plantea el deber ser de esa maternidad, no es posible pensar que una mujer pueda no querer a “su cría”, no desear cuidarlo, no *amarlo* y buscar lastimarlo. No se puede pensar a esa mujer como un producto, un resultado de esa sociedad que la violenta para que cumpla sus reglas pero que espera de ella que sostenga, cuide y no violenta. No se puede pensar a la madre por fuera de ese parámetro, no es **Madre** quien ejerce esa violencia, pierde esa categoría, ese privilegio. No hay ni debe haber “malas madres”, no es una figura posible dentro del concepto de maternidad que construyen estas representaciones. Entonces lo que aparece es la necesidad de buscar explicaciones, ¿Cómo pasó esto? ¿Cómo se desvió esta mujer de la norma?

*“la verdad q uno cuando ve estas fotos uno piensa che que paso aca, como puede ser que esta mamá, está progenitora que está con Lucio en brazos, después haya permitido, después le haya pegado a Lucio hasta matarlo. Nos da a pensar a todos. Que pasa por la cabeza de una madre. Hoy hablaba con nosotros en la radio la abuela de Lucio y nos decía, ella era una chica normal hasta que conoció a Abigail Páez, una vez que conoce a la novia, le cambia la cabeza..”<sup>25</sup>*

*“Hay una evolución de su vida, que va de tener una pareja hombre a tener una pareja mujer... no creo que este sea el punto pero hay una evolución, no creo que tenga que ver con el crimen como se quiere decir en algún lado, yo creo que la respuesta la tiene la psiquiatría”<sup>26</sup>*

Acá nuevamente las respuestas que se construyen se asocian a lo anormal, a lo que está fuera de lo que es esperado para una mujer. El paradigma binario y de la cisheteronorma, aparece con frecuencia en estos relatos; si bien se observa un intento de ser “políticamente correctos”, se instala la duda en torno a cómo se sucedieron los hechos, poniendo el eje en aspectos vinculados con las decisiones vitales de esta madre en torno a su vida sexual. Los interrogantes se enfocan en ese devenir: ¿Cómo pudo una madre, aparentemente amorosa, convertirse en ese monstruo? Se enfatiza fuertemente en la transformación, en ese devenir de lo normal a lo anormal, como si hubiera un quiebre en la vida de esa mujer madre, y el mismo se asocia necesariamente con aquello que no es considerado normal por una gran parte de la sociedad. Prima en estos modos de narrar el devenir de esta mujer/madre, una mirada patologizante que invisibiliza y naturaliza los roles sociales cisheteronormados asignados al nacer.

<sup>25</sup> El álbum oculto de la progenitora de Lucio Dupuy

<sup>26</sup> El álbum oculto de la progenitora de Lucio Dupuy

Entendiendo esto, resulta interesante retomar a Preciado cuando plantea que estas formas de identificación cisheteronormativas se constituyen en “[...] *grandes artefactos políticos de ficción que hemos construido colectivamente [...]. Artefactos inventados y legitimados políticamente, convenciones históricas, instituciones culturales que han tomado la forma de nuestros propios cuerpos hasta el punto de que ahora nos identificamos con ellos: la masculinidad y la feminidad normativas, la heterosexualidad y la homosexualidad tal como fueron imaginadas en el siglo XIX*” (Preciado, 2020: 55-56)

En este juego de identificación y desidentificación es que se construyen estas representaciones en torno a la maternidad. La necesidad de estos actores sociales de sentirse ajenos a la monstruosidad, lleva necesariamente a la búsqueda de responsables únicos, desconociendo el trasfondo social y las violencias de las que cotidianamente todos somos parte y testigos. En este sentido, de acuerdo con A.M. Fernández, consideramos que *“Con frecuencia las personas que han transitado y/o transitan lo cruel reproducen de muy diversas formas modalidades crueles generalmente sin tener ningún registro de ellas. [...] En sus interacciones con los otros suelen no medir lo que hay que callar o decir suavizadamente, para no lastimar. No es que el destinatario de sus opiniones, juicios y/o críticas no les importe. Tal vez todo lo contrario. Solo que conscientemente no registran que dañan. Carecen de registro de la dimensión de su hostilidad o mejor dicho de su propia crueldad.”* (Fernández, 2004:7) En esta falta de registro, lo que aparece es una retórica que se orienta hacia la construcción de un enemigo aparente, en línea con el cuestionamiento al corrimiento de los valores denominados “tradicionales” que han sustentado la sociedad moderna y capitalista en los últimos 200 años. Entonces el discurso se orienta hacia la búsqueda de responsabilidades en el cambio cultural que se viene produciendo y se culpabiliza de ello al exceso de las libertades, a la falta de límites claros, al surgimiento de los movimientos feministas y de las diversidades e incluso a los colectivos de derechos humanos. Aparece en la retórica discursiva una necesidad de retornar a modelos autoritarios en lo vinculado a la crianza, la maternidad y la familia.

*“uno ve un cambio en la imagen muy fuerte en su imagen, esa ideología, que uno ve después en las manifestaciones cuando van y dicen muerte al macho... o sea uno después se sorprende de porque terminan matando a un hijo, porque en definitiva acá la denuncia que agrega la familia de Lucio, (la frase muerte al macho es espantosa) es que hay odio de género o sea lo odiaban por ser hombre. Las violaciones que le hacían al*

*chico con acceso carnal anal como dice la imputación de la causa con objetos y esos vínculos que uno ve después en las manifestaciones que se escriben si te sale hombre hacelo mujer”<sup>27</sup>*

*“[...]para qué queremos un ministerio de la mujer, si cuando lo necesitamos no están, su mirada es sesgada ministra, para Ud. quienes son buenas, las verdes, imagínese por un minuto ministra si el que violaba, golpeaba y mató a la criatura hubiera sido el padre, estaba colgado en Plaza de Mayo, pero como eran dos verdes que hacían talleres de nuevas masculinidades no dijo nada, sinvergüenza”.<sup>28</sup>*

Lo que aparece en estos relatos es claramente un proceso de responsabilización a **“los otros”**, una puesta en valor de determinada moral, tradicional en contraposición de **“los nuevos”** movimientos y colectivos sociales que pugnan por la ampliación de derechos y a la equiparación de oportunidades, visibilizando a los sectores históricamente negados. Se coloca en estos colectivos la responsabilización de las acciones individuales, haciéndolos cargo de no **“acompañar”** ni **“defender”** a esta familia, y avalando las acciones de las denominadas **“asesinas”**, sin comprender que el entramado social y la lucha de estos colectivos si bien es política, no tiene posibilidad concreta de accionar ante la ineficacia que despliegan las instituciones que intervienen con infancias las cuales están, en la mayoría de los casos, atravesadas por lógicas patriarcales y cisheteronormadas. De esta manera, lo que aparece es una desresponsabilización social en torno al cuidado y acompañamiento de las infancias, culpando a un sector de la sociedad. Se constituye en un juego perverso que apunta por un lado a sectorizar las responsabilidades pero a la vez invisibilizar la violencia que se reproduce desde estos sectores que permanentemente culpabilizan y están en una búsqueda punitiva, con mecanismos violentos que son los mismos que cuestionan. Aquí lo que se pone en evidencia es que **“El poder empezar a registrar la propia localización subjetiva en otro de los posicionamientos de la escena cruel suele producir verdaderos colapsos narcisistas. Suelen considerarse a sí mismos personas amables y solidarias, pero no han advertido que sus allegados frecuentemente les temen, los evitan y/o los rechazan. Implacables, los linajes de la crueldad se repiten y reproducen a través de las generaciones.”** (Fernández, 2004:7)

En esta línea aparece como necesario llevar al centro del debate los modelos de maternidad y paternidad haciendo eje en la necesidad de revisión de los mismos y enten-

<sup>27</sup> El álbum oculto de la progenitora de Lucio Dupuy

<sup>28</sup> Seis meses sin Lucio - Silvia Gómez y Ramón Dupuy en #VivianaConVos 18/05/2022



diendo que *“El trabajo de filiación supone procesos que anudan al recién llegado/a con la historia familiar y social para que éste se instale como eslabón de la cadena transgeneracional y se inscriba en la cultura. Reparar, repetir, rehacer, innovar y mejorar las propias experiencias y transferirlas resultan motores potentes en la transmisión humana. En el ejercicio de la parentalidad se juegan fuertes anhelos de reproducción y de cambio con la propia descendencia”*. (Paolicchi y Otros, 2017:60). Desde esta perspectiva lo que se evidencia es la importancia de comprender que el despliegue de las modalidades de maternidad y paternidad son resultado de los propios procesos de filiación social y de las trayectorias sociales. Esto no implica una mirada unicausal, en la que una persona que ha sido víctima de violencia en su infancia lo repetirá necesariamente, pero sí plantea la centralidad que ocupa el medio social en el adecuado desarrollo de las infancias.

Poder pensar en términos de transformación de las lógicas de crianzas requiere de volver a llevar a la escena de lo comunitario a las infancias y a las adolescencias, correrlas de la concepción actual de infancia, la cual *“se encuentra atravesada por el discurso de la inocencia infantil. Desde este último, los niños son concebidos como seres frágiles, indefensos, vulnerables y asexuados por naturaleza, que necesitan de adultos que los protejan”* (Meyer, 2011: en Grinberg, 2015:8) y habilitar espacios para que puedan construirse como sujetos políticos, constructores de realidad y tomar su voz desde las necesidades y los deseos, tomando en cuenta que *“Todo niño y todo adolescente nos presenta el desafío permanente de acomodar “el oído” (la mirada, la escucha, la capacidad de distinguir, analizar y sintetizar) a su historia, su contexto, sus carencias y potencialidades, sus derechos preservados y los vulnerados”*. (Pereyra, 2006:2). En este sentido, consideramos central poder poner en la escena del debate público importancia de poder generar instancias para que los adultos puedan encontrar la posibilidad de ejercer las funciones parentales, más allá de constituirse o no en progenitores<sup>29</sup>. Poder pensarnos como responsables colectivos del desarrollo de las infancias, a los fines de poder comenzar a transformar las lógicas violentas en las que estamos inmersos como sociedad y que se reproducen desmesuradamente en las lógicas de crianza. Colectivizar el cuidado, despenalizar a la figura materna y habilitar espacios de contención y acompañamiento a las maternidades y paternidades para que puedan desplegar sus necesidades e intereses, entendiendo que, como

29 Funciones parentales entendidas “[...]como aquellas que facilitan y fomentan el desarrollo saludable de las potencialidades del infante, procurando tanto contener la ansiedad y regular los estados afectivos del niño, así como también establecer una proximidad física y contacto emocional que satisfaga las necesidades de apego, la autoestima y la erogeneidad del cuerpo del infante.” (Paolicchi y Otros, 2017:59)

plantea Bowlby *“Si una sociedad valora a sus niños deberá cuidar a sus padres como un tesoro”*.

Entendemos que el entramado de las violencias y el maltrato infantil es bastante complejo, dado que vivimos en una sociedad que ha naturalizado la violencia como mecanismo de interacción social, ya que el propio sistema nos violenta permanentemente como ciudadanos y como usuarios activos de las diversas instituciones. Pensar que las crianzas están ajenas a esta lógica violenta no sólo es ingenuo sino, por sobre todas las cosas, deja en evidencia la dificultad que tenemos como colectivo social de identificar y desarmar las violencias.

### **Odio de Género, Backlash y mirada sobre las instituciones**

Como se desarrolló en el apartado anterior, el caso de Lucio fue relacionado con los movimientos feministas, como responsables en parte del crimen. Uno de los aspectos interesantes en torno a la discusión social sobre el filicidio de Lucio es que comienza a ser explicado a partir del odio de género. Según Faur (2017), la expresión “ideología de género” es una forma tendenciosa que presenta a los estudios feministas y de género como una teoría al servicio de una ideología. Esta postura conservadora se basa en una mirada cisheteropatriarcal de la sociedad y en la criminalización de los movimientos feministas como culpables de la muerte de Lucio.

En las redes sociales, además, se observa a simple vista cómo el caso de Lucio fue tomado como bandera por sectores conservadores de ultraderecha, religiosos y asociados al Backlash<sup>30</sup>. En múltiples publicaciones de Instagram puede observarse la militancia posterior al juicio de los abuelos paternos de Lucio, dando charlas en organizaciones de la sociedad civil de distintas provincias que sostienen el falso SAP, con presencia además de políticos de ultraderecha como por ejemplo, la Asociación Civil Crianza Sana, Jornadas por la Obstrucción de Vínculos, ALIENACIÓN Parental y Falsas Denuncias<sup>31</sup>, Asociación Civil Padres de Río Negro y Neuquén<sup>32</sup>, entre otros<sup>33</sup>.

30 El mismo es definido por Berinerblau (2004) como un contramovimiento que hace frente a los movimientos feministas y de protección de derechos de las infancias. Puntualmente este movimiento está conformado por familiares de progenitores y progenitores denunciados por abuso sexual, abogados, peritos expertos que plantean la falsedad de las denuncias de las infancias, acusando a adultos protectores (en general madres) de manipular a los niños. Este movimiento que tiene presencia en distintos países del mundo donde se ha avanzado en la protección de los derechos de las mujeres y las infancias actúa judicializando a las madres protectoras y a los profesionales que denuncian abusos o acompañan a las infancias en el proceso.

31 [https://www.instagram.com/p/CtB\\_8d4pTVI/](https://www.instagram.com/p/CtB_8d4pTVI/)

32 <https://www.instagram.com/p/Cs6HQxWKq4u/>

33 Es importante remarcar que el falso Síndrome de Alienación Parental se ha constituido en una estrategia usual de

En el caso de Lucio, desde estas miradas conservadoras se realiza una crítica a las intervenciones estatales previas, a pesar de ser sumamente atinada y necesaria, termina teniendo un carácter retrógrado, en tanto se explica la falencia del sistema de protección de derechos por la preeminencia de la “ideología de género” en las instituciones:

“La muerte de Lucio, producto del adoctrinamiento feminista, se podría haber evitado si el “odio de género” no le hubiera impedido al papá la tenencia”<sup>34</sup>.

El objetivo de este trabajo no es analizar las intervenciones previas al filicidio de Lucio, no obstante realizaremos algunos comentarios acotados respecto a las representaciones sociales en torno a la responsabilidad institucional a continuación.

En los medios masivos circularon muchas notas respecto a las intervenciones desde diversas instituciones del sistema de protección de derechos:

*“Lucio acumuló una larga historia clínica, ya que en sus últimos dos años de vida ingresó cinco veces a diferentes sanatorios con diversas lesiones y ninguno de los especialistas que lo atendieron se percataron de la situación”<sup>35</sup>*

*“En base a su historia clínica, Lucio –entre diciembre de 2020 y marzo de 2021– fue atendido en al menos cinco oportunidades por traumatismos, pero no existió un seguimiento integral de estos antecedentes, como tampoco llamados de atención por parte del jardín al que asistía.”<sup>36</sup>*

Sin embargo, las críticas suelen estar centradas en cada profesional que tuvo la posibilidad de intervenir (maestras, médicos, agentes de justicia). En este sentido, el rol que juegan las instituciones, en sus lógicas estructuradas y construidas en torno a determinado paradigma de derechos en letra escrita pero compuestas por sujetos sociales con posibilidades y límites concretos, es central. En los relatos analizados se evidencia una culpabilización individual a las y los profesionales que tuvieron contacto

---

las defensas en los casos de abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Siguiendo a Mazzini (2020), el argumento desarrollado es que las denuncias por violencia por parte de las infancias y adolescencias son falsas y se deben a una inducción o manipulación por el adulto protector para que declare en contra de la persona denunciada. Dicha teoría a pesar de tener presencia en juzgados, fallos y sentencias ha sido desacreditada por diversos colectivos profesionales, organismos expertos nacionales e internacionales y por la comunidad científica en su conjunto (Mazzini, 2020). En esta línea, el SAP termina menospreciando el valor de la declaración del niño, niña o adolescente víctima, lo que afecta claramente su derecho a ser oído en el proceso judicial. Tengamos en cuenta que el alcance de este derecho exige que sus expresiones sean tenidas en cuenta al momento de resolver la cuestión judicial debatida.” (Mazzini, 2020: 2).

34 <https://www.instagram.com/p/CnfUCD4vkJY/>

35 [www.perfil.com/noticias/policia/el-crimen-de-lucio-dupuy-y-la-autopsia-que-revelo-el-infierno-abusos-golpes-y-quemaduras.phtml](http://www.perfil.com/noticias/policia/el-crimen-de-lucio-dupuy-y-la-autopsia-que-revelo-el-infierno-abusos-golpes-y-quemaduras.phtml)

36 <https://www.perfil.com/noticias/policia/maltratos-abusos-y-dibujos-que-hablan-de-la-violencia-el-crimen-de-lucio-dupuy-de-5-anos.phtml>

con Lucio invisibilizando que estos profesionales, que están a cargo de tomar las decisiones, son trabajadores, en la mayoría de los casos precarizados y con herramientas acotadas para desplegar acciones de protección. Si bien no es la idea de este trabajo justificar el accionar profesional, nos parece central poder pensar qué sucede al interior de las instituciones, para reflexionar en torno a nuestras prácticas y la necesidad de profundizar en la transformación de estas lógicas.

### **Reflexiones finales**

La mediatización del caso se presentó como una oportunidad para problematizar y sensibilizar respecto al maltrato infantil. Sin embargo, a partir del análisis previamente realizado se puede observar cómo la historia de Lucio es transformada en una herramienta para medios de comunicación para fortalecer determinadas miradas conservadoras sobre las infancias, las familias, las violencias y las maternidades. El eje en los detalles amarillistas y sensacionalistas del caso, con énfasis en lo morboso del mismo es tomado, replicado y amplificado en las redes sociales, permitiendo que usuarios anónimos expresen sus miradas positivistas, cisheteronormativas y esencialistas de las violencias. Reproduciendo de esta manera una lógica odiante, que no hace más que ubicar en un otro u otros la problemática del maltrato: la culpa puede estar en la madre, la pareja, las instituciones, los vecinos, los colectivos feministas, apuntando al castigo público como forma de reparación social.

Nos preguntamos si el caso se hubiera mediatizado de la misma manera si las personas agresoras fueran una pareja heterosexual, sabiendo además de la existencia de otros filicidios similares que ocurrieron en los últimos años.

Esto no inhabilita la existencia de otras miradas que discuten estas representaciones hegemónicas, no obstante, no tienen el lugar que ocupan las representaciones anteriormente desarrolladas.

Este trabajo representó una exploración inicial, que de ninguna manera pretende dar respuestas acabadas sobre el tratamiento mediático y social de la vida de Lucio, pero sí intenta poner en el centro del debate la dificultad de nuestra sociedad de generar respuestas distintas a una problemática de altísima complejidad. La mirada social termina redundando en la hegemonía punitivista de la eliminación del otro, a través de la cárcel, la muerte, el daño físico, etc.

De hecho, la promulgación de la Ley Lucio N° 27.709, si bien resulta un avance en capacitación en la materia, aparece como una respuesta insuficiente para generar una transformación social y cultural que permita frenar la violencia hacia las infancias y construir nuevas modalidades vinculares entre adultos y niños. Asimismo, en el plano de las políticas públicas el impacto de un caso tan grave y con tanto sufrimiento como el de Lucio debería promover acciones tendientes al replanteo de las intervenciones, prácticas y políticas en materia de protección de las infancias y adolescencias, más allá de la legislación vigente.

### **Bibliografía:**

- Abad, S. Poder y Autoridad (ficha de cátedra).
- Berástegui, P.: Gómez Bengochea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Intervención Psicosocial*, Vol. 15 N.º 3 Págs. 293-306. ISSN: 1132-0559
- Berlinerblau, V. (2004). El “Backlash” y el abuso sexual infantil. Reacción negativa y violenta contra profesionales que trabajan en el campo de la Protección de la Infancia. *Querencia*(7)
- Bringiotti, M. I. Bringiotti, M. I.; Paggi, P.; Molina, M. L. y Viar, J.P. (2015). Violencias en la escuela. *Violencias en la escuela. Nuevos problemas, diferentes intervenciones*. Bs. As., Paidós.
- Cassinari, M., (2015) La familia, la mujer y el niño. Cuestiones previas para su abordaje teórico. En Bringiotti, M. I. (compiladora): *Abuso y maltrato en la infancia y adolescencia. Investigaciones y debates interdisciplinarios*. Buenos Aires, Ed. Lugar, 2015 (19-42)
- Faur, E. (2017). *Mujeres y varones en la Argentina de hoy: Géneros en movimiento*. -1ª ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación OSDE,
- Fernández, Ana M. (2004). *De la crueldad, sus linajes y coartadas*. México.
- Gringberg, J.(2015). Violencias y malos tratos hacia los niños y las niñas: reflexiones en torno a algunas de las explicaciones más frecuentes. 4tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia, Buenos Aires.
- Mazzini, J. R. (2020) Otra vez SAP, el mito del eterno retorno. *elDial.com* - editorial albrematica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina.
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Moscovici, S. (1981). *Psicología de las minorías activas*. Madrid: Morata.

- Moscovici, S. (1984). *Psychologie Sociale*. Paris: PUF.
- Palmonari, A. (1989). *Processi simbolici e dinamiche sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Paolicchi, G., Bozzalla, L., Sorgen, E., Bosoer, E., Nuñez, A., Maffezzoli, M., & Metz, M. (2017). Parentalidad y constitución subjetiva. *Investigaciones en psicología*, 22(1), 57-65.
- Preciado, P. B. (2020). *Yo soy el monstruo que os habla: Informe para una academia de psicoanalistas* (Vol. 29). Anagrama.
- Sánchez, N. Cuennya, L. (2011). Estudio sobre Maltrato Infantil en niños y Adolescentes de la Provincia de Buenos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, Vol. 3, N°3, 8-15
- Tilli, M.G; Del Duca, C. (2010) Relaciones abusivas en el noviazgo adolescente. Un proyecto de prevención. Buenos Aires. Editorial NO.
- Ulloa, F. (2000). Sociedad y crueldad. *Clínica y Análisis Grupal*, 22(84)
- Tilli, M.G; Del Duca, C. (2010) Relaciones abusivas en el noviazgo adolescente. Un proyecto de prevención. Buenos Aires. Editorial NO.
- Viar, J. P. y Lamberti, S. (2003). MALTRATO INFANTIL. LOS DERECHOS DEL NIÑO/A EN EL DERECHO COMUNITARIO Y EN EL DERECHO JUDICIAL, RDF N° 24. Lexis Nexis. Abeledo Perrot.

### Links Medios Gráficos

- <https://www.perfil.com/noticias/policia/maltratos-abusos-y-dibujos-que-hablan-de-la-violencia-el-crimen-de-lucio-dupuy-de-5-anos.phtml>
- [www.perfil.com/noticias/policia/el-crimen-de-lucio-dupuy-y-la-autopsia-que-revelo-el-infierno-abusos-golpes-y-quemaduras.phtml](http://www.perfil.com/noticias/policia/el-crimen-de-lucio-dupuy-y-la-autopsia-que-revelo-el-infierno-abusos-golpes-y-quemaduras.phtml)
- <https://www.perfil.com/noticias/elobservador/no-se-tuvo-en-cuenta-el-interes-superior-del-menor-sino-la-condicion-de-madre-biologica.phtml>
- <https://www.infobae.com/sociedad/policiales/2023/02/17/la-condena-esta-incompleta-se-debe-incluir-al-odio-de-genero-como-agravante-dijo-el-abuelo-de-lucio-dupuy/>
- <https://www.infobae.com/sociedad/policiales/2023/01/27/abuso-sexual-golpes-y-fracturas-las-ocho-pruebas-clave-que-podrian-llevar-a-prision-perpetua-a-la-madre-de-lucio-dupuy-y-a-su-novia/>
- <https://tn.com.ar/policiales/2023/02/03/la-razon-por-la-que-las-asesinas-de-lucio-dupuy-pasan-juntas-sus-dias-en-la-carcel/>

- <https://www.perfil.com/noticias/policia/el-crimen-de-lucio-dupuy-y-la-autopsia-que-revelo-el-infierno-abusos-golpes-y-quemaduras.phtml>
- <https://www.a24.com/policiales/cual-era-la-macabra-metodologia-que-usaban-la-madre-lucio-dupuy-y-la-novia-tapar-los-maltratos-n1074891>
- [https://www.clarin.com/policiales/duro-testimonio-hizo-autopsia-cuerpo-lucio-dupuy-vi-\\_0\\_f10HlcfOFn.html?gclid=CjwKCAjwv8qkBhAnEiwAkY-ahnavZs097335xMfLxP1X6zBaBwflDcFJAY7ApCS6\\_ewknRwHjZ4dUBoCbPQQAvD\\_BwE](https://www.clarin.com/policiales/duro-testimonio-hizo-autopsia-cuerpo-lucio-dupuy-vi-_0_f10HlcfOFn.html?gclid=CjwKCAjwv8qkBhAnEiwAkY-ahnavZs097335xMfLxP1X6zBaBwflDcFJAY7ApCS6_ewknRwHjZ4dUBoCbPQQAvD_BwE)
- <https://www.pagina12.com.ar/519212-que-le-paso-a-lucio-abel-dupuy-como-fue-el-crimen-del-nino-d>

### Redes Sociales

- <https://www.instagram.com/p/CnfUCD4vkJY/>
- <https://www.instagram.com/p/Cs6HQxWKq4u/>
- [https://www.instagram.com/p/CtB\\_8d4pTvI/](https://www.instagram.com/p/CtB_8d4pTvI/)
- <https://www.instagram.com/p/CnfUCD4vkJY/>
- <https://www.instagram.com/p/CW8STp3s6BL/>
- <https://www.instagram.com/p/CW8LtwssdW0/>
- <https://www.instagram.com/p/CW3RIgZsA09/>
- <https://www.instagram.com/p/CW8LtwssdW0/>
- <https://www.instagram.com/p/CW8STp3s6BL/>

### YouTube

- [Seis meses sin Lucio - Silvia Gómez y Ramón Dupuy en #VivianaConVos 18/05/2022](#)
- [El álbum oculto de la progenitora de Lucio Dupuy](#)
- [CRIMEN de LUCIO DUPUY: las VOCES del HORROR - Telefe Noticias](#)
- ["Todes mataron a Lucio Dupuy", el editorial de Esteban Trebucq](#)
- [Exclusivo: el plan para sacarse a Lucio Dupuy de encima](#)
- [Caso Lucio Dupuy: los escalofrantes gritos escuchados por una vecina durante el maltrato](#)
- [Crimen de Lucio Dupuy: "Disfrutaban con la crueldad a este niño" - Médico psiquiatra](#)



Mesa "Infancias y Juventudes".

Gran concurrencia de colegas para reflexionar sobre los espacios de intervención, las corporalidades en juego, las coyunturas y entramados institucionales, y caracterizar a las niñeces con las que trabajamos desde los distintos efectores.



## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA INCIDENCIA DEL BACKLASH EN LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO

### **Autoras:**

Collado Irupé - Lic. Trabajo Social, Equipo materno-infantil Hospital Durand. Correo: irupe.collado@gmail.com

Pérez A. Romina - Lic. Trabajo Social, Unidad Violencia Familiar, Hospital Elizalde. Correo: rominaperez290981@gmail.com

Simonotto, Eve - Lic. Trabajo Social, Jefa División Servicio Social Hospital Tornú. Correo: esimonotto@gmail.com

---

### **Introducción**

En esta instancia nos proponemos exponer a los y las colegas que trabajan en el ámbito de la salud, esencialmente quienes trabajan con infancias y adolescencias víctimas de violencias sexuales incestuosas, un proyecto de investigación que se propone caracterizar las diferentes prácticas de backlash que se presentan a trabajadoras/es sociales en el ámbito sociosanitario de la Ciudad de Buenos Aires. Este movimiento de acciones concretas de contraderechos ha sido abordado e investigado mayoritariamente en relación al ejercicio de la medicina, la psicología y el derecho, pero consideramos que no ha sido suficientemente abordado en relación a nuestro ejercicio profesional, el cual adquiere características específicas por anclarse mayoritariamente en instituciones del estado. En este punto, el ejercicio profesional dentro del campo de la salud cobra especial relevancia, ya que desde allí es que se receptiona una parte importante de las sospechas y develamientos de situaciones de violencia sexual, siendo nuestra profesión una instancia necesaria en el abordaje integral, acompañamiento, evaluación de riesgo y articulación interinstitucional. Presentaremos a continuación la fundamentación de la investigación, el marco teórico conceptual, los objetivos y la metodología. Esperamos que este proyecto sea una oportunidad para visibilizar la temática, las complejidades que la atraviesan, poder dimensionar si incide o no en nuestro ejercicio profesional y, en tal caso, elaborar estrategias colectivas de protec-

ción de nuestro colectivo profesional y por sobre todo de las infancias y adolescencias vulneradas.

### **Fundamentación**

El backlash, entendido como la acción que ataca a quienes trabajan en la defensa de niños/as se observa en diferentes ámbitos (salud, justicia, educación, promoción de derechos) cuando se elaboran informes profesionales que dan cuenta de conceptos, y diagnósticos que presentan indicadores compatibles con violencias sexuales, específicamente incestuosas, padecidas por niños/as y adolescentes.

En ese sentido, hay profesionales que en el ejercicio particular de su profesión intervinen con niños/as en etapa de evaluación o tratamiento, y son atacados/as en redes sociales o jurídicamente por quienes son sospechados de ejercer, sobre todo, las violencias sexuales. Este ataque presenta características diversas y muchas veces es mediante figuras legales que toman su defensa y tienden a desacreditar las evaluaciones profesionales, atacando directamente a quienes han realizado estas evaluaciones y han elaborado los informes que dan cuenta de actos de violencia sexual a niños/as que los involucran. Estos ataques pueden darse en el ámbito jurídico, como en sus colegios/consejos profesionales o en redes sociales personales.

En el caso específico del trabajo social, los informes elaborados por los/as profesionales que atienden situaciones de violencias sexuales a las infancias, recorren un circuito burocrático administrativo, tanto para llegar a los organismos proteccionales de infancia de la localidad de los/as niños/as, como para responder a oficios de los juzgados intervinientes. Algunos/as colegas por su participación en estas situaciones sufren amenazas, denuncias jurídicas por los informes que realizan. También son citados/as por presentaciones que los/as denunciados/as realizan en las instituciones o requerimientos de los/as abogados/as defensores de las personas denunciadas.

En este sentido, en función de la protección de los/as profesionales involucrados/as, creemos necesario detectar y analizar cómo estas prácticas de backlash afectan al colectivo profesional, detectando las características específicas que adquiere este movimiento en el ejercicio del trabajo social dentro del campo de la salud, siendo éste un ámbito de recepción frecuente de situaciones vinculadas a todo tipo de violencias.

### Marco conceptual

Existen diversas categorías que se relacionan cuando se estudia las violencias sexuales contra niños, niñas y adolescentes. Estas son: el síndrome de alienación parental, la violencia vicaria, madres protectoras, y el backlash.

¿Qué es el Backlash? En Argentina hay varios profesionales investigadores que abordan este tema: Berlinerblau, Juan Pablo Viar, la organización Mundanas, Beatriz Muller de la Organización Salud Activa, que tomamos como referencia cuando comenzamos a investigar sobre esta problemática. Todos estos autores relacionan y articulan las violencias sexuales a las infancias, especialmente las intrafamiliares y las incestuosas con el Backlash.

Es Virginia Berinenblau en su texto “Backlash y abuso sexual” quien señala que el backlash es “la reacción adversa poderosa ante un movimiento social o político”. Tomando desarrollos de otros autores, da cuenta que el Backlash es una oposición que se da como respuesta al éxito de otro movimiento social.

### Incluye este movimiento a dos grupos:

-Progenitores sospechados/as

-Profesionales que colaboran con sus reclamos, conformando una red de abogados/as y testigos expertos que se especializaron en este tema y que descalifican las posiciones de los/as trabajadores/as del área infantil en el tema con réditos financieros.

Continúa situando el surgimiento de este movimiento en los 80 en Canadá, Estados Unidos y Gran Bretaña. A la Argentina este fenómeno llega en el 2000, momento en que Cárdenas, Juez de la Nación, publica en el diario jurídico La ley, un artículo donde señala la existencia de una “industria de denuncias de abuso sexual promovidas con el fin de aislar al hijo de un progenitor”. En el mismo artículo se despliegan ataques a la credibilidad de quienes trabajamos en las instituciones públicas. Esto genera una respuesta de varios profesionales de todo el país, de los ámbitos público y privado, que responden ante estas descalificaciones. Este ataque, para Berineblau, tendió a desarticular los logros alcanzados, eliminar y disuadir a los que los sostenían en la defensa de los/as niños/as. También llevó al campo de la disputa ideológica un problema que es teórico y político. Aquel ataque de Cárdenas intentaba invertir el sentido de la con-

ducta abusiva atribuyéndole la responsabilidad a quien denuncia y a quién protege. Quienes defendían quedaban en soledad y con escaso apoyo institucional.

Centralmente quienes eran y son ubicadas en el lugar de manipuladoras son madres que sostenían la veracidad de los testimonios de sus hijos/as y también los/as profesionales que acompañaban estas denuncias.

Los ataques a las madres han tenido diferentes argumentos: que eran cómplices, negligentes, que naturalizaban la situación. En el otro extremo, eran estas madres las que construían los relatos de los/as niños/as. Esta última estrategia ha sido denominada como el falso Síndrome de Alientación Parental (en adelante SAP), usualmente utilizado en las defensas en los casos de abuso sexual contra niños/as y adolescentes. El argumento es que las denuncias son falsas y se deben a una inducción o manipulación por parte uno de los progenitores para que declare en contra de la persona denunciada, casi siempre la madre. Dicha teoría ha sido desacreditada por diversos colectivos profesionales, organismos expertos nacionales e internacionales y por la comunidad científica en su conjunto, no obstante sigue teniendo presencia y legitimidad en el ámbito judicial (Mazzini, 2020).

En este sentido y en lo relativo al accionar de los grupos anti derechos contra profesionales, Berineblau señala que las denuncias a profesionales aumentan cuando la población denunciada se compone por hombres de sectores medios con alto poder adquisitivo en connivencia con sectores del poder. Si bien esto está estudiado, observamos que estas actitudes también se dan, de otra forma, en hombres pertenecientes a otros sectores.

### **Lo que nos preguntamos es ¿cómo identificar que estamos frente al Backlash?**

Éste se puede identificar ante las causas elevadas por malas praxis a profesionales en juzgados penales, denuncias en los colegios profesionales, en la descalificación técnico profesional de los argumentos y técnicas sostenidas por quienes acompañamos los testimonios de los niños/as.

Es necesario incluir otras formas de ataques que se dan a través de amenazas verbales, físicas, daños en propiedades de los/as profesionales, amedrentamientos, llamadas telefónicas, pintadas en ámbitos laborales, escraches en redes sociales de los/as profesionales. Presencias directas de abogados/as defensores en los hospitales, centros de salud, buscando interpelarlos/as por sus evaluaciones.

En la búsqueda de información sobre esta temática encontramos algunos avances vinculados a otras disciplinas, pero visualizamos escasa información sobre cómo repercute en la disciplina de trabajo social.

### **Intervención del trabajo social en violencia sexual hacia niñas y adolescencias**

En general los/as profesionales e investigadores en el tema ante la violencia sexual hacia niños/as y adolescentes utilizamos la denominación “abuso sexual” por tratarse de los términos que emplea el Código Penal Argentino. El Ministerio de Salud de Argentina (2023) en su curso sobre la temática, señala que es necesario hablar de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes. “La palabra abuso distorsiona conceptualmente lo que representa una forma brutal de violencia, que anula la condición de sujeto de derecho”. Entienden que se victimiza doblemente cuando se califica como abuso un acto de violencia sexual, con el sentido implícito que tiene este concepto que es de hacer un uso excesivo de algo. No se usa ni se abusa de las niñas, niños y adolescentes: se los violenta, se avasallan sus derechos. La elección de los términos con los que se nombran las cosas, las realidades y las situaciones tiene consecuencias directas sobre el pensamiento y sobre las acciones que designan. Es por ello, que optamos por mencionar el concepto de violencias hacia las infancias.

Es interesante también señalar, como plantea Calmels (2027), que en pocas ocasiones se nomina como incestuosas a las prácticas de violencia sexual ejercida por parte de los progenitores a sus hijos/as. Otra de las características de las infancias vulneradas por la violencia sexual, es que la mayoría de las situaciones está atravesada por la violencia de género, por lo que son en general mujeres, quienes ejercen prácticas de cuidados, las que se encuentran afectadas por dinámicas violentas que limitan la propia libertad y dificultan la calidad de este cuidado.

En el proceso de intervención se observa que el momento del develamiento de una situación de violencia sexual es una etapa muy movilizante, tanto para los/as niños/as o adolescentes, como para el equipo que recepciona esta situación. En el caso de los primeros, retomamos lo mencionado por Ronald Summit sobre el proceso que puede darse en este develamiento, el cual ha sido mantenido en secreto, ya sea por coerción, amenaza o seducción (a través de regalos, por ejemplo), donde el niño/a ha realizado un movimiento de acomodación, de sobreadaptación, para sobrevivir a lo doloroso que significa ser agredido/a, en general por figuras que deberían ser de protección. Esto hace que el develamiento pueda ser tardío, confuso, poco convincente, y hasta

a veces pueda haber retractación de lo relatado. Es importante tener en cuenta este desarrollo de Summit, porque la retractación o lo poco convincente del relato puede dar lugar al descreimiento del relato de la situación violenta y puede fortalecer o dar herramientas al contraataque hacia los profesionales que intervenimos en el ámbito de la salud.

Haciendo esta primera caracterización de nuestro ámbito de trabajo, nos parece pertinente aquí describir la dimensión socio institucional y su incidencia en el abordaje de violencia sexual hacia las infancias y adolescencias.

### **Instituciones del aparato estatal**

Pensar en el backlash como un fenómeno/proceso asociado a la intervención en violencias contra las infancias, requiere ubicarlo en una caracterización general de las instituciones estatales para profundizar su incidencia en el quehacer profesional. Esto nos permite en parte dimensionar la complejidad que adquiere el trabajo con infancias y adolescencias.

Consideramos a las instituciones en las que nos desempeñamos dentro de la burocracia estatal, que es la forma específica que adquiere el estado dentro del sistema capitalista, para poder analizar cómo las tendencias burocratizantes atraviesan y penetran a las instituciones implicadas en el proceso de abordaje de situaciones de violencias, y particularmente, teniendo en cuenta nuestra pertenencia institucional, observar cómo incide en las instituciones de salud.

El andamiaje burocrático del aparato estatal implica la regulación a partir del dominio de la norma impersonal como forma de organizar las relaciones sociales (Poutlanzas, 1979). La burocracia incluye 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 (en parte). 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). Esto se traduce en la existencia de un currículum oculto en las diferentes instituciones que trabajan con infancias y adolescencias.

A su vez, la burocratización de las instituciones o el carácter burocrático de éstas, permite que la canalización de las demandas de la población en términos de derechos o reivindicaciones, se tematizan y traduzcan en pasos y formulaciones burocráticas (Piva, 2014). En términos de Foucault podemos hablar de contra derecho, es decir mecanismos que regulan 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, incluso los burócratas y/o gobernantes. 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 sujeto a un abstracto y formal marco normativo, lo cual permite el sostén de la igualdad y libertad formal de los/as ciudadanos/as. 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. En esta temática, esto se puede relacionar con la protocolización de la intervención profesional.

La burocracia en las instituciones que forman parte del sistema de protección de derechos cobra características específicas según las lógicas internas, pero a la vez comparten algunas. Cada organismo va conformando un funcionamiento interno que comienza a formar intereses y lógicas específicas. Cada institución tiene su propio objetivo en el trabajo con las infancias que se aleja más o menos respecto de la garantía de derechos. Estos objetivos y protocolos muchas veces redundan en desarticulación y tensión entre profesionales de diferentes dependencias, ya que cada uno tiende a responder a intereses internos. Además del cumplimiento estricto de circuitos estandarizados y digitales para la presentación de informes. La relación personalizada entre profesionales de diferentes instancias (salud/defensoría) es impersonal, se basa en informes que requieren de circuitos muchas veces improbables de certificar en su efectividad. Estos intereses se traducen en protocolos más o menos formales de actuación, que van modelando las respuestas profesionales posibles.

## **¿Cuáles son las implicancias como trabajadores/as sociales en la problemática de la violencia hacia las infancias, y cómo generar procesos colectivos de protección para el ejercicio de nuestros derechos?**

Presentamos este trabajo como producto de elaboraciones previas, de puesta en común de búsqueda de información, tanto teórica como práctica, y como una propuesta de seguir indagando cómo lo vivencian colegas en el ámbito de la salud.

La Asociación Civil Salud Activa presenta un informe, en el cual 6 de cada 10 profesionales han padecido backlash y el 80 % de las denunciadas son mujeres. En cuanto a las profesiones, el 80% de los/as denunciados/as son psicólogos/as, 10 % abogados/as, 5% psiquiatras y 10 % trabajadores/as sociales. El 74% fueron denunciados/as en el consejo profesional y el resto en alguna institución pública.

Surge del interés de realizar aportes a la disciplina, con información recabada en diferentes efectores de salud, para profundizar su desarrollo y pensar estrategias de protección.

Tomando como referencia la Ley Federal de Trabajo Social N° 27072, sabemos que uno de los objetivos del Trabajo Social es la defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales. Entendemos que el avasallamiento de la violencia hacia las infancias nos pone en un lugar central para identificar y promover los Derechos en estos términos. También la Ley N° 26485, de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, ubica a los servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, del ámbito público o privado, como efectores que si toman conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres, estarán obligados a formular las denuncias, según corresponda, detallando los procedimientos, cuando las víctimas sean niños/as o adolescentes. Por ello, contamos con herramientas y formación constante sobre cómo intervenir, por lo cual la implicancia de los trabajadores sociales en la temática y por ende la exposición al backlash es una realidad.

Las tareas de realizar diagnósticos socio-familiares, la elaboración de informes, las intervenciones en contextos tanto institucionales, como comunitarios deberían ser desarrolladas en contextos de cuidado institucional. Incluso la antes mencionada Ley N° 27072 establece que los/as trabajadores sociales tenemos derecho a “contar con las medidas de prevención y protección que fueren necesarias cuando el ejercicio de la profesión implique un riesgo para la integridad física de los profesionales o bien para



su salud física o mental, independientemente de la naturaleza jurídica del vínculo laboral-profesional que se establezca con las instituciones públicas, privadas o mixtas en cuyo ámbito se lleve a cabo dicho ejercicio” (Capítulo IV Artículo 10, punto E)

Es por esto que elaboramos este proyecto con el fin de elaborar un diagnóstico situacional que nos permita a largo plazo pensar medidas de protección para el colectivo profesional.

**Objetivos:**

Objetivo general: Detectar las diferentes prácticas de backlash que se presentan a trabajadoras/as sociales que abordan situaciones de violencias sexuales hacia las infancias en el desarrollo de su ejercicio profesional en el campo de la salud, dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los últimos 10 años.

**Objetivos específicos:**

- Analizar el conocimiento que los/as profesionales de trabajo social tienen sobre el Backlash
- Conocer las prácticas de backlash hacia trabajadores/as sociales en el ejercicio de su intervención profesional sobre situaciones de violencia sexual hacia las infancias en el ámbito de la salud, y cuales fueron las estrategias de afrontamiento.
- Analizar la incidencia de los circuitos burocráticos administrativos que regulan la intervención profesional en situaciones de backlash.

**Metodología:**

Esta investigación es descriptiva, de carácter exploratorio, cualicuantitativa. Utilizaremos como técnica de recolección de datos un cuestionario.

La población muestra que forma parte de esta investigación son profesionales de trabajo social que se desempeñan en el campo de la salud de CABA, abordando situaciones de violencia sexual hacia infancias y adolescencias.

La muestra será no probabilística, ya que se trabajará con difusión informal del instrumento, apuntando a que sea completado por la mayor cantidad de colegas posibles.

Previamente se realizará un relevamiento de las instituciones a quienes serán difundidos los cuestionarios.

**Instrumento:**

Cuestionario para ser difundido de manera virtual entre las instituciones de salud donde se desempeñen trabajadores/as sociales que aborden la problemática de las violencias hacia las infancias.

El cuestionario será confidencial pero no anónimo, y contará con un consentimiento informado de que quienes lo contesten aceptan la publicación de los datos resguardando la identidad.

**Variables y su operacionalización**

- Género (Femenino/masculino/identidad no binaria/otros)
- Edad (Menos de 24 años/Entre 25 a 29/ Entre 30 a 34/ Entre 35 a 39/ Entre 40 a 44/ Entre 45 a 49/ Entre 50 a 54 años/ Más de 55 años)
- Espacio laboral (Hospital atención ambulatoria/ Hospital atención internación/ Hospital área guardia/ Cesac/ Otro)
- Años de ejercicio de la profesión (No más de 4 años/ entre 5 a 9/ Entre 10 a 14/ Entre 15 a 19/ Entre 20 a 24/ más de 25 años)
- Atiende situaciones de violencia sexual hacia las infancias (si/no)
- 5) En caso de que sea sí, ¿Dónde toma contacto de las mismas? (Demanda espontánea/Equipos especializados/Interconsulta/Demanda de juzgados y organismos de protección/Otros)
- Conoce lo que es el backlash (si/no/alguna vez escuché pero no estoy familiarizado/a con el concepto/no lo sabía hasta que realicé esta encuesta)
- Teniendo en cuenta que el backlash es un contraataque, mediante críticas, amenazas y denuncias hacia profesionales que se dedican a la protección de las infancias, usted ¿Vivió alguna situación vinculada al backlash? (Si/no/no estoy seguro/a)
- Conoce algún/a colega que haya vivido situaciones de backlash (si/no)
- Puede identificar en su práctica acciones vinculadas al backlash (Amenazas/ Amenazas de abogados/quejas de parte de la dirección de la institución)
- Espacio donde recibió amenazas (Redes sociales/teléfono/daños materiales/ institución/vía pública)

- Si recibió amenazas contó con protección por parte de alguna institución (Sí/no)
- En caso de que sea sí, por parte de quién (autoridades de la institución/Consejo Profesional/Gremio/abogado particular/Otro)
- Quiere agregar algún comentario en relación al backlash

**Bibliografía consultada**

- Berlinerblau, Virginia “Backlash y abuso sexual infantil”.
- Viar, Juan Pablo. Backlash. Una lectura desde lo jurídico.
- Salud Activa Informe “Hablemos del backlash”.
- Summitt, Ronald “Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil”
- Ley Federal de Trabajo Social N° 27072
- 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

# 02

## **SALUD MENTAL**

### **Intervenciones en la Urgencia**

## CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA GUARDIA DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL DEL SUBSISTEMA PÚBLICO DE LA CABA EN LOS SEGUNDOS SEMESTRES DE LOS AÑOS 2019 Y 2022. CAMBIOS Y CONTINUIDADES ENTRE LA PREPANDEMIA Y LA TRANSPANDEMIA.

### Autoras:

Lic. Corina Estrin (psicóloga) // corinaestrin12@gmail.com

Lic. Erica Gunther (trabajadora social) // ericagunther@gmail.com

---

### Marco institucional

La presente ponencia es elaborada desde la guardia de un hospital infanto juvenil perteneciente al subsistema público de salud de la CABA, el único del país dedicado exclusivamente a la atención de la salud mental de niñxs y adolescentes de hasta 17 años inclusive. Cuenta, entre otros servicios, con: a) guardia interdisciplinaria de salud mental (atención las 24 horas); b) internación (sala mixta hasta 12 años, sala de mujeres de 13 a 17 años, sala de varones de 13 a 17 años); c) consultorios externos (individual, familiar, grupal); d) hospital de día (niñxs y adolescentes); e) prevención y acción comunitaria; f) rehabilitación; g) servicios complementarios.

La función de la guardia es la atención de situaciones de urgencia y emergencia en salud mental intrahospitalarias, tanto internas -referidas a niñxs y adolescentes que se encuentran cursando una internación dentro del mismo nosocomio- como externas -por demanda espontánea, derivación desde otro efector de la red SAME, solicitud de evaluación por vía judicial, derivación de otras instituciones (hospitales o centros de salud no pertenecientes a la red SAME, Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes, Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, escuelas, obras sociales, paradores, hogares, profesionales particulares u otros). No dispone de ambulancia propia ni tiene definida un área programática.

El equipo interdisciplinario cumple una jornada laboral de veinticuatro horas y está conformado por tres médicos psiquiatras -uno de ellos desarrolla funciones ad hoc como coordinador-, dos psicólogos, un trabajador social y dos residentes de primer o segundo año (de psiquiatría o psicología). Cada día de la semana dispone de un equipo de igual constitución, todos dependientes de una jefatura de Sector (cargo ocupado por un médico psiquiatra). Las consultas externas que se presentan en la guardia son muy variadas. Como modalidad de trabajo -con ciertas diferencias propias de la particularidad de cada equipo interdisciplinario- entrevistamos al/lx paciente junto a lxs adultxs responsables. En un segundo momento, al/lx paciente a solas. Tomamos una pausa para discutir el caso. Luego de las evaluaciones que efectuamos -cuyo principal eje se ubica en el descarte del “riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros” en el marco de la Ley Nacional N° 26.657/2010- brindamos una devolución a todxs lxs presentes e indicamos una resolución de la consulta.

### **Primeras Inquietudes**

Atento a que por diversas razones las problemáticas de salud mental gozan de un significativo subregistro, a principios del año 2019 las trabajadoras sociales de la guardia titulares y suplentes (con acompañamiento de la Jefatura del Servicio Social y con autorización de la Jefatura de la Guardia) iniciamos un proyecto de trabajo colectivo con el objetivo de registrar, sistematizar, interpretar -e idealmente, utilizar- la información recabada en las consultas que se recibían en la guardia durante los siete días de la semana. El mismo se orientaba a construir una mirada epidemiológica de tipo cualitativa, que diera cuenta de la multideterminación y multicausalidad del fenómeno estudiado, al tiempo que permitiera valorar la riqueza de la casuística y del trabajo cotidiano.

Para efectuar el registro inicial, confeccionamos un primer instrumento -sobre el que luego, por cuestiones de practicidad, realizamos algunas correcciones menores-. Lo aplicamos desde mayo hasta diciembre de 2019, volcando allí la información de la totalidad de las consultas recibidas en todos los días de guardia. La persona encargada de completar dicho instrumento era el/lx trabajador social que se encontraba cumpliendo la guardia del día. Posteriormente, todos estos datos eran volcados en una planilla de Excel armada para tal fin. En el mencionado instrumento se relevaban las siguientes variables, operacionalizadas en categorías que fuimos definiendo:

---

<sup>1</sup> A partir de septiembre del 2023 se incorporan plazas de residencia de trabajo social al hospital.

- 1) Género: “Varón”, “Mujer”, “Otros (autopercepción)”.
- 2) Edad: “0 a 3”, “4 a 6”, “7 a 10”, “11 a 13”, “14 a 17”.
- 3) Nacionalidad: “Argentina”, “Otro (aclarar)”.
- 4) Lugar de residencia: “CABA”, “Gran Buenos Aires (aclarar partido)”, “Provincia de Buenos Aires (aclarar partido)”, “Interior”, “Exterior”.
- 5) Cobertura social: “Sí (aclarar)”, “No”.
- 6) Acompañantes: “Madre”, “Padre”, “Ambos padres”, “Otros familiares”, “Otros no familiares”, “Institucionales”.
- 7) Escolaridad: “Asiste regularmente”, “Asiste con irregularidad”, “No asiste”, “Nunca asistió”.
- 8) Tipo de establecimiento: “Común”, “Común con integración”, “Especial”, “CET”.
- 9) Vivienda: “Familiar”, “Hogar/institución”, “Calle/parador”.
- 10) CUD: “Sí”, “En trámite”, “No”.
- 11) Pensión: “Sí”, “En trámite”, “No”.
- 12) Modalidad de ingreso y/o derivación a guardia: “Espontánea”, “Red SAME CABA”, “Hospital no red SAME CABA”, “Equipo tratante”, “Escuela”, “CNNyAdolescentes”, “Servicio Local o Zonal”, “Obra social”, “Otra institución”, “Oficio judicial”.
- 13) Tratamientos previos por salud mental: “Sí, vigente” (aclarar efector)”, “Sí, dado de alta (aclarar efector)”, “Sí, abandonó (aclarar efector)”, “Nunca realizó”.
- 14) Internaciones previas por salud mental: “Ninguna”, “Una a tres (aclarar efector)”, “Tres a seis (aclarar efector)”, “Más de seis (aclarar efector)”.
- 15) Consultas por guardia previas a esta consulta: “Primera consulta”, “Otras (en este hospital)”, “Otras (en general)”, “Otras (en hospital pediátrico)”, “Otras (en efector privado)”.
- 16) Motivo de consulta: “Síntomas psicóticos”, “Ideación/tentativa suicida”, “Auto o heteroagresión”, “Impulsividad”, “Cambios estado de ánimo”, “Cambios conductuales”, “Consumo de sustancias”, “Ansiedad”, “Situación de abuso”, “Situación de violencia”, “Conflictiva familiar”, “Trastornos alimentarios”, “Excitación psicomotriz”, “Problemas de conducta”, “Otros”.
- 17) Acciones del equipo: “Evaluación del paciente”, “Entrevista con referentes”, “Llamados a instituciones”, “Llamados a equipo tratante”, “Llamados a familiares”, “Gestión de turnos”, “Modificación del plan farmacológico”, “Instauración de plan farmacológico”, “Contención física o farmacológica”, “Elaboración de informes”.
- 18) Resolución del caso: “Internación en el hospital”, “Internación por salud mental vía SAME”, “Internación por salud mental vía obra social”, “Derivación a

Consultorios Externos”, “Remisión a equipo tratante”, “Derivación a tratamiento en su zona”, “Derivación a tratamiento vía obra social”, “Evaluación clínica vía SAME”, “Evaluación clínica vía obra social” “Internación clínica vía SAME”, “Internación clínica vía obra social”, “Sin intervención por salud mental”, “Retiro sin alta hospitalaria”.

- 19) Diagnóstico presuntivo: (según codificación del DSM)

### ¿En qué estábamos?

La irrupción de la pandemia provocada por el virus COVID-19 en marzo de 2020, reorganizó nuestros procesos de trabajo, puso en pausa nuestras vidas y resituó nuestras prioridades. Este proyecto -que habíamos iniciado con entusiasmo y que tanto esfuerzo nos había insumido- lamentablemente quedó interrumpido.

Sin embargo, ya iniciado el año 2022 y habiendo superado los momentos de mayor incertidumbre de la pandemia, desde el equipo interdisciplinario de los días sábados tuvimos interés en retomar estas inquietudes. Con el aval de todxs lxs trabajadorxs sociales involucradxs en la etapa anterior, decidimos recuperar el viejo instrumento y comenzar a aplicarlo otra vez. Pensamos que quizás sería posible “corroborar” en los números algunas cuestiones que empezábamos a identificar en el día a día de nuestro trabajo, para tratar de entenderlas poniéndolas en relación con otras investigaciones que circulaban en la transpandemia. Para esto, fue necesario agregar algunas categorías al instrumento, puesto que no habían sido previstas en el anterior escenario. Entre ellas, las principales modificaciones fueron:

- En *Género*, se sumaron “varón trans” y “mujer trans”, debido a que comenzamos a identificar en las consultas la expresión activa de estas autopercepciones de género de manera más frecuente.
- En *Edad*, se especificaron los “años” -antes sólo estaba establecido un rango-, puesto que empezamos a notar de modo casi intuitivo un leve descenso en la edad de lxs pacientes.
- En *Tratamientos previos*, se diferenció “especialidad”.
- En *Internaciones*, se aclaró “año”.
- En *Motivo de consulta*, se incorporó “solicitud de segunda opinión” y “sin respuesta de otros efectores”, dado que las familias de modo reiterado manifestaban estas razones que anteriormente no aparecían.

En *Resolución del caso*, se agregó “inicio de seguimiento por guardia”. Este último ítem requiere una explicación especial, puesto que esta modalidad no estaba auto-



rizada por la institución antes de la pandemia. A partir de la abrupta reducción de los espacios de atención ambulatoria a partir del 2020 en el propio efector y en otros -tanto públicos como privados- la guardia debió dedicarse a indicar, iniciar y sostener seguimientos, hasta lograr la efectivización del tratamiento propiamente dicho en zona de residencia, por obra social o en los Consultorios Externos del propio hospital.

El instrumento, en este caso, fue aplicado desde julio hasta diciembre de 2022, por cualquier integrante del equipo (especialmente, trabajadorx social, psicólogxs o residentes). Vale aclarar que durante este período, se utilizó exclusivamente en consultas de primera vez. Es decir, no se aplicó en las sucesivas entrevistas de los seguimientos por guardia ya iniciados.

### **Cambios y continuidades**

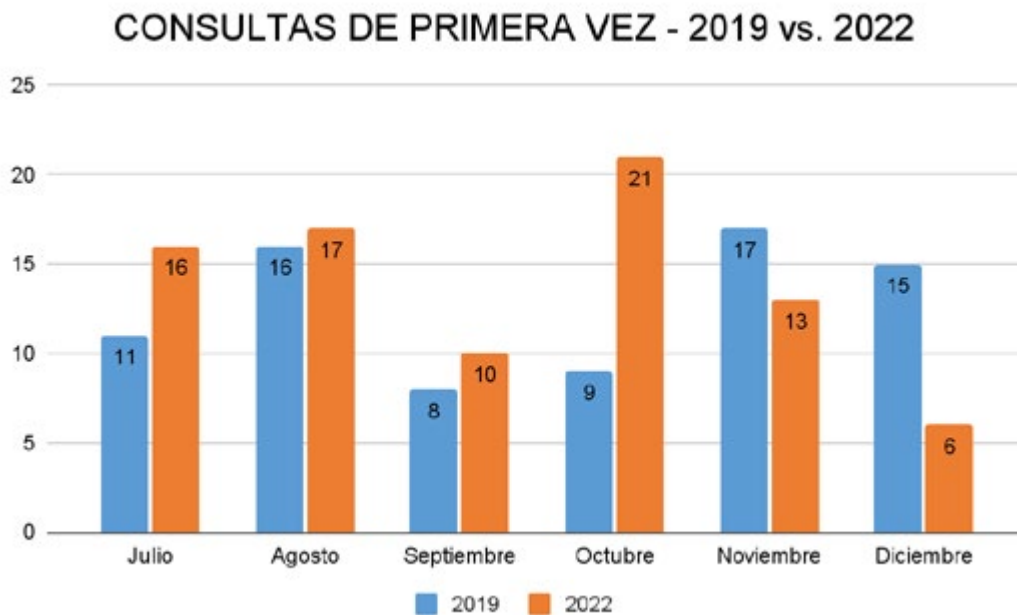
Para la presente ponencia, presentaremos de manera comparada una caracterización de la población atendida en la guardia de este hospital en los segundos semestres de los años 2019 y 2022. Intentaremos dar cuenta de cambios y continuidades entre los momentos de prepandemia y transpandemia, para luego sugerir algunas conclusiones posibles en referencia a la problemática de la salud mental infanto juvenil.

Esta producción no agota las posibilidades de interpretación de los datos recabados. Muy por el contrario, representa un primer paso para el ordenamiento y la descripción de algunos de los ejes relevados, a continuar profundizándose en posteriores desarrollos. También permite poner a prueba el instrumento de recolección de datos, identificar sesgos en los modos de aplicación, analizar particularidades de los períodos elegidos y/o considerar parámetros que no se habían tenido en cuenta.

#### **a- Consultas de primera vez**

-Se observa un leve aumento en el **total de consultas de primera vez** realizadas por el equipo de guardia de los días sábados durante el segundo semestre del 2022, respecto de las efectuadas en el mismo período del 2019: ochenta y tres (2022) versus setenta y seis (2019). Significa un incremento entre períodos del 7,8%, valor que se aproxima al mencionado por otras investigaciones que establecen un aumento cercano al 10% en las consultas por salud mental infanto juvenil con posterioridad a la pandemia (Vázquez López, 2022; OMS, 2022).

-En el **desagregado por mes**, estas consultas presentan una tendencia al aumento desde julio a octubre de 2022, con una marcada disminución en noviembre y especialmente en diciembre de ese año según se detalla en el gráfico siguiente.



-En ese sentido, resulta necesario realizar una aclaración referida a ciertos **acontecimientos que sucedieron en los dos últimos meses del 2022** y que afectaron fuertemente al comportamiento que la demanda venía evidenciando hasta ese entonces: a) los sábados 26 de noviembre y 3 de diciembre la selección argentina de fútbol disputó partidos del campeonato mundial; b) el sábado 18 de diciembre fue el día previo a la final de dicho evento deportivo; c) los sábados 24 y 31 de diciembre coincidieron con las fiestas de fin de año. En esos cinco días, por obvias razones, la cantidad de familias que acudieron a la guardia por consultas de primera vez bajó significativamente, como así también, las otras prestaciones habituales (seguimientos y atención de pacientes internadxs).

-Tal como explicamos al presentar el instrumento, un elemento a destacar es la incorporación de una prestación denominada "seguimiento por guardia", por una decisión de orden institucional a partir de la pandemia. Ésta comenzó a implementarse a causa de la **interrupción de la atención ambulatoria** en salud mental en gran parte de los efectores públicos y privados al comienzo de la emergencia sanitaria. Sin embargo, pasada esa primera instancia, quedó instalada como una tarea más de la

guardia, que se mantiene hasta la actualidad. Se inicia cuando el equipo evalúa que una situación reviste una gravedad tal que amerita la instauración de un plan farmacológico -con prontas y sucesivas reevaluaciones- pero sin reunir criterios para la internación. La frecuencia de citas posteriores es variable según el caso (desde 24 horas hasta dos semanas) al igual que la duración del seguimiento (con un estimativo general aproximado de unos cinco meses). Finaliza cuando se logra su vehiculización en Consultorios Externos del hospital, zona de residencia u obra social; o bien, cuando se efectiviza su internación por alguna vía si se reevalúa pertinente.

-Durante los sábados del segundo semestre de 2022 se realizaron 171 **entrevistas de seguimiento** con el siguiente detalle: a) julio: 34; b) agosto: 22; c) septiembre: 30; d) octubre: 47; e) noviembre: 27; f) diciembre: 11.

### b-Género

-En la distribución de la demanda del segundo semestre del 2022, resulta llamativo el marcado **aumento de las consultas de mujeres y la disminución de las consultas de varones** -tanto en términos absolutos como proporcionales- en comparación con las de igual período del 2019, tal como se expresa en el cuadro a continuación:

	GÉNERO					
	Varón	Mujer	Varón trans	Mujer trans	Otros	TOTAL
2019	43 (56,6%)	33 (43,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	76 (100%)
2022	32 (38,6%)	48 (57,8%)	2 (2,4%)	0 (0%)	1 (1,2%)	83 (100%)

-Esta modificación, a correlacionar con otros estudios similares, podría sugerir **algunas hipótesis como las siguientes**: a) la existencia de una mayor tolerancia social a las conductas disruptivas en varones que en mujeres; b) el despliegue de recorridos institucionales diferenciados frente a este tipo de situaciones entre varones (punitivo/carcelario) y mujeres (sanitario/hospitalario); c) la aceptación de mayor acompañamiento y/o intervención familiar hacia las mujeres que hacia los varones cuando se presentan problemáticas vinculadas a la salud mental.

-En paralelo, tal como señalamos antes, se presenta como significativa la explícita manifestación de **otras identidades de género autopercibidas**. Esta aparición se da en

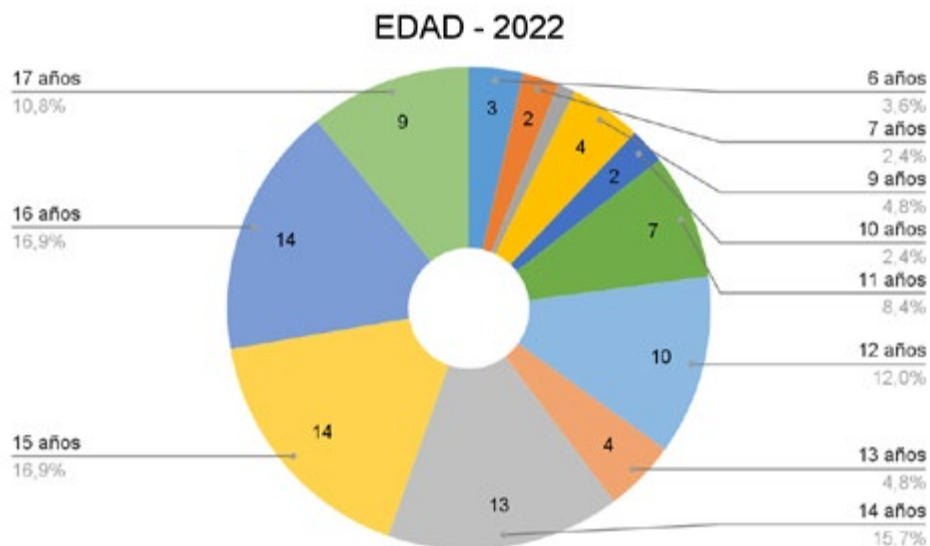
paralelo al crecimiento del movimiento de mujeres y divergencias, que ha logrado reconocimiento tanto en las calles como al momento de la sanción de leyes relacionadas con la identidad de género, el cupo trans o el aborto.

### c- Edad

-En la misma línea enunciada anteriormente -tanto en términos absolutos como proporcionales- se observa un leve **aumento de consultas en la franja etaria de 11 a 13 años**. En paralelo, aparece casi como **constante la de 14 a 17 años**.

	EDAD					
	0 a 3	4 a 6	7 a 10	11 a 13	14 a 17	TOTAL
2019	0 (0%)	1 (1,3%)	12 (15,8%)	14 (18,4%)	49 (64,5%)	76 (100%)
2022	0 (0%)	3 (3,6%)	9 (10,8%)	21 (25,3 %)	50 (60,2%)	83 (100%)

-Para el año **2022** -recordemos que durante el 2019 no se consignaba la edad exacta de cada niñx o adolescente, sino el rango etario- se identifica la **distribución de edades** que se enuncia a continuación:



-Se trata de un dato interesante, a leer en clave de las posibles **huellas marcadas en estxs niñxs por la pandemia**, con la consecuente interrupción de sus trayectorias escolares y el confinamiento al ámbito del hogar (muchas veces, espacio de cuidado y

protección; muchas otras, espacio de violentación y cohabitación con agresorxs). Actuando el aislamiento como un lente de aumento frente a situaciones y aspectos individuales, familiares y sociales anteriores complejos; y sin contar frecuentemente con redes de apoyo que pudieran operar como factores de protección y contención.

-Esta tendencia, además, coincide con datos presentados en otras investigaciones que señalan como **prevalente el inicio cada vez más temprano de problemáticas de salud mental**. En este sentido, resulta relevante recordar que la OMS establece que las problemáticas de salud mental que inician en la infancia y adolescencia deben ser prioridad para la salud pública, y que para este fin, se deben fomentar políticas de prevención y promoción de ambientes saludables (Benjamín, Saldivia y otros, 2012; Burke, Burke y otros, 1990).

#### d- Nacionalidad

-Se evidencia un **aumento de población de nacionalidad argentina** (81 en 2022 versus 71 en 2019) y una leve **disminución de la extranjera** (2 en 2022 versus 5 en 2019).

#### e- Procedencia

-Se manifiesta un **aumento de la cantidad de consultas de familias que viven en la CABA** durante el segundo semestre del 2022 con respecto al mismo período del 2019, aunque siguen siendo **mayoritarias las que provienen de distintos partidos del GBA** (aproximadamente un 70% del total).

-Este aumento podría deberse -basándonos en lo referido por las familias que viven en la ciudad- a la **ausencia y/o escasez de turnos para atención por psiquiatras infanto juveniles** en las distintas coberturas de salud, en otros efectores de la CABA (CESACs, hospitales y otros), e inclusive, en consultorios particulares.

	PROCEDENCIA					
	CABA	GBA	Pcia. Bs. As.	Interior	Exterior	TOTAL
2019	10 (13,2%)	65 (85,5%)	1 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	76 (100%)
2022	23 (27,7%)	58 (69,9%)	2 (2,4%)	0 (0%)	0 (0%)	83 (100%)

-Para el año **2022**, se identifica el siguiente detalle referido a los **partidos de procedencia mayoritarios**. Se destaca, en primer lugar, la región sur del conurbano bonaerense, con mayor accesibilidad al hospital por geografía y transporte. En segundo lugar, la región oeste.



f -

**f- Cobertura de salud**

-En este aspecto, se visualiza un **aumento significativo en la cantidad de niños y adolescentes que poseen cobertura de salud** (ya sea del subsistema privado o del de la seguridad social) durante el segundo semestre del 2022.

	COBERTURA DE SALUD		
	Sí	No	TOTAL
2019	32 (42,1%)	44 (57,9%)	76 (100%)
2022	41 (49,4%)	42 (50,6%)	83 (100%)

-El **permanente incumplimiento de las leyes vigentes en materia de salud mental, promoción y protección de los derechos de NNyA, y derechos de lxs pacientes** por parte de obras sociales y medicinas prepagas, alcanza niveles de impunidad, descuido y fragmentación alarmantes.<sup>2</sup> Mientras que en el hospital se incrementa la recepción-

<sup>2</sup> Esta afirmación también es descriptiva de gran parte de la práctica en consultorios particulares.

de familias que poseen este tipo de coberturas, se observa tanto la falta de una adecuada atención en las situaciones que lo requieren como la escasez de canales efectivos que permitan la formulación de reclamos.

-Para el año 2022, las **coberturas de salud mayoritarias** son las que se enuncian a continuación:



#### g- Modalidad de ingreso y/o derivación a la guardia

En este punto, resultan de relevancia tanto la **disminución de consultas espontáneas**, como el significativo **aumento de niños y adolescentes remitidos a la guardia por parte de sus equipos tratantes**.

Como hipótesis, se podría asociar el aumento de las derivaciones a la guardia por parte de los equipos tratantes a **algunos aspectos ya mencionados** en los puntos anteriores: a) escasez de atención ambulatoria en salud mental infanto juvenil tanto en el subsector público como en el privado (particularmente, en la especialidad de psiquiatría); b) limitaciones por causas diversas para brindar atención con mayor frecuencia en situaciones de gravedad que requieren un acompañamiento más intensivo; c) ausencia de dispositivos que atiendan urgencias en salud mental infanto juvenil (a través de la cobertura de salud y/o en la zona de residencia); d) falta de reemplazos para profesionales con licencias laborales.

	MODALIDAD DE INGRESO Y/O DERIVACIÓN A GUARDIA							
	Espontánea	Red SAME CABA	Htal. no red SAME	Equipo tratante	Escuela	Obra social	Oficio judicial	TOTAL
2019	49 (64,5%)	2 (2,6%)	4 (5,3%)	14 (18,4%)	6 (7,9%)	0 (0%)	1 (1,3%)	76 (100%)
2022	36 (43,4%)	2 (2,4%)	6 (7,2%)	27 (32,5%)	10 (12%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)	83 (100%)

#### h- Tratamientos previos por salud mental

En la misma línea, es llamativo el **aumento de niñxs y adolescentes que cuentan con tratamientos vigentes** al momento de realizar la consulta por guardia de este hospital.

	TRATAMIENTOS PREVIOS POR SALUD MENTAL					
	Sí, vigente	Sí, abandonó	Sí, dado de alta	Nunca realizó	NS/NC	TOTAL
2019	45 (59,2%)	10 (13,2%)	6 (7,9%)	11 (14,5%)	4 (5,3%)	76 (100%)
2022	54 (65,1%)	9 (10,8%)	6 (7,2%)	13 (15,7%)	1 (1,2%)	83 (100%)

-Vale ilustrar que en muchas oportunidades, estas presentaciones por guardia se acompañan de notas que solicitan: "interconsulta con psiquiatría", "pedido de segunda opinión ante escasa adherencia al plan farmacológico", "internación por presentar riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros", entre otras.

-Para el segundo semestre del 2022, de aquellxs que cuentan con **tratamientos vigentes al momento de la consulta**, puede decirse que: en 21 casos es psicológico, en 7 casos es psiquiátrico, en 22 casos es psiquiátrico y psicológico, en 1 caso es psiquiátrico y neurológico, en 3 casos no se consignó la respuesta.

#### i- Internaciones previas por salud mental

-Se observa un aumento importante en la cantidad de niñxs y adolescentes **sin antecedentes de internaciones**. También se visualiza que quienes registran internaciones previas, totalizan menor cantidad de ellas en 2022 que en 2019.



	INTERNACIONES PREVIAS POR SALUD MENTAL				
	Ninguna	Una a tres	Tres a seis	NS/NC	TOTAL
2019	53 (69,7%)	15 (19,7%)	3 (3,9%)	5 (6,6%)	76 (100%)
2022	70 (84,3%)	9 (10,8%)	0 (0%)	4 (4,8%)	83 (100%)

#### j- Consulta por guardia previas

-Vale aclarar que esta categoría permite relevar más de una respuesta por familia.

-En consonancia con lo trabajado en puntos anteriores, se observa un **aumento significativo de familias que consultan en hospitales generales o pediátricos** antes de recurrir a la guardia del hospital.

	CONSULTA POR GUARDIA PREVIAS					
	Primera consulta	Otras (en este hospital)	Otras (en htal. general)	Otras (en htal. pediátrico)	Otras (en efector privado)	NS/NC
2019	58	7	6	1	4	0
2022	55	7	14	5	5	0

#### k- Resolución del caso

-Vale aclarar que esta categoría permite relevar más de una respuesta por familia.

-Como dato, resulta de gran relevancia que durante el segundo semestre del 2022 se iniciaron 24 **seguimientos por guardia**. Es decir que el 27,3% de las consultas se resolvieron de esta manera (pudiendo estar acompañadas también de alguna otra estrategia de resolución).

-Hay una disminución también significativa -tanto en términos absolutos como proporcionales- en la **cantidad de internaciones**. Se realizaron 10 en 2022 (sobre 83 consultas de primera vez, es decir, el 8,4%) contra 17 en 2019 (sobre 76 consultas de primera vez, es decir, el 22,4% de los casos).

-Esta disminución podría estar relacionada con la implementación de los **seguimientos por guardia** antes explicados, que permiten la instauración inmediata de planes farmacológicos, la atención psicológica y la intervención social. En este sentido, consideramos que es importante realizar una evaluación específica de esta prestación y la posible vinculación mencionada.



### I- Diagnóstico presuntivo

La distribución de **diagnósticos presuntivos** durante el segundo semestre del 2022 es la que se expone a continuación -según Manual CIE 10-. Se destaca una mayor preponderancia de F29 (Trastorno psicótico no especificado), F 63.9 (Trastorno del control de los impulsos no especificado), y F39 (Trastorno del estado de ánimo no especificado).



### Primeras conclusiones

Si retomamos las primeras cifras enunciadas, es de relevancia señalar que la guardia del día sábado durante el segundo semestre del 2019 llevó a cabo 76 consultas (todas de primera vez) junto a la atención de lxs pacientes internadxs en salas. Mientras que en igual período del 2022 realizó 254 consultas (83 de primera vez + 171 de seguimiento) junto la atención de lxs pacientes internadxs en sala y de lxs de la Unidad Transitoria de Aislamiento (dispositivo creado durante los primeros momentos de la pandemia por razones epidemiológicas, que continúa hasta la actualidad con diferente modalidad). Es decir, **más del triple de trabajo a igual constitución del equipo interdisciplinario**.

Este evidente impacto en la sobrecarga laboral, se corresponde con el marcado aumento de consultas efectuadas por **familias que cuentan con cobertura de salud** (aún de aquellas consideradas de “primera línea”) **y/o tratamientos particulares**. Semana a semana, se presentan relatando no recibir respuestas frente a situaciones que impresionan de gravedad creciente y/o frente a urgencias propiamente dichas.

Recuperando lo ya planteado, es necesario señalar que **casi un tercio de los seguimientos** iniciados por guardia en el segundo semestre del 2022 abarcan a familias que **poseen algún tipo de cobertura** que no les brinda atención, que les otorga turnos para admisión con meses de demora o que las ha atendido de modos que resultaron insatisfactorios (por ejemplo, consultas cada dos meses y/o por Zoom, nula respuesta en la urgencia, internaciones junto a población adulta, entre otras).

En el mismo sentido, es relevante destacar que muchas familias también manifiestan con frecuencia **recorridos institucionales previos que han resultado infructuosos y/o iatrogénicos**: “fuimos al hospital, nos dieron x medicación y nos dijeron que viniéramos acá”, “fuimos al hospital y no hay psiquiatra”, “fuimos al hospital y había psiquiatra pero no quiso atendernos porque no es de infanto juvenil”, “estuvimos un mes internadxs en una clínica de adultxs y lxs profesionales sólo la veían un rato dos veces por semana”.

Estos recorridos se vuelven particularmente agotadores y difíciles de instrumentar para la enorme proporción de familias que provienen de distintos partidos del conurbano bonaerense -casi el 70% de las consultas del segundo semestre del 2022-. En esta línea, continúa resultando imprescindible la urgente **construcción de redes interjurisdiccionales** para la atención de la salud mental infanto juvenil (considerando

las particularidades, posibilidades y necesidades de esta población en clave de AMBA) que, a su vez, permitan una **articulación intersectorial eficiente** (con énfasis en los sectores de salud, desarrollo social, protección de derechos de NNyA y justicia).

Tal como expresamos, las familias llegan a la guardia de este hospital luego de múltiples intentos por obtener asistencia en sus zonas de residencia y/o coberturas de salud, sin éxito. La experiencia vivida en el tránsito desde la prepandemia hasta la transpandemia, nos señala crudamente una vez más que **la escasez, la ineficacia y la descoordinación de las políticas públicas de asistencia a las niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad -y especialmente, a aquellas que presentan problemáticas de salud mental- impacta negativamente en el desarrollo de abordajes preventivos eficientes; en la atención integral de calidad en la urgencia; y en la continuidad de los cuidados una vez que el momento agudo se ha superado.**

#### Bibliografía

- Benjamín, V. Salvidia, S. Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Robert, K. (2012). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes chilenos. *Revista médica de Chile*. 140(4): 447-457. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>
- Burke, K., Burke, J., Regier, D., Rae, D. (1990). Edad de inicio de trastornos mentales seleccionados en cinco poblaciones comunitarias. *Archivos generales de psiquiatría*. 47(6): 511-8. <http://doi:10.1001/archpsyc.1990.01810180011002>
- Gunther, E. (2019). "Trabajo Final Integrador". *Curso de Gestión y Administración de Servicios de Salud de la Federación de Profesionales del GCBA* (mimeo).
- Organización Mundial de la Salud (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Vázquez López, P. (2022). "La salud mental en los niños y jóvenes: un reto tras la pandemia COVID". *Emergencias pediátricas*. 1(1): 1-2. [https://seup.org/pdf\\_public/Revista\\_EP/RI\\_1\\_2\\_22.pdf](https://seup.org/pdf_public/Revista_EP/RI_1_2_22.pdf)



Foro de Salud Mental.

Coordinado por la Lic. Claudia Pugliese (Trabajadora de Guardia de Salud Mental HGAET, Comisión Directiva de la APSS) y la Lic. Dolores García (Trabajadora de ADOP-ADOPI, Delegada de la APSS por Programas de Salud Mental). Ambas integrantes del Grupo de Salud Mental de la APSS.

El foro contó con la presencia de múltiples referentes del campo de la salud mental, provenientes del ámbito académico, de la militancia, e internacionales. El mismo se destacó por la fuerte concurrencia y participación.

## NARRATIVAS “EXPLICATIVAS” Y “DE POSIBILIDAD”. INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS DESDE UN ENFOQUE DISCURSIVO Y PSICOSOCIAL DESDE EL EQUIPO DE SALUD MENTAL DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL GENERAL.

### **Autores:**

Claudia Pugliese, Lic. en Trabajo Social, Hospital Gral. Dr. E. Tornú, CABA, Argentina.

Xavier Ignacio Bilbao Curutchet, Lic. en Psicología, Hospital Gral. Dr. E. Tornú, CABA, Argentina.

---

### **Introducción**

En este artículo intentaremos realizar una reflexión, una revisión bibliográfica y una elaboración teórica vinculada a nuestra práctica como integrantes de un Equipo de Salud Mental (ESM) en un Servicio de Urgencias de un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires.

El tema principal que nos ocupa se relaciona **con el derecho a la información y las necesidades de comunicación** de los usuarios que asistimos y de su entorno socioafectivo (EA), en relación a su estado de salud, diagnóstico, pronóstico, a las estrategias de intervención desplegadas en el contexto de guardia mismo y a aquellas que se proponen en la continuidad de cuidados (ya sea en modalidad ambulatoria, de internación, o como ocurre muy frecuentemente debido a la situación crítica del sistema de salud, en transición a través de un seguimiento provisorio por controles en guardia).

Consideramos que se trata, el que nos ocupa, de un tema fundamental en el trabajo de los ESM de Urgencias (y de los ESM en general) y sobre el cual es necesario promover su visibilización, reflexionar críticamente y elaborar constructivamente propuestas de acción.

Sostenemos que las prácticas tendientes a su efectivización en nuestro campo están deficientemente desarrolladas. En nuestra exploración sistemática en la guardia con los usuarios asistidos y su EA, y siendo que gran parte de los mismos han tenido distintos niveles de contacto previo en su trayectoria asistencial con efectores de SM de los distintos subsectores, surge de modo muy llamativo la inexistencia o el carácter rudimentario, empobrecido o confuso de sus experiencias previas de comunicación e información respecto a las distintas problemáticas de SM que padecen. Una situación llamativamente frecuente es la de usuarios que han incluso atravesado situaciones de al menos una internación por SM y no disponen de más “información” que un rótulo diagnóstico categorial descontextualizado, no enmarcado en intervenciones psicoeducativas integrales ni revisado posteriormente. También es muy frecuente constatar la existencia de diagnósticos claramente erróneos o dudosos, la ausencia de información o instancias previas de comunicación sobre las posibilidades, aspectos pronósticos positivos o potencialidades del usuario al que se le comunicó un diagnóstico y el reporte de que las instancias de comunicación existentes se dieron sólo ante la pregunta del usuario o su EA y no de modo proactivo por parte del ESM.

Sabemos que la población que asistimos por guardia es muy heterogénea clínicamente (incluye desde meros episodios aislados de desregulación emocional en contexto de estresores frecuentes, pasando por situaciones de crisis, experiencias de padecimiento postraumáticas, personas expuestas a violencias varias, trastornos emocionales frecuentes y consumos problemáticos de alta prevalencia hasta descompensaciones en trastornos mentales severos) y desde la trayectoria previa por el sistema de salud (como dijimos, desde usuarios con internaciones varias por SM a personas sin contacto con proveedores de SM). Tampoco desconocemos que hay factores sociales (barreras de acceso al sistema, materiales y simbólicas) e individuales (retraso mental, deterioro cognitivo, etc.) que pueden limitar, dificultar o hasta impedir el sostenimiento de instancias de comunicación con el equipo de salud que permitan cierta comprensión sobre el padecimiento vivido. Por último, es posible que tampoco se pueda extrapolar nuestra experiencia desde un equipo de guardia de un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires (aunque también van en la misma línea las observa-

ciones que recogemos en otros ámbitos de inserción profesional, siendo que hemos trabajado y trabajamos en ámbitos de atención ambulatoria, atención primaria e internación) a una tendencia generalizada del campo de la SM. Tampoco contamos con estudios epidemiológicos o indicadores relacionados o estadísticas de atención vinculadas a la temática.

De todos modos, y aun reconociendo el carácter especulativo de la afirmación, creemos que efectivamente la escasa consideración de algunos aspectos del derecho a la información (especialmente lo referido a prácticas o instancias de comunicación diagnóstica/ pronóstica) es una tendencia general en el campo de la salud mental/ adicciones en nuestro país, con efectos negativos a nivel subjetivo, clínico y de efectivización y afirmación de la Ley de Salud Mental.

Hablamos de derecho a la información y prácticas de comunicación diagnóstica/ pronóstica no desde un modelo médico biologicista y anacrónico del cual somos críticos, sino desde una perspectiva psicosocial, comunitaria, desde el marco de Trayectorias de Vida (Blanco 2011), afín al espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental.

Desde un marco construccionista social (Gergen, K y Kaye, J, 1992), proponemos pensar las instancias de comunicación diagnóstica/ pronóstica como potenciales instancias dialógicas de construcción conjunta (entre equipo de salud mental y usuarios) de narrativas explicativas/ de posibilidad, tal como desarrollaremos. Dichas conversaciones no sólo no consisten en dar una etiqueta diagnóstica con afán psicopatologizante o estigmatizante, sino que muchas veces conllevan o promueven su deconstrucción y reformulación y buscan prevenir el auto o hetero estigma por parte del usuario o referentes socioafectivos. Incluyen frecuentemente lo que genéricamente denominamos psicoeducación y elementos de información científica, pero singularizadas y ajustadas a la historia y circunstancias únicas personales y sociales para el usuario y/o los referentes socioafectivos asistidos. Incluyen la historia de resistencia, capacidad de afrontamiento, lucha, recursos personales y comunitarios que todas las personas tenemos pese a los problemas de salud mental que podamos tener.

La comunicación pronóstica, en este sentido, se refiere a su vez a las conversaciones sobre el futuro más allá de la experiencia de padecimiento subjetivo actual, los posibles beneficios y problemas de los tratamientos, las potencialidades personales, reconociendo las limitaciones reales existentes, aquellas que pueden acaecer, los potenciales escenarios negativos así como los positivos.



Finalmente, creemos que estas consideraciones y la propuesta de reformulación de la comunicación diagnóstica/ pronóstica son sumamente valiosas a partir de la experiencia a nivel emocional, de organización cognitiva y de sensación de mayor control que apreciamos y nos refieren usuarios y referentes socioafectivos tras sostener este tipo de conversaciones.

Es probable que la resistencia desde las disciplinas de salud mental a sostener conversaciones de este tipo se deba a cierto temor a estigmatizar o patologizar a los usuarios, cuando en realidad quizás es el mejor antídoto simbólico que podemos darles. Otra creencia limitante es la que sostiene que este tipo de conversaciones solo las puede o las debe sostener un equipo tratante de largo plazo y no sería competencia de otros ámbitos en la trayectoria de cuidados (como la atención en crisis en un servicio de urgencias). Basta considerar que muchísimos usuarios no tienen el acceso a esos tratamientos, o tienen acceso, pero no logran instaurar instancias de comunicación de este tipo, y que las situaciones de crisis de por sí son ocasión privilegiada para la construcción de significados de la experiencia de malestar subjetivo, en tanto configuran la irrupción de algo nuevo o sumamente disruptivo para lo cual no hay esquemas de significado ni repertorio discursivo previos disponibles.

A los fines de este trabajo revisamos el marco normativo relacionado, bibliografía local y de otros países relacionada con atención en crisis y urgencias, guías de recomendaciones y clínicas, especialmente en lo vinculado a la comunicación con el usuario. Luego examinaremos el tema de la psicoeducación y una reformulación de la misma desde un paradigma constructivista social y narrativo.

### **Aspectos Normativos**

La Ley Nacional de Salud Mental establece de modo fundamental el derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible, tanto de los derechos mismos que asisten a los usuarios, como de todo lo inherente a su salud y tratamiento, lo cual debe hacerse según las normas del consentimiento informado. En caso de imposibilidad o dificultad severa de comprensión (podemos agregar también la preferencia del usuario) la comunicación debe realizarse con los familiares, tutores o representantes legales.

Asimismo, en tanto establece como derecho que el estado de salud mental no sea considerado como inmodificable, pensamos que una forma de realizar esto es el sostenimiento, en cada contacto con los dispositivos de salud mental de los servicios de

salud (de modo muy importante en la atención en crisis en un servicio de urgencias), de instancias de diálogo y comunicación respecto al mismo, su historia y su devenir, procurando que los usuarios y sus referentes afectivos sociales también posean esta visión dinámica sobre su estado de salud.

En su reglamentación, se define al padecimiento mental como “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes”. Es decir que en su formulación con los usuarios es conveniente el enmarcado comunicacional en términos de crisis y/o trastorno y una elaboración conjunta de un marco explicativo que abarque la complejidad aludida, enfatizando aspectos contextuales, relacionales, de vínculo con los servicios de salud, de género, etc. y en términos de Trayectoria de Vida. En nuestro país, de acuerdo a la reglamentación, cuando es necesario incluir referencia a criterios diagnósticos, la Autoridad de Aplicación establece el empleo de estándares avalados “por organismos especializados del Estado Nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro”. En nuestro ámbito corresponde así, de preferencia, el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 11 (2021).

El espíritu en sí de la ley establece que “las acciones deben ser pensadas e implementadas a partir de las necesidades, capacidades, potencialidades, deseos, intereses, recursos y apoyos requeridos por las personas, colocándolas en un lugar protagónico, y eliminando las barreras sociales que impiden su efectiva participación en la toma de decisiones”. De aquí entendemos que la principal barrera social se da en el seno de la relación asistencial cuando ésta no propicia, rechaza o soslaya la comunicación con los usuarios sobre justamente lo que el equipo de salud evalúa como “necesidades, capacidades, potencialidades, deseos, intereses, recursos y apoyos requeridos” en función de un diagnóstico de situación compartido y co- construido.

De acuerdo a la Ley de Derechos del Paciente, se regula asimismo el derecho a la información sanitaria, entendiéndose a ésta por “aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud”.

### Revisión bibliográfica

En la producción bibliográfica local relacionado a la atención en Urgencias, se evidencia un interés y un enfoque centrado fundamentalmente en la subjetividad del usuario, y desde allí en la aplicación del psicoanálisis a la urgencia (Sotelo, 2011), la concepción diferencial del síntoma y la urgencia en psiquiatría y psicoanálisis (Miari, 2013), reflexiones en torno al “sujeto inesperado” y la “demanda subjetiva” (Alfonso, Bruni, Engelmann 2017). Encontramos un texto (Campero, Ferraris, 2015) que ubica la importancia de la psicoeducación como intervención estratégica en la guardia y propone la “capacitación en psicoeducación para los profesionales de salud mental donde el entrenamiento se lleve a cabo tomando en cuenta un enfoque biopsicosocial del sujeto en cuestión”.

En la actualización y revisión (2018) de los “Lineamientos para la Atención de Urgencia de Salud Mental” de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación se incluyen los aspectos ya reseñados de la ley nacional de salud mental y en el apartado de intervenciones psicosociales se hace énfasis en la escucha y la promoción de la expresión por parte del usuario. Al mismo tiempo, propone “Intentar que la persona pueda comprender la circunstancia actual/motivo que desencadena la sintomatología”, lo que sugiere la implementación de intervenciones de corte psicoeducativo.

Cohen y Natella (2013), por su parte, enfatizan la importancia de la socialización de conocimientos, tanto en términos de psicoeducación como de socioeducación, en el contexto de los lineamientos para la efectivización de un enfoque comunitario en salud mental.

En las guías clínicas del sistema de salud inglés (NICE, 2021), que apuntan a la mejora de la calidad de la experiencia de cuidado de los usuarios de salud mental, se enfatiza la importancia de ubicar las necesidades de información y comunicación por parte de los usuarios, la oportunidad de ubicar y atender problemas instalados o incipientes de estigma y/o exclusión social, la importancia de intervenciones psicoeducativas que incluyan modelos explicativos de los problemas de salud mental, ajuste de expectativas de tratamiento, ubicar y discutir las creencias (moldeadas socioculturalmente) y atribuciones causales realizadas por los usuarios y su entorno en relación a los problemas de salud mental en función de prevención de procesos de estigmatización, entre otras acciones. Incluyen asimismo la referencia a usuarios, a familiares, a grupos

comunitarios de apoyo y la provisión de material psicoeducativo escrito, de ser necesario, y la comunicación con usuarios y familiares posterior a haber tenido que implementar medidas compulsivas de contención.

En un excelente artículo, (Milton, Mullan 2015) investigadores australianos exploraron necesidades y preferencias de información en usuarios que recibieron algún diagnóstico “serio” (es decir, relacionado a un trastorno mental), ubicando como ítems principales la preferencia por un paradigma colaborativo y singularizado en la comunicación y la construcción de conocimiento, la consideración de la estigmatización como problema, la importancia de equilibrar esperanza y realismo (optimismo realista respecto al futuro de recuperación), el reconocimiento de la naturaleza dinámica del diagnóstico, el alentar el empoderamiento y la autodeterminación, la importancia de las capacidades comunicativas y de relación por parte de los profesionales, el involucramiento y educación de los cuidadores del entorno afectivo del usuario, y el ofrecimiento de recursos de apoyo de pares. Entre otras sugerencias, los autores proponen que una aproximación dimensional en vez de una categorial, al discutir formulaciones diagnósticas, puede ayudar a reducir la fusión del diagnóstico con la identidad personal.

Fernández Liria (2002) propone un modelo de intervención en crisis de base narrativa, en el cual describe distintas formas de narrativa “saturada o dominada por el problema” que pueden presentar los sujetos en crisis (la cual constituye la narrativa explicativa dominante asociada al padecimiento, generando un bloqueo o estrechamiento en cuanto a generar significados alternativos). La intervención en crisis apuntaría a primero explorar y elicitar en la conversación dicha narrativa y proceder a la construcción conjunta de una nueva narrativa, a la que el equipo aporta conocimientos científicos (desde la psiquiatría, la psicología y el trabajo social) que se adhieren a puntos de anclaje en el discurso del paciente (ubicando por ejemplo eventos traumáticos como elementos de vulnerabilidad, factores de protección, etc.).

### **El campo de las intervenciones psicoeducativas**

En términos históricos, la descripción más general (y clásica) de la psicoeducación pasa por formularla como una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y/o sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología.

Sin embargo, la psicoeducación no solo hace referencia a la definición de un diagnóstico, sino también busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis no normativa.

En una revisión sistemática (Lukens, McFarlane 2004) los autores describen a la psicoeducación como un formato de intervención flexible que implica un cambio de paradigma que contrasta con las intervenciones clásicas del modelo médico de comunicación, hacia uno más integral, holístico, basado en las capacidades y que enfatiza la salud, la colaboración, el afrontamiento y el empoderamiento. A su vez, se nutre de teorías y modelos clínicos complementarios, como la teoría de sistemas, la terapia cognitiva, la teoría del aprendizaje, terapias de grupo, modelos de afrontamiento-stress, de apoyo social y abordajes narrativos. Para los autores, estos últimos son especialmente útiles para ayudar a las personas a dar cuenta de sus fortalezas y recursos personales y para generar nuevas posibilidades de acción y crecimiento.

Asimismo, los numerosos estudios sobre psicoeducación aplicada a un amplio repertorio de problemáticas -tradicionalmente esquizofrenia y trastorno bipolar, pero también enfermedades como el cáncer, problemas emocionales vinculados a ansiedad, depresión, estrés postraumático (Whitworth, 2016), a situaciones de privación de la libertad, duelo, exposición a violencias, entre otras- sugieren el enorme potencial de estas intervenciones, tanto en su aplicación individual como familiar. La psicoeducación tendría así el potencial de amplificar el impacto del cuidado más allá de la situación inmediata, activando y reforzando los sistemas de apoyo formales e informales y modelando para las personas y las comunidades formas de anticipar y lidiar con situaciones de crisis.

### **La construcción de la experiencia de malestar subjetivo**

Desde un enfoque discursivo de base psicoanalítica, Wachtel (Wachtel, 2008) distingue entre las narrativas explicativas y las narrativas de posibilidad: las primeras explican cómo el paciente llegó a ser como es o apuntan a dar cuenta de elementos de su experiencia que han sido poco claros o entendidos de manera problemática. Los segundos son relatos que posibilitan al paciente imaginar un futuro diferente y accionar para alcanzarlo.

Desde una reformulación de la psicoeducación como experiencia narrativa, es necesario promover la construcción de elementos tanto “explicativos” (que incluye, pero excede ampliamente lo que más comúnmente referimos como comunicación diag-

nóstica) como de “posibilidades” (vinculable a su vez a lo que se puede llamar comunicación pronóstica).

Fernández Álvarez (2008) propone desde un marco constructivista social (de base cognitiva-integrativa) un modelo que incluye algunas variables que organizan la narrativa de malestar en las personas (y que pueden ser exploradas tanto en el discurso del usuario como de referentes socioafectivos, en la entrevista por guardia o en otros ámbitos). Dichas variables se relacionan con tres operaciones cognitivas básicas en la construcción de significado: la rotulación, la atribución causal y la búsqueda (esta última reflejaría las expectativas, principalmente), en tanto el ser humano es activo constructor de significado. La primera es el nombre, designación o forma de nominar el malestar (tiene origen en formulaciones propias y de otros significativos, recoge elementos de la psicología popular y/o de las disciplinas científicas de salud mental, con frecuencia reúne uno o varios síntomas como “depresión” o “angustia” y en general refleja el intento de organizar una situación que plantea mucha incertidumbre). La dificultad para rotular refleja muchas veces situaciones de crisis o se asocia a veces a cuadros clínicos severos. Los rótulos rígidos o cerrados pueden asociarse muchas veces también a procesos de estigmatización o de fusión diagnóstico/identidad. La atribución causal es otra operación cognitiva (más implícita que consciente) universal y es la que impulsa a la construcción de explicaciones. Las hipótesis atribucionales que generamos en torno a lo que nos ocurre se organizan en torno al locus predominante de la causalidad (interno/externo) y su grado de estabilidad y controlabilidad atribuida. Las expectativas reflejan la percepción a futuro de cómo puede desenvolverse la situación de sufrimiento. Aquí podemos ubicar las expectativas respecto a la posibilidad y formas de obtener ayuda, al nivel de dificultad imaginado, a los tiempos que puede implicar, etc.

Si bien escapa a los fines de este trabajo un desarrollo mayor al respecto (más vinculado al ámbito clínico), cabe destacar que el enfoque constructivista narrativo (Bottella, L. 2001) (White, M. 1980) propone otra forma de considerar la producción discursiva de las personas en torno a su padecimiento, que refleja la diferencia epistemológica de base entre un modelo constructivista de base cognitivista y el posestructuralismo de los enfoques narrativos, que se nutre de filósofos como Derrida, Deleuze, Lyotard (Fernández D Andrea, 2016) y fuertemente de la obra de Michel Foucault (Madigan, S. 1992). Desde este modelo, el discurso del paciente o usuario no “refleja” su mundo interno de creencias y sufrimiento, sino que es visto “foucaultianamente” diríamos, más

bien como la matriz a partir de la cual se sostiene, en tanto moldea la experiencia vital del sujeto de un modo dominante u opresivo. O sea, estructuramos y damos significados a la realidad encajándola en relatos, constituimos nuestras vidas y relaciones a través del lenguaje y lo hacemos desde los discursos culturalmente asequibles. Al representar nuestro padecimiento, lo hacemos desde determinados discursos que moldean lo que es la salud mental, la vulnerabilidad, etc. Una de las características básicas de esos discursos es lo que se puede llamar “internalización” del problema (un relato totalizador y unitario de déficit y carencia de valor adosado a la identidad), de ahí que una de las propuestas desde este modelo son las prácticas conversacionales de la “externalización”, una forma de separar “el problema” de la identidad y promover la deconstrucción del relato dominante.

Las narrativas dominantes suelen ser “opresivas” en el sentido de sostener, reproducir y amplificar el sufrimiento. Suelen ser especialmente narrativas del déficit individual, de fusión de la identidad con el problema, internalizadoras, centradas solo en un diagnóstico categorial estático, con invisibilización de la vulnerabilidad y las violencias inducidas o generadas ambiental y socialmente, y desconocedoras de la capacidad de resistencia y lucha opuesta por la persona, sus recursos y su valor.

Suelen invisibilizar las experiencias de resistencia y lucha de las personas frente a sus problemas. Las narrativas de posibilidad en este caso son inexistentes, no hay perspectivas de escenarios de liberación, ya que las personas se narran como inherentemente enfermas, fallidas, deficitarias, débiles, a nivel de su identidad. Otras muchas veces nos encontramos también con protonarrativas, con construcciones discursivas deshilachadas, reduccionistas, inconsistentes, o la ausencia de una posibilidad de relatar o narrar esa historia de padecimiento.

### **Conclusiones**

A lo largo de este trabajo realizamos un recorrido a través de distintos niveles de análisis en relación al tema que nos incumbe. Sostenemos que lo revisado podría y debería aplicarse no sólo a aquellos que utilizan en forma aislada o continua servicios de SM, sino a todos los usuarios del sistema de salud, ya que en alguna instancia a lo largo de la vida todos presentamos, con distinta intensidad, necesidades de comunicación relacionadas con nuestra salud mental, y con nuestra vida emocional o la de nuestros seres queridos.

Empezando por el nivel más supra ordenado, el de la legislación vigente y el paradigma desde el cual nuestro país tiene establecida su política sanitaria, el recorrido nos reafirma y nos hace ver aún más la importancia de promover formas concretas de afirmar este derecho y atender estas necesidades en todos los ámbitos. No puede ni debe ser un tema patrimonio de los tratamientos de largo plazo específicos de SM ni exclusivo para usuarios con padecimientos mentales severos, y es deseable que se generalice en la atención primaria y de urgencias, siempre que se detecten necesidades que implican aspectos en SM (desde el tabaquismo, las situaciones de duelo, la mala adherencia a tratamientos de enfermedades orgánicas, a los trastornos emocionales “puros”, los consumos problemáticos de sustancias, y los trastornos mentales severos).

Observamos que el tema de la comunicación con los usuarios está poco desarrollado en general en el ámbito de la salud (con excepciones quizás en algunas disciplinas específicas como cuidados paliativos o medicina general) siendo aún más llamativo su escaso desarrollo en SM.

Revisamos guías, lineamientos y recomendaciones al respecto a nivel local e internacional y la situación específica del campo de las intervenciones psicoeducativas, siendo patente su adecuación y potencialidades para el tema que nos compete y la necesidad de desarrollo en nuestro ámbito.

En un tercer nivel más micro, finalmente, examinamos la posibilidad de una reformulación de la psicoeducación y la expresión del padecimiento mental desde un enfoque constructivista, psicosocial, discursivo, en el cual ya no se trata de iluminar verticalmente desde el “experto” al “paciente” en la oscuridad de su falta de “conciencia” de enfermedad, sino de sostener activamente con los usuarios, de modo colaborativo, diálogos de construcción de comprensiones compartidas a las cuales no dejamos de aportar conocimientos provenientes de nuestras ciencias y en los cuales intentamos ayudar a la deconstrucción/ reconstrucción de los aspectos opresivos a partir de los cuales las personas construyen su experiencia de malestar y su mundo de posibilidades.

Creemos en definitiva que el abordaje urgente del tema tratado es condición necesaria para avanzar en la efectivización de la Ley Nacional de Salud Mental y no una mera cuestión subsidiaria. Es también, pensamos, piedra angular en el desarrollo de una clínica comunitaria y su invisibilización uno de los principales obstáculos a nivel de la formación técnico- profesional para la transformación del sistema de SM (Natella, 2017).



Su abordaje permitiría desarrollar con más fuerza la participación de los usuarios y EA, su autonomía, adherencia, y la accesibilidad a los mejores tratamientos disponibles.

### Bibliografía

- Alfonso, Bruni, Engelmann (2017). Perspectiva Integral en el Abordaje de Urgencias de Salud Mental, Alfonso, Bruni, Engelmann, Primer Congreso de Salud Mental y Adicciones, Provincia de Buenos Aires.
- Blanco Mercedes (2011) El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población.
- Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827304003>
- Botella, Luis. (2001). Diálogo, Relaciones y Cambio: Una Aproximación Discursiva a la Psicoterapia Constructivista. 10.13140/RG.2.1.1096.5529.
- Builes Correa, María Victoria, Bedoya Hernández Mauricio Hernando (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. Revista Colombiana de Psiquiatría. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635403>
- Campero, María Angélica, Luciana Ferraris (2015). "La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia." En <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1094996?src=similardocs>
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>
- Cohen, H. Natella, G (2013) La desmanicomialización. Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Lugar Editorial. 2013
- Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación (2018) Actualización y revisión de "Lineamientos para la Atención de Urgencia de Salud Mental".
- Fernández Álvarez (2008) Integración y salud Mental; Desclee de Brouwer. Bilbao. País Vasco.
- Fernández D Andrea, K. (2016) El enfoque narrativo como nuevo paradigma en el Trabajo Social. Una propuesta para superar la indefensión aprendida en los sectores excluidos. Artículo publicado en "Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social." Compiladores: D. Carbonero, E. Raya, N. Caparros y C. Gimeno (Coords). Universidad de La Rioja.
- Fernández Liria, A, Rodríguez Vega, B, (2002) Intervención en crisis. Editorial Síntesis. España.

- Gergen, Kenneth, John Kaye (1992) *La terapia como construcción social*. Buenos Aires. Editorial Paidós
- Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010
- Ley N° 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Argentina. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. Disponible en <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- Miari, Antonella Silvana (2013). *Síntoma y urgencia en salud mental: la mirada de psiquiatras y psicólogos*. Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Milton AC, Mullan BA. (2015) A qualitative exploration of service users' information needs and preferences when receiving a serious mental health diagnosis. *Community Mental Health Journal*.
- Natella, G. (2017) *Salud Mental Comunitaria en acción: El problema de la formación profesional. Salud mental comunitaria y derechos humanos*. Psicolibros Universitario. Montevideo.
- National Institute for Health and Care Excellence (2021). *Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services*. Clinical Guideline.
- Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136>
- Sotelo, María Inés (2011). *Los dispositivos asistenciales para la urgencia en salud mental*. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Wachtel, Paul L. (2008) *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy* New York: Guilford Press.
- White, M., & Epston, D. (1980). *Narrative means to therapeutic ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Whitworth, J. (2016): *The Role of Psychoeducation in Trauma Recovery: Recommendations for Content and Delivery*, *Journal of Evidence-Informed Social Work..*

## RELATO DE EXPERIENCIA ACERCA DE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN UNA GUARDIA DE URGENCIAS EN PROBLEMÁTICAS DE VULNERACIÓN DE DERECHOS DE NIÑECES Y ADOLESCENCIAS

### Autora:

Lic. María Soledad Varas. Hospital Gral. De Agudos “Dr. Cosme Argerich”.

---

### Resumen

A partir de un relato de experiencia, se describe la intervención desde la disciplina de Trabajo Social dentro de un Equipo de Salud Mental en la Guardia de Urgencias de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre problemáticas vinculadas a la vulneración de Derechos de Niños y Adolescentes.

Palabras clave: Equipo de Guardia de Salud Mental. Intervención del Trabajo Social. Trabajo en red. Intersectorialidad. Articulación intra-institucional. Interdisciplina.

### 1.Introducción

Dentro del dispositivo de la Guardia de Urgencias de los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Trabajo Social como disciplina integra los Equipos de Salud Mental en el marco de la Ley 448 de CABA y la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Dichos equipos se encuentran integrados de manera interdisciplinaria junto a Psicología y Psiquiatría y realizan guardias de 24 horas los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Entre las situaciones objeto de intervención de un Equipo de Salud Mental de Guardia, se encuentran las siguientes:

- Consumo problemático de sustancias.
- Intento de suicidio.
- Descompensación psicótica.
- Situación de calle.

- Violencia de género.
- Abuso sexual.
- Abuso sexual hacia las niñas y las adolescentes.
- Situaciones de maltrato hacia las niñas y las adolescentes.
- Vulneración de Derechos hacia las niñas y las adolescentes.

Este trabajo se focalizará específicamente en ésta última problemática y en las estrategias que desde el Trabajo Social se adoptan al momento de intervenir, como así también en el trabajo en red, interdisciplinario, intersectorial e intra-institucional que promueve para su abordaje.

## 2. Objetivos

### Objetivo General:

Describir, a partir de un relato de experiencia, la intervención del Trabajo Social en un Equipo de Salud Mental de Guardia de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires respecto de problemáticas vinculadas a vulneración de Derechos de las Niñas y las Adolescentes.

### Objetivos Específicos:

Narrar una situación objeto de intervención sobre una problemática de vulneración de Derechos de las Adolescentes.

Relatar las estrategias de intervención desarrolladas desde la disciplina de Trabajo Social.

Describir la articulación en red, interdisciplinaria, intersectorial e intra-institucional para intervenir en la problemática descrita.

## 3. Desarrollo

### 3.1 Contextualización de la inserción del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Como se mencionara en la introducción del presente, el Trabajo Social como disciplina, junto con Psicología y Psiquiatría, se incorpora a los Servicios de Urgencia de los Hospitales Generales De Agudos de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), en el marco de la Ley N° 448 de Salud Mental. A partir de esta ley, se establece la creación de los

Equipos de Salud Mental que, entre sus objetivos, se encargarán de intervenir en el entramado social y alojar el padecimiento subjetivo en situaciones de crisis de un sujeto y su grupo familiar, en el ámbito de una guardia hospitalaria.

Además, como marco normativo que sustenta y referencia la práctica profesional del Trabajo Social en el ámbito de los Equipos de Salud Mental de Guardia, se encuentran:

- Ley “Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” N° 153 (Año 1999).
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Año 2010), “Derecho a la Protección de la Salud Mental”.
- Ley Nacional N° 23.377 (Año 1986) “Del Ejercicio de la Profesión del Servicio Social o Trabajo Social”.

Además, de acuerdo a la problemática respecto de la cual sea objeto de intervención, se tomarán en cuenta otros marcos normativos y legales que existan al respecto. En la problemática que nos convoca en este trabajo, se tomará como referencias normativas la Ley N° 114 (Año 1998) de “Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” y la Ley Nacional N° 26.061 (Año 2005) de “Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes”.

A continuación, se describe la situación problemática de un adolescente sobre la cual intervine como Trabajadora Social un día de Guardia de fin de semana (Domingo), y luego se analizarán las estrategias de intervención desarrolladas.

**3.2** Relato de experiencia: Presentación de la situación problemática y descripción de las estrategias de intervención.

“N, de 15 años de edad, ingresa a la Guardia del Hospital Gral De Agudos Dr. Cosme Argerich el día Domingo 16/04 del corriente a las 13:30 hs en ambulancia del SAME desde Estación Constitución acompañado de personal policial, quien intervino al encontrarlo deambulando solo, intentando subir a un tren con destino a Mar Del Plata. Cuando la policía interrogó a N, él relató haberse escapado de un hogar y que quería regresar a su casa en Miramar, no contando con documentación ni pudiendo aportar datos telefónicos de red familiar de contacto, sí pudiendo brindar datos filiatorios. Ante esa situación, el personal policial interviniente dio aviso a la Guardia de Abogados del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de CABA y en simultáneo a SAME; motivo por el cual N ingresó a Pediatría de Guardia de este Hospital. Luego del exa-

men médico, la Pediatra interconsulta a Trabajo Social por la situación de vulneración social en la que se encontraba N”.

A partir de la interconsulta recibida por Pediatra de Guardia, quien relata brevemente lo ocurrido e informa que el examen clínico es normal y que no se requiere de toma de conductas médicas pero que de la entrevista se desplegó una situación de vulneración de Derechos que amerita de una evaluación e intervención desde el Trabajo Social, dado que además la Policía informó la situación de N al CDNNyA, quienes solicitan el envío de informe médico e informe social con la evaluación del adolescente realizada en esta guardia a fin de acordar estrategias de abordaje.

**Como Trabajadora Social, Desplegué las siguientes estrategias metodológicas:**

Entrevista a N: A partir de la misma, N refiere ser oriundo de Miramar y que desde hace 3 meses se encontraba en una Comunidad Terapéutica en zona sur del Conurbano Bonaerense y que hacía dos días se había retirado de la misma de forma voluntaria refiriendo que “lo maltrataban y castigaban si no hacía las tareas de limpieza”. Respecto a sus datos filiatorios, sólo aporta nombre, apellido y fecha de nacimiento, no recordando su número de Documento Nacional de Identidad. Al indagar sobre la composición de su red familiar, relata que en Miramar vivía con su padre y su abuela paterna. Menciona tener una tía y aporta el teléfono de la misma (S).

Entrevista telefónica a S, tía de N: Durante la comunicación telefónica, S relata que su sobrino ingresó a una Comunidad Terapéutica a partir de una intervención realizada desde el Servicio Local de Miramar, a partir de que N estaba atravesando una situación de consumo problemático de sustancias desde hacía más de un año, vinculando esa problemática a la realización de hechos delictivos por parte de N, quien además había dejado de concurrir a la escuela y había realizado previamente tratamientos ambulatorios sin éxito. Durante la entrevista telefónica, se le informa que hay una intervención actual del CDNNyA y se solicita que pueda venir algún familiar a acompañarlo, pensando en posibles estrategias de externación y porque, además, mientras permanezca en el Hospital, no puede estar solo. Ante ello, S refiere que por dificultades económicas, no está en sus posibilidades viajar. Al preguntarle sobre el padre de N, expresa que se encuentra al cuidado de sus otros hijos (4 en total) y que tampoco podría viajar, no puede aportar teléfono de contacto.

Articulación intersectorial: Se realiza llamado telefónico a la Guardia Permanente de Abogados del CDNNyA a fin de informarle las actuaciones que se realizaron y soli-

citando además un acompañante hospitalario para N. La abogada refiere que dará curso a ese pedido y que además contactará al Servicio Local de Miramar debido a que N es oriundo de ese lugar y que dicho organismo se encontraba interviniendo. Durante esa tarde, recibo llamado telefónico del Trabajador Social de guardia del Servicio Local de Miramar, quien refiere que ya tomaron conocimiento de lo ocurrido mediante el CDNNyA y que se encuentran gestionando una vacante en otra Comunidad Terapéutica, solicitando permanencia de N en este Hospital hasta tanto se obtenga esa vacante. Informan que ellos se encargarán del traslado cuando asignen una nueva Comunidad Terapéutica para N.

Articulación intra-institucional: Debido a que N debe permanecer en el Hospital hasta tanto se efectivice su egreso a una Comunidad Terapéutica, se solicita a Sala de Pediatría una cama de internación para poder derivarlo a ese sector. Se obtiene esa cama y se registran en Historia Clínica las intervenciones realizadas, indicando que se debe realizar interconsulta a Servicio Social de Planta al día siguiente (Lunes).

El día Lunes por la mañana, le presento a la colega de planta que se encuentra a cargo de las interconsultas de la Sala de Pediatría la situación de N, a fin de que conozca las intervenciones realizadas y la estrategia pendiente para efectivizar la externación de N.

#### 4. Reflexiones finales

El relato de experiencia presentado intentó dar cuenta, a partir de una situación particular, de la intervención que desde el Trabajo Social se puede realizar en el ámbito de la Guardia de Urgencias de un Hospital General de Agudos de CABA en una problemática de vulneración de Derechos de las Niñeces y las Adolescencias, identificando la importancia y la necesidad del abordaje interdisciplinario, intersectorial e intra-institucional a fin de dar una respuesta integral ante problemáticas complejas que requieren intervenciones que desde una sola disciplina o un solo sector, serían limitadas, no pudiendo abordar todas las variables que incluye (social, sanitaria, comunitaria, familiar, entre otras).

En esta situación, la intervención se inicia a partir de la interconsulta efectuada por Pediatría. Aquí resulta oportuno citar a autores como Inés Sotelo, para quien *“consulta de urgencia (es) aquella consulta que se produce por demanda espontánea sin cita previa. Se presenta habitualmente como irrupción sintomática que requiere urgente resolución”*.

Para el Trabajo Social, la entrevista se constituye en la principal herramienta metodológica para la intervención profesional, considerada como una relación social que nos permite el conocimiento del universo de sentidos de las personas con las que trabajamos, lo que Guber (1991) llama “*perspectiva del actor*”, sabiendo que esta técnica es también una instancia de observación donde opera lo no dicho, la comunicación no verbal. En la situación descrita, esta herramienta metodológica permitió conocer la situación social, sanitaria y familiar de N como así de las acciones que se habían desplegado previamente desde el Organismo de Protección de Derechos local sobre su problemática de consumo.

En la situación presentada, se destacan además el abordaje intra-institucional, el cual incluye el trabajo interdisciplinario con el resto de los profesionales de la guardia (realizado mediante interconsultas y entrevista conjunta entre Trabajo Social y Pediatría) y el trabajo con otros servicios para garantizar el acceso a la atención en salud desde una concepción de integralidad. Desde esta perspectiva, es posible afirmar que el derecho al acceso a la salud no se reduce a la asistencia sanitaria en sí misma, sino que se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de éstos, tales como el derecho a la alimentación, vivienda, educación, igualdad, identidad, entre otros.

Se enfatiza la importancia del trabajo en red, entendiendo a la red como “*un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo y con integrantes de otros colectivos, permite la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades*”.

A través del trabajo en red, se promueve no sólo la necesidad de una articulación intersectorial (entre el sector salud y Organismos de Protección de Derechos de Niñeces y Adolescencias) sino también la articulación intra-institucional al interior del Hospital entre la Guardia de Urgencias y el Servicio de Pediatría y Servicio Social en la situación presentada a fin de garantizar la continuidad de las estrategias de intervención desarrolladas inicialmente a partir del ingreso por Guardia de la situación objeto de intervención. Ello da cuenta de la necesidad del abordaje en red que se mencionaba anteriormente para posibilitar acciones que tiendan a revertir las vulneraciones de derechos teniendo como marco legislativo de referencia el Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.



Por último, es necesario considerar el registro de las intervenciones desarrolladas en los instrumentos para ello previstos. Que en el ámbito de actuación profesional analizado se corresponden al libro de Guardia de Salud Mental y a la Historia Clínica; los mismos serán de insumo para la elaboración de los informes que sean requeridos desde los Organismos de Protección de Derechos que intervengan.

En la medida que se faciliten intervenciones intersectoriales e interdisciplinarias (como en la situación relatada) se accionará en pos del resguardo de los Derechos de las Niñeces y las Adolescencias en el marco de una concepción de salud integral. Aunque el ámbito de la Guardia nos da poco margen para garantizar intervenciones sostenidas en el tiempo, no por ello debemos dejar de considerarla como una oportunidad de accesibilidad a Derechos. La Urgencia nos permite, a partir de la implementación de herramientas metodológicas como la entrevista y la observación, adquirir habilidades para la elaboración de una aproximación diagnóstica oportuna a partir de la cual se pueden desplegar otras intervenciones que impactarán a largo plazo, independientemente de la situación aguda que requirió de nuestra intervención profesional inicial.

**Bibliografía:**

- Carballada, Alfredo (2008). "Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto". Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Dabas y Perrone (1999). "Redes en Salud". Patrocinado por FUNCER, Noviembre 1999.
- Guber, Rosana (1991). "El Salvaje Metropolitano". Editorial Legasa, Buenos Aires.
- Sotelo, Inés (2008). Publicación para la revista de investigaciones UBA: "ANÁLISIS DE LA DEMANDA E INTERVENCIONES EN LA URGENCIA". Investigación en el Hospital Central de San Isidro.
- WEBER, Clara (2014). "La transformación en las políticas de salud mental". Tesis de Maestría. UNLP. FTS.



Cierre de la Mesa "Salud mental, consumos problemáticos, intervenciones en la urgencia y dispositivos territoriales".

Estudiantes, residentes, colegas de planta de distintas disciplinas, y de diversas trayectorias encontradxs para compartir relatos y narrativas de experiencias referidos a la temática.

## DESCONCIERTO: UN ANÁLISIS DESDE LA ATENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN UNA GUARDIA EXTERNA

**Autora:** Lic. Carolina María Volpi

---

Palabras clave: *trabajo social, salud mental, análisis situacional, salud colectiva*

*“Quien con monstruos lucha cuide de no convertirse a su vez en monstruo.  
Cuando miras largo tiempo a un abismo, también éste mira dentro de ti”.  
Friedrich Nietzsche, “Más allá del bien y del mal”*

### A modo de introducción

El presente escrito fue producido en el marco de mi inserción como trabajadora social (TS) en el equipo interdisciplinario de salud mental (EISM) de la guardia externa de un hospital general de agudxs de la ciudad de Buenos Aires (CABA). Esto sucedió en simultáneo con mi trabajo en el Servicio Social del mismo hospital, en el que venía desempeñándome primero como residente y luego como trabajadora social de planta.

Quise aprovechar esta instancia como ventana, lugar desde el que estoy sosteniendo una forma de mirar. No se trata de un lugar de observación objetiva, externa, estéril, todo lo contrario, se trata de una observación situada, expectante, tomada, a veces hasta arrasada.

Deligny plantea en el comienzo de uno de sus últimos escritos, “Cartas a un trabajador social”,

Suelo recibir cartas de trabajadores desconcertados por la tarea que les incumbe. ¿A quién están dirigidas? A ese quién por el cual me toman. Yo estoy desconcertado por la tarea que me incumbe. Esquivo y respondo con mis mejores deseos. Siempre es Año Nuevo. (Deligny, 2021: 12)

---

<sup>1</sup> Sección cuarta, Sentencias e interludios, 146.

Desde ese desconcierto por la tarea que me incumbe vengo haciéndome preguntas que principalmente rondan por... ¿qué es esto que estoy viendo? ¿qué forma tiene, toma? Y esto que estoy viendo, ¿lo están/estamos viendo otros? Y casi en el mismo suspiro, ¿qué hago/hacemos con esto que estoy/estamos viendo?

A continuación, intentaré dar cuenta brevemente de un análisis situado de la crisis que estamos atravesando desde el sector salud, de cómo esto se traduce más singularmente en lo que es el área de salud mental y de qué aportes creo que podemos hacer desde el TS y las ciencias sociales, compartiendo algunas categorías, conceptos y lecturas que me dan aire, y me ayudan a intentar encontrarle la vuelta a esto que nos está pasando.

### **Crisis en salud**

*“ya nadie habla de la pandemia, pero las cosas que rompió se están viendo más que nunca.”*

*Walter Lezcano en Twitter, 2023*

Estamos atravesando una crisis en el sector salud. No es una crisis nueva: la pandemia exacerbó aquellas problemáticas que venían existiendo y desencadenó procesos que lo dejan en un estado de fragilidad. Incluso podríamos nombrar esto que está sucediendo, tomando los aportes de los feminismos, como una crisis de los cuidados, que repercute en todas aquellas tareas sociales que implican cuidar a otrxs.

En los efectores públicos de salud la coyuntura nos da indicadores claros: hay múltiples renunciaciones de trabajadorxs de la salud con plantas permanentes concursadas, demoras en la apertura de concursos, cupos vacantes en residencias consideradas imprescindibles frente a la precariedad de nuestras condiciones de trabajo, salarios y paritarias tendiendo a la baja, falta de equipamiento y de mantenimiento, falta de política pública y recursos sanitarios necesarios para garantizar atenciones integrales y de calidad, aumento exponencial de la burocratización de acceso a cuestiones básicas, como medicación o estudios complementarios, inadecuación de estrategias de abordaje de problemáticas de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) cada vez más complejas.

Hay también entre nosotrxs agotamiento, sensación de soledad, falta de registro de otrxs, desidia. Desidia que me gustaría nombrar como falta de compromiso con cual-

quier otra cosa más allá de la propia comodidad. Y comodidad que se atesora y configura como trinchera ante los constantes avasallamientos sobre la autonomía relativa de lxs trabajadorxs de la salud en las instituciones.

Sara Ahmed advierte cuánto poder y violencia hay operando a través del agotamiento: el agotamiento de las capacidades de la gente para resistir, el agotamiento de las capacidades de la gente para vivir sus vidas en sus propios términos, el agotamiento de tener que navegar sistemas que están diseñados para que sea cada vez más difícil conseguir aquello que necesitamos, hasta lo más básico (@SaraNAhmed, 6/6/22).

Nos encontramos con el desafío de pensar cómo articular aquello que estamos transitando como trabajadorxs de la salud, y para esto me interesa recuperar los aportes de Lewkowikz (2018), quien propone los términos de trauma, acontecimiento y catástrofe para pensar las configuraciones en las que nos encontramos. Muy resumidamente, trauma “remite a la suspensión de una lógica por la presentación de un término que le es ajeno. Se trata de un estímulo excesivo que no puede ser captado por los recursos previos.” (Lewkowikz, 2018) La imagen que acompañaría al trauma es una inundación. Por otro lado, el acontecimiento “no se reduce a pura perplejidad frente a lo inaudito; se trata de la capacidad de lo inaudito para transformar la configuración que ha quedado perpleja frente a él.” (Ibídem) Así, el acontecimiento es una revolución. Con la catástrofe, para Lewkowikz la inundación llega para quedarse, “no hay ni esquemas previos ni esquemas nuevos capaces de iniciar o reiniciar el juego. Hay sustracción, mutilación, devastación.” (Ibídem) Entonces nos pregunto: ¿en qué aspectos esto que nos pasa es trauma? ¿En cuáles acontecimiento? ¿Y en cuáles catástrofe?

### Atender la salud mental

*“De cerca nadie es normal”*

*Caetano Veloso, Vaca Profana, 1986*

Los EISM existen hace años en las guardias externas de todos los hospitales públicos de la CABA. Por supuesto que no son ajenos a la crisis del sector que intenté caracterizar en el apartado anterior. Su accionar está contemplado, como bien sabemos, en la Ley de Salud Mental N° 448 de CABA y en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Mi intención es sumar miradas a la forma en la que atendemos y caracterizamos la salud mental, especialmente haciendo foco en aquello que nos está pasando como

sociedad. No es tarea fácil intentar describir la realidad en la que nos estamos moviendo y siendo. Algunas de las cuestiones que se observan de la clínica de salud mental en la guardia pueden configurarse como pistas: crisis de ansiedad, crisis de pánico, autolesiones, sobreingestas, intentos de suicidio, consumo problemático de sustancias psicoactivas, vulnerabilidad habitacional, situación de calle, debilidad / labilidad / desgaste de las redes vinculares, personas con padecimientos o diagnósticos de salud mental con “descompensaciones” por falta de tratamiento o de seguimiento por parte de profesionales de la salud mental, o incluso por inadecuación de la estrategia de abordaje del PSEAC. En síntesis: excesos donde no debería haber excesos, escaseces donde no debería haber escaseces.

Desde mi punto de vista, todo esto se presenta como manifestaciones individuales e individualizadas de cuestiones que en realidad nos están pasando como sociedad, como colectivo de humanxs que habitamos este planeta.

#### **Fisher nos trae claridad:**

*Ya no debemos tratar la cuestión de la enfermedad psicológica como un asunto del dominio individual cuya resolución es de competencia privada: justamente, frente a la enorme privatización de la enfermedad en los últimos treinta años, debemos preguntarnos: ¿cómo se ha vuelto aceptable que tanta gente, y en especial tanta gente joven, esté enferma? La “plaga de la enfermedad mental” en las sociedades capitalistas sugiere que, más que ser el único sistema social que funciona, el capitalismo es inherentemente disfuncional, y que el costo que pagamos para que parezca funcionar bien es en efecto alto. (Fisher, 2020: 45)*

Exposto, en la misma línea, recupera los aportes de López Petit sobre el malestar, “trastornos” que encarnan en sí “el costo subjetivo que pagamos por soportar la normalidad capitalista que nos enferma. Por eso, el malestar puede ser una premisa sensible para modificar modos de vida desgastantes y recrear nuestros disfrutes, deseos y fantasías.” (Exposto, 2022a). El llamado es a politizar nuestros malestares.

Llevamos vidas horribles. Todo supura, babea, se derrama, escasea, se achica, todo, en simultáneo. Como esa película que ganó premios hace poco. Todo, todo el tiempo, en todos lados. Existir se vuelve cada vez más inviable, o como lo plantea Bifo, el “mundo imposible en el que vivimos es una metáfora distópica de sí mismo” (Berardi, 2020: 47)

Y en general, frente a estos malestares, que cada vez son más generalizados, se dan dos cuestiones que sostenemos en el imaginario colectivo y me parece importante que empecemos a trabajar juntxs para desarmar. En primer lugar, la ficción de que la salud mental requiere atención exclusiva, o prioritaria desde el sector salud, y que la oferta de atención tiene que necesariamente estar vinculada a un abordaje individual por parte de profesionales psi. Necesitamos urgentemente abordajes comunitarios de la salud mental que contemplen la dimensión política y colectiva de nuestros malestares. Necesitamos seguir pensando en promoción y prevención, intersectorial e interseccionalmente.

En segundo lugar, hay otra ficción a desarmar en la construcción de un “nosotrxs/ellxs” entre lxs trabajadoras de la salud y la población usuaria de los servicios y efectores de salud. Creo que hace tiempo ya que compartimos malestares, que ese límite entre trabajadorxs/usuarioxs que la institución se esfuerza tanto por sostener está cada vez más difuso. Y bienvenido sea, puesto que pone en jaque los abordajes instituidos de la política pública y sanitaria en situaciones de salud mental y nos obliga a repensar aquellas respuestas que en algún tiempo pasado pasaron por suficientes.

### Trabajo Social y salud mental

*“Si me equivoco contradígame con amor, porque con amor digo.”*

*Vicente Luy, No le pidan peras a Cúper, 2003*

Como TS en el marco de una guardia externa hospitalaria y pensando el abordaje de la salud mental desde equipos interdisciplinarios, siento que tenemos mucho que aportar a cómo pensamos la política sanitaria y las estrategias de acompañamiento a situaciones de padecimiento de salud mental. Nos convoca la tarea de colectivizar la demanda, pudiendo complejizar los análisis que hacemos de aquello que se presenta como emergente en nuestra tarea cotidiana. Y en esa tarea, involucrar a nuestrxs compañerxs trabajadorxs de la salud y a lxs usuarioxs de los efectores de salud.

En mi caso, vengo habitando y ensayando diferentes estrategias: disputar ciertos sentidos que vienen más del sentido común en el estar de guardia<sup>2</sup>; sostener diálogos

---

<sup>2</sup> El “estar” de la guardia es un espacio muy singular que requeriría probablemente un trabajo para una descripción y análisis en profundidad. A los fines de este trabajo basta decir que es el espacio de convivencia de gran parte de lxs trabajadorxs de la salud que nos encontramos de guardia, en el que suceden actividades de vida cotidiana, intercambios, conversaciones, catarsis, discusiones, etc.

que desarmen preconceptos; tomar la palabra en entrevistas con usuarixs, haciendo preguntas que amplíen el análisis que hacemos de la situación; traer nuestro conocimiento sobre abordaje territorial y comunitario y también sobre política pública para poder elaborar estrategias viables de acuerdo al análisis que hacemos. Además, vengo pensando -aunque todavía no sé cómo implementarlo- en la necesidad de introducir algo de salud mental comunitaria en el marco de la guardia, con una mirada más preventivo-promocional, un momento juntxs en el que hagamos cosas que nos hagan bien.

Porque cada vez es más evidente que no hay forma de adaptarse a este mundo sin algún grado de padecimiento. Como dice Exposto: “los efectos psíquicos del capitalismo evidencian que nuestras dolencias no pueden ser tratadas de manera individual, biologicista o en los estrechos límites de una atención profesional.” (Exposto, 2021b) Se trata entonces de un escenario en el que todxs nos encontramos insertxs sin excepción.

Desde el Trabajo Social podemos plantear la tarea de formar tentativas, como propone Deligny, esto es, tramar tejidos de células vivas alrededor de lo dañado. Porque entendemos que hay que seguir con el problema, como dice Haraway, y que hay que poner el foco en cómo nos cuidamos colectiva y comunitariamente. En palabras de Marey,

Cuidar es una tarea que tiene que cumplirse de modo tal que la vida cuidada (de animales humanos y no humanos, vidas vegetales, la vida del planeta, todas las vidas) no pierda nada de su dignidad en la relación de cuidado. La dignidad es, como enseña el giro de lxs zapatistas, rebelde, no es sumisa ni pasiva. (Marey, 2023)

Si esta es la forma en la que pensamos el cuidado, ¿cómo estamos cuidando desde los efectores de salud? ¿Y desde las instituciones en general? ¿Con qué márgenes contamos para construir alternativas de atención y de acompañamiento frente a una realidad cada vez más compleja?

Es fundamental intentar correr el velo de las relaciones de explotación y poder detrás de nuestros malestares: “Si nuestras emociones son prácticas construidas en las relaciones sociales, el cambio en nuestra estructura de sentimientos es inescindible de la transformación de las relaciones sociales” (Exposto, 2021b). El contexto nos requiere trabajando en los lazos sociales y comunitarios, desde la posición que nos permite



nuestra formación que contempla tanto las singularidades de la vida cotidiana como las particularidades de la política pública y su implementación.

### **Palabras finales**

Estas son algunas de las reflexiones y lecturas que vienen acompañando mi proceso de trabajo en la guardia. Proceso que me interpela constantemente, en el vínculo con lxs usuarios, con mis compañerxs de trabajo, en los diálogos posibles e imposibles, en los recursos disponibles para trabajar con aquello que nos pasa y en aquellos que hay que estar inventando artesanalmente en los entramados de red.

Me pregunto si han logrado robarnos del todo la posibilidad de soñar y saber qué mundo y qué vida queremos, y han así socavado el acervo de nuestras mayores posibilidades de deserción y resistencia. Es importante que empecemos a dar visibilidad y lugar a los malestares que compartimos colectivamente, porque una rebelión anímica es urgente.

Bifo plantea con claridad que la salida está en corrernos de la fijación extractivista del crecimiento ilimitado, para poder pensar en “la redistribución de los recursos, la reducción del tiempo asalariado y la expansión del tiempo libre, la enseñanza, la terapia, la acción solidaria.” (Berardi, 2020: 28)

Creo que es por ahí. Que necesitamos poder detectar juntxs aquellos malestares que compartimos que tienen raíces políticas y económicas antes que familiares, individuales o biológicas (Exposto, 2021b), que tienen que ver con cómo vivimos en el marco de este sistema perverso y cruel. Y que en el entre-nosotrxs está el secreto para destrabarnos.

### Bibliografía

- Berardi, Franco “Bifo” (2020). Autómata y caos. Hekht, Buenos Aires.
- Berardi, Franco “Bifo” (2003). La fábrica de la infelicidad. Nuevas formas de trabajo y Movimiento global. Un fantasma recorre NuestrAmerica, Buenos Aires.
- Deligny, Fernand (2017). Semilla de crápula: consejos para los educadores que quieran cultivarla. Tinta Limón, Buenos Aires
- Deligny, Fernand (2021). Cartas a un trabajador social. Cactus, Buenos Aires.
- Exposto, Emiliano (2021a). La lucha popular por la salud mental. Intuiciones para una psicopolítica desde abajo. En Lobo Suelto! <https://lobosuelto.com/la-lucha-popular-por-la-salud-mental-intuiciones-para-una-psicopolitica-desde-abajo-emiliano-exposto/>
- Exposto, Emiliano (2021b). Enajenadxs. Salud mental y revuelta. En Lobo Suelto! <http://lobosuelto.com/enajenadxs-salud-mental-y-revuelta-emiliano-exposto/>
- Exposto, Emiliano (2022a). ¿Qué hacer con la crisis de la salud mental?. En Lobo Suelto! <https://lobosuelto.com/que-hacer-con-la-crisis-de-la-salud-mental-emiliano-expostoi/>
- Exposto, Emiliano (2022b). Notas para una psicopolítica alternativa. En Lobo Suelto! <https://lobosuelto.com/notas-para-una-psicopolitica-alternativa-emiliano-exposto-i/>
- Fisher, Mark (2020). Realismo capitalista: ¿no hay alternativa?. Caja Negra, Buenos Aires.
- Lewkowicz, Ignacio (2018). Traumas, acontecimientos y catástrofes en la historia. En Lobo Suelto! <https://lobosuelto.com/traumas-acontecimientos-y-catastrofes-en-la-historia-ignacio-lewkowicz/>
- Marey, Macarena (2023). Eli y su hermano autista. En Tierra Roja, <http://tierraroja.com.ar/eli-y-su-hermano-autista/>
- Romero Fernández, Manuel (2021). Habitar en un mundo grande y terrible. Algunos apuntes sobre salud; mental, juventud y política. En Lobo Suelto! <https://lobosuelto.com/habitar-en-un-mundo-grande-y-terrible-algunos-apuntes-sobre-salud-mental-juventud-y-politica-manuel-romero-fernandez/>

# 03

## SALUD MENTAL

Internaciones, consumos problemáticos  
y estrategias comunitarias de  
intervención

## EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE SALUD MENTAL EN GUARDIAS HOSPITALARIAS ATRAVESADAS POR LA PANDEMIA Y LA TRANSPANDEMIA: APORTES DESDE LA PSICOLOGÍA INSTITUCIONAL

### Autoras:

Lic. Erica Gunther (Directora) - Ericagunther@Gmail.com

María José Bérghamo

Pamela Flor María Cáceres Gutiérrez

Victoria Gasulla

Camila Rivero López

Victoria Varela Lynch

Grupo de investigación “La intervención del trabajo social en urgencias hospitalarias atravesadas por la pandemia: una mirada desde la psicología institucional clínica” - Programa de investigación en grado (pig) 2023 - Carrera de Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Buenos Aires

---

A principios del año 2023, las autoras de esta ponencia conformamos un grupo de investigación en el marco del Programa de Investigación en Grado (PIG) de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, bajo el tema **“La intervención del Trabajo Social en urgencias hospitalarias atravesadas por la pandemia: una mirada desde la Psicología Institucional Clínica”**.

La intención principal del proyecto que nos convoca es realizar un acercamiento a este recorte específico al interior de la salud como campo de intervención de nuestra disciplina, desde el marco teórico conformado por algunas de las distintas corrientes que integran el Movimiento Institucionalista (Psicología Institucional Psicoanalítica, Análisis Institucional, Sociopsicoanálisis) y por la Psicodinámica del Trabajo. Vale des-

tacar que en este grupo abrevan las producciones de cinco estudiantes avanzadas la carrera de Trabajo Social, que se encuentran llevando a cabo sus respectivos Trabajos Finales de Investigación (TIF) en hospitales públicos de la CABA y del conurbano bonaerense, bajo la dirección de la misma docente.

En consonancia con los contenidos específicos de las materias “Psicología Institucional” (cátedra Bianco Dubini) y “La intervención del Trabajo Social en dispositivos de urgencia” (cátedra Gunther), para esta presentación en particular planteamos una mirada exploratoria y comprensiva referida a la práctica profesional llevada a cabo en *Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental (EISM) en la guardia de un hospital público de la CABA* durante la emergencia sanitaria provocada por la *pandemia* y, posteriormente, en el actual contexto al que denominamos como *transpandemia*. Si bien dichos equipos surgieron mucho antes de este hecho -asociados a modificaciones en leyes nacionales e internacionales en materia de salud mental- entre los años 2020 y 2022 se vieron severamente impactados en sus modelos de atención, en su propia organización de las tareas y los espacios, en sus inclusiones en el equipo clínico más amplio, en sus capacidades para disputar las lógicas biomédicas, en sus posibilidades de sostener la interdisciplina, entre otros.

Recordemos que el 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró como “pandemia” a la propagación de casos del nuevo coronavirus COVID-19 a nivel mundial. A través del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU 260/2020) firmado por el presidente de la Nación Argentina, Dr. Alberto Fernández, en marzo del 2020 se establecieron las primeras medidas sanitarias de protección y prevención para mitigar el impacto de estos hechos. En nuestro país, algunas de estas fueron: distanciamiento social; aislamiento obligatorio; uso de barbijo; ventilación de ambientes; suspensión de eventos sociales y/o masivos; interrupción de la presencialidad en actividades laborales y educativas; limitación del uso del transporte público; entre otros. Los procesos de trabajo se vieron modificados en todos los ámbitos, en especial, el de la salud.

Como antecedentes para la elaboración de esta ponencia, en primer lugar, consideramos significativo al “Relevamiento sobre condiciones laborales y política pública de salud mental” realizado por la Asociación de Profesionales de Servicio Social (APSS) en el año 2022, en el que se presentan las consecuencias acarreadas por la gestión de la emergencia sanitaria tanto en lxs profesionales de la salud como en sus estrategias de intervención. Problematizando el carácter biologicista de las medidas tomadas, en

este material se establece que la falta de una respuesta integral del sistema a los problemas sanitarios de la población impactó desfavorablemente en los propios equipos, quienes sostuvieron desde un comienzo la primera línea de atención. Así, la ausencia de planificación en materia de salud mental “impactó en lxs trabajadores produciendo sobrecarga de trabajo, imposibilidad de acceder a licencias, arbitrariedades en la reconfiguración del proceso de trabajo (...) que dejaron a lxs trabajadores con un fuerte agotamiento y en condiciones de vulnerabilidad laboral” (APSS, 2022, p. 17).

En segundo lugar, y tal como mencionamos al inicio, incorporamos la categoría de *transpandemia* ya que entendemos que presenta una distinción interesante a considerar. Algunxs autorxs a lxs que adherimos sostienen que, a pesar del levantamiento de las medidas de prevención y aislamiento, aún nos encontramos atravesando una etapa transicional de reajuste entre lo vivido durante la pandemia propiamente dicha y las nuevas condiciones existentes: “La entrada del COVID-19 fue un evento traumático y el inicio de un largo proceso. La transpandemia es todo lo que se ha detonado a partir de la llegada del virus, los cambios, las consecuencias y sobre todo la respuesta de la sociedad. Es todo lo que tendremos que vivir hasta llegar a la post pandemia.” (Calva Morales, 2022, p. 1).

En tercer y último lugar, nos situamos desde el *paradigma de la complejidad* (Ardoino, 1990) para pensar nuestras intervenciones, puesto que sostenemos que los entramados que nos constituyen como seres humanos no resisten reducciones exclusivas ni al plano de lo biológico ni al plano de lo social. Sin embargo, podemos afirmar que los modos en que se resolvieron las luchas y disputas discursivas en torno a la intervención estatal en salud dan cuenta de la primacía del *modelo médico hegemónico* (Menéndez, 1994) por sobre otros modelos de atención posibles. Bajo el argumento y/o interés por resguardar del contagio a la mayor cantidad de la población, a nivel global y local, se impusieron respuestas reduccionistas y biologicistas que no dejaron lugar a la consideración de los determinantes sociales que inciden en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Con base en los puntos mencionados, desde una perspectiva psicosociológica institucional clínica esbozamos a continuación las primeras líneas de interpretación de **seis entrevistas semi-estructuradas que fueron formuladas entre junio y septiembre del 2023 a integrantes de distintos EISM (trabajo social, psicología y psiquiatría) de la guardia de un Hospital General de Agudos de la CABA**. Estos testimonios se complementan con **entrevistas de las mismas características que fueron efectuadas**

**a especialistas en emergentología y pediatría** de la misma institución. Vale señalar que todas las entrevistadas son mujeres. Para realizar este primer análisis, recuperaremos y operaremos con un reducido conjunto de categorías conceptuales seleccionadas de las líneas teóricas mencionadas al comienzo.

### **La pandemia como acontecimiento**

Acevedo (2020) sostiene que la pandemia provocada por la irrupción del virus COVID-19 puede ser entendida desde el Análisis Institucional como un *acontecimiento con cualidades instituyentes* -en tanto ruptura de lo instituido- independientemente de la valoración positiva o negativa que pueda hacerse en referencia al nuevo orden.

En los testimonios recabados, todas las profesionales sitúan con claridad a la pandemia en esta clave. A partir de su inicio, las rutinas cotidianas al interior del hospital cambian desde los puntos más elementales (como compartir una ronda de mate al llegar, descansar en el mismo espacio o saludarse afectuosamente) hasta aquellos que reconfiguran todo el proceso de trabajo (como destinar casi la totalidad de los espacios hospitalarios al COVID-19; atender a las personas con diagnóstico positivo mediante un teléfono celular; decidir quién se viste con el equipo de protección personal si la situación amerita exposición al virus o utilizar patios a modo de consultorios por falta de lugares ventilados).

El impacto en los vínculos entre lxs trabajadorxs también aparece como una constante enunciada, por un lado, como una pérdida a nivel de las posibilidades físicas de compartir, de intercambiar y de circular por donde antes se lo hacía con naturalidad y a diario. Por otro lado, esos cuerpos ajenos que en parte se añoran son también significados como potenciales vehículos del virus (*"el bicho"*, *"la peste"*) y como algo peligroso de lo que hay que cuidarse. Los equipos de protección personal y los distintos protocolos de higiene establecidos, lejos de funcionar como alicientes frente a ese peligro, son percibidos -especialmente al inicio de la pandemia y en el momento de mayor incertidumbre- como refuerzos del miedo, del terror, de la culpa y del castigo en caso de cometer *"un error"*.

En referencia al cuerpo propio, parecen presentarse ideas de cierta calma, resignación o preparación a lo que pueda o tenga que sucederles (por ejemplo, tratar de comer y descansar bien para cuando *"me toque"* enfermarse; turnarse en las exposiciones entre lxs integrantes del equipo para enfermarse *"de a unx"*) en conjunto con la dolorosísima significación de sí mismas como potenciales vectores de la muerte de los propios

seres queridos: “no iba a ver a mi vieja (...) porque digo, si se lo llevo la mato y mi familia me quiere pegar un tiro”. Las restricciones por tiempo prolongado en la cohabitación y/o en los contactos (con hijxs, con padres y madres, con sobrinxs recién nacidxs) resulta ser la solución que la mayoría de las entrevistadas encuentra para lidiar con esta posibilidad, con un altísimo costo personal y psíquico.

Acevedo (2020) sostiene también que la pandemia presenta un *carácter bifronte como todo acontecimiento*: una cara aparece ligada a hechos felices, a la vida y a eventos transitoriamente dolorosos que auguran un mejor futuro; mientras que la otra está asociada a la destrucción, a la desesperanza, a la potencia traumática que abarca incluso a las siguientes generaciones.

En los testimonios se sitúa a la pandemia como un acontecimiento que marca un “antes y un después” en las trayectorias vitales e institucionales. Sin embargo, resulta llamativo que pese a la crudeza de algunas de las situaciones relatadas, hay bastante coincidencia en una vivencia de aquel período inicial como algo “no tan malo”. Si bien sería pertinente profundizar en los aspectos defensivos de esta enunciación, los elementos que rescatan como positivos aluden al no haber perdido el trabajo (o haberlo incrementado); haber podido continuar ejerciendo la profesión elegida; haberse sentido útil en un contexto adverso; haber compartido, valorado y/o disfrutado más el tiempo en el hogar; o no haber enfermado gravemente.

Ya situadas desde el hoy, el registro corporal del cansancio y el hastío aparecen mencionados con mayor fuerza. Esta sensación se asocia con un significativo aumento y agravamiento de la demanda -particularmente, en temáticas ligadas a la salud mental, a la violencia de género y a las vulneraciones de derechos de niñxs y adolescentes-; con el quiebre y/o desmantelamiento de circuitos institucionales que prepandemia parecían funcionar mejor; con la certeza de que “se aprendió poco” de todo lo vivido; o con la desilusión de no haber “salido mejores”.

### **El espacio institucional**

Recuperando lo trabajado en el ítem anterior, pero situándonos desde la Psicología Institucional Psicoanalítica, es relevante recordar que Malfé (1989) establece que el espacio es “dimensión propicia a lo instituido, a lo que está instalado” (p. 89).



En términos espaciales, este hospital es descrito como una “*institución centenaria*” con instalaciones viejas, no acordes a las necesidades actuales y menos aún, a las que la epidemiología protocoliza al inicio de la emergencia sanitaria.

Tanto la organización del trabajo<sup>1</sup> como la circulación instituida prepandemia son entendidas, en el nuevo marco, como de “*total contaminación*” y consideradas inaceptables. Sin embargo, las limitaciones materiales concretas del edificio implican muchas dificultades para la distribución de espacios seguros de atención, descanso, higienización, triage y trabajo administrativo.

El mismo autor señala que existen tres dimensiones que permiten interpretar la dialéctica del espacio en las organizaciones: a) la utilización del espacio: que hace a la racionalidad en el cumplimiento de sus fines explícitos; b) la politización del espacio: que remite a la lucha por mayor poder; c) la semiotización del espacio: que alude a las representaciones que se construyen en torno a él (Malfé, 1989).

En términos de la utilización del espacio, de los testimonios se desprende que las instalaciones de este hospital (pensadas para otra ciudad, otro momento histórico, otro caudal de población y otra forma de entender a la salud) terminan de colapsar con la pandemia y parecen poner en evidencia una inadecuación de larga data con respecto a los fines y necesidades institucionales actuales: “*quedaba tremendamente expuesto lo mal que se laboraba o las condiciones de mierda en las que se estaba trabajando*”. Desde el EISM en concreto, se activan procesos de pedido de elementos de trabajo que permiten paliar algunas de estas dificultades espaciales. Se logra el otorgamiento de un teléfono celular, que es pasado de guardia en guardia y que se utiliza para atención, contención y contacto con pacientes COVID-19 o sus familias. También se consigue la instalación de una computadora en el sector que anteriormente era exclusivo para descanso del equipo, con el fin de no tener que circular por las zonas “*contaminadas*” en las que se encuentran las únicas computadoras disponibles.

La redistribución de esos espacios, tanto internos (salas, pasillos, estares profesionales) como externos (patios, calles, zonas de ambulancias) son redefinidos rápida, arbitraria y confusamente en el marco de una disputa de poder en la que la lógica biomédica impone criterios, formas, necesidades y ritmos. La colocación de carpas militares en la zona exterior en los primeros momentos de la pandemia -antes de la posterior insta-

<sup>1</sup> Definida por Dejours (2009) como la “distribución de tareas entre los trabajadores, repartición, secuencia y, en fin, el modo operativo establecido y la distribución de personas: repartición de las responsabilidades, jerarquía, dirección, control, etc.” (p. 125).

lación de las Unidades Febriles de Urgencia (UFU)- potencia, en algunos casos, la sensación de estar *“en una guerra”, “en la trinchera”, “poniéndole el pecho a las balas”*. La evocación de historias familiares ligadas a la sobrevivencia en conflictos armados parece funcionar como apoyatura (o quizás, como espejo) ante la recurrencia de estas metáforas bélicas.

Según refieren las entrevistadas, los espacios comienzan a ser significados también con una nueva y fuerte distinción entre lo *“limpio”* (lo seguro, la vida) y lo *“contaminado”* (lo peligroso, la muerte). La muerte se toca, se respira, se pisa, se estornuda, se camina. Lxs trabajadorxs de la limpieza -antes invisibilizadxs en el mapa hospitalario de actorxs institucionales- adquieren especial relevancia en este contexto. La tarea que realizan pasa a ser entendida como trascendental, como el primer soldado que pone el pie exponiéndose a pisar la mina, como la barrera fundamental que instala algo de distancia con esa muerte que acecha, como un eslabón imprescindible en la construcción de la salud y el cuidado colectivo.

### **La organización prescindente**

Acevedo (2015b) recupera los planteos de Käes, quien señala que las organizaciones son generadoras de malestar tanto por exceso de marco institucional como por defecto. En palabras de la autora, la *organización prescindente* es aquella que no somete a sus miembros, sino que *“los deja librados a su suerte, los descalifica como interlocutores, cada uno de esos trabajadores es reducido a su individualidad”* (p. 56). De este modo, la institución declina su función estructurante y, a través del abandono que ejerce, produce padecimiento psíquico.

Los relatos presentan, por un lado, a una organización extremadamente presente, rígida, arbitraria, autoritaria y discrecional; materializada en la permanente *“bajada”* de protocolos, cambios y decisiones que se presentan como inconsultos y que son generadores de bronca, impotencia, hastío y malestar: *“los protocolos cambiaban todas las semanas (...) yo ya llegó un momento que ya me hinchaban las pelotas”*.

Por otro lado, remiten también a una organización que en ese momento de incertidumbre extrema abandona a sus trabajadorxs, lxs responsabiliza ante eventuales contagios, no lxs provee de elementos de protección, no lxs hace partícipes de las decisiones que lxs involucran, no lxs cuida y no lxs sostiene: *“nos organizábamos entre nosotros”, “hubo gente que se compraba los equipos”, “nos juntamos con los cirujanos y nos hicieron la clase práctica de colocación de barbijos”, “pelear para que noso-*

tros (por el EISM) también tuviéramos elementos de protección”, “lo fuimos haciendo cada uno de nosotros, no hubo una puesta institucional para cuidar”.

Aún en el marco de este pivoteo continuo entre el exceso de institucionalidad y su falta, lxs trabajadorxs parecen aprovechar de modo creativo algunos de los efectos de ese abandono, es decir, dando cuenta de diferentes formas de acercarse a las tareas presentadas por la organización del trabajo (Dejours, 2015). Aunque esta creatividad, vale señalar, aparece reducida al propio equipo o sector de influencia.

De los testimonios se recuperan múltiples situaciones de elaboración de estrategias de intervención que no estaban pensadas en los protocolos; de nuevas formas de contactarse con pacientes, familiares y organizaciones sociales; de establecimiento de nuevas redes de comunicación e información intra e interinstitucional; de fortalecimiento y hermanamiento al interior de cada equipo; de autocuidado, apoyo y cuidado mutuo. Los equipos pasan a funcionar, sin lugar a dudas, como un sostén y un refugio entre pares ante una adversidad nunca antes experimentada y conocida.

No obstante, es importante señalar que desde el Sociopsicoanálisis, Acevedo (2007) establece que para esta corriente “la participación es auténtica sólo cuando en ese proceso cada uno se reconoce, y es reconocido, en su capacidad de evaluar la realidad y de concertar con otros las maneras de intervenir sobre ella; cuando la condiciones en las que tiene lugar son las adecuadas para descubrir que los propios actos son complementarios de otros actos destinados a la producción de una misma obra colectiva” (p. 29).

En este sentido, de los relatos parece desprenderse que estos pequeños actos creativos y decisorios desplegados por lxs trabajadorxs y los equipos, no logran tensionar la fragmentación entre sectores; ni inscribirse en el acto institucional global; ni ser valorados por las jerarquías en cuanto a la especificidad y riqueza de los saberes desplegados. Es decir, no pueden ser entendidos como participación real en términos de Mendel (Acevedo, 2007).

### **El reconocimiento en el trabajo**

Desde la Psicodinámica del Trabajo, Dejours señala que “el sufrimiento es un componente estructural de nuestra relación con el trabajo” (Acevedo, 2010, p. 156). También establece que la mayor retribución que moviliza a lxs trabajadorxs no es la *material* -cuya importancia no minimiza- sino la *simbólica* y que su forma principal se expresa

a través del *reconocimiento*, que “tiene que ver con la gratitud por el servicio brindado y por un juicio sobre la calidad del trabajo realizado” (Dejours, 2015, p. 12). Es a través del *reconocimiento* que en gran medida, “el sufrimiento se transforma en placer en el trabajo” (Dejours, 2015, p. 13).

El autor explica que existen dos formas de juicio en el reconocimiento: a) *el juicio de utilidad* (económica, social o técnica): que le confiere status en la organización y en la sociedad y que es brindado por las jerarquías y/o por lxs destinatarixs; b) *el juicio de belleza*: que da cuenta de la conformidad del trabajo realizado de acuerdo a las reglas del oficio y que es brindado sólo por lxs pares (Dejours, 2015).

Las entrevistadas evocan en sus testimonios los momentos iniciales de la pandemia, aludiendo a los aplausos recibidos (y a su vinculación simbólica con lo heroico y con la gratitud) en términos de un reconocimiento que la sociedad establece a través del juicio de utilidad. En algunos casos, manifiestan emoción al recordar esas instancias. En otros, por el contrario, expresan cierto rechazo al considerar a aquella manifestación popular como impertinente o innecesaria. En la actualidad, desde la perspectiva de las entrevistadas, la percepción del trabajo en salud como un servicio relevante para la sociedad parece haber perdido fuerza, e inclusive, ser puesto en cuestión: “*estamos trabajando con la salud (...) con la vida y (...) la gente ni siquiera valora eso tampoco*”.

Los relatos son unánimes al identificar una falta total de reconocimiento por parte de las autoridades durante la pandemia, y especialmente, una vez superado el momento crítico. La misma parece expresarse tanto en aspectos del orden de lo económico (bajos salarios, discordancia entre los sueldos y la función social de la tarea desempeñada, paritarias insuficientes) como en las condiciones de trabajo más amplias (escasa dotación para atención de la alta demanda, exposición a situaciones de violencia, falta de espacios de cuidado). En varias de las entrevistas se señala con gran preocupación que se están produciendo en la actualidad numerosas renunciaciones a cargos -que luego quedan vacantes porque no hay nuevos aspirantes- como consecuencia del desgaste producido por la emergencia sanitaria, y que no se están tomando medidas para frenar este permanente desgranamiento. El juicio de utilidad, en este caso, impresiona ser vivido como muy bajo o casi nulo, siendo uno de los principales productores de sufrimiento en el trabajo: “*nos decían tantas boludeces y después te ningunean (...) te genera como una sensación de impotencia o de insatisfacción*”.

En cuanto a lxs pares, parecen ser identificados como la única fuente de reconocimiento a través del establecimiento de juicios de belleza por la realización del trabajo de acuerdo a las reglas del oficio (Dejours, 2015). Las entrevistadas dan pistas al mencionar, entre otras: a) la relevancia que se le empieza a otorgar a lxs enfermerxs al inicio de la pandemia; b) la visibilización de la tarea del personal de limpieza y mantenimiento; c) la valoración del trabajo en red como saber específico del trabajo social; d) el aporte de los EISM al equipo de salud general en momentos de angustia o desborde; e) la importancia de cada unx para el cuidado de lxs otrxs. Con el correr de la emergencia sanitaria, la fuerza de este tipo de reconocimiento también parece disminuir un poco, aunque deja instalada una esperanza que ancla en la potencia de lo colectivo: *“ahí hay como una oportunidad de verse, a los trabajadores de la salud, como una cosa más de conjunto, de valoración”, “con mis compañeras de equipo nos hermanamos de una manera en una cotidianeidad y una intimidad que creo que fue lo que nos sostuvo en ese armado”, “nos dejó esto de mirarnos, de reconocer al otro”.*

### Bibliografía

- Acevedo, M. J. (2007). “La participación institucional ¿realidad o ficción?”. En: *Cuadernos Argentinos de Sociopsicoanálisis*, Año 1, N° 2. CABA, Fundación Gérard Mendel de Argentina.
- Acevedo, M. J. (2015a). “Dinámica del reconocimiento e identidad profesional”. En: Ferrarós, J. J. (comp.) *Docentes universitarios en la práctica*. CABA, Biblos.
- Acevedo, M. J. (2015b). “El trabajador Social frente a la organización prescindente”. En: Ferrarós, J. J. (comp.) *Docentes Universitarios en la práctica*. CABA, Biblos.
- Acevedo, M. J. (2015c). “Satisfacción y sufrimiento en el trabajo docente en ambientes sociales críticos”. En: Ferrarós, J. J. (comp.) *Docentes universitarios en la práctica*. CABA, Biblos.
- Acevedo, M. J. (2020). “El ‘acontecimiento’, sus vertientes y resonancias”. *Artículo de la cátedra Psicología Institucional CTS/FCS/UBA* (mimeo).
- Ardoino, J. (1990). “El análisis multirreferencial de las situaciones sociales”. En: *Psicología Clínica*. París.
- Arito, S. M. y Rígoli, A. (2021). “Salud, subjetividades y vínculos en tiempos de pandemia”. En: *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (8). 220-235.
- Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA (2022). *Relevamiento sobre condiciones laborales y política pública de salud mental*. CABA, APSS.

- Asociación de Psicólogos del GCBA y Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA (2022). *Jornadas de Guardia Interdisciplinaria en Salud Mental*. CABA, Ediciones Z.
- Calva Morales, Salvador (2022). "El concepto de transpandemia". <https://www.sabersinfin.com/articulos/educacion/29924-el-concepto-de-transpandemia-articulo>. Consultado el 02 de agosto de 2023.
- Dejours, C.; Abdoucheli, E., Jayet, C. (2009). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo. Atlas.
- Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. CABA, Topía.
- Lapassade, G. y Lourau, R. (1973). *Claves de la sociología*. Barcelona, LAIA.
- Malfé, R. (1989). "Espacio Institucional". En: *Revista Argentina de Psicología*, año XIX, Nro. 39. Publicación de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?". En: *Revista Alteridades*.
- Menéndez, E. (2020). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Lanús, UNLA.

## ¿CÓMO, DESDE LAS INCUMBENCIAS DEL TRABAJO SOCIAL, CONSTRUIMOS SALUD?

### Autoras:

Bezzecchi, María Sol ([solbezzecchi@gmail.com](mailto:solbezzecchi@gmail.com))

Scampini, Melisa ([scampinimelisa@gmail.com](mailto:scampinimelisa@gmail.com))

Sosa, Maria Belén ([sosamariabelen19@hotmail.com](mailto:sosamariabelen19@hotmail.com))<sup>1</sup>.

---

### Introducción

El presente trabajo surge a partir de nuestras primeras preguntas e incomodidades en el contexto de nuestro tránsito por el segundo año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental<sup>2</sup> (RISaM) en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (HNRLB). La residencia está conformada por profesionales de enfermería, terapia ocupacional, psicología, psiquiatría, trabajo social y musicoterapia. Dentro de la misma se sostienen espacios disciplinares e interdisciplinares con el objetivo de discutir e intercambiar acerca de las situaciones de salud desde cada campo de conocimiento y construir una lectura interdisciplinar.

Si bien este trabajo surge como parte del trabajo final de la instructoría disciplinar de Trabajo Social, es producto de las discusiones, intercambios, lecturas, que fuimos construyendo durante todo el año de forma conjunta, en un intento de colectivizar las situaciones que nos fueron “derivadas” de forma individual.

Durante el periodo de octubre de 2022 y agosto de 2023 nos insertamos en los equipos interdisciplinarios del dispositivo de Consultorios Externos, el mismo forma parte de los dispositivos de atención ambulatoria del HNRLB.

---

<sup>1</sup> Trabajadoras sociales. Residentes de Salud Mental del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”

<sup>2</sup> La RISaM es una política pública del Ministerio de Salud de Nación destinada a la formación en servicio de profesionales en salud mental enmarcada en la ley 26.657.

A partir de las características de dicho dispositivo, comenzamos a interrogarnos acerca de la particularidad del trabajo desde nuestra disciplina, ¿qué situaciones son derivadas a trabajo social? ¿qué se espera que se realice? ¿es posible realizar un “tratamiento” en salud mental desde una perspectiva individualista? ¿qué aspectos de la salud mental “trata” el trabajo social?. Como también interrogantes en un sentido ético-político del ejercicio profesional, ¿en qué perspectiva enmarcamos nuestro trabajo? ¿es posible colectivizar las situaciones sin perder de vista la singularidad de cada una? ¿qué estrategias de intervención planificamos de acuerdo a la idea de colectivizar?.

A lo largo de nuestro recorrido, hemos apostado a pensar estrategias de intervención en una lógica de “acompañamientos” que construyan salud con otros. En este sentido, intentamos orientar nuestra práctica bajo el interrogante de ¿Cómo, desde las incumbencias del trabajo social, construimos salud?.

En las siguientes páginas pretendemos recuperar dichos interrogantes y las experiencias que transitamos durante el último año como una apuesta por entrelazar los aportes teóricos, que contribuyeron a la reflexión diaria, con la práctica y las diversas situaciones con las que nos encontramos en el cotidiano institucional. Nos resulta importante aclarar que este escrito fue posible debido a la sistematización que fuimos realizando de nuestras intervenciones y de los espacios de reflexión crítica que se fueron tejiendo, los que posibilitaron observar las dificultades de trabajar en salud a partir de recetas preestablecidas. Además, pudimos observar algunas cuestiones comunes en las situaciones que acompañamos, desde los atravesamientos de situaciones de violencia de género, de consumos, concepciones tradicionales de salud mental que se gestan y se reproducen desde un sistema neoliberal que deja por fuera del lazo social a las mayorías.

En este sentido, consideramos que intervenciones que apunten a colectivizar los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado constituyen estrategias contrahegemónicas de aquellas prácticas que tienden a la individualización de los padecimientos.

### **Situando algunas coordenadas**

*“Las necesidades pueden ser entendidas no sólo como carencias o problemas de salud, sino como proyectos que expresan una necesidad radical: aquello que un ser necesita para continuar siendo un ser”  
(Silva Paim, 2021, pág. 84)*



Para comenzar es importante mencionar que Consultorios Externos forma parte de los dispositivos de atención ambulatoria con los que cuenta el hospital. Se caracteriza por realizar acompañamientos en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado bajo la conceptualización de “tratamientos”, predominando la oferta y demanda de espacios individuales, sostenidos en el uno a uno, por profesionales que conforman el “equipo tratante”, quienes orientan las intervenciones desde un saber profesional.

En nuestro tránsito realizamos una lectura del contexto social, económico y político actual, en la que observamos que si bien se intenta atender las demandas y necesidades de la población, se encuentran grandes dificultades para abordar la complejidad de las situaciones problemáticas presentadas. En su mayoría, los padecimientos que atraviesan las personas llegan vinculados al no tener acceso a una vivienda, a la alimentación, al trabajo, atravesamientos de distintas violencias, por lo que resulta imprescindible poder abordar la garantía de derechos en los “tratamientos” en salud mental, ya que entendemos que no hay salud mental sin todo ello.

Al insertarnos en los equipos, comenzamos a escuchar historias de vida, situaciones cotidianas y condiciones materiales de existencia atravesadas por múltiples problemáticas sociales que intentan ser abordadas desde la individualidad y en un tiempo acotado por las normas institucionales explícitas e implícitas (los requisitos que se espera que las personas cumplan, la lógica de turnos en horarios específicos, los espacios de entrevistas con tiempo predeterminado -con una hora o media de duración según cada profesional-, entre otras). Dicha lógica dificulta el reconocimiento de aquello que parecía “común” entre los padecimientos que atravesaban las personas, sin poder vincularlo a las condiciones que responden a un sistema y contexto particular.

Nos encontramos interviniendo en instituciones cuya concepción de sujeto parte desde lógicas que intentan normalizar a las personas y las situaciones que atraviesan. En línea con la idea de una sociedad como totalidad homogénea, que intenta capturar aquello que se escapa a la norma (la locura, identidades, pobreza) y recluirlo en instituciones, en tratamientos, en espacios protocolizados, entre otros. Esto se da en la continuidad de una respuesta de la sociedad frente a los padecimientos, que los continúa ubicando en el terreno de lo privado, responsabilizando a las personas de las situaciones y condiciones de vida, que están vinculados a una sociedad de consumo, neoliberal, en el que los derechos no están siendo garantizados. Pero a la vez aún per-

duran lógicas institucionales que intentan capturar a aquello que queda por fuera de la norma.

En este sentido, coincidimos con Lewkowicz, I.(2004) cuando afirma que *“las instituciones trabajan con una serie de supuestos que presuponen para cada caso un tipo de sujeto que no es el que llega. Siempre ha ocurrido que lo esperado difiere de lo que se presenta, pero hubo un tiempo histórico en que la distancia entre la suposición y la presencia era transitable, tolerable, posible (...) hoy, la distancia entre lo supuesto y lo que se presenta es abismal”* (pág. 106) podremos afirmar que actualmente las instituciones del estado no logran responder a la desidia y exclusión que produce cotidianamente el sistema capitalista de continuidad neoliberal, dado que las manifestaciones de la cuestión social<sup>3</sup> se ven cada vez más agudizadas y las problemáticas que atraviesan las personas que se presentan a la institución no responden a las ya encasilladas y protocolizadas. En el ámbito de la salud, nos encontramos con situaciones que trascienden el hecho de “curar”, “aliviar” un problema de salud o padecer, como mencionamos, las presentaciones actuales trastocan y exceden los procedimientos planificados a priori.

Podemos observar en situaciones problemáticas como situación de calle, que ya no se compone por una minoría que la atraviesa, sino por el contrario, encontramos a grandes mayorías en emergencia habitacional. Esta última no es un problema de una persona individual, sino que responde a un sistema que necesita de ello para continuar reproduciéndose. A su vez, las políticas que intentan dar respuesta y “resolver” a esta necesidad, no brindan lugares adecuados, como tampoco los recursos económicos suficientes para cubrir los gastos de un alquiler y, como tercera variable, podríamos incluir a los prejuicios o preconcepciones de personas con padecimiento de salud mental, o personas excluidas del sistema de consumo. Por esto, es que decimos que no hay una institución o una gestión de determinado recurso como única vía para responder a dicha problemática.

En el marco de lo mencionado, observamos que en la cotidianidad institucional muchas veces se suele pensar las derivaciones a trabajo social vinculadas a “problemas” puntuales entre los que podemos mencionar: situación de calle o riesgo de estarlo, documentación personal, dificultades de acceso a determinados recursos (económicos, alimenticios, transporte) entre otros. Es desde allí que la demanda institucional

<sup>3</sup> Cavalleri, M. (2020) se refiere a estas como “expresiones de desigualdad que existen en la sociedad capitalista”. En: “Trabajo Social y Situaciones Problemáticas”.

se piensa como intervenciones concretas: gestión de paradores-hogares-casas convivenciales, asesoramiento e incorporación a políticas sociales y recursos económicos, gestión de certificados de discapacidad.

En primer lugar, podríamos decir que estas demandas se enmarcan en la idea de que para cada “problema” existe una “solución” y que la misma será unívoca, universal, homogénea y ahistórica, perdiendo de vista que podría desdibujarse así la singularidad de cada persona en su contexto social determinado. Consideramos necesario plantear esta cuestión, debido a que en la vorágine institucional nuestra acción profesional es leída bajo estas coordenadas. Sin embargo, apostamos por marcar otras coordenadas posibles que coinciden con el proyecto profesional que intentamos construir y el proyecto de sociedad<sup>4</sup> al que aspiramos.

Es por las afectaciones que nos generaba encontrarnos con demandas institucionales que tienden a la individualización y la fragmentación de la vida cotidiana; relatos que evidencian padecimientos fuertemente atravesados por falta de espacios compartidos desde el disfrute e interés de cada uno, o que brindarían la posibilidad de visibilizar que aquellos padecimientos que venían atravesando de manera solitaria podían ser compartidos con otros, que surgen nuestros interrogantes sobre los acompañamientos que realizamos.

En esta línea, mediante el diálogo constante con compañeros de otras disciplinas, se construyeron dos espacios grupales que coordinaron dos profesionales del servicio. Uno de ellos fue un taller de lecto-escritura creativa que se caracterizó por el interés en común que tenían quienes participaron del espacio no solo como forma de expresión sino también como espacio de disfrute. El segundo taller se llamó de “amichis” que también fue construido junto con las mujeres que participaron con la intención de compartir intereses, deseos y diversos momentos vivificantes a partir de herramientas lúdicas, lo que habilitó la construcción de lazos y redes de referencia entre ellas. Ambos espacios fueron construidos como posibles respuestas a aquellos comunes mencionados, lo cual posibilita otros modos de pensar la salud mental descendiendo el padecimiento e identificando como parte de la misma el disfrute, la construcción de nuevos vínculos y otros modos expresivos.

---

<sup>4</sup> Pontes plantea estas categorías como parte de la matriz profesional que fundamenta la intervención desde el Trabajo Social.

Consideramos, como señala Spinelli (2022) que *“en los procesos de trabajo de atención o cuidado del campo de la salud, el producto no es tangible”*. (pág.106). Este autor caracteriza el trabajo de cualquier profesional del campo de la salud como trabajo artesanal, *“su trabajo aparece como caótico para la mirada industrial ya que es casi imposible de estandarizar y medir su productividad de manera objetiva, tanto es así que no se puede predecir qué va a producir, ni cuánto se va producir”* (pág. 111). En contraposición a esto, señala que la salud es un producto de lo *relacional*, a diferencia del proceso de trabajo industrial, por lo tanto tiene implicaciones subjetivas. Nos detendremos en estas categorías al ponerlas en diálogo con nuestra experiencia de trabajo vivo en acto<sup>5</sup>.

En nuestro recorrido hemos apostado a un pensar y hacer en salud situado: en la vida de las personas como el centro, los lugares que habitan, los tiempos y momentos que atraviesan, sus intereses y proyectos de vida, sus deseos y su historia. En el siguiente apartado, realizamos un intento de transmitir aquello que acompañamos, desde la categoría negación que propone el movimiento decolonial. Nos proponemos pensar en acompañamientos contraponiendo esta idea a la de “tratamiento”, con la intención de romper esa lógica de poder-saber que predomina en los espacios, dando lugar para que surjan los deseos e intereses de la persona, nombrando a las personas desde otro lugar que no tenga que ver a su tránsito por una institución de salud (paciente), ni desde el diagnóstico, sino desde su singularidad, desde aquello que constituye su identidad.

### **Pensar y hacer situado**

Continuando con lo planteado por el autor, retomamos un problema que explicita en su texto: *“a las instituciones ya no llega la subjetividad pertinente para habitarlas”*, en este sentido plantea *“¿qué posibilidades tienen los agentes para, una vez desmontados los supuestos institucionales, instalar una subjetividad capaz de habitar las situaciones?”* (Lewkowicz, 2004, p.106). A partir de esto, plantea necesario pensar situaciones, en lugar de suposiciones, ya que si pensamos desde lo que deberían ser nuestras intervenciones en salud, no logramos pensar la potencialidad de lo que podemos hacer, situados en el contexto que atraviesa la persona, las problemáticas que les atraviesan y las estrategias de supervivencia que generan.

<sup>5</sup> Según Merhy, el trabajo vivo en acto es aquel que se da en el momento de la interacción y que no puede ser prefabricado ni estereotipado porque se rige por lo que ocurre y circula entre las personas implicadas.

*¿Sobre qué negaciones actuamos?*

*Benavente, Sol*

*“Hacia un feminismo popular:*

*los legados de Rodolfo Kusch y Domitila Barrios”.*

Este pensar situado nos ubica en un contexto social e histórico determinado, pensamos entonces desde latinoamérica, con una historia signada por el colonialismo, desde un país del tercer mundo atravesado por lógicas de dependencia y con grandes avances de las lógicas de derecha. Es por esto que, para entender el devenir de las situaciones que se nos presentan a diario y nuestro recorrido en procesos de trabajo en salud, consideramos a la categoría de “negación” de Rodolfo Kusch para acompañar esta lectura.

Podríamos decir que la negación es *“el existir de las voces bajas (Guha, 2002) que no entran en el relato oficial. Una vez negado todo lo que nos rodea, queda nuestra pura estrategia para vivir, nuestra pura posibilidad de ser, es decir, una política”.* (Benavente, pág.7). Desde esta concepción, nos interesa partir de algunas negaciones que creímos necesario hacer en el transcurso de los espacios que tuvimos durante este trayecto formativo.

**1-** *Negamos el nombrar a las personas que transitan el sistema de salud como “pacientes o usuaries” debido a que entendemos que los discursos son instrumentos de ejercicio de poder. Retomamos lo planteado por Rocio Girado (2020), en su escrito “El lenguaje en Salud Mental”, quien explica que la categoría de paciente “se convierte en un instrumento para invisibilizar, silenciar y deslegitimar los conocimientos que traen consigo las personas que acceden al Hospital, generando de alguna manera que no sean partícipes en la toma de decisiones” (pág. 4). Por otra parte, la idea de usuarie, si bien se pensaba como superadora de la anterior, “le confiere a las personas un sentido de individualidad y beneficio particular que lejos está de condecirse con la realidad, donde la libertad de elección entre servicios (cómo y dónde atenderse) no es posible si tenemos en cuenta los determinantes económicos políticos y sociales que atraviesan a las personas y al campo de la salud en sí” (pág. 5).*

Debido a esto, nombramos a quienes atendimos por su nombre (en este escrito, como personas) a diferencia de usuarie o paciente, ya que apostamos por distanciarnos tanto del paradigma médico- hegemónico como del paradigma del consumo, en tanto quienes se acercan tienen capacidad de acción y es desde ésta que construimos

ciertas coordinadas y, por otro lado, consideramos el acceso al sistema de salud como derecho y no como bien de uso. A su vez, apostamos a construir desde la vincularidad con el otro, sin desconocer las jerarquías pero reconociéndonos como personas en un encuentro de inter-saberes.

Asimismo, al considerar dentro de los encuentros con ellos sus deseos y sus proyectos de vida, descentrando el padecer, se posibilitó su tránsito por otras instituciones o espacios que les generan placer y abrieron otros caminos que no sean únicamente el de "ser pacientes" o encontrarse en una institución de salud mental.

**2- Negando** aquella distancia que se pretende entre profesional-paciente, apostamos a una dimensión afectiva ya que en tiempos neoliberales, consideramos que el cariño, el afecto, el estar para otro intenta desmercantilizar un poco la vida cotidiana como contrapuesto a las relaciones de consumo. Según Lewkowicz (2004) *"en un medio fluido cualquier conexión tiene que ser cuidada, no se sostiene en instituciones sino en operaciones, no tiene garantías, más bien exige un trabajo permanente de cuidado de los vínculos."* (pág.111)

En este mismo sentido, retomando lo propuesto por Spinelli (2022), decimos que el trabajo en salud tiene un capital humano intensivo, *"el trabajo se basa en personas no solo como fuerza de trabajo, sino también como inteligencia, sentimientos y emoción, que son partes de procesos relacionales"* (pág.112).

La construcción de un vínculo requiere que repensemos los espacios de atención de manera horizontal, ya que si alguien no se acerca a la institución o no se siente cómodo en los espacios, puede ser necesario modificar la dinámica o construir en conjunto otros modos que sean más amenos para el otro. En este sentido, el tiempo en consultorios externos fue importante para conocernos y encontrarnos en un modo de trabajo, desde la disposición de los cuerpos, los lugares de entrevista, intentando mantener encuentros en parques, en caminatas, flexibilizando los horarios y regularidad de los encuentros en la medida de lo posible. Lo mismo a la hora de pensar en estrategias de intervención, ya que quien marca los tiempos es el otro, según las decisiones que pueda y quiera tomar en dicho momento.

Nos interpelaba la pregunta ¿por qué alguien va a hablar de su intimidad con nosotros? lo que nos mostró necesaria la construcción de un vínculo de confianza y de mostrarnos disponibles para el encuentro. Dussel, E. en su filosofía de la liberación, en contraposición a la de dominación, expresa como condición de dicha liberación la

categoría de “proximidad”. Entiende que *“el aproximarse sujeto-sujeto -distinto a la relación sujeto-objeto eurocéntrica (...) es la palabra que expresa la esencia del ser humano” (pág. 2).*

Para ello es necesario considerar la trayectoria que tienen las personas en el sistema de salud y particularmente en salud mental, sin desconocer que trabajamos desde instituciones estatales que durante muchos años, aún en la actualidad, desarrollan prácticas manicomiales restringiendo la autonomía de las personas.

**3-** *Negamos* que la salud tiene que ver sólo con el padecer, apostamos por trabajar con los intereses y deseos de las personas, negando el mero existir como única vía posible de vivir.

Un eje transversal en los acompañamientos realizados fue el abordaje de las concepciones sobre la salud mental y qué significado le otorga cada persona. Ello se presenta como necesario si tenemos presente que las personas no comienzan su recorrido cuando llegan al hospital, por el contrario, tienen recorridos institucionales y no institucionales previos. Historizar acerca de su padecimiento, cómo se construyó, en qué momento, cómo lo pueden nominar, qué estrategias para atenderlo encontraron, permite problematizar acerca de estas ideas y deconstruir la concepción de “salud-enfermedad”.

Trabajar en relación al diagnóstico, lo que significa para la persona, qué ventajas y desventajas encuentra allí. Qué posibilitan los diagnósticos y qué no, en términos de gestión. Cómo se presentan sus síntomas, en qué momentos. También ubicamos el uso de drogas en contexto de una sociedad de consumo y en intersección con las situaciones de violencia, u otras, según cada persona particular, trabajando sobre el uso que se da a las mismas, siendo éstas un recurso disponible para el alivio de los padeceres que la expulsión genera.

Estas dimensiones permitieron pensar proyectos que apunten a lo vivificante y no estén centrados en el padecer y las barreras cotidianas que esto conlleva. Desde allí reflexionamos sobre los sentidos de las actividades de su vida cotidiana, así como en la construcción y sostenimiento de vínculos saludables. En tanto, las definiciones sobre los padeceres deben constituirse desde los saberes populares que hacen de las poblaciones, necesitando negar nuestras propias categorías profesionales como únicas verdades para habilitarnos a escuchar otras. Es desde allí que nos interesa resaltar que nuestra concepción de salud tiene que ver con la construcción en el devenir de estas

situaciones que se fueron presentando. Es decir, entendemos que la salud no es la misma para todes, ni significa lo mismo.

Consideramos que la salud mental tiene que ver con aspectos singulares de las personas, por tanto diversos, vinculados con aquello que les genere placer, tranquilidad y que está relacionada a la satisfacción de necesidades para la reproducción de la vida como el cuidado, el afecto, la alimentación, vestimenta, un espacio para descansar y/o desarrollar actividades significativas, aspectos económicos, culturales, vinculares, entre otros. Como así también, que estos derechos sean garantizados para otros, esto se vincula a lo antes mencionado como el proyecto de sociedad que queremos, una sociedad igualitaria, sin discriminación, sin violencias, no capacitista, en comunidad.

4- *Negamos* que las lecturas sobre las situaciones sean unívocas e inmodificables,

*“¿Hacia dónde miramos? ¿Qué buscamos? ¿Estamos escuchando lo suficiente? ¿Cómo pensar y comunicar fuera de las narrativas normativas? (Spivak, 2003) ¿Que injusticias nos interpelan? ¿Con qué símbolos nos identificamos?”. (Benavente,p.13)*

En lo que respecta a las injusticias que nos interpelan, entendemos que el vivenciar situaciones de violencia desde los márgenes requiere *“prestar atención a nuestros problemas fundamentales”* (Benavente,p.13) ya que en nuestros pueblos la situación de calle, la falta de recursos económicos para reproducir las condiciones de existencia, se vincula con la aceptación de vínculos que nos enferman pero que nos garantizan la reproducción de la vida?.

El trabajar sobre dichos vínculos con una continuidad en el tiempo permitió hacerlo a medida que se iban alejando y encontrando con sus (parejas), lo que posibilitó construir sobre la marcha, de manera cuidada, una lectura sobre aquello que vivenciaban. Lo mismo generó a largo plazo un posicionamiento distinto y habilitó la puesta de límites a los mecanismos, sutiles o no, de la violencia patriarcal, problematizando los vínculos sostenidos.

Retomando los interrogantes que plantea Benavente, *“¿Cuáles son las urgencias y prioridades? ¿Quiénes las definen? ¿Sobre qué negaciones actuamos?”* (pág 12), agregamos que es necesario pensar *¿para quiénes son las urgencias y prioridades, ¿para nosotros? ¿para la institución? ¿para las redes vinculares de las personas? ¿o para ellas?.*



En nuestra lectura profesional es importante considerar que si nos centramos solo en el “ser” en tanto estático, inmodificable, podemos concluir que las personas que se presentan no tienen red vincular y se encuentran soles por no contar con una familia tradicional o amistades pensadas desde nuestro posicionamiento. Al contrario de esto, si nos enfocamos en el “estar siendo” podríamos observar que construyen vínculos con nosotros, con otras personas que concurren al hospital o a las organizaciones, referentes barriales, entre otros. Se podría ampliar esta noción de redes y vínculos que construyen y la potencialidad que éstos tienen en el proceso de salud. *“La noción de negación, en tanto hace foco en la existencia y en las estrategias de los sectores populares para enfrentarse a las limitaciones que se le imponen, enriquece la lectura del accionar (y el no-accionar)”* (Benavente,p.8).

En este sentido, al momento de pensar las estrategias de intervención relacionadas a espacios por fuera del hospital, se presentan distintas situaciones que obstaculizan la concreción de las mismas. Asimismo, parte de este proceso nos llevó a repensar los discursos que aparecen como frontera para construir estrategias posibles. Nos referimos a aquellos discursos y concepciones que plantean un “adentro” versus “afuera” de la institución, fragmentando muchas veces los procesos de salud -y podría decirse de vida- como si fuera posible tal división. En este sentido, retomamos autores que aportan a pensar en un sentido más dinámico y fluido. Nos parece interesante tomar los aportes de la geografía citados por Chiara, M (2018) en relación a la perspectiva “relacional” del territorio. Desde dicha perspectiva se propone distinguir entre “territorios de proximidad” y “territorios de conectividad”, destacando que este último *“pone en evidencia la dificultad para demarcar fronteras precisas, definibles a partir de los atributos del espacio.”*

En este sentido, las estrategias construidas intentaron no reproducir prácticas manicomiales con lógicas hospitalocéntricas, apostando a lo comunitario y territorial, sin embargo, en algunas oportunidades esta apuesta puede no coincidir con los intereses de las personas. En estas instancias, consideramos que el hospital puede funcionar también como un “afuera” y parte de esa red transferencial. Nos referimos a un afuera en el sentido de estar alejado de lugares donde vivencian situaciones de violencia, de discriminación, de normalización, de control.

Estas experiencias nos llevan a comprender que no se trata de polos opuestos, de unos u otros espacios, sino que por el contrario a veces los acompañamientos se tratan de identificar los posibles en determinado tiempo, entendiendo los procesos de

salud como dinámicos tanto temporal y espacialmente. En este sentido, el hospital y los espacios que se puedan construir en él pueden producir multiplicidad de posibles, vínculos, afectos productores de salud y en tanto tal superar los límites de los muros institucionales.

En este punto tomamos los aportes retomados por Romina Olejarczyk y Belén Demoy (2017) en relación a la importancia de acompañar procesos desde los cuales sean posibles desplazamientos subjetivos: *“los trabajadores sociales actúan de alguna manera en la producción de subjetividad. [...] Se encuentran en una encrucijada política y micropolítica fundamental. O hacen el juego a esa reproducción de modelos que no nos permiten crear salidas a los procesos de singularización o, por el contrario, trabajan para el funcionamiento de esos procesos en la medida de sus posibilidades y de los agenciamientos que consigan poner a funcionar”* (Guattari y Rolnik, 2013: 43).

En este sentido, construir espacios grupales desde los cuales apostar a otras formas posibles de vinculación, construcción de lazos y procesos de subjetivación que produzcan aperturas ante el sistema de subjetivación dominante.

**5-** *Negamos* al trabajo social solo como gestor de políticas públicas que continúan reproduciendo situaciones de desubjetivación de las personas. Negamos la existencia de la disciplina basada en prácticas que fragmentan la vida y sectorizan las problemáticas.

En este sentido, entendemos que es necesario planificar gestiones considerando el sentido de cada una en la vida de los otros, trabajarlas en conjunto con ellos. Entendemos que las políticas públicas en general y quienes estamos cotidianamente trabajando con ellas producimos y reproducimos cierto tipo de subjetividad. Por ello, tener presente en cada intervención qué significado y utilidad en su cotidiano adquiere para cada persona determinada política social, es parte constitutiva del acompañamiento.

En este sentido Ana Arias, plantea una diferenciación para analizar la categoría de accesibilidad. Tomando sus aportes pensamos la gestión de recursos desde la accesibilidad en tanto proceso y como derecho. En este sentido, la autora habilita la posibilidad de elección del otro, del reconocimiento de su lugar activo en el acceso y en *“la construcción de un espacio público en tanto lugar de reconocimiento de lo común”*.

*La negación está en la habitualidad de todos los días, de los rostros, de las instituciones que son siempre las mismas y en la frustración que supone*

*el aceptarlas. O cuando se me dice que estamos en un país ya fundado, y me cuentan su historia. O cuando no me dejan creer, y me señalan la vocación que debo tener, hasta la mujer que debo elegir, y me confirman todo, incluso la política a la cual me debo.xviii” (Benavente,p.13)*

### Reflexiones finales

A lo largo del recorrido intentamos trazar ciertas coordenadas desde donde pensamos las derivaciones que nos realizaron a nuestra disciplina. En los distintos espacios terapéuticos nos encontramos requiriendo de otros espacios colectivos que alojen, siendo que el anonimato que se produce en las sociedades actuales, donde no importa le otre sino aquello que produce en tanto intercambio, genera los mayores padecimientos; por lo que recuperar el afecto, el encontrarse, es lo más necesario en las estrategias de intervención y lo más difícil de ofrecer en el marco de los “tratamientos”. No creemos posible realizar un tratamiento en salud mental que no tenga en cuenta la necesidad de colectivizar los padeceres que nos atraviesan ya que la privatización del malestar es muchas veces es lo que motoriza las afectaciones que traen las personas.

Enmarcamos nuestro trabajo en una perspectiva territorial y comunitaria siendo posible colectivizar las situaciones sin perder de vista la singularidad de cada una, ya que es a partir de esta última que se construyen estrategias para cada persona en particular.

En las condiciones que vivimos hoy, el acceso a la vivienda, al trabajo, al ocio no son derechos que están siendo garantizados para las mayorías. Desde estas coordenadas, pensar qué respuesta para cada situación con los recursos que contamos, puede habilitar nuevos posibles desde las estrategias que las personas, las organizaciones que tejen para vivir. Si pensamos desde lo que está en tanto condiciones de vida y lo negamos como horizonte de posibilidad, nos permitiremos que surjan otras respuestas a partir de la escucha y colectivización de los padeceres.

*“Nuestra vivencia de la negación nos acerca a la revelación de otros sentidos, esos que se tejen en el hambre, el cansancio, el trabajo, en el goce y en el sufrimiento, en lo que decimos y nos dicen, en la violencia cotidiana, en el miedo, en los días y en las noches, en todos los rincones donde nuestras circunstancias no se dejan amansar por el razonamiento ni por las recetas (in)falibles de occidente” (Benavente,p.6).*

Por lo que nuestro aporte disciplinar en salud mental puede ir en línea con recuperar aquellos “*estar siendo*” de las personas, anclándose en el contexto en el que nos encontramos. “*Creemos que la metafísica del estar-siendo americano que propone Rodolfo Kusch es un camino interesante para deshacernos de nuestros prejuicios occidentales que reclaman autonomía y la no-contradicción (...) son las acciones, saberes y luchas de nuestros pueblos los que nos exigen nuevos textos, nuevas metodologías, nuevas estrategias, nuevos compromisos.*” (Benavente,p.13).

### Bibliografía

- BENAVENTE, Sol. Hacia un feminismo popular: los legados de Rodolfo Kusch y Domitila Barrios. Recuperado de: <https://www.centrocultural.coop/revista/1415/hacia-un-feminismo-popular-los-legados-de-rodolfo-kusch-y-domitila-barrios>. (S/F) Consultado el: 14 de julio de 2023
- Chiara, M. (2018). ¿Es el territorio un “accidente” para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. Ciudadanías. Revista De Políticas Sociales Urbanas, (4).
- COREA, Cristina; LEWKOWICZ Ignacio (2004) Pedagogía del aburrido: escuelas destituidas - 1a ed. Buenos Aires. Paidós.
- GIRADO, Rocio. El lenguaje en Salud Mental. Ateneo de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”. Febrero 2020
- IBAÑEZ CHOQUE, Ariel Bernardo. Filosofía de la liberación. Capítulo 1 y 2, 1977 (2014) Seminario de filosofía de la liberación. Perspectivas y prospectivas. Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2019.
- Olejarczyk, R., & Demoy, B. (2017). Habitar la trinchera: potencia y política en el Trabajo Social. Ts. Territorios-REVISTA DE TRABAJO SOCIAL.
- PONTES, Reinaldo. Mediación y Servicio Social: un estudio preliminar sobre la categoría teórica y su apropiación por el Servicio Social. San Pablo: Cortez. 1997
- PAIM, Jairnilson Silva Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI / Jairnilson Silva Paim. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2021. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Salud Colectiva ; 15)
- SPINELLI, Hugo. Sentirjugarhacerpensar : la acción en el campo de la salud. 1a ed. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2022. libro digital, Pdf - (Cuadernos del iSCo / Hugo Spinelli ; Salud colectiva ; 22)

## **APORTES DESDE EL TRABAJO SOCIAL PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN ABORDAJE COMUNITARIO EN SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.**

### **Autoras:**

Lic. María Belén Butrón, La Otra Base de Encuentro

Lic. Yamila Ventureira, CEMAR 2

---

El presente trabajo surge a partir de reflexiones sobre nuestra inserción como profesionales de Trabajo Social en equipos interdisciplinarios de acompañamiento a personas con consumos problemáticos de sustancias, que funcionan en efectores de salud ubicados en dos de las villas más pobladas de la Ciudad de Buenos Aires (La Otra Base de Encuentro de Villa 1-11-14 y Centro de Día “Cable a Tierra” del CEMAR II de Villa 21-24).

En el marco de nuestra participación en estos dispositivos, que se proponen un abordaje desde la perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños, como parte de una estrategia de Salud Mental Comunitaria, es que nos preguntamos qué aportes puede brindar el Trabajo Social en la construcción de dicha lógica de intervención.

### **Salud Mental Comunitaria y la Determinación Social de la Salud**

En una primera instancia, comenzaremos por definir qué entendemos por salud mental comunitaria. La Salud Mental Comunitaria se propone como superación del paradigma biomédico, encarnado en el modelo manicomial-asilar, propio de la psiquiatría tradicional. A partir de la ruptura con las concepciones biologicistas y reduccionistas de los procesos de salud sostenidas por el positivismo y el modelo médico hegemónico, se incorpora la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Este viraje permite la restitución del carácter complejo, histórico e integral del concepto de salud, e implica reconocer que los procesos sociales intervienen en la producción de los padecimientos psíquicos.

La determinación del proceso de salud-enfermedad-atención se ubica, de este modo, en el plano de las relaciones sociales y los modos de (re)producción del orden social. Restituyendo el carácter sociohistórico del proceso salud-enfermedad, se evidencia que las formas particulares de transitarlo se vinculan con dimensiones estructurales del modo de organización social, y cobran importancia categorías como clase social, género y etnia. Es decir que es en el plano de la (re)producción de la vida social en un momento histórico determinado –y en las relaciones sociales que en su marco se entretienen– donde se hallan los elementos explicativos del proceso de salud-enfermedad-atención, su génesis, sus particularidades, y su distribución entre distintos grupos poblacionales.

Siendo el Trabajo Social una disciplina que encuentra en el plano de la reproducción de la vida cotidiana su horizonte de intervención, y recuperando los aportes de Netto (2012), quien sostiene que “la vida cotidiana puesta así en su insuprimibilidad ontológica, no se mantiene como en una relación seccionada con la historia. Lo cotidiano no se despega de lo histórico, más bien, es uno de sus niveles constitutivos: el nivel en que la reproducción social se realiza en la reproducción de los individuos como tales” (Netto, 2012: 23), es posible afirmar que la disciplina puede realizar aportes significativos para el análisis de las mediaciones que se constituyen entre lo singular y lo universal. En el plano de la particularidad, en tanto mediación necesaria, es posible “encontrar los elementos que permitan reconstruir analíticamente cómo las grandes determinaciones de la sociedad se concretizan en la vida cotidiana” (Oliva y Mallardi, 2011: 61).

Siendo que nuestra intervención se orienta hacia las expresiones de la cuestión social, entendida como las manifestaciones que surgen de las relaciones sociales desiguales propias del modo de organización capitalista, la disciplina en el marco de los equipos interdisciplinarios de salud mental puede contribuir a la lectura situada de las dimensiones sociales, históricas, económicas y culturales que participan en la constitución de los padecimientos y los consumos problemáticos, habilitando la construcción colectiva de abordajes integrales.

De modo que, a partir de “comprender cómo la totalidad que se expresa en la cuestión social se manifiesta y adquiere sus respectivas particularidades en la vida cotidiana” (Oliva y Mallardi, 2011: 59), el Trabajo Social puede realizar un aporte a la lectura de los determinantes sociales de la salud y la salud mental, al analizar el modo en que se configuran los padecimientos subjetivos en el marco de relaciones sociohistóricas concretas devenidas de un determinado orden social.

### **La Reducción de Riesgos y Daños en la Clínica Ampliada**

Desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria se propone la necesaria sustitución del manicomio por servicios territoriales y de atención primaria de la salud, invirtiendo la lógica de abordaje de la exclusión, el aislamiento y la des-subjetivación, por una clínica ampliada que permita la subjetivación, la producción de autonomía y la inclusión. “Los servicios ya no serán lugares de represión, exclusión, disciplina, control y vigilancia (...). Deben ser entendidos como (...) servicios que trabajan con personas y no con enfermedades, lugares de sociabilidad y producción de subjetividades” (Amarante, 2019: 68).

Esta propuesta de abordaje de la salud mental implica la necesidad de generar una clínica centrada en el sujeto, esto marca una diferencia en relación a la forma de abordar el objeto de conocimiento e intervención que históricamente ha tenido la medicina (saber hegemónico en el campo de la salud). Para la medicina, la enfermedad ha sido el objeto de trabajo de la clínica<sup>1</sup>, frente a este proceso los sujetos tienden a ser identificados por sus enfermedades, las cuales comienzan a ocupar un lugar central, produciéndose un corrimiento del sujeto. La enfermedad comienza a ocupar un espacio central, como si ella reemplazara la voluntad, la mente, toda la esencia del sujeto (Sousa Campos, 1997), entonces la intervención estará destinada sólo a lidiar con la enfermedad, excluyendo como objeto la propia vida y existencia concreta de ese sujeto, como por ejemplo, cómo se articula esta enfermedad en un contexto de desempleo, o con precariedad habitacional, en qué afecta a la posibilidad de pensar un proyecto vital, etc. Sin la consideración de estas interrelaciones, la clínica se empobrece, e incluso se habilita un espacio para intervenciones iatrogénicas<sup>2</sup>.

Es por esto, que se propone una ampliación del objeto de conocimiento y de intervención, incluyendo al sujeto concreto, situado social e históricamente. Es en este punto que los aportes del Trabajo Social resultan fundamentales para pensar en la construcción de una clínica ampliada. “Consecuentemente, la estrategia requiere ser pensada a partir de la reconstrucción analítica de los procesos sociales, tanto en su dimensión objetiva como subjetiva, procurando alcanzar objetivos profesionales enmarcados en los procesos socio-políticos- (...) En esta línea, el concepto de estrategia cobra relevan-

<sup>1</sup> Entendiendo la clínica como ese espacio o encuentro que sucede entre la persona que presenta un padecimiento y los profesionales de salud (incluye escucha, observación, diagnóstico e intervención).

<sup>2</sup> A modo de ejemplo: es muy frecuente encontrar dentro de una demanda en relación a la problemática de salud mental la dificultad para dormir o conciliar el sueño, frente a la cual tiende a responderse con psicofármacos. Si bien es una respuesta válida para aliviar un “síntoma”, no podemos evadir la situación concreta que atraviesa ese sujeto si manifiesta dificultad en conciliar el sueño viviendo, por ejemplo, en situación de calle.

cia en la superación de la racionalidad formal abstracta que plantea métodos o modelos con la pretensión de ser aplicados, ignorando las particularidades de las situaciones concretas” (Oliva y Mallardi, 2011: 16).

Consideramos que la perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños contiene estrategias y lineamientos de intervención compatibles con la comprensión de la clínica de manera ampliada, ya que su propuesta parte de la situación concreta de los sujetos y sus posibilidades para producir cuidados en salud. El modelo de reducción de riesgos y daños proviene del campo de las políticas sanitarias y sociales, sus objetivos tienden a disminuir, minimizar o reducir los efectos indeseados en el consumo de sustancias psicoactivas. Según Marlatt (1998), sus principios se basan en el pragmatismo y humanitarismo, que considera que la convivencia del ser humano con las sustancias psicoactivas ha existido y existirá en todas las culturas y que la interrelación de los sujetos con las sustancias se modifica a través del tiempo y en las diferentes sociedades (e incluso dentro de una misma sociedad). Partiendo de esta base, e incorporando la perspectiva de derechos humanos, la intervención es siempre situada, pensada específicamente para un grupo o sujeto determinado.

En este sentido, el objeto de intervención que propone este modelo tiene las mismas características que propone la clínica ampliada, ya que pone al sujeto como objetivo principal de las estrategias tendientes a producir cuidados en salud, contrariamente a los modelos que han sido hegemónicos y posicionaron como principal objetivo a otros dos objetos (“la sustancia” y “la enfermedad”). “Si con la enfermedad entre paréntesis, nos encontramos con el sujeto (...) esto posibilita una ampliación de la noción de integralidad en el campo de la salud mental” (Amarante, 2019: 68).

En este tipo de abordajes, donde se propone la construcción de dispositivos que estimulen la autonomía y construcción de ciudadanía, con una fuerte impronta de consolidación de derechos para quienes se encuentran transitando una determinada situación de salud mental, el Trabajo Social también puede realizar aportes significativos a la hora de pensar estrategias para la ampliación, el acceso y las garantías de cumplimiento de los derechos humanos de los usuarios.

Asimismo, esta perspectiva propone la constitución de dispositivos flexibles que permitan recepcionar distintas situaciones de salud y proponer tránsitos diferenciados según las características particulares de quienes se constituyen en usuarios, en oposición a aquellas estrategias de intervención homogeneizantes que proponen un único



camino para todos los sujetos, cuyo objetivo parece responder más a necesidades institucionales que a padecimientos singulares. Se entiende que el proceso de construcción de la demanda de atención/cuidados no es lineal y que la inserción y participación en las propuestas de los centros de salud permite cierto grado de reflexión sobre la situación concreta que puede habilitar nuevas demandas en relación al tratamiento.

En este sentido, entendemos que desde el Trabajo Social también es posible hacer aportes que recuperen distintos modos de construcción de la demanda de intervención, entendida como proceso. En el cual, es importante retomar el concepto de vida cotidiana y sus implicancias: “Consecuentemente, se sostiene que en la vida cotidiana la aprehensión que los individuos realicen sobre los problemas sociales que los afectan se encontrará tensionada por las distintas visiones que coexisten en la sociedad, las cuales, (...) se presentan como un continuum de naturalización-problematización”. Es a partir de estrategias de problematización conjunta de la realidad vivida que es posible “preguntarse el por qué de sus características, sobre las causas de los procesos sociales que los involucran, tanto individual como colectivamente y en algunos casos plantearse posibilidades de ruptura, de problematización y reconstrucción de visiones elaboradas hasta entonces” (Oliva y Mallardi, 2011: 36).

### **Interdisciplina, Trabajo Social y Políticas Públicas**

La construcción de una intervención desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria, implica el desarrollo de la interdisciplina y el trabajo en equipo como sostén insustituible ante situaciones que desbordan cualquier ‘clínica’. En este marco, se ponen en tensión los límites propios de cada disciplina y se deconstruyen los roles históricamente atribuidos a las profesiones. La construcción inter-saberes “implica abandonar la naturalización del recorte que cada disciplina efectúa, para partir de los problemas, generando un espacio propicio para prácticas que consideren la multidimensionalidad y la complejidad del objeto salud” (Solitario et al., 2007: 64).

Asimismo, al interior de cada disciplina se dan tensiones propias que tienen que ver con los modos en que históricamente se han constituido sus objetos de intervención, los enfoques para el abordaje y los vínculos con las instituciones sanitarias, la política pública y las demás profesiones con las que se interactúa.

Si bien no es objetivo de este trabajo detallar el proceso histórico del Trabajo Social y su intervención en el campo de la salud, es necesario reconocer que éste ha atravesado (y continúa atravesando) particularidades relacionadas con el contexto económico,

social y político. A pesar de que actualmente existe cierto consenso en que la salud es un proceso determinado socialmente y el cual se conforma por diversos factores no sólo biológicos, existen tensiones en la definición de nuestra intervención, por parte de las demandas institucionales y también por parte de las personas que asisten al dispositivo. En este sentido, retomamos a Netto (1998) quien menciona que en el proceso de legitimación del Trabajo Social como profesión existen dos niveles recurrentes: el primer nivel se relaciona con la materialidad, los trabajadores sociales formamos parte de la dinámica de las relaciones sociales que se generan a partir de las instituciones existentes en el marco de políticas públicas que brindan acceso a un recurso concreto a la población que demanda, para atender problemas que atraviesan principalmente por sus condiciones de pobreza. En un contexto de claro ajuste en dichas políticas, que genera la escasez y pauperización de estos recursos, la construcción de legitimidad relacionada con ese nivel se torna más conflictiva: “la gente que llega a nuestros puestos de trabajo busca un apoyo que se traduce en un servicio material. Cuando los recursos para proporcionar estos servicios se vuelven escasos, se produce la más grave crisis de legitimación de la profesión. El profesional no consigue, ni ante el usuario ni ante sí mismo, justificar su inserción profesional” (Netto, 1998:34). Del mismo modo, existe otro nivel en nuestra inserción profesional que interviene en la legitimación del Trabajo Social, y es aquel que diversos autores denominan socio-educativo, eminentemente político, ya que en este nivel existe un espacio de posibilidad vinculado con la autonomía (relativa) de imprimir otra forma de direccionalidad contraria a la demandada por las instituciones. En este sentido, nuestro lugar como agentes que intervienen en “lo social”, asignado históricamente, “lejos de condenarnos, debe constituirse en un espacio de posibilidades para comenzar a imprimir otra lógica al modo de entender a la salud” (Mendoza, 2004: 19).

En este contexto surgen diversos interrogantes: ¿cómo podemos recuperar la particularidad de la historia de cada sujeto frente a políticas públicas cuyo acceso es cada vez más burocratizado y homogeneizante?, ¿cómo pensar intervenciones colectivas frente a la individualización cada vez más frecuente en la direccionalidad de dichas políticas?, ¿cómo podemos incidir en los procesos de creación de un modelo de atención en salud mental comunitaria frente a la falta de dispositivos y a los avatares de la política sanitaria?

Sin pretender dar una respuesta, pero con la intención de pensar que alguna resolución es posible, consideramos fundamental sostener la participación en espacios

que apuesten a la construcción de un colectivo en salud, en función de crear una mirada conjunta que aloje nuestros malestares pero, a la vez, con la potencia de generar acciones concretas que logren impedir el retroceso de aquellos aspectos que han sido históricamente conquistados e incidir en la construcción de la política pública en salud.

### **Bibliografía**

- Amarante, P. (2019). Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial. Topia Editorial, 2da edición ampliada, Buenos Aires.
- De Sousa Campos, G. W (1997). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.
- Ferrara, F. (1985). Teoría social y salud. Catálogo Ediciones, Buenos Aires.
- Laurell, A. C. (1982). "La Salud-Enfermedad como proceso social", en Cuadernos Médico Sociales N° 19, páginas 1-11, México.
- Marlatt, A. G (1998). "Reducción del Daño: principios y estrategias básicas", en The Guilford Press, Nueva York.
- Mendoza M. F. (2004). "Las relaciones entre trabajo social y salud mental: un recorrido histórico", en XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. La cuestión social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana, San José, Costa Rica.
- Netto, J. P. (1997). Capitalismo monopolista y Servicio Social. Cortez Editora, San Pablo, Brasil.
- Netto, J. P. (2012). Trabajo Social: crítica de la vida cotidiana y método en Marx. Productora del Boulevard, La Plata.
- Oliva, A. y Mallardi, M. (2011). Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social. UNICEN, Tandil.
- Solitario, R.; Garbus, P; Stolkiner, A. (2007). "Atención Primaria de la Salud e Interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en Salud Mental", en Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca, Volumen 17, páginas 63-68, Buenos Aires.



Momento de exposición en la Mesa "Salud mental, consumos problemáticos, intervenciones en la urgencia y dispositivos territoriales".

Coordinada por la Lic. Erica Gunther, con comentarios por parte del Dr. Mariano Poblet (Salud Mental Comunitaria- UnLa).

## **LA INTERVENCIÓN SOCIAL DESINSTITUCIONALIZANTE: OBSTÁCULOS Y POSIBILIDADES DE ACCIÓN EN LA SALA DE INTERNACIÓN DE SALUD MENTAL DE HOSPITALES GENERALES DE CABA.**

### **Autores:**

Lic. Martin Bruni. Hospital Alvarez. E mail: licbruni@gmail.com

Mg. Natalia Castrogiovanni. Hospital Piñero. E mail: ncastrogiovanni@hotmail.com

Lic. Nadia Fernández Ventura. Hospital Pirovano. E mail: nadiafernandezventura@gmail.com

---

### **Mensajes que van y vienen, los encuentros y la red.**

En el mes de mayo del año 2022, los cuatro Trabajadores Sociales que intervenimos en las diferentes Salas de Internación de Salud Mental en Hospitales Generales, comenzamos con encuentros virtuales sistemáticos de debate y reflexión sobre nuestras prácticas y sobre nuestras incumbencias y funciones dentro de un equipo interdisciplinario, en concordancia con el paradigma propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 (en adelante LNSM)

A partir de estos encuentros pudimos visualizar que, a pesar de los diferentes devenires históricos de conformación de cada una de las salas, se presentaban problemáticas, obstáculos, inquietudes e interrogantes similares.

Comprendemos que conformar redes entre colegas permite superar la mirada singularizada de la intervención cotidiana para reubicarla como parte de una dinámica particular de las políticas sociales y de los procesos de salud-enfermedad-cuidado en el campo de la salud mental.

Es por ello que nos propusimos como objetivo de esta ponencia, analizar y reflexionar sobre las prácticas e intervenciones del Trabajo Social en el campo de la salud mental

y, en particular, como parte constitutiva de equipos interdisciplinarios en salas de internación de salud mental en hospitales generales. Las preguntas que nos orientaron en la discusión y que tratamos de responder en esta producción fueron las siguientes:

- ¿Qué obstáculos, potencialidades y desafíos encontramos en nuestro trabajo cotidiano con las personas internadas y dentro de los equipos de salud?
- ¿Qué prácticas responden al paradigma de salud mental comunitaria y de derechos humanos y cuáles continúan reproduciendo prácticas asilares y manicomiales?
- Los trabajadores sociales, ¿qué aportes realizamos para la des institucionalización del polisémico campo de la salud mental?

### **Desde dónde partimos para p(t)ensar lo común y lo particular: Las Salas de Internación de Salud Mental.**

Las salas de salud mental del Hospital Álvarez y del Hospital Piñero fueron creadas con anterioridad a la promulgación de la LNSM en la década del 70. Luego de la sanción de la LNSM, y en correspondencia con su Artículo 28, que dictamina que las internaciones de salud mental deben realizarse en Hospitales Generales, se crea la sala en el Hospital Pirovano en el año 2015.

Hasta la actualidad, son las únicas tres salas con las que cuenta el sistema público de salud de CABA, coexistiendo con los tres Hospitales Monovalentes de salud mental y que aún no han comenzado procesos de cierre, reforma o sustitución significativa en base a la perspectiva de salud mental comunitaria que plantean los marcos jurídicos nacionales e internacionales.<sup>1</sup>

En la apertura de la sala de internación de salud mental del Hospital Pirovano se entrecruzaron obstáculos y resistencias de los diversos actores implicados en la inauguración. Este dispositivo de tratamiento integral en salud mental cuenta con 8 camas mixtas para la internación y atención de personas adultas mayores de 18 años con problemática aguda de salud mental. Se realizan también internaciones de salud mental en otras salas de internación del hospital, por lo que el número de personas internadas siempre es mayor a la disponibilidad de camas de la unidad.

<sup>1</sup> Los tres Hospitales Mencionados son Hospital "Dr. B. Moyano", Hospital "Dr. T. Borda" y Hospital "Tobar García" y dependen del Ministerio de Salud de GCABA.

Cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto, en la actualidad, por dos Médicas Psiquiatras, una Psicóloga, una Trabajadora Social, una Musicoterapeuta, una Terapeuta Ocupacional, Enfermería y residentes Médicxs y residentes y concurrentes Psicólogos. Además de la atención individual y familiar de cada persona internada, se realizan talleres y salidas grupales, espacios de asamblea, pases de sala diarios y reuniones semanales.

La sala de salud mental del Hospital Piñero está compuesta por veinte camas en dos espacios físicos conectados que dividen camas de “mujeres” y de “varones” y consultorios profesionales y espacios comunes recreativos (huerta, espacio de juegos recreativos, cocina, sala de musicoterapia y dos salas de reunión grupal). Cuenta con un espacio de talleres terapéuticos y de rehabilitación para las personas internadas y externadas del mismo servicio que se denomina “Club Picasso” y está compuesto por una variedad de ofertas terapéuticas y recreativas coordinadas por musicoterapia, terapia ocupacional y con facilitadores de talleres en tratamiento en el propio servicio. El equipo profesional está compuesto por siete Psiquiatras, tres Psicólogas, dos Trabajadoras Sociales, dos Terapistas Ocupacionales, dos Musicoterapeutas, y cuenta con la residencia de Salud Mental.

La sala de salud mental del Hospital Álvarez se compone de veinte camas destinadas a brindar cuidados a varones cis y trans. En caso de que existan camas supernumerarias, les usuaries permanecen mayormente en sala de clínica médica recibiendo el tratamiento por profesionales de la sala, del mismo modo que sucede con usuarias mujeres cis y trans. Las actividades terapéuticas se dividen en seguimientos individuales y grupales, dentro de la sala y en articulación con Hospitales de Día dentro del Hospital. Los seguimientos terapéuticos en su mayoría son desarrollados por residentes y concurrentes de Psicología y Psiquiatría y estudiantes de Musicoterapia bajo supervisión del equipo de planta, el cual está conformado por cuatro Psiquiatras, tres Psicólogas, Enfermerxs, una Terapeuta Ocupacional y dos Trabajadorxs Sociales.

En resumen, las salas cuentan con muchas similitudes en su descripción y en las situaciones de cuidado, pero en su funcionamiento poseen diferencias en base a luchas históricas, lógicas de trabajo, perspectivas de la salud y profesionales que los conforman.

Sin embargo, ello provocó en nosotres la necesidad de juntarnos para trascender la frustración derivada en queja frente a los obstáculos cotidianos y disponernos a que

emerja lo novedoso del encuentro y la reflexión colectiva. Los siguientes apartados constituyen parte de las lecturas situacionales sobre el cotidiano institucional.

**Reflexiones sobre la legitimación del Trabajo Social como parte de los equipos de salas de internación de salud mental: integración-alteridad profesional.**

A partir de la Ley 448/2000 CABA, y luego con la sanción de la LNSM, se fue legitimando la importancia y necesidad de equipos interdisciplinarios de salud mental. La presencia del trabajador social con nuevas competencias habilitadas por la LNSM fue (re)integrándose a las profesiones que históricamente tuvieron la hegemonía de la atención de la salud mental: la psiquiatría y la psicología. Este hecho marcó una ruptura al reconocer al Trabajo Social la competencia de disponer una internación junto al psicólogo y/o psiquiatra, y de disponer el alta, externación o permisos de salida de las personas con padecimiento mental.

Entendemos que los equipos de salud mental de las salas de internación generamos estrategias de intervención para que las personas internadas sean externadas del hospital general, en el menor tiempo posible, y en las mejores condiciones integrales de salud y con una red de apoyo psicosocial que las aloje, a fin de evitar reinternaciones.

Si bien en la mayoría de las internaciones lo que está en juego es la integridad personal o de terceros, la cotidianeidad de lo social de las personas internadas cobra singular importancia y es allí donde consideramos que el trabajador social tiene una función primordial.

La legitimación del espacio profesional del Trabajo Social puede localizarse en las demandas de intervención en relación a lo social, lo cual irrumpe las estrategias terapéuticas, incomodando los debates psi sobre la disquisición de los diagnósticos psicopatológicos. Es allí en donde el Trabajo Social promueve una mirada integral dentro del equipo interdisciplinario, entendiendo la complejidad de las problemáticas sociales y familiares de las personas internadas como parte de su textualidad biográfica y su concepción como sujetos de derecho.

En este sentido, el Trabajo Social es requerido para responder con acciones que permitan anudar algo de lo desanudado socialmente, mediante el fortalecimiento de los recursos protectores personales, familiares y comunitarios. Las demandas de otros profesionales suelen estar ligadas a representaciones de un trabajo social tradicional vinculado a procesos de gestión de recursos y no como un trabajo social que intervie-



ne en la dimensión subjetiva y vincular de las personas internadas. Nuestra intervención parte de reconocer a las personas y a sus redes socio comunitarias con capacidad de participar en la toma de decisiones de sus procesos de salud-enfermedad-cuidado y establecer estrategias conjuntas que permitan una atención integral. Para ello, resulta importante destacar el carácter de la respuesta socioterapéutica.

La intervención del trabajador social en internaciones de salud mental incluye la evaluación social individual y familiar; la identificación e intervención temprana de las necesidades actuales y de los recursos socio familiares a fin de definir estrategias de intervención y de cuidado; la evaluación de la capacidad cuidadora de la familia y el riesgo de claudicación, e intervenciones en relación con la organización del cuidado, entendiendo que las familias son parte esencial y principales proveedores de cuidados cotidianos de las personas con padecimientos mentales; el fortalecimiento y/o reconstrucción de los lazos sociales.

A partir de la creciente complejidad del campo de la salud mental, nos encontramos con obstáculos externos, en donde intervienen otros actores y otras instituciones del campo de la salud y de otros campos. De este modo, el Trabajo Social aporta fundamentalmente su saber en estrategias de articulación intra e interinstitucional, facilitando la continuidad de atención de la salud; y en la articulación interinstitucional con instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y otros recursos existentes en la comunidad, para garantizar el acceso a derechos y recursos.

Rotelli (2014) plantea que los procesos de desinstitucionalización en Italia han sido posibles gracias a la “descomposición del manicomio”, donde las lógicas han sido reconvertidas en el seno mismo de dichos centros asilares y usinas de pensamiento manicomial, para que emerjan nuevas estructuras y representaciones sobre la salud mental. En este sentido, pensamos que al no plantearse una política desinstitucionalizadora en CABA que permita establecer otros andamiajes donde lxs usuarixs del sistema público sean incluidos y cuidados, nuestra intervención en las salas permanecerán con condicionantes que permanentemente modelen las estrategias de intervención.

### **Los obstáculos y posibilidades en las estrategias de intervención del Trabajo Social de salud mental en el marco de las políticas sociosanitarias actuales.**

En CABA continúa prevaleciendo la atención y la internación de personas con padecimiento psíquico concentrada en los hospitales monovalentes, lo que dificulta la integración de la salud mental a los servicios de salud general y lo cual impide avanzar en

prácticas que respondan al paradigma de la salud mental comunitaria y de derechos humanos.

Consideramos que desde los hospitales generales de agudos de la ciudad continúa como primera estrategia de intervención la internación y la derivación de personas con criterios de internación por salud mental a los hospitales monovalentes.

Desde los equipos interdisciplinarios de los cuales formamos parte, entendemos que existe una predisposición y responsabilidad profesional en torno a los lineamientos de la LNSM y en relación a la posibilidad de producir salud. Sin embargo, llevar a cabo internaciones de salud mental en Hospitales Generales, no implica que no se sigan reproduciendo dentro de las unidades de internación prácticas asilares y manicomiales.

Resulta fundamental pensar y problematizar nuestras propias prácticas, que en muchas ocasiones se protocolizan sin pensar en la singularidad de las personas con padecimiento mental, apelando a los mismos recursos disponibles, sin contemplar o trabajar hacia una respuesta integral, comunitaria, que incluya el deseo y voluntad de las personas.

Los procesos de desinstitucionalización no implican solamente el cierre de los hospitales monovalentes, sino que involucran cambios en los componentes del sistema: en la política de salud mental, la organización de servicios, los modelos de atención, los recursos presupuestarios, la formación de profesionales, la sensibilización de la comunidad y las leyes. También se requiere un corrimiento de la hegemonía médica y psicológica reubicando la problemática de la salud mental en el ámbito intersectorial y político social.

Es importante destacar que los equipos de salud, más allá de sus propias contradicciones, no pueden funcionar aisladamente del sistema de políticas sociosanitarias y, por lo tanto, un análisis somero de las disponibilidades de recursos a los que apelar, marca serias limitaciones para poder abordar el paradigma de salud mental comunitaria y derechos humanos y, es entonces, que las prácticas asilares y manicomiales terminan siendo el devenir de las internaciones prolongadas.

¿Cuáles son algunos de los obstáculos que encontramos para efectivizar externaciones sustentables? Podemos mencionar dispositivos ambulatorios que no logran cubrir la complejidad de la demanda; dificultades de articulación con dispositivos alternativos de atención asilar que no se encuentran adecuadamente desarrollados;

múltiples barreras administrativas en la articulación con obras sociales, con PAMI y con Incluir Salud; vulnerabilidad socio-económica, laboral y cultural, fragilidad en los vínculos relacionales; problemáticas relacionadas con el hábitat.

Estos obstáculos provocan que las internaciones se prolonguen, con consecuencias en la situación de salud de los pacientes y con consecuencias en la subjetividad de los trabajadores.

De este modo, para la resolución de estas dificultades se hace necesario la coordinación estratégica e intervención de una multiplicidad de factores y recursos que apunte a modificar conductas, compromisos e intereses de actores e instituciones de diversos sectores. Es aquí donde el Trabajo Social puede aportar una visión diferencial y global frente a estas complejidades.

En este sentido, las incumbencias y competencias profesionales que (re)instala el paradigma de la LNSM entra en tensión con la escasez de recursos actuales en las políticas públicas. A modo de ejemplo, el GCABA cuenta solo con cuatro casas con apoyos psicosociales, que resultan insuficientes para la demanda de vacantes, así como también, existe un desfinanciamiento de los existentes, como es el caso del dispositivo de atención domiciliaria ADOP/ADOPI.

Podemos señalar también la existencia de una pluralidad de dispositivos producto de la tercerización del Estado en las prestaciones: la Casona de los Barriletes, para la asignación de acompañamiento terapéutico, que no alcanza a cubrir la demanda; hogares conveniados sin criterio de territorialidad o con una lógica de asignación que contemple el centro de vida de las personas, entre otros (APSS, 2022).

Asimismo, se evidencia la falta de intersectorialidad e integralidad de las respuestas en salud mental. Las respuestas estatales se concentran en prestaciones sanitarias y habitacionales, quedando vacantes las ofertas sociolaborales, recreativas, entre pares, de socialización o deportivas, las cuales quedan fuera del repertorio posible para la atención integral de las personas internadas que requieren fortalecer sus habilidades sociales y/o ampliar su red vincular.

En las internaciones por salud mental interviene una pluralidad de equipos (judiciales, sanitarios, descentralizados, etc.) a quienes se les presentan las mismas dificultades en torno a la obtención de las prestaciones que las personas requieren. Esto lleva

a externaciones difícilmente sostenibles y probablemente inconsistentes con las necesidades de las personas.

Destacamos algunos ejemplos de situaciones recurrentes que venimos observando en las que las políticas sociosanitarias muestran imposibilidades de respuesta: personas gestantes en contexto de internación que se constituyen en maternidades sin apoyos; desvinculaciones por falta de recursos e inexistencia de espacios específicos para la atención de la problemática; personas en situación de calle sin redes de contención familiar o de vínculos significativos en las que se reproduce la lógica de internaciones prolongadas, con derivaciones transinstitucionales, haciendo referencia a la continuidad de las internaciones en instituciones psiquiátricas hacia otras con características también centradas en el control y el relativo encierro, sin poder acceder a alternativas comunitarias sustitutivas del modelo manicomial (Faraone, 2015); personas internadas con múltiples padecimientos en las que se integran discapacidades físicas, neurológicas, oncológicas, de fin de vida, con inexistencia de recursos integrales para abordar sus necesidades.

#### **Se termina el tiempo del meet. Reflexiones finales:**

Intentamos plasmar en estas breves pero profundas reflexiones los debates que emergen en nuestro espacio de encuentro.

Ante las barreras y dificultades con las que tropezamos cotidianamente, consideramos que pensarnos como red fortalece nuestra identidad profesional y nos permite repensar nuestra intervención profesional en términos de estrategias desde una posición ético política desinstitucionalizante, que nos aleje de intervenciones estandarizadas e individualistas, para dar lugar a la singularidad mediada por determinantes y condicionantes socio-históricos.

Para avanzar hacia un modelo de salud mental comunitaria y de derechos humanos, en este escenario de progresivo deterioro de las políticas públicas integrales en salud mental de CABA, será necesario desnaturalizar nuestros espacios laborales y correr el velo de los estructurales procesos socio históricos de reforma en salud.

**Bibliografía Consultada:**

- APSS (2022). Relevamiento de condiciones laborales y de política pública en Salud Mental. Grupo de Salud Mental, Disponible en: <http://apss.org.ar/relevamiento-sobre-condiciones-laborales-y-politica-publica-de-salud-mental/>
- CELS y MDRI; (2008) "Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental"; Ed. Siglo XXI. Buenos Aires, Argentina.
- Censo Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación. 2019
- Faraone, S. (2015). Más allá de las fronteras de la des/institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe. Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales., 40(24), 63-79.
- Galende E. (2015) Conocimiento y prácticas de Salud Mental, Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina
- Ley CABA de Salud Mental N° 448/2000 y Decreto reglamentario N° 635/2004.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 y Decreto reglamentario N° 603/2013.
- Rotelli, Franco (2014) En "Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste". Editorial Topia. Bs. As. Argentina.

## CONSIDERACIONES ACERCA DE LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y POLICIAL: UN ANÁLISIS DESDE EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

### **Autora:**

Córdoba, Macarena Belén. [mb.cordoba@hotmail.com](mailto:mb.cordoba@hotmail.com)

---

### **I. Palabras preliminares**

Tal vez sea la crudeza a la cual la práctica profesional nos enfrenta diariamente, o lo cruel de la realidad social actual lo que me lleva a elegir un tema tan controvertido como habitual: la violencia. Si bien entiendo no se trata de una, sino que toma formas insólitas y suele cambiar de vestiduras, tomaré a la violencia institucional y a la policial como formas específicas de ejercicio de poder perdido en las determinaciones de la cotidianidad de nuestro trabajo en salud mental.

Este trabajo es una invitación a repensar la práctica profesional en un contexto marcado por violencias cotidianas dentro de un efector de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A los fines prácticos de comprender la problemática de manera situada, la institución en este trabajo será un escenario contextual que aparecerá en el desarrollo de la idea principal de prever un análisis de la violencia<sup>1</sup> como un eje transversal a determinadas prácticas llevadas adelante en este campo.

Escribir tranquiliza lo arrollador de la severidad con la que se interviene en determinadas situaciones. Sin embargo, no basta con mirar y desenmascararlas, sino que realmente ver, implicarse y tomar decisiones marcan la diferencia.

---

<sup>1</sup> Es necesario aclarar en este punto que, hablaré de violencia - en singular - como eje transversal a determinadas prácticas en salud mental, y no de violencias - en plural - a pesar de sostener que no se trata de una, sino que la clasificación que se haga de ella necesariamente la disgrega en diferentes tipos de violencias.

## II. Consideraciones acerca de la violencia

Las dinámicas institucionales se sumergen en la lógica cotidiana que, insuprimible de la vida nuestra, rutiniza el funcionamiento diario y lo constituye en un aspecto incuestionable en la práctica. En cierta forma, las determinaciones fundamentales de la cotidianidad<sup>2</sup> se imponen en la vida social, cristalizando determinadas prácticas y dinámicas en nuestras vidas. De esta forma, el ejercicio profesional, comportamientos, así como las mismas lógicas que nos atraviesan diariamente, no se ponen en cuestión sino que se reproducen en el plano singular homogeneizando los accionares, en este caso, profesionales.

Siguiendo esta misma línea, las instituciones se presentan como estructuras con lógicas determinadas que, compuestas por actorxs sociales, producen y reproducen diferentes formas de subjetividad, las cuales se vinculan con el *poder* y el *control*. A esto podemos sumarle el escenario del cotidiano, donde los límites que éste demarca, terminan por constituir a las instituciones como estructuras infranqueables de su práctica fundamentada en reduccionismos y singularidades.

Es imprescindible comprender a la salud mental como un campo cargado de significados y determinantes, que tensionan las formas de reproducción -y las posiciones- de lxs actorxs en él. Es allí, donde la violencia como *“un vínculo, una forma de relación social por la cual uno de los términos realiza su poder acumulado”* (Izaguirre, 1998:2) se hace presente de diversas formas, *“estas formas de violencia sistemática sobre los cuerpos más vulnerables revelan siempre la existencia de una relación jerárquica y desigual socialmente aceptada, o sea que tiene una génesis y una historia”* (Izaguirre, 1998:2). Podría decir que la premisa de la violencia como vínculo jerárquico, se condice con la forma de organización del campo de la salud mental -a través de tensiones por el poder, y la posición o jerarquía que cada actorx social toma en él.

Es necesario plantear aquí una diferencia fundamental al definir a la violencia y la agresión; la violencia como vínculo se expresa a través de una relación desigual entre actorxs sociales, que se implementa en tanto sostén y afirmación del poder que se acumula; por otro lado, la agresión da cuenta de un método o de:

*“la capacidad humana para oponer resistencia a las influencias del medio [...] existe una direccionalidad y una intencionalidad: la de provocar un daño. El ser humano no reacciona frente a estímulos, sino frente*

<sup>2</sup> Netto (2017) tomando a Luckács.

*a la interpretación que hace de ellos. O sea, según lo que cada estímulo significa para él, puede reaccionar agresivamente o no.” (Aguar, 1998:1)*

La autora propone que mientras la agresión se presenta como una respuesta, la violencia es persistente, anula la percepción de lxs otrxs como sujetxs, y al tratarse de un vínculo jerarquizado, implica el sometimiento de unx sobre otrx. Al mismo tiempo, es necesario tener en cuenta que la violencia, como categoría analítica, “se presenta en capas que, reflejando las contradicciones emergentes de la estructura social, van desde de las microviolencias hasta la expresión de sus consecuencias a escala global” (Valero y Faraone, 2019:193). Múltiples son las ocasiones en donde la agresión es equiparada a la violencia, encubriendo las posiciones desiguales que necesariamente requiere para ser constituida como tal, y al mismo tiempo, que su ejercicio conjuga diferentes dimensiones que dan una suerte de gradación a la misma.

La voracidad con la que se interpone la vida cotidiana, opera sobre distintas prácticas que se implementan en la atención en salud mental, es así que la violencia como forma de relación desigual se presenta en las instituciones muchas veces de manera nítida, y otras translúcida, sin mostrarse como tal, pero siéndolo de igual manera. Las formas más explícitas, suelen vincularse al ejercicio de la fuerza física en donde no sólo se encubre la relación escalonada de poder, sino que también, se

*“encubre la existencia y el funcionamiento de las relaciones violentas más frecuentes y cotidianas en nuestra sociedad, y que por ello han sido naturalizadas, normalizadas, porque en ellas uno de los términos está situado en el lugar del poder y la autoridad, a quien el “otro” le debe respeto y obediencia” (Aguirre, 1998:s/r)*

Si bien se trata de prácticas “invisibilizadas” al no “ser vistas”, sostengo que se trata más bien de prácticas translúcidas en tanto aparecen subsumidas en la cotidianidad institucional. La naturalización de la reproducción de prácticas violentas en la atención en salud mental, las dota de cierta “invisibilidad”, es decir, niega la premisa, pero aunque pareciera que esto es así, la “dialéctica cotidianidad/suspensión” (Netto, 2017:34) dilucidaría esa realidad.



### III. El manicomio: sobre violencias y otredades

El modelo manicomial o asilar tiene sus raíces en Francia de la mano de Philippe Pinel, bajo la premisa principal de que la armonía intrínseca de la sociedad, se veía amenazada por “lxs alienadxs” y la pérdida y desviación de su razón. La construcción de esa identidad, su definición y clasificación se llevó adelante de la mano de respuestas a esta amenaza. La solución era simple, para el resguardo de la normalidad “el primer y más fundamental principio del ‘tratamiento moral’, era el ‘aislamiento del mundo exterior’” (Amarante, 2005:s/r), si la sociedad llevaba a la locura, la separación de “lxs alienadxs” llevaría necesariamente a la cura. En esta línea, el encierro se constituía como la respuesta a las alteraciones que ellxs generaban en la serenidad de la sociedad, y al mismo tiempo encontraba su forma materializada en el manicomio.

Históricamente los hospitales -en un primer momento hospicios- fueron creados bajo los postulados de la caridad y la filantropía, sin embargo, “el hospital fue perdiendo cada vez más la función de caridad y de control social de sus orígenes y pasó a asumir una nueva finalidad: tratar a los enfermos” (Amarante, 2005:s/r). Siguiendo al autor, se consolidó un proceso de medicalización, donde el saber médico se apoderó de la institución y pasó a tener primacía en ella.

La correlación de este proceso en Argentina, se sitúa tras la consolidación del Estado Nacional y los postulados liberales clásicos, donde “las primeras colonias psiquiátricas basadas en la idea de cura moral por el trabajo y el contacto con la naturaleza” (Stolkiner, 2016:s/r) se asentaron con fuerza. En la modalidad de atención de ese momento “no existían los derechos sociales como tales” (Stolkiner, 2016:s/r), sin embargo la racionalidad científico técnica que se asumió, les dio legitimidad a los manicomios como institución vertebral en ese tipo de atención. Sobran ejemplos de la violencia ejercida en ellos, el uso de la fuerza de manera explícita, así como el ejercicio de prácticas violatorias de derechos, llevadas adelante bajo el nombre de la ciencia, y la posibilidad de “curar”.

Este modelo se erige aún hoy con fuerza, encarnando una de las formas que personifica la violencia: el encierro. Su institución bajo un carácter moral y de explícito control social, es la primera exclusión de múltiples posibles que se hace de lxs sujetxs que atraviesan padecimientos de salud mental. Las contradicciones se hacen presentes: ¿cómo producir salud en el encierro cuando la respuesta que el manicomio produce en términos de normalización o ajuste es de carácter esencialmente violenta?

El manicomio se consolida como la institución destino para los tratamientos de salud mental y al mismo tiempo da cuerpo y entidad a las personas que allí se atienden. Esto pone de manifiesto la existencia de una otredad y “esa condición de alteridad podría representar un serio peligro para la sociedad, por perder el juicio o la capacidad de discernimiento entre error y realidad, el concepto de alienación mental nace asociado a la idea de peligrosidad” (Amarante, 2015:s/r). Así, la identidad de lxs sujetxs de atención carga con el peso de los significados que le atribuyen, quienes posicionados en el campo con un mayor poder sobre otrxs, cuentan con la legitimidad suficiente para definir lxs e intervenir sobre ellxs.

Las rupturas con viejos paradigmas son visibles en la forma de concebir a los padecimientos, en la intervención en clave comunitaria, y desde las vías más formales con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657/2010. Pero también son visibles las tensiones al momento de la implementación de cambios, a los cuales pareciera se opone cada vez más resistencia, enlenteciendo la posibilidad de una transformación real.

La violencia como vínculo jerárquico, aparece también desde lo discursivo, donde “*insensatamente algo opera como pura fuerza cuando el discurso no puede hacer sentido [...] se indetermina expansivamente*” (Lewkowicz, 2016:58). La violencia se presenta en gradaciones, desde la escala de la palabra que construye sentidos y otorga significantes a lxs sujetxs, lxs suprime como pares y lxs posiciona en un escalafón menor.

Podría afirmarse que los dispositivos manicomiales reflejan diferentes gradientes de violencia, y establecen en mayor o menor escala una violencia normalizadora, donde “sólo la violencia puede volver a poner en su lugar los cuerpos que ese orden social necesita para restablecer su propia ley: la ocupación precisa de los lugares sociales” (Lewkowicz, 2016:55). El manicomio como institución socialmente legítima y legitimadora, despliega su poder asignando lugares a grupos poblacionales a los cuales el orden social vigente pareciera no buscar incluir, sino pura y exclusivamente vigilar y controlar.

#### **IV. Las cosas por su nombre: violencia institucional y salud mental**

La violencia institucional refiere situaciones de ejercicio de poder desarrolladas en el marco institucional que “*involucran necesariamente tres componentes: prácticas*

específicas (asesinato, aislamiento, tortura, etc.), funcionarios públicos (que llevan adelante o prestan aquiescencia) y contextos de restricción de autonomía y libertad (situaciones de detención, de internación, de instrucción, etc.)” (MJDDHH, 2015:13), así la institución funciona como el escenario donde el vínculo jerarquizado entre sujetos con desigualdad de condiciones se encuentran, y unxs someten a otrxs.

Se trata de prácticas que “se desarrollan de forma sistemática y estructural (como acciones y omisiones) y tienen como resultado retardar, obstaculizar o impedir el acceso y garantía a los derechos humanos” (SDDHH, 2020:5). La importancia de esto, deviene en que no se trata de violencias aisladas, sino de prácticas estructurales y recurrentes que perduran a lo largo del tiempo. No es cualquier tipo de vínculo institucional de poder, sino que va dirigido a determinados grupos de personas<sup>3</sup> “marcadas por determinadas características [...] Las personas y grupos de personas que resultan mayormente victimizadas por estas prácticas suelen encontrar numerosas restricciones para acceder a una protección efectiva por parte de la administración pública y acceso a la justicia” (SDDHH, 2020:6). De esta manera, se definen los límites sobre a quiénes la violencia institucional será dirigida. En el caso del manicomio, son “lxs locxs”. La violencia institucional se expresa en la cotidianidad de las instituciones a través de prácticas rutinizadas, dotadas de un cierto carácter permanente. Suele revelarse en prácticas que constituyen a “lo institucional”, que son parte de ella, por lo que es difícil quitarles el velo que las cubre.

La Guardia de este hospital configura el epicentro donde la violencia institucional es más explícita en cuanto a su crudeza. No obstante, en todos los dispositivos se escabullen estas prácticas: salas de internación abarrotadas; ausencia de turnos; un manejo ambiguo del criterio de involuntariedad<sup>4</sup>; internación en consultorios<sup>5</sup>; largas esperas detrás de la reja del hospital en la intemperie -bajo la lluvia y el frío en invierno o el calor en verano- por un equipo interdisciplinario que atienda el sufrimiento subjetivo que llevó a la consulta; atención sin resguardo de intimidad en la sala de espera, interrumpida por el vaivén de la puerta de entrada con gente pasando constantemente por allí, la modalidad de atención a “los fisura”; puertas sin picaporte; la vacilación en el uso del término de “peligrosidad” que encarna cada sujetx descompensadx; la duda frente al discurso de cualquier persona en tratamiento; la negación al deseo o la subestimación al que podrán...

3 Resolución PGN N°455/13 Procuración General de la Nación, creación de la “Procuraduría de Violencia Institucional

4 Ley Nacional de Salud Mental N°26.657/2010. Capítulo XII, Art. 20.

5 También llamados “box”

Es visible como en el marco de la institución se realiza el poder en diferentes prácticas cotidianas, sobre “lxs locxs”, de una manera determinada. Existe un *“funcionamiento táctico del poder o, mejor, esa disposición táctica permite el ejercicio del poder”* (Foucault, 2007:21), legitimado y con un alcance determinado, dado por el posicionamiento que ocupan unxs sobre otrxs, y por la rutinización de estas prácticas que terminan escondidas tras el velo del cotidiano.

#### V. La presencia policial y la transformación del escenario hospitalario

La escena es la siguiente: el poder biomédico<sup>6</sup> bajo la forma de violencia, siendo ejercido dentro de la legalidad institucional de un hospital psiquiátrico. Entra en acto la policía. El poder se distribuye (¿o desplaza?), la organización territorial se reestructura, las relaciones de fuerza se tensan, la atención se re-inscribe en este nuevo escenario: ¿una nueva modalidad de atención se erige?

#### La violencia institucional

*“se utiliza para dar cuenta de dos tipos bien distintos de acciones: 1) un primer grupo que refiere a aquellas acciones derivadas de la asimetría de poder, y por lo tanto, al abuso de poder [...] 2) un segundo grupo, que refiere a la violencia que ejerce las fuerzas de seguridad o custodia en contra de sectores socialmente vulnerables”. (Guemureman, et. al, 2017:19)*

Su ejercicio no sólo define a quienes va dirigida, sino que delimita también quiénes son lxs que la ejercen. Siguiendo a lxs autores, se trata de *violencias públicas estatales y punitivas* (2017), donde su ejercicio es perpetrado por el Estado, representado en las fuerzas de seguridad. Pese a esto, *“la policía no es la simple aplicación de la política del Estado Moderno. Responsable de las previsiones debe, no obstante, ocuparse de lo imprevisible y lo imprevisto”* (L'Heuillet, 2011:252), tiene un carácter que cobra significados diferenciados *“desde su origen, el poder de policía – [...] no es poder penal ni es auxiliar de la justicia, sino puro poder policial, ejercido por la institución o no– tiene una cara moralizante y una cara de poder coercitivo violento”* (Tiscornia, 2004:86).

<sup>6</sup> Es necesario aclarar que, si bien este paradigma engloba principalmente prácticas de las especialidades médico hegemónicas, puede ser desplegado por cualquier profesional de diferentes disciplinas.

Actualmente la crisis socioeconómica de nuestro país se desarrolla con la particularidad de encontrarse recientemente atravesada por la pandemia COVID-19, cuyas consecuencias son visibles en la complejidad de las realidades sociales con las que nos encontramos cotidianamente. A pesar de lo impreciso de los posibles desenlaces tras la pandemia, podemos aventurarnos a identificar un aumento de los niveles de vulneración socioeconómica y exclusión social, que se dan paralelamente a un retraimiento de Políticas Públicas. Todos estos procesos se encuentran acompañados de discursos sociales que promueven acciones de “mano dura” como única forma posible de resolver la conflictividad social, y ella se ejecuta formalmente a través de las fuerzas de seguridad.

Es así que la presencia policial en el hospital es ostentosa en varios sentidos. Por un lado, en cuanto a la distribución y ocupación que hacen del espacio, y por otro en cuanto a la representación que encarnan en su cuerpo, porte y vestiduras.

Respecto a la primera premisa, el monovalente se encuentra asaltado por la irrupción de la policía: patrulleros de todos los tamaños, uniformes con siglas distintivas, oficiales con pedidos de evaluaciones e internaciones, la PCBA, la PSA... Por otro lado, el personal de salud y las personas realizando tratamiento o demandando uno. El territorio y su red de relaciones se tensionan.

La cantidad de policías es tal en este hospital, que disponen de un cuarto específico en la Guardia, un espacio “ganado”<sup>7</sup> y apropiado de manera informal<sup>8</sup>. Aun cuando esa presencia policial podría asociarse con una forma de seguridad en términos de protección, en el hospital psiquiátrico es la clara evidencia de una expresión de un tipo de violencia muy peculiar, así como del establecimiento de un vínculo salud-seguridad que toma formas insólitas. El personal policial realiza -y es impulsado a realizar- tareas que nada se relacionan con la custodia<sup>9</sup>, lo que genera particularidades en las formas en las que se establecen las relaciones interpersonales con el personal de salud, administrativo y lxs usuarixs (CELS, 2020). Siendo esto así, ¿de qué manera la intervención

7 Se trata de un espacio históricamente destinado a los encuentros del colectivo de una asociación de profesionales del hospital, sin embargo, con el continuo ingreso y poblamiento de policías en el hospital, ese espacio fue paulatinamente ocupado y posteriormente otorgado a la policía.

8 La apropiación del espacio se traslada también a otros recovecos del hospital, en las salas de internación, por ejemplo, dos mesas de almuerzo son ocupadas por la policía dificultando la distribución de mesas en el almuerzo por parte de las personas internadas, quienes muchas veces deben esperar a que se desocupen otras para comer, hacerlo en el patio o en el suelo.

9 Como por ejemplo, tareas administrativas (facilitando el circuito de oficios judiciales), sirven de “guía” o informantes de ubicación de diferentes servicios de la institución, e incluso colaboran con aportar datos de comisariás o juzgados.

policial en un monovalente influye en la modalidad de atención que se brinda? ¿Qué implica su presencia en cuanto al ejercicio de la violencia?

La *seguridad* es uno de los tres dispositivos existentes para asegurar o mantener el poder (Foucault, 2006) y tiene características que lo dotan de especificidad, permitiéndole generar efectos singulares. En líneas del autor, fija límites de aquello que es aceptable o no, a fines de minimizar peligros. De esta manera, la policía como fuerza de seguridad corporiza el dispositivo y se encarga de la regulación y organización del territorio sobre el cual ejercerá su poder y garantizará un cierto orden social: el psiquiátrico. Pareciera que, efectivamente, el poder se redistribuye, en tanto la policía actúa en la red de relaciones.

Lxs consignas policiales son actorxs influyentes en el hospital, en su mayoría ingresan a través de la intervención de juzgados o por pedido institucional. Frecuentemente el personal de salud es quien solicita su intervención como medida de protección ante cualquier sospecha de fuga o posible conflicto<sup>10</sup> y la policía siempre está allí como una opción posible, brindando un sentimiento de seguridad y orden. La confianza que brindan es tal que son la autoridad preferencial ante determinadas decisiones. Entendida así, su intervención pareciera considerarse como parte del ejercicio de salud y se inmiscuye en cada práctica.

Esto no quiere decir que las fuerzas de seguridad no deban actuar frente a determinadas situaciones donde la agresión se hace presente como respuesta a diferentes formas de violencia propias de la institución. Sin embargo ¿desde dónde y bajo qué marcos se debería hacer? ¿Es posible articular el uso de la fuerza policial con la producción de cuidados en salud mental? Pensar a las fuerzas de seguridad en salud acarrea significados y problemas en cuanto el despliegue de su acción *“trata de una forma particular de ejercer vigilancia sobre los cuerpos y los bienes”* (Tiscornia, 2004:83). En virtud de esto, seguridad y salud, en términos de producción e intensificación de cuidados, son inherentemente diferentes,

*“es necesario pensar cuáles son los ámbitos reales en los que termina participando la policía sin la formación para entender qué es un padecimiento subjetivo, qué pasa con el uso de la fuerza en esos momentos [...]”*

<sup>10</sup> La solicitud se hace desde la Guardia, cuando ante la ausencia de espacio en la sala de internación se realizan internaciones en “box”, a fines de que la persona no sufra episodios de auto o heteroagresión, ni haga “abandono” de la internación. Su accionar no se limita a eso, también son solicitados por ejemplo si unx usuarix descompensadx se rehúsa a recibir atención, si alguien se encuentra reticente a recibir un inyectable, si hay que “colaborar” en que alguien entre o salga de la Guardia, incluso si se toma la decisión de realizar una contención física,

*Son dos lógicas de respuestas muy diferentes para las que la policía no está formada. Pero la policía sigue apareciendo, desde la mirada de la sociedad en general, como una autoridad moral que puede decidir qué está bien y qué está mal” (Decca, 2021:s/r)*

La idea de peligrosidad propia de la genealogía del manicomio, vuelve a entrar en escena con una fuerza insoslayable, y “se asocia a la idea de criminalidad [...] Aparece el uso desmedido de la fuerza como un posible castigo, como una forma de tranquilizar” (Decca, 2021: s/r); ni control, ni vigilancia, ni las lecturas positivistas sobre la salud mental, ni la asociación de sujetxs atravesando padecimientos de salud mental con sujetxs peligrosxs suponen cuidados. ¿Qué más eficaz en la voracidad del trabajo diario y la exposición a determinadas situaciones, que desplazar la fuerza hacia actorxs sociales que mantendrían el orden deseado?

De este modo, la segunda premisa acerca de la representación que encarna la policía entra en acción. Así como el espacio ocupado está cargado de significados que se ponen en juego en territorio, este “no aparece definido por un espacio sólo físico, sino por fronteras precisadas a partir de la “distancia estructural” (Daich, Pita y Sirimarco, 2007:75), las distancias son dadas también en las diferencias entre lxs actorxs sociales. Lo ostentoso de la policía en el hospital no es sólo en su cuantiosa presencia<sup>11</sup>, sino en su corporización como forma integral y específica de violencia; “el cuerpo así es entonces parte constitutiva de una forma de comprensión del mundo y también posibilidad de marcar un límite en las relaciones. Ya antes de cualquier interacción la disposición de los cuerpos en el espacio produce significado” (Pita, 2010:167); se impone en lo físico: uniformes pesados, posesión de armas dentro del hospital, así como la exhibición de un porte, una forma de presentarse muy particular y de configurar una barrera en la accesibilidad a la salud.

Esto es importante entendiendo que gran parte de quienes se atienden en la Guardia -donde se reúne la mayor cantidad de policías- están en situación de calle y la disposición de la policía en la puerta de entrada, marca un límite en cuanto a la accesibilidad al hospital y al derecho a la salud, ya que la figura policial representa para varias personas viejas modalidades de persecución penal<sup>12</sup>. Por otro lado, la población que se

<sup>11</sup> Se han dado dos fenómenos interesantes para profundizar el análisis en la Guardia. Por un lado, mayor cantidad de personal policial que de personas internadas, y por el otro, mayor cantidad de personal policial que del personal de salud en el dispositivo.

<sup>12</sup> Según datos del “Informe Ejecutivo: Segundo Censo Popular de Personas en Situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” realizado el 05 de Julio, 2019, se estima que el 70% de las personas en Situación de Calle sufrió violencia por parte de funcionarios de las fuerzas de seguridad.

atiende en el hospital es también en su mayoría usuaria de sustancias psicoactivas, lo que constituye otra barrera en tanto la vigencia de la Ley Penal de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes 23.737/19891213.

### **Precisamente, estos grupos poblacionales**

*“suelen ser el blanco predilecto del poder punitivo, en sus actividades de selección y secuestro, ya que responden perfectamente al estereotipo dado por la selectividad del sistema penal (pobres, proveniente de sectores marginales, generalmente jóvenes y de sexo masculino), pero también poseen un estigma extra por su problemática de salud mental, por la valoración negativa que se realiza de ello. Al mismo tiempo, el sentido común cataloga a estas personas como ‘peligrosas, capaz de cometer actos violentos de manera injustificada, por lo tanto merecedores de maltrato y humillaciones constantes’ (Poblet Machado, 2016:93)*

Por un lado, nos encontramos con estas identidades interpretadas desde la negativa, constituidas como estigma propio a ciertos usuarios del hospital, mientras que dentro de las fuerzas de seguridad, existen algunas particularidades. La identidad policial como construcción relacional se da a través de relaciones en pugna por su sentido y definición, con base en el territorio hospitalario y en un interjuego entre quienes podrán definirse y quienes serán definidos. Para algunos es una forma de seguridad y protección, para otros no es más que una barrera fundamentada en la diferencia. Como con la instauración del manicomio, se construye un tipo de sujeto de intervención, que se clasificará y encontrará allí la respuesta a cómo abordarlo desde una asimetría que se naturaliza y sostiene en el tiempo.

Cabe mencionar que no es únicamente legítima por sí misma como fuerza represiva del Estado, sino que también lo es institucionalmente, a través de la “omisión”. Es el hospital quien no regula la cantidad de consignas, ni la distribución de los espacios

13 La cual se encuentra fuertemente relacionada con el Paradigma Abstencionista-Prohibicionista, y al mismo tiempo produce una contradicción en tanto a la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657/2010. Por un lado, ésta última entiende al consumo de sustancias psicoactivas como una problemática de salud, mientras que la “Ley de Estupefacientes” lo entiende como un delito penal.



ocupados, ni la portación de armas, ni la intervención en determinadas situaciones. Lo omite, por ende, lo permite.

## VI. Encrucijadas entre Salud Mental y la intervención policial

¿Quién fija las claves en las que se lee la atención en salud mental? La función de lxs consigna no es homogénea ni clara, más bien pareciera ser contingente a cada situación. No circula una mirada crítica, ni una propuesta clara cuando se solicita su asistencia. Entonces, ¿cuál es la función o tarea encomendada para ellxs? ¿Cuál es el grado de éxito de su intervención? Lxs pibxs, por ejemplo, igual “abandonan” los tratamientos, entonces ¿qué práctica invisible se sostiene tras esto? Pareciera tratarse de un gris muy extraño en clave de complicidad institucional para sostener determinadas lógicas manicomiales, o quizás tenga más que ver con una manifestación del complejo proceso de judicialización de la salud mental, porque al fin y al cabo, *“la policía, dentro de su flexibilidad proteiforme, es capaz de adaptarse sin cambiar de identidad”* (L’Heuillet, 2011:251), así como lo hace la violencia.

Quiero detenerme para pensar algunas coordenadas del contexto actual, si la intrusión de la policía en el hospital, así como su consecuente manejo de situaciones de salud mental, se instala cada vez con más fuerza, de alguna manera tanto la lógica como la modalidad de atención cambian. La policía en términos de seguridad, vigilancia, control y orden irrestricto, actúa desde la lógica de la pena y el castigo, *“esta respuesta inmunitaria sirve de protección contra ese extraño, siniestro, familiar y no familiar, vivido como peligroso. La amenaza se sitúa en la frontera entre el interior y el exterior”* (Aguilar, 2011:6). El hospital deja de ser lugar del proceso de salud-atención-cuidados, y comienza un proceso de tensión donde la lógica penal se inmiscuye y genera una tirantez por quién se posiciona mejor en el campo, quién realiza el poder.

Los pedidos de evaluaciones interdisciplinarias llegan, así como las situaciones donde se entrecruzan lo civil y lo penal, y se entromete en el hospital. Las respuestas se van a dar en esa clave, sujetxs de pronto administrables y manejables, la instauración de legalidades propias del sistema penal que comienzan a desplegarse en el campo de la salud, el corrimiento de los límites de la acción del personal de salud, que muchas veces solicita ese desplazamiento y muchas otras lo pone en pugna.

Por otro lado, un aspecto crucial en este contexto en cuanto a la presencia policial en el hospital es el hecho de que *“la convivencia y colaboración diaria puede contribuir a la generación de vínculos de confianza entre el personal de salud y los policías [...] Este hábito se vuelve especialmente complejo ante la constancia de casos de violencia institucional”* (CELS, 2020:10), tensando la toma de decisiones y cómo se brindará la atención. Las fronteras de intervención se tornan cada vez más difusas entre unxs y otrxs, ¿qué criterio prima?

Esta multiplicidad de situaciones, no es más que una manifestación clara, concreta y palpable del mantenimiento de la peligrosidad como categoría analítica, dentro de la institución y en la totalidad del campo de la salud mental. ¿Qué implicancias trae consigo la presencia policial en un hospital monovalente? ¿Estamos frente a un reavivamiento de viejos paradigmas basados en la idea de peligrosidad? ¿Qué significados adquiere en términos de violencia y atención? ¿Es acaso una forma de reformular la atención en salud mental?

## VII. Consideraciones finales

Este trabajo intentó dar cuenta de las tensiones y entrecruzamientos que se dan en el desarrollo cotidiano de la práctica profesional con situaciones de violencia en un hospital monovalente. Las estrategias de intervención no son únicas, sino que son procesos que se construyen y se encuentran determinadas por una multiplicidad de dimensiones, siendo la violencia una de ellas.

La insistencia en el ámbito cotidiano como intersección, reflejó que muchas veces las determinaciones propias del día a día esconden al vínculo de ejercicio de poder de unxs sobre otrxs, como eso mismo: un vínculo cimentado en la violencia. Es en esa vorágine donde queda borroneado y se fuga. No sólo se escapa sino que se esconde y opera desde lo discursivo -con la construcción de determinados tipos de sujetxs cargando un estigma particular construido de manera relacional- y por oposición -y desde lo práctico- con acciones concretas dirigidas específicamente a ellxs. Es importante pensar en el análisis de la violencia de manera situada, en este caso en un hospital psiquiátrico, y en un contexto de creciente fragilidad socioeconómica, lo cual dota esta relación de particularidades.

La impronta manicomial evoca a la primera forma de violencia desplegada: el encierro como respuesta terapéutica primordial. En línea con esto, pudo verse la forma en la que la violencia institucional suele encontrar su escondite en una práctica desplegada de manera diaria. No puedo rehuir al hecho de que, en muchas ocasiones, lo que encauza ciertas violencias es la ausencia de respuestas estatales, donde se fundan las primeras tensiones.

Es imposible no poner hincapié en las diversas formas que toman las relaciones entre el personal de salud, la policía y lxs usuarixs, donde entre lxs primeros los límites de intervención se vuelven difusos en tanto quién interviene en cada situación, y específicamente desde dónde lo hace. No es menor que muchas veces la práctica se disfraya de cuidados y protección, y la violencia se escabulle, realiza, y por lo tanto no se cuestiona. La relación entre la policía y lxs usuarixs toma también formas inusitadas, donde independientemente de que se realice de manera más amable o belicosa, siempre tiene como fin último la seguridad como ejercicio para asegurar el poder. Me pregunto aquí por los cuidados, ¿éstos, pensados como parte de la seguridad, terminan banalizando su significado como práctica horizontal y fundamental en la atención en salud?

Los dilemas en torno a las intervenciones y la violencia son muchos, la intersección entre la salud mental y el campo penal es creciente. ¿Cómo poder vislumbrar estas prácticas en el desenfreno con el que interpone la vida cotidiana?

Los desafíos son constantes y complejos, especialmente dada la celeridad con la que avanza este proceso de retrotraimiento a viejos paradigmas tutelares y violencia en el campo de la salud mental. Poner el cuerpo es duro, más aún dentro de los bordes institucionales. Promover prácticas instituyentes es difícil, así como dar la lucha en la pugna por los sentidos que adquieren determinadas nociones de sujetxs y determinadas intervenciones. Pero revisar la práctica profesional es posible, para recuperar las tensiones mencionadas y ponerlas en cuestión, lo cual es el primer paso para desandar los caminos que se están formando.

**VIII. Bibliografía**

- Aguiar, E. (2011) "Exclusión y subjetividad". Nosotros. Pensando lo vincular. Panel AAPPG, 29.04.2011.
- Aguiar, E. (1998) "Violencia y pareja". Publicado en "Violencia Social y Derechos Humanos". Comp. I. Izaguirre, EUDEBA, 1998 Disponible en: <https://filadd.com/doc/exclusion-y-subjetividad-por-elina-aguiar-pdf>
- Amarante, P. (2015) "Salud mental y atención psicosocial". En Colección Salud Mental Colectiva, 7. Grupo 5, Editora Fiocruz.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2020) "Guardias hospitalarias y violencia institucional". Informe. Editorial CELCS. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/guardias-hospitalarias-web-1.pdf>
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), & Mental Disability Rights International (MDRI). (2007) "Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en la Argentina". Siglo XXI Editores.
- Decca, E.; Di Iorio, J.; Valero, A. (2021) "Entrevista: Un diálogo interdisciplinario sobre la Ley Nacional de Salud Mental". En "Intercambiando ideas para la reforma de la política de drogas". Boletín N°68, Octubre, 2021. Disponible en: [https://www.intercambios.org.ar/boletines/intercambiando\\_68.html](https://www.intercambios.org.ar/boletines/intercambiando_68.html)
- Foucault, M. (2007) "El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)". 1a ed. 1a reimp. - Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007. Traducido por: Horacio Pons.
- Foucault, M. (2006) "Seguridad, territorio, población: Curso en el collège de France (1977-1978)". 1a. ed- Buenos Aires: Fondo de Cultura económica.
- Goffman, E. (1973) "Internados. Ensayo sobre la sobre la situación social de los enfermos mentales". Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Guemureman, S.; Otamendi, A.; Zajac, J.; Sander, J. y Bianchi, E. (2017) "Violencias y Violencias estatales: hacia un ejercicio de conceptualización". Revista Ensamblés primavera 2017, año 4, n.7, pp. 12-25 ISSN 2422-5541
- Izaguirre, I. (1998) "El poder en proceso: la violencia que no se ve". Publicado en Democracia sin exclusiones ni excluidos, compilado por Emir Sader, Venezuela, Edit. Nueva Sociedad.
- Izaguirre, I. (1998) "Reflexiones sobre la violencia" en Violencia social y derechos humanos. Eudeba, Buenos Aires

- L'Heuillet, Hélène (2011) "Mirada (de) uniforme. Genealogía de la policía". Diego Galeano y Gregorio Kaminsky, coordinadores. Ed. Teseo, Universidad Nacional de Río Negro.
- Lewkowicz, I. (2016) "Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez". Espacios del Saber, 1a. ed. 2a. reimp.- Buenos Aires: Paidós.
- Netto, J. (2017) "Trabajo social: crítica de la vida cotidiana y método en Marx". Jose Paulo Netto; compilado por Carolina Mamblona; Marina Cappello. - 1a ed. - La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2015) "Los Derechos Humanos frente a la Violencia Institucional". Cuadernillo.
- Stolkiner, A. (2016) "Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental" en Revista Soberanía Sanitaria. Disponible en: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>
- Tiscornia, S. (2004) "Entre el imperio del Estado de Policía y los límites del derecho". En Revista Nueva Sociedad. N° 191, mayo-junio. Buenos Aires, Argentina.
- Pita, M. (2010) "Formas de vivir y formas de morir: el activismo contra la violencia policial" . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Puerto; Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales - CELS, 2010.
- Poblet Machado, M. A. (2016) "La relación entre la salud mental y justicia penal. El impacto de la incorporación de normativa de Derechos Humanos en Salud Mental en el sistema de administración de justicia penal del Poder Judicial de la Nación". Universidad Nacional de Lanús (UNLa) Disponible en: [http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MDDHH/PobletMachado\\_M\\_Relacion\\_2016.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MDDHH/PobletMachado_M_Relacion_2016.pdf)
- Secretaría de Derechos Humanos (2020) "Violencia institucional, Discursos Sociales y Derechos Humanos". Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Valero, A. y Faraone, S. (2019) "Las capas de la violencia. Intersecciones entre salud mental y género en el camino hacia la internación. Experiencias de investigación etnográfica en Provincia de Buenos Aires". En: "Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental". EDULP.

## **CONSTRUCCIÓN DE ESTRATEGIAS DE EGRESO CON MUJERES INTERNADAS POR SALUD MENTAL DESDE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS.**

### **Autoras**

Daniela Altavilla

Cecilia Dominguez

Andrea Merlino

(dominguez.cecilia@gmail.com)

Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía

---

### **Objetivo General:**

Reflexionar en torno a las estrategias de egreso que se co-construyen con mujeres internadas por salud mental en el Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.

### **Objetivos Específicos:**

- Analizar las variables que inciden en las posibilidades y modalidad de egreso de la internación.
- Analizar algunos de los obstáculos y desafíos pendientes que se identifican al momento del egreso de la internación.
- Describir las posibilidades de abordaje interdisciplinario e interinstitucional.

### **Introducción:**

Este trabajo se realiza a partir del análisis de experiencias de intervención desde el trabajo social con mujeres que transcurrieron internaciones por salud mental en el Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía en la sala de Ortopedia y Traumatología en el transcurso de los años 2021 a 2023.

Se tomaron para el análisis cuatro situaciones de mujeres con diagnóstico de esquizofrenia, en una franja etaria de entre 45 y 65 años, residentes en CABA. Las internacio-

nes tuvieron una permanencia de entre seis meses y un año, y actualmente continúan en seguimiento por consultorios externos de los servicios de salud mental y trabajo social.

La intervención con personas que se internan por salud mental se realiza desde el servicio social en un equipo de tres profesionales que además se insertan en el equipo de atención de internación del servicio de salud mental. Este último se conforma de un psiquiatra, una psiquiatra y dos psicólogas. Con este equipo se mantienen entrevistas conjuntas con usuarias, referentes e instituciones intervinientes y además se realizan reuniones semanales en las que se establecen evaluaciones conjuntas, se planifican acciones de intervención y se construyen las estrategias de egreso.

Asimismo, para la intervención, se articula con los equipos de las distintas salas de internación, con la guardia externa del Hospital y con organismos extra hospitalarios, como Unidad de Letrados, Asesoría General Tutelar, Renaper, Dirección General de Salud Mental, Área de Discapacidad y Tercera Edad del GCBA y organizaciones de la sociedad civil.

Este trabajo tiene por objetivo analizar, a partir de estas cuatro situaciones de intervención, las estrategias de egreso elaboradas, tomando en cuenta las variables que inciden en las posibilidades de externación y dar cuenta del modo en el que se incluyó la singularidad de cada una de las mujeres.

Este trabajo se fundamenta, entonces, en la importancia que presenta analizar de manera acabada las variables mencionadas para que la construcción del egreso sea respetuosa de los derechos de las mujeres, sea viable y lo más sostenida en el tiempo posible, respete su autonomía y voluntad y sobre todo de cuenta de la singularidad. Se busca evitar estrategias estandarizadas que vulneren las necesidades específicas de las personas con las que se trabaja. Asimismo, el análisis de las variables en juego para la concreción de los egresos permite dar cuenta de la situación actual respecto a las políticas públicas que enmarcan los derechos de las personas con problemáticas de salud mental.

Si bien el presente trabajo no se centra de manera particular en el análisis desde una perspectiva de género, resulta importante destacar que los padecimientos mentales impactan de manera específica y desigual en las mujeres.

En la gran mayoría de los instrumentos internacionales de derechos humanos en materia de salud mental y discapacidad que integran nuestro marco jurídico, incluso en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 que es de avanzada en la región, no se contempla de manera específica la situación de las mujeres usuarias de servicios de salud mental.

Los obstáculos en el acceso a la atención integral de la salud, y de la salud sexual y reproductiva especialmente, la feminización de los cuidados (con mayor exposición y vulnerabilidad a padecer algún tipo de malestar psicosocial), la ausencia de políticas públicas que contemplen las intersecciones entre mujeres usuarias y maternidades, el vacío al que se enfrentan estas mujeres cuando además son víctimas de violencia de género, son sólo algunos de los aspectos a considerar en el marco de la práctica profesional, y en un análisis más amplio de las respuestas institucionales y la posibilidad de construir estrategias respetuosas de los derechos y la dignidad de las mujeres usuarias de los servicios de salud mental.

### **Contextualización de la práctica profesional**

A fin de realizar el análisis propuesto, respecto de las estrategias de egreso que se construyeron con mujeres internadas por motivo de salud mental, resulta de relevancia contextualizar brevemente estas situaciones y los motivos y formas en que se da la internación en el hospital.

Cabe aclarar que el Hospital Ramos Mejía no cuenta con sala de internación de Salud Mental, debido a lo cual las internaciones se efectúan en salas que se encuentran ubicadas en la planta baja, sobre todo, de Clínica Médica, Ortopedia y Traumatología, y Urología.

En los casos a los que se hace referencia, las mujeres fueron traídas por SAME a la guardia externa para luego ser derivadas a la sala de Ortopedia y Traumatología. Esta sala cuenta con un espacio de cinco camas que se destinan generalmente a internaciones por salud mental de mujeres, estas cuatro pacientes compartieron este espacio de internación.

Al ingreso se encontraban descompensadas de su problemática de salud mental de base, con aparente falta de red social, con dificultad de adherencia y acceso a los tra-



tamientos de larga data, sin conciencia de enfermedad ni de situación, con dificultades para el cuidado personal y de salud, en algunos casos sin documentación. No tenían internaciones previas en el hospital, dos de ellas sí tenían antecedentes de internación en otros efectores.

Dos de las situaciones analizadas se tratan de mujeres que por su cuadro de descompensaciones presentaron conflictos con los vecinos y recibieron denuncias por esto, lo que motivó su traslado al Hospital. Otra de las situaciones fue derivada a la guardia desde un control clínico ambulatorio por presentar delirios. La última tuvo un accidente en el contexto de la descompensación.

Al inicio de la intervención se toma contacto con los equipos de guardia y con el equipo de internación de salud mental para realizar la evaluación conjunta, se indagan antecedentes de atención y redes socio familiares.

En tanto el equipo de internación en salud mental trabaja en la compensación del cuadro que dio inicio a la internación, desde el servicio social se inicia el análisis de las variables involucradas en la trayectoria de vida de las usuarias, que posteriormente se abordarán para la construcción del egreso.

En este punto resulta importante contar con información acerca del motivo de internación y el modo en que se estaba desarrollando la vida cotidiana de las pacientes en los momentos previos a la internación, sus antecedentes de atención de salud e internaciones previas. Asimismo, también se requiere información sobre la biografía y la situación integral y singular de la vida cotidiana, incluyendo la narrativa que la propia mujer describe. Esto permite contextualizar el episodio de la internación actual y brindar un marco que incluya la historia de vida y no restrinja la evaluación a la foto del momento en que se conoce a la mujer.

A partir de esta primera información, acerca de la trayectoria de salud y la narrativa de la vida cotidiana, se inicia el proceso de evaluación de los recursos con los que cuenta la paciente. Al hablar del análisis de los recursos se hace referencia a conocer aquello que funciona como un facilitador para el egreso y el sostenimiento de la cotidianidad fuera de la internación y también a aquellas variables que inciden en forma negativa o se constituyen en desafíos para la externación.

### **Hacia una estrategia de egreso**

Las variables de mayor relevancia respecto a los recursos para el egreso se pueden describir en dos grandes grupos, por un lado lo que se relaciona con las posibilidades concretas de la externación y el sostenimiento de la vida cotidiana fuera del hospital, por otro lado la accesibilidad a la atención de salud ambulatoria que evite una nueva internación.

Respecto al primer grupo, las posibilidades de egreso, se evidencia una interrelación entre la funcionalidad y la red de apoyos. La funcionalidad se puede definir como “la facultad presente en un individuo para realizar las actividades de la vida diaria, sin la necesidad de supervisión”<sup>1</sup> e involucra su capacidad de autonomía<sup>2</sup> y su voluntad respecto a la propuesta de externación. La red de apoyos son todos aquellos vínculos con referentes afectivos o institucionales, públicos o de la sociedad civil, que están en condiciones de brindar asistencia y acompañamiento.

Al hablar de interrelación entre funcionalidad y red de apoyos se hace referencia a que estas variables interactúan configurando recursos o desafíos para la vida cotidiana fuera de la internación.

Asimismo, al hablar de autonomía, es necesario reconocer que en ocasiones se presenta un desafío al equipo de salud. Este se relaciona con las situaciones en las que la evaluación de la funcionalidad de la persona se contradice con su voluntad y sus deseos de llevar adelante una vida por su cuenta. Pensar en el requerimiento de apoyos que la persona no desea aceptar conlleva la necesidad de realizar un ajuste entre bienestar y autonomía. De este modo, el respeto por la autonomía se torna un valor fundamental a la hora de diseñar estrategias que no sean estandarizadas y respeten la singularidad. A su vez, esta cuestión involucra la posibilidad de reconocer el derecho que las personas tienen a gestionar sus propios riesgos y correrse de la tutela o el paternalismo.

En el ámbito de la problemática de la salud mental el estigma configura una variable de relevancia. En este sentido, la tarea del equipo es vislumbrar un escenario en el que la evaluación de la funcionalidad, en relación con la autonomía, reconozca la

---

1 (Garriga, 2019)

2 La autonomía “supone reconocer la capacidad que tiene toda persona de dirigir su propia vida, de decidir sobre sus cosas (...) Una persona ejerce su autonomía cuando toma decisiones por sí misma, teniendo la información adecuada, sin influencias externas” (Berenguer en Merediz, 2014) . “La ausencia de influencias externas se refiere en este caso a la inexistencia de coerción por parte de otras personas (...) las decisiones que toman los sujetos siempre estarán afectadas de algún modo por el contexto (...) la autonomía es siempre relativa” (Merediz, 2014).

posibilidad de cierto riesgo y permita la generación de estrategias respetuosas de la dignidad y que eviten la estigmatización. La idea de la dignidad del riesgo echa luz en este sentido. Al decir de Eduardo Basz, "... estos dos conceptos (el del estigma y el de la dignidad del riesgo) (...) se fusionaron con el paradigma de nuestra época: políticas de salud mental compatibles con los derechos humanos. Hoy día sabemos que puede ser humillante la protección y puede haber dignidad en el riesgo, quiero decir, que cuando hablamos de extensión de derechos y garantías no estamos hablando de otra cosa sino de la autonomía de las personas"<sup>3</sup>

Una de las mujeres con las que se trabajó manifestaba desde el primer día de internación querer retornar a su domicilio. No contaba con ingresos, no tenía red de apoyos (su madre había fallecido recientemente) y la evaluación del equipo era que su funcionalidad era débil, habiendo expuesto su salud debido a su falta de señales de alarma. Por esto, al inicio se había pensado en un egreso institucional. En el transcurso de la internación se evidenció un deterioro producto de la dificultad de concretar la externación. No fue posible trabajar su conciencia de enfermedad ni de situación y el vínculo se veía afectado por su insistencia al egreso y la falta de concreción del alta. Se evaluó entonces que era pertinente trabajar en un egreso autónomo aún con cierto riesgo y se diseñó una estrategia respetuosa de su voluntad. Se optaron por recursos de apoyo institucionales y de la sociedad civil y se trabajó con la paciente para que prestara su consentimiento. También se realizaron algunas visitas a su vivienda durante la internación, en las cuales el equipo acompañó a la usuaria de acuerdo a su pedido. Se estableció un seguimiento posterior al alta que fue posible sostener con encuadres flexibles. La evaluación de ese egreso fue satisfactoria, observando a la mujer en mejores condiciones que en la internación.

Otra cuestión importante en la construcción de la estrategia de egreso incluye el trabajo con las personas acerca de su diagnóstico. La evaluación respecto de su conciencia de enfermedad y las consecuencias que este nivel de conciencia conlleva, en términos de posibilidades de cuidado en forma autónoma. El diagnóstico puede, tomando a Basz, configurarse como un estigma o como un "punto de apoyo sólido para que el usuario enfrente a sus demonios y salga del infierno"<sup>4</sup>.

Se considera, entonces, que trabajar con las usuarias el diagnóstico es una tarea que incide en la construcción de la estrategia para el egreso. Por esto, el desafío es generar

---

<sup>3</sup> (Basz, 2012)

<sup>4</sup> (Basz, 2012)

un vínculo que se elabore de forma artesanal y singular para favorecer un sentimiento de alojamiento que permita disminuir el estigma de la problemática de salud mental. Para esto es fundamental que el equipo pueda pensar en abordar las situaciones con encuadres flexibles y respetuosos de las características de las personas con problemática de salud mental, generando espacios abiertos a las dinámicas funcionales de cada usuaria/o.

En una de las situaciones analizadas, la paciente en una entrevista de seguimiento por consultorios externos pudo realizar preguntas acerca de su diagnóstico. Llevaba varios años contando con CUD en función de su diagnóstico de esquizofrenia y había transitado varios meses de internación sin que se hubiera logrado abordar esa cuestión. A partir del vínculo construido, fue posible que ella plantee sus dudas y trabajar esto permitió que su conciencia de enfermedad y su adherencia al tratamiento se vea favorecido, aumentando su autonomía. Se enmarca el trabajo con ella en función de establecer su problemática de salud mental como una situación de salud crónica, que requiere atención. Resulta fundamental que el equipo pueda alojar la subjetividad de la mujer respecto a su situación y presentar un espacio libre de estigmas.

Respecto al segundo grupo de recursos, la accesibilidad a espacios de atención de salud mental ambulatorios, es para destacar que la internación es parte de las respuestas terapéuticas disponibles. Debe entenderse que en las trayectorias de atención es un escenario posible y deseable si es la mejor indicación de tratamiento. Sin embargo, en ocasiones las internaciones develan la imposibilidad de las usuarias para sostener la atención en el ámbito ambulatorio. Si bien influye la conciencia de enfermedad y situación, es fundamental analizar cómo la falta de accesibilidad a la atención determina situaciones de internación que podrían haberse evitado. De esta forma, la construcción de una estrategia de egreso no puede estar aislada de la generación de garantías acerca del acceso a la atención post alta.

La dificultad de accesibilidad desde el ámbito público, sobre todo en salud mental, se constituye como un obstáculo al egreso y también aumenta la necesidad de internación. Este fue el caso de una de las mujeres, que si bien su referente familiar identificó señales de alarma, la imposibilidad de acceder a una atención oportuna concluyó en la descompensación en la cual se accidenta, lo que le genera secuelas motoras y el requerimiento de internación.

Otra cuestión a analizar respecto a los recursos para el egreso, es la garantía de la satisfacción de las necesidades básicas como un elemento fundamental y en muchos casos un obstáculo de relevancia que determina la imposibilidad de concretar el alta. Es una variable que define en ocasiones que se requiera extender la internación, siendo una situación de vulnerabilidad de derechos y da cuenta de la débil construcción de políticas públicas intersectoriales en el ámbito de la salud mental.

Dentro de este análisis de los recursos materiales se incluye la falta de acceso a dispositivos acordes a las necesidades de las usuarias y la ausencia de espacios que brinden apoyos. Esto define un escenario en el cual se ve afectada la autonomía de las usuarias ante la ausencia de respuestas institucionales que respeten las singularidades. Este punto a su vez evidencia la distancia que existe entre las leyes de salud mental, discapacidad y derechos humanos y las respuestas concretas que brindan las políticas públicas actuales (y las partidas presupuestarias efectiva y específicamente otorgadas), vulnerando los derechos de las usuarias y configurando enormes desafíos para los equipos.

### **Posibilidades de abordaje interdisciplinario e interinstitucional**

En el contexto de atención de mujeres internadas por salud mental, una dimensión del trabajo se relaciona con la articulación que se requiere con los distintos niveles de intervención.

Respecto del equipo de internación de salud mental, se considera que tras un proceso de construcción conjunta se ha logrado establecer acuerdos, objetivos comunes y líneas de acción que dan cuenta de un trabajo que favorece la labor cotidiana y permite que las evaluaciones se vean enriquecidas por las distintas especialidades. “La interdisciplina hace posible un nuevo conocimiento teórico, que a menudo rebasa las fronteras disciplinarias y permite construir un campo emergente cualitativamente superador, reservando para ello el término transdisciplina”<sup>5</sup>

Como desafío pendiente se plantea profundizar este proceso a fin de pensar en la construcción de un solo equipo de trabajo que incluya ambos servicios. Se considera que la división de servicios por especialidad que tiene la actual disposición del Hospital constituye un obstáculo a tal proceso.

---

<sup>5</sup> (Follari, 1988 en Llelis, Fotia, 2019)

En relación con las instituciones públicas con las que se articula, se puede decir que las experiencias son dispares, encontrando momentos de mayores acuerdos y otros en los que la posibilidad de plantear un trabajo conjunto encuentra contradicciones. De todos modos, siempre es labor tanto del equipo de salud mental como de trabajo social mantener vínculos habituales con los organismos estatales y también con instituciones de la sociedad civil, ya que se piensan como responsables de promover políticas públicas acordes al marco normativo en el primer caso, y como parte del sistema de apoyos en el caso de estas últimas.

### **Reflexiones finales**

En el escenario actual respecto al tratamiento de la problemática de la salud mental, con el marco de la legislación específica existe un consenso, que más allá de incluir discusiones internas y externas, son coincidentes en reconocer la importancia de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales. El paradigma de la inclusión en el ámbito de la discapacidad también aboga por el respeto de las personas con este tipo de problemáticas y por la necesidad de que su derecho a una vida plena sea garantizado.

Pese a este escenario, se puede observar que las personas con diagnósticos de salud mental aún se enfrentan a situaciones de estigmatización muy marcadas que conllevan experiencias de exclusión en todos los ámbitos de su vida cotidiana. La idea de que algunas patologías de salud mental se relacionan únicamente con formas de ser o con la falta de voluntad de cambio aún está presente incluso en las propias personas que padecen estas situaciones de enfermedad.

El tránsito por una internación de salud mental está plagado de estas sensaciones de exclusión y estigma. Es uno de los desafíos fundamentales para los equipos de salud contrarrestar estos sentimientos con espacios abiertos a alojar a estas personas y construir intervenciones flexibles, respetuosas de la autonomía. Asimismo, se requiere que las estrategias sean cuidadosas de las garantías de bienestar y cuidado al egreso.

Se ha mencionado el concepto de dignidad del riesgo al dar cuenta de la interrelación entre autonomía y funcionalidad, analizando la forma en que una intervención que evite la estigmatización favorece el respeto de los derechos humanos.

Este escrito tuvo por objetivo describir el modo en que se trabaja desde un hospital general con mujeres internadas por salud mental y cómo se construyen los egresos.

Sin dudas, esta tarea está plagada de contradicciones, situaciones conflictivas y desafíos no resueltos. Es por esto que la lectura de este trabajo debe realizarse desde el punto de vista del horizonte que se quiere construir, entendiendo el contexto de dificultades en el que se desarrolla la intervención.

Las políticas públicas de salud vienen siendo profundamente analizadas, en el marco general de políticas estatales de derechos. La ausencia de garantías al respecto cuenta con una reflexión previa que brinda el contexto en el cual se deben leer estas palabras.

En conclusión, lo que se quiere transmitir es la importancia de construir procesos de intervención artesanales, flexibles, que tomen en cuenta la singularidad de cada persona, donde se dé lugar a un vínculo que aloje a aquellas que han sido previamente excluidas de múltiples espacios sociales. De esta manera, se elige hacer frente al riesgo que conlleva evitar respuestas estandarizadas y construir estrategias de egreso que contribuyan a devolver parte del lugar valioso que las personas con diversidad mental aportan a la sociedad en su conjunto.

### **Bibliografía**

- Basz, Eduardo “La Dignidad del Riesgo como antídoto al estigma”. Proyecto Dignidad en <http://observatorioidignidad.blogspot.com.ar/>, 2012
- Garriga, Jimena “La capacidad funcional y la capacidad intrínseca”. Plena Identidad en <http://plenaidentidad.com/la-capacidad-funcional-y-la-capacidad-intrinseca/>. 2019
- Llelis, Martín, Fotia Guillermo “Interdisciplina y Salud Mental”. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Cátedra de Salud Pública y Salud Mental. Marzo 2019.
- Merediz Pilar “Reflexionando acerca de la autonomía a partir de experiencias de intervención profesional”. 2014
- Yoma, Soledad; Buhlman Soledad; Burijovich Jacinta “Aún no estamos todas... a algunas no nos ven. Las mujeres en los hospitales psiquiátricos”. Artículo publicado en el tomo “Políticas públicas y multidisciplinaria” del “Tratado de géneros, derechos y justicia” dirigido por Marisa Herrera, Silvia Fernández y Natalia De la Torre. Buenos Aires. Rubinzal Culzoni Editores, 2021, pp. 151-166. ISBN: 978-987-30-2511-2.

# 04

## POLÍTICAS PÚBLICAS Y SOCIO-SANITARIAS



## EMBATE NEOLIBERAL EN LA POLÍTICA SOCIOSANITARIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE CABA

### Autora

Lic. Acerbo Sasha Argentina. Licenciada en Trabajo Social, graduada de la Universidad de Buenos Aires. Trabajadora de salud pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. acerbosasha@gmail.com

---

### Resumen

La presente ponencia pretende compartir y reflexionar sobre las reformas de la política del primer nivel de atención, asistidas a partir del año 2016, en el marco de la política sociosanitaria dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) bajo la gestión de Juntos por el Cambio. A través del mismo se propone objetivar las implicancias simbólicas y materiales que operan, a partir de las mismas, tanto para los trabajadores de salud como para la población consultante.

Asimismo, partiendo de una perspectiva dialéctica en el modo de comprender y abordar las políticas sociales, se recuperan los procesos históricos recientes de organización y resistencia, y sus intentos, correspondientes a dichas reformas.

Este texto es producto de la praxis desarrollada como profesional en el campo de la salud, en condición de Residente de Trabajo Social, y actualmente como Trabajadora Social de planta. Y es, a su vez, el resultado de los diálogos sostenidos con colegas de salud y de otros sectores; con otros profesionales que forman parte de los equipos de salud y trabajadores como promotoras de salud y administrativos; con actores colectivos como la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA; la Asamblea de Residentes y Concurrentes de CABA; la Asamblea del Hospital Piñero y CeSACs; la Asamblea del Grierson y CeSACs, entre otras; y con los propios funcionarios del GCBA.

Considero que la sistematización de estos diálogos y participaciones, se trata de palabras urgentes y conducentes de aquello, que no deben desvanecerse por la inmediatez de los procesos ni por la "la doctrina del shock" que orienta y determina las transformaciones regresivas y asiduas de la política sociosanitaria, características de la estrategia política de quien nos gobierna y emplea.

Organizarnos en defensa del derecho a la salud es urgente.

**Palabras clave:** Reforma sociosanitaria - Primer nivel de atención- Organización y resistencia

## Introducción

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) forman parte de lo que se define como primer nivel de atención. Según la Ley Básica de Salud N° 153 (1999)<sup>1</sup>, “*el primer nivel comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias*”. Bajo esta lógica, los CeSAC se configuran como la materialidad de la política de atención primaria de la salud (APS) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Actualmente en la CABA se dispone de 48 CeSAC. Los cuales a partir del año 2022, a través del Decreto 311/2022, dejaron de depender de los Departamentos de Áreas Programáticas correspondientes a los Hospitales Generales de Agudos; y fueron directamente vinculados con la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud del GCBA. Sin embargo, hasta el día de la fecha no está establecida la partida presupuestaria con la que cuenta dicha dependencia, como así tampoco se cuenta con la infraestructura necesaria para tener bajo su órbita alrededor de 3000 trabajadores, que anteriormente formaban parte de la nómina de recursos humanos hospitalarios. Generando incertidumbre en los mismos y desconfianza respecto de la intencionalidad con la cual fue efectuado dicho traslado.

Esta “transformación”<sup>3</sup>, llevada adelante por el Ministerio de Salud del GCBA de manera inconsulta y con características del modelo de gestión burocrático-autoritario, consolida la necesidad de reflexionar sobre el proceso de reformas que se viene gestando desde el año 2015 en el sistema de salud en general, pero en particular -y de acuerdo a los objetivos de esta ponencia- en el primer nivel de atención de salud de la CABA. Los cuales, ya se ha dicho en diferentes reclamos, afectan los procesos de

1 Disponible en [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/723\\_etica2/material/normativas/ley\\_de\\_salud-153.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/ley_de_salud-153.pdf)

2 Disponible en <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/620922>

3 Haciendo apología al reconocido slogan de campaña del GCBA: “la transformación no para”.

trabajo y las condiciones de ejercicio profesional y atención de la población; como así también el sentido atribuido al derecho a la salud.

### **Historización de las reformas del primer nivel de atención**

En el año 2016 el Ministerio de Salud del GCBA presentó el Plan de Salud 2016- 2019, según ellos tras la *“necesidad de implementar un modelo de atención superador como respuesta a los problemas actuales: 1. De accesibilidad y oportunidad del cuidado 2. Insatisfacción ciudadana 3. Oportunidades de mejora en la eficiencia 4. Mala coordinación entre jurisdicciones y niveles de atención 5. Inequidad en el acceso y resultados sanitarios”*. Y con la visión de *“desarrollar una red de cuidados integrales y progresivos, basada en las necesidades y la participación de la comunidad, que brinde servicios de calidad y eficientes en pos de la satisfacción ciudadana”*. Ataño mencionar que para el diseño de dicho plan no fueron convocados trabajadores, ni gremios, ni consultantes del sistema de salud.

Este plan instaló el concepto de equipos básicos de salud. Esto implica que la población nominalizada y georreferenciada cuente con la referencia de un profesional médico clínico o pediatra, acorde a la edad, y un profesional<sup>4</sup> enfermero. El primer nudo crítico que encontramos en esta forma de organizar los trabajos es la definición de “básico” que aparece cristalizando una subalternidad, en detrimento de las lógicas interdisciplinarias que durante años signaron la atención, el trabajo y los equipos de los CeSACs.

A su vez, en el año 2017 este nuevo orden vino acompañado del ingreso de un gran número de profesionales a los centros de salud, en formas contractuales que dependían directamente del Ministerio. Lo cual enmaraña aún más las posibles interpretaciones de los trabajadores respecto del avance/retroceso que suponía la política. Equipos que históricamente estaban conformados por dos médicos generalistas pasaron a tener cinco, y de dos pediatras a seis, etc.

Otra gran “transformación” que implicó este plan fue la decisión de implementar sistemas de información, supuestamente a fin de mejorar la gestión asistencial y sanitaria. Si bien esto ya había sido reglamentado previamente en el año 2010, a través de la

<sup>4</sup> Aunque no sean reconocidos como tal en la Ley de Carrera Profesional 6035 (2028) disponible en [https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck\\_PL-LEY-LCABA-LCBA-6035-18-5508.pdf](https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PL-LEY-LCABA-LCBA-6035-18-5508.pdf)

Resolución 123/2010<sup>5</sup>, recién en el 2016 se puso en funcionamiento. Entre los argumentos para su implementación se hallan formulaciones como que las historias clínicas en papel fragmentan las internaciones, que en las evoluciones hay una tendencia a escribir información redundante y/o insuficiente, que hay otra tendencia a la duplicidad de estudios por falta de información, lo que según el texto del Plan de Salud 2016, daría cuenta de una *“heterogeneidad e ineficiencia en los procesos”*. El hecho de significar negativamente la heterogeneidad da cuenta del desconocimiento hacia la lógica comunitaria y territorial, y a las distintas condiciones de trabajo de los espacios, que ciertamente hace que aún contando con las mismas técnicas e instrumentos no pueda ser homogénea.

Hoy, casi seis años después de la implementación del Sistema Informático de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS), observamos falencias en dicho instrumento vinculadas a la confidencialidad. Y también registramos algo aún más preocupante, que es la instalación del monitoreo de productividad y control sobre los tiempos, los motivos de consultas, y la frecuencia; y con la imposición de agendas como dispositivo organizador de nuestro trabajo y ejercicio profesional.

Esto último configura lo que en el campo de la educación se conoce como privatización endógena, la cual supone la importación de ideas, técnicas y prácticas propias del sector privado, con el fin de tornar al sector público más parecido a los negocios y crecientemente empresarial (Ball y Yodell, 2015). Asimismo, incluye procesos de privatización exógena, mediante la apertura del sistema público de salud a la participación de agentes privados con ánimo de lucro. Ambas categorizaciones (privatización endógena y exógena) están fuertemente interconectadas en la práctica, y resultan de gran utilidad en términos analíticos y reflexivos para advertir y categorizar la multiplicidad de significados que admite la privatización en nuestro campo.

Otras de las novedades que aportó el Plan de Salud 2016 fue la creación de los Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia (CEMAR). Con la implementación del discurso de la “Red de cuidados progresivos en salud”, y el surgimiento de dos CEMAR, en tanto niveles de atención intermedios, con nuevos recursos y tecnologías, se evidencia otro de los nudos críticos principales, ya que en adelante, los hospitales en lugar de adquirir una nueva funcionalidad, las pierden, se vacían. Hablaremos entonces de la “Red de Cuidados Regresivos”, como lo acuñó una colega, ya que en caso de requerir intervenciones o diagnósticos especializados de un nivel de complejidad

5 Disponible en [http://www.ciudadyderechos.org.ar/derechosbasicos\\_a.php?id2=694&id3=36&idanexo=815](http://www.ciudadyderechos.org.ar/derechosbasicos_a.php?id2=694&id3=36&idanexo=815)

mayor a la que poseen los CEMAR, ya no hay a dónde derivar. Recordemos que la política sanitaria porteña pasó a focalizarse en el primer nivel y ya no en el segundo, y mucho menos en el tercero.

En este sentido, según Castrogiovanni (2019)<sup>6</sup> *“el GCBA refiere “fortalecer” el primer nivel de atención, pero es necesario denunciar que este “fortalecimiento” es sesgado y superficial”*. La concentración de la “inversión” del GCBA está puesta precisamente en el primer nivel para restringir el acceso de la población a los hospitales. En concreto, si bien inauguran dos CEMAR y abren algunos CeSAC, y renuevan los edificios de algunos de los centros más precarios, hay otros que permanecen cerrados por peligro de derrumbe y electrocución de trabajadores -como el CeSAC 31-; en otros no se consiguen turnos, o bien cuando se suman más profesionales no hay consultorios donde atender; no se invierte en especialidades críticas como salud mental. Y todo esto es dañar a la población que asiste a atenderse, que va con problemas de salud, y también dañar física y psicológicamente a sus trabajadores que no saben a dónde derivar ni qué recomendación de salud hacer.

Durante el 2022, se llevaron adelante semanas de lucha y movilización protagonizadas por el colectivo de Residentes y Concurrentes, y trabajadores de planta (atañe señalar que sin respaldo de los gremios mayoritarios) en pos de la recomposición salarial. En estos encuentros, en las distintas asambleas se ha llegado a la conclusión de que si bien la situación particular de cada CeSAC es diferente, lo que atraviesa a todos los efectores es el desprestigio de las instituciones de salud pública y la falta total de voluntad política de que esto sea distinto.

Al momento, continúa vigente la política de ampliación de las dotaciones de trabajadores profesionales. Sin embargo, esto se desarrolla en un escenario caracterizado por los salarios a la baja. Para muchos de los profesionales que incorporan a los equipos, el trabajo comunitario, la participación, la integralidad de la salud, la interdisciplina, interculturalidad, interinstitucionalidad, territorialidad ya forman parte de su lenguaje y de sus prácticas cotidianas, pero para muchos es empezar una experiencia nueva. Y cuando hay disposición para que así sea.

Estas “transformaciones” tienden a generar una falsa sensación de revalorización (“ahora nos ocupamos de los CeSACs, y le damos más importancia que a los hospitales”). Al contrario, al adoptar un análisis totalizante se evidencia regresividad, copiando

<sup>6</sup> Disponible en <http://apss.org.ar/category/noticias-sindi/page/6/>

lo peor del modelo hospitalocéntrico: acceso a través de turnos programados en consultorios individuales, jerarquización de la atención médica por encima del abordaje interdisciplinario, jerarquización del consultorio y la atención individual, por encima del trabajo territorial y comunitario.

La pandemia de COVID 19 expuso la precariedad de la política del primer nivel de atención. La publicación asidua de protocolos por parte del Ministerio de Salud de GCBA, en tanto respuesta institucional a la emergencia sanitaria de aquel entonces, impuso abordajes con escasa perspectiva social y territorial, centrados en lógicas hospitalarias y agudas, e invisibilizando las necesidades y posibilidades concretas de los trabajadores, les usuaries y las organizaciones comunitarias (quienes verdaderamente día a día enfrentan y organizan la realidad en los efectores y en los territorios). Los equipos de salud del primer nivel de atención debieron autogestionar sus lineamientos, lo cual a priori no es un problema. Sucede que en este marco los trabajadores, y por supuesto los usuarios, han quedado expuestos a condiciones inseguras de trabajo y de atención, no solo en alusión a la falta de elementos de protección personal (como máscaras y barbijos) sino por la falta de capacitación oportuna y de recursos e instructivos para adecuar los procesos de trabajo. Bajo estas condiciones, los equipos de salud y los trabajadores fueron operacionalizando de forma heterogénea los criterios de acceso y atención de usuarios, en detrimento de la pretensión de universalidad. Al mismo tiempo, develó una profunda desarticulación entre los distintos niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel), e incluso con otros subsectores (público, obras sociales, privado).

En fin, todos estos eventos expresan un modelo de gestión burocrático administrativo por parte del GCBA, con escasa participación de los trabajadores, y ni hablar de los usuarios, en el diseño y definición de sus políticas; vislumbrando la escasa exigencia por parte de los gremios mayoritarios que debieran representarnos en su planificación. E implican el avance de modelos tayloristas y fordianos en la organización del trabajo. Lo anterior evidencia un proceso de expropiación del protagonismo de los trabajadores del primer nivel de atención, en tanto sujetos fundamentales, y hasta en muchos casos fundantes<sup>7</sup>, del proceso de trabajo y construcción de la salud en el primer nivel. Reforzando concepciones lineales y reduccionistas del Estado y la política

<sup>7</sup> Muchos de los CeSACs de la CABA, especialmente los que se emplazan en el sur de la Ciudad y en territorios de concentración de las vulneraciones socioeconómicas, fueron fundados en los años 70 por la comunidad junto con los profesionales y trabajadores de salud que aún hoy se encuentran en ejercicio, y que están pronto a su jubilación.

pública, que atomizan la planificación y gestión, de la implementación. Identificando a los trabajadores de salud como implementadores.

### **APS en tensión**

Las reformas mencionadas determinan el acceso al derecho a la salud en la CABA y el sentido asignado a dicho derecho. Estas reformas acontecen en correlato y como relato del avance de la Cobertura Única de Salud (CUS) en la escala internacional, nacional y distrital, profundizando la lógica de aseguramiento individual y de financiamiento institucional por demanda satisfecha.

Es visible cómo el proyecto político neoliberal introdujo el lenguaje y la técnica de la economía al campo sanitario, instalando criterios de evaluación económica de las prácticas, e instrumentos de estandarización de actividades, que desafían la autonomía profesional. La mayor evidencia de ello es la implementación de agendas, que clasifican las jornadas laborales en “productivas” y “ociosas”, y que no contemplan las temporalidades de las intervenciones comunitarias, contrariando las aspiraciones del trabajo con la APS. Esto opera como panóptico, propiciando al interior de los equipos competencia e individualización, en detrimento de la cooperación, la interdisciplina y el desarrollo grupal que históricamente caracterizó al primer nivel.

Esto repercute negativamente en la calidad de la asistencia, en la capacidad de prevenir enfermedades, en el desempeño de los sistemas de salud y, en definitiva, en el logro de los resultados de salud deseados al adherir como Estado a la Declaración de Alma Ata (1978)<sup>8</sup>.

Siguiendo la propuesta metodológica de Lamamoto, y a fin de evitar un pesimismo de la razón que no da lugar a un optimismo de la voluntad, es necesario también centrarnos en los actos de resistencia. Espacios como estas Jornadas, las reuniones de delegadas de la APSS, las asambleas hospitalarias, se plantean como territorios centrales donde recuperar el protagonismo y profundizar en análisis históricos sobre la política sanitaria del primer nivel de atención. Siguiendo a Rovere (2006), se requiere de una interpretación genética de nuestro proceso, asumiendo que *“toda génesis nos habla de proceso y nos abre la puerta del futuro”*. Es menester recuperar la capacidad de encuentro y las reflexiones colectivas como formas de resistencia. Éstas no son posibles como actos aislados, locales ni individuales. No basta con pensar qué sucede en

<sup>8</sup> Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

un CeSAC particular, con naturalizar que la prioridad de mi equipo de trabajo siempre ha sido y será el trabajo comunitario, o que nunca lo ha sido, sino que es necesario lograr una lectura de mediación capaz de reconocer, problematizar y visibilizar lo que está aconteciendo en el conjunto de los efectores del primer nivel de atención, en relación a otros efectores de salud y otras políticas sociales.

### **Posibles conclusiones. Organizarnos es urgente**

Considero que la sistematización de estos diálogos y participaciones, se tratan de palabras urgentes y conducentes, de aquello que no debe desvanecerse por la inmediatez de los procesos, ni por la “la doctrina del shock” (Lange, 2010) que orienta y determina las transformaciones regresivas y asiduas de la política sociosanitaria, que caracteriza la estrategia política de quien nos gobierna y emplea. Esta doctrina es acuñada por Friedman como modelo teórico y práctico para ejercer y legitimar el capitalismo del desastre, y reproducida por la actual gestión del GCBA, profundizada en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID 19.

Entonces la pregunta es ¿cómo hacer para recuperar nuestro “otro” lenguaje y práctica que no tiene que ver con lo económico? Es decir el lenguaje de la participación, de la territorialidad, del derecho social.

Si la participación comunitaria y la territorialidad son componentes fundamentales de la estrategia de la APS ¿cómo hacemos para desnaturalizar el acceso a nuestros efectores a través de la línea 147?

Todas estas cuestiones ponen de relieve la necesaria reflexión sobre nociones como las de agencia y autonomía, la perspectiva de derechos y la democratización de los PSEAC, reconociéndonos inscriptos en dispositivos de biopoder, que imponen clasificaciones de lo i/ legítimo a través del discurso con el que intervenimos, con el que nos expresamos y con el que comunicamos.

En este contexto, el acceso a la salud es hegemonizado como un privilegio (el que logre escanear el QR, ser atendido en el 147, y ser entendido por el operador, accede a un turno), contribuyendo en los los procesos de estigmatización, individualización, biomedicalización y mercantilización.

Es entonces que nosotros, quienes creemos en otra concepción de salud, en tanto derecho, debemos asumir nuestra participación y protagonismo en ese debate. Afortu-



nadamente sabemos que los procesos de las políticas públicas no son lineales y verticales (aún cuando se pretendan verticalistas) sino que transcurren en diversas escalas, y abiertos a la disputa de lo que puedan construir/ exigir/ proponer/ impugnar los distintos actores. Los trabajadores de la salud no somos receptores y reproductores de protocolos o políticas, sino creadores y constructores de los mismos. Lo anterior, nos obliga a pensar simultáneamente en nuestros procesos de intervención, en los procesos de trabajo, y en los procesos de ciudadanización de la sociedad en la que estamos incluidos. Por supuesto que esto implica decisiones y compromisos éticos, en la medida que conlleva la necesidad de posicionarse y responsabilizarse ante el significado y las implicancias de la intervención profesional. Por nuestra parte, podríamos dedicarnos exclusivamente a la realización de informes o gestión de recursos, pero siguiendo nuestros principios ético políticos, intentamos mucho más que ello.

Ha quedado expuesta la responsabilidad y la autonomía que tenemos como trabajadores para poder resistir, inventar y defender otras formas posibles de salud. No se trata entonces simplemente de oponernos a los lineamientos generales, sino de hacer emerger preguntas y versiones que cambien no solo las formas lingüísticas de nominar, sino los modos de pensar y hacer, de hacer y pensar, más allá de las estipuladas por las normativas, decretos y resoluciones.

### **Bibliografía**

- Acerbo, Sasha. Larrache, Carolina. (2020). Gestión local de la pandemia de COVID 19: Aportes desde el Trabajo Social. Revista Debate Publico. Año 10. N° 20.
- Ball, Steven. Yodell, Deborah. (2007). Privatización encubierta en la educación pública, Internacional de la Educación. Bruselas.
- Castrogiovanni, Natalia. (2023). Trabajo Social y Sanitarismo en la Argentina. Una reconstrucción histórica política en la contemporaneidad. Editorial Puka.
- Lange, Carlos. (2010). La Doctrina del Shock. El auge del capitalismo del desastre. Revista INVI, 25(70), 225-227.
- Rovere, Mario. (2006). Planificación estratégica de recursos humanos en salud. 2ª ed. Washington, D.C: OPS.

## PROTECCIÓN SOCIAL EN TUBERCULOSIS: REFLEXIONES A PARTIR DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO REALIZADO EN EFECTORES DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE CABA EN EL AÑO 2019.

### Autoras

Lic. Acerbo, Sasha. Lic. Agüero, Silvana.

Lic. Balenzano, Claudia.

Lic. Capelli, María.

Lic. Chernomoretz, Maia.

Lic. García Peñaloza, Susana.

Lic. Montenegro, María Cecilia.

---

### Introducción

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecto-contagiosa que requiere de un abordaje integral donde se incorporen los aspectos sociales, económicos, culturales y emocionales de las personas. A pesar de que es una enfermedad curable con un tratamiento estándar de 6 meses (a veces se requiere mayor tiempo) y un seguimiento adecuado, aún es considerada una de las 10 primeras causas de mortalidad a nivel mundial. Esto evidencia que la dificultad en el acceso a la atención a tiempo, de calidad y con perspectiva centrada en la persona, es un indicador de inequidad en salud. Por ello la importancia de que los Estados diseñen e implementen políticas públicas de abordaje integral con el propósito de garantizar la accesibilidad a la atención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportunos (OPS, 2015).

Argentina no cuenta a nivel nacional con la implementación de medidas integrales que acompañen a las personas en tratamiento para TBC (canasta de alimentos, viáticos para la asistencia a los controles periódicos, subsidios económicos, etc.). Algunas jurisdicciones como Buenos Aires, Córdoba, Jujuy y La Pampa, disponen de una es-

trategia de asistencia social que apunta fundamentalmente a la adherencia al tratamiento con el ofrecimiento de un subsidio económico y/o entrega de alimentos.

El presente trabajo se propone analizar, a partir de un estudio descriptivo retrospectivo de tipo exploratorio, las medidas de protección social que se implementaron en relación al proceso salud - enfermedad - atención - cuidado de las personas con tuberculosis con domicilio en AMBA<sup>1</sup> atendidas en efectores seleccionados de CABA durante el año 2019.

### Marco Conceptual

Se considera la TBC como una enfermedad infecto-contagiosa, al mismo tiempo que se presenta como una de las manifestaciones de la cuestión social. Siguiendo a Lamamoto (2012), la cuestión social refiere a *“las expresiones cotidianas de la desigualdad que manifiesta la realidad social históricamente determinada”*. Las personas diagnosticadas de TBC se caracterizan por presentar situaciones problemáticas tales como extrema pobreza, desempleo, empleo precario, explotación laboral, déficit alimentario, consumo de sustancias tóxicas, precariedad habitacional, violencia institucional, entre otras.

Laurell (1986) sostiene la necesidad de repensar el problema de la salud y la enfermedad tal como aparece definido por la perspectiva biomédica, que recorta su mirada a ciertos eventos de carácter biológico que se desarrollan a nivel de los individuos. Propone, en cambio, pensar en el proceso de salud-enfermedad, en tanto sitúa (o re-sitúa) *a lo social* en un lugar de interdependencia, frente a los fenómenos de carácter biológico y físico-químico que pudieran reconocerse en el mundo de la naturaleza, subrayando el carácter social del mundo humano y del aspecto biológico que en él puede reconocerse.

La presente investigación se inscribe en el paradigma de la salud colectiva. Una de las principales categorías que encuadran este estudio, es la noción de determinantes sociales de la salud (Breilh, 2010), entendidos como las condiciones sociales, etarias, étnicas, de género y económicas que influyen en los modos de vida de las personas,

---

<sup>1</sup> El Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) es la región compuesta por la Ciudad de Buenos Aires y los 40 partidos del primer y segundo cordón de la Provincia de Buenos Aires. <https://www.buenosaires.gob.ar/gobierno/unidades%20de%20proyectos%20especiales%20y%20puerto/que-es-amba>

involucrando los riesgos asociados a las condiciones de vida y de trabajo. Dichos determinantes se oponen a la noción de factores individuales, y aluden al diferenciado capital económico, social, simbólico, cultural, geográfico, entre otros aspectos, del cual cada persona es portadora.

Desde esta concepción se fomenta la necesidad de abordar y comprender integralmente cada situación en contexto, para favorecer a la aceptación, sostenimiento y culminación de los tratamientos indicados. Por otro lado, en el proceso de asistencia con las distintas personas, intervienen también 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 tuberculosis.

El carácter procesual de la salud-enfermedad supone respuestas sociales e interdisciplinarias, sea tanto ante el deterioro de la salud como a las maneras de mantenerla. Por su parte, Menéndez (2005) propone utilizar la categoría de proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) que alude a un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que lo integran. El autor incluye el concepto de *cuidado*, al considerar que los procesos de salud-enfermedad requieren respuestas sociales.

Cuando se habla de protección social frente a la TBC, se *"abarca una variedad de políticas y acciones en diversos ámbitos que deben promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales en el mercado laboral, la alimentación, la salud, las pensiones y el cuidado; también debe buscarse el logro de ciertos niveles dignos de ingreso"* (CEPAL, 2020). Es decir, garantizar que frente a la adversidad de una enfermedad como ésta, *"la sociedad y el Estado utilizan sus recursos de forma adecuada para minimizar los riesgos y, al mismo tiempo, maximizar los resultados y lograr que estos resultados sean distribuidos de forma homogénea entre la población"*. En este sentido, algunos países promueven un *enfoque centrado en protecciones sociales en salud"* (CEPAL, 2020). Tobar (2014) define el concepto de protección social como las acciones destinadas a reducir el riesgo y el impacto de ciertas amenazas a las poblaciones, como puede ser la reducción de ingresos y/o la enfermedad. Por tanto, la función de la protección social colaboraría en pos de garantizar mejoras en la calidad de vida de los sectores en situación de vulnerabilidad. La protección social se materializa en una respuesta social organizada ante un determinado riesgo de enfermedad y/o muerte.

Siguiendo esta línea, las autoras entienden que la atención de la tuberculosis dentro del proceso salud- enfermedad - atención - cuidado (PSEAC) que se da en el sistema de salud, es parte del conjunto de acciones de protección social que se ofrecen dentro del campo de salud. Pero resultan insuficientes, si solamente se plantea un abordaje biomédico.

Tomando lo dicho por Hugo Spinelli (2010), el campo de la salud es *“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 o predominio de uno o más capitales (...) Hablar de campo implica reconocer su carácter de acción”*. En este mismo sentido, las prácticas profesionales se inscriben en esta acción a través de diversas *“técnicas, instrumentos, metodologías e ideologías que conforman distintas modalidades de atención, dando lugar al conjunto de respuestas organizadas institucionalmente que desde los efectores inauguran la heterogeneidad de dispositivos de atención”* (Spinelli, 2010).

## Objetivos

### Objetivo general

Analizar las medidas de protección social que se implementaron en relación al proceso salud - enfermedad - atención - cuidado de las personas con tuberculosis con domicilio en AMBA atendidas en efectores seleccionados de CABA durante 2019.

### Objetivos específicos

- Caracterizar el perfil socioeconómico de la población diagnosticada de TBC en los efectores seleccionados.
- Determinar las medidas de protección social a las que accedieron las personas en proceso de tratamiento durante 2019.
- Describir la modalidad de atención para las personas con TBC, en los efectores seleccionados.

## Metodología

Se realizó un estudio multicéntrico descriptivo, de tipo exploratorio, donde se analizan de forma retrospectiva las medidas de protección social a las que accedieron las personas en tratamiento por TBC durante el año 2019 y la modalidad de atención desa-

rollada en los efectores seleccionados de CABA; Hospital General de Agudos Tornú, Hospital General de Agudos Santojanni y CeSAC 24, CeSAC 18 del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero.

Los efectores de salud seleccionados se encuentran ubicados en la zona sur de la Ciudad cuyas comunas representan las tasas de incidencia de tuberculosis más altas de CABA<sup>2</sup>. Por su parte, el área programática del Hospital Tornú muestra una incidencia menor, pero al ser un efector de histórica referencia en tuberculosis, atiende a residentes de otras comunas de CABA y personas con residencia en la Provincia de Bs. As.

Se definió como unidad de análisis a toda persona mayor de 18 años con domicilio en AMBA, cuyo tratamiento de TBC se inició y se resolvió durante el 2019, en el Cesac 18, Cesac 24, y servicios de neumonología del Hospital Tornú y el Hospital Santojanni.

A su vez, se tomó como unidad de análisis las diferentes prácticas o prestaciones llevadas a cabo por los miembros del equipo de salud, para la atención de la tuberculosis en los efectores seleccionados. Para tal fin, se han realizado entrevistas semi-estructuradas a referentes de los equipos de dichos efectores.

Esta investigación ha sido de carácter flexible (Maxwell, 1996), habiendo utilizado la triangulación metodológica como herramienta para lograr la validez interna de los datos que dan soporte a la descripción e interpretación en el estudio.

Las fuentes secundarias y primarias utilizadas para lograr los objetivos del mismo, refieren a las historias sociales y clínicas; los sistemas de información de vigilancia epidemiológica, las entrevistas semi-estructuradas a equipos de salud; material de consulta y bibliográfico y guías de atención para TBC.

### **Análisis y discusión**

Se recolectaron 86 historias clínicas y sociales de las personas cuyos tratamientos por tuberculosis se iniciaron y resolvieron durante el año 2019 en los servicios de neumonología de los hospitales Santojanni (34) y Tornú (39), y en los equipos de tuberculosis de los CeSAC N° 24 (3) y 18 (11) del área programática del Hospital Piñero. Se realizaron

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud de CABA, Gerencia Operativa de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Semanal N° 215 | Año V | Información hasta SE 38 | 2 de octubre de 2020. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/epidemiologia/boletines-periodicos>

14 entrevistas semiestructuradas a miembros del equipo de salud con intervención en TBC en los establecimientos seleccionados.

### **Perfil sociodemográfico de la población estudiada**

De acuerdo a los datos recabados, el 46% de las personas que han tenido atención por TBC durante 2019 en los efectores seleccionados se encontraban en la franja etaria de 18 a 29 años, mientras que el 27% correspondía a personas de 50 años y más. El restante se dividía en partes similares en los demás grupos etarios: 14% de 30 a 39 años, 13% de 40 a 49 años.

Con respecto al lugar de residencia de las personas en tratamiento y el efector de atención, observamos que el 93% de las personas que realizaron tratamiento en el primer nivel de atención, tenían domicilio cercano al efector.

En cuanto a las personas que recibieron atención en Hospitales, el 75% manifestaron tener domicilio en la Provincia de Buenos Aires. Los municipios de La Matanza, Ituzaingó, Moreno, Morón y Lomas de Zamora, fueron las localidades de mayor relevancia en los registros analizados. La variable que informa acerca de las distancias que deben recorrer estas personas y sus familias, interpela acerca de la accesibilidad geográfica, de los gastos en traslado y viáticos y del tiempo necesario para poder recibir la atención en salud. Situación considerable, al momento de sostener un tratamiento prolongado como el que exige esta enfermedad<sup>3</sup>.

Se observa el proceso de peregrinación de los usuarios de salud (Fleury 2013), quienes recorren diversos efectores (públicos y/o privados) atravesando distancias considerables, en busca del diagnóstico y tratamiento adecuados. Esto coincide con el alto porcentaje de consultas previas en otros efectores y la demora en el diagnóstico observados. La falta de diagnóstico oportuno<sup>4</sup>, sumado a las distancias geográficas son un desafío al sistema de salud, respecto a la accesibilidad y la búsqueda activa de personas con síntomas de tuberculosis. Son ellas con su padecimiento, quienes deben recorrer una “ruta crítica” en busca de una mejora.

3 OPS/OMS promueven analizar los gastos económicos que deben afrontar las personas y sus familias en tratamiento, con la intención de conocer el impacto socio-económico de esta enfermedad. Dicha información permitiría fundamentar la importancia de ofrecer un apoyo económico material y alimentario para las personas diagnosticadas con TBC y su grupo familiar.(OPS,2015).

4 El diagnóstico oportuno de la TBC incluye el acceso universal a las pruebas de sensibilidad a los medicamentos anti-TB y la detección sistemática de contactos y grupos de alto riesgo. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Guía Práctica para el diagnóstico y tratamiento de las personas con TB en el primer nivel de atención. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04\\_guia-tb.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04_guia-tb.pdf)

De acuerdo con Fassin (2003), ruta crítica refiere a los recorridos y el trayecto de lo que sucede con las personas desde el momento en que pretenden acceder a su diagnóstico hasta la resolución de su tratamiento. Esto permite visibilizar la manera en la que se relacionan los sujetos a lo largo de su proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado, es decir, una determinada forma de articulación social, donde las dificultades en la accesibilidad al sistema de salud, se vinculan directamente con las desigualdades que presenta el mismo.

El marco legal vigente en la Argentina garantiza el acceso a la salud de toda persona sin discriminación de nacionalidad, sexo y/o edad<sup>5</sup>. Sin embargo, no se evidencia esta situación de igual modo con respecto al acceso a las políticas sociales. La nacionalidad de las personas en tratamiento por TBC, en la práctica, condiciona en los PSAC, ya que para acceder a medidas de protección asistenciales, se exige el requisito de la regularización migratoria. En el marco de conversaciones informales que se dan en distintos ámbitos del sector salud, circula la creencia que la TBC es propia de las personas provenientes de otros países limítrofes. No obstante, en este estudio se observó que el 62% de las personas incluidas en la investigación, poseían nacionalidad argentina; el 28% boliviana; 5% paraguaya, 2% peruana, 1% uruguaya y 1% sin datos.

Respecto de la distribución por sexo, se atendieron cantidades similares de personas de sexo femenino y de sexo masculino. Cabe señalar que en el presente estudio se utiliza la variable sexo por ser la categoría disponible en los instrumentos de registro del sistema de salud para el período analizado, identificando al sexo al nacer sin tener consideración de las identidades de género. La posterior incorporación de la variable género en estos registros, en concordancia con la normativa actual<sup>6</sup>, será la más adecuada para visibilizar las diversas identidades y sus realidades, e incorporarlas a un análisis más amplio<sup>7</sup>.

En cuanto a la situación laboral, se observó un subregistro para esta variable. Sin embargo, de los datos obtenidos, las personas desempleadas y aquellas insertas en el mercado informal de trabajo, alcanzaron casi un 80% del total. Respecto de los resultados encontrados sobre cobertura de salud, es de destacar que el 65% presentó co-

5 Constitución Nacional Argentina, Ley N° 153 Básica de Salud (CABA), Ley 25871 de Política Migratoria.

6 Decreto 476/2021 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.). 20-jul-2021

7 Brosio M, Guitart V. C., Consideraciones acerca de las estadísticas con perspectiva de género. Trabajo presentado en las Jornadas de Epistemología de la Economía en la Universidad de Buenos Aires. Octubre 2016. Ecofemidata, Nota publicada el 15 de Noviembre del 2016. Disponible en: <https://ecofeminita.com/consideraciones-acerca-de-las-estadisticas-con-perspectiva-de-genero/?v=5b61a1b298a0>



bertura pública exclusiva, mientras el 17% registró cobertura por obra social. Un 20% del grupo que contaba con cobertura por obra social, realizó su atención en el sector público. Esto puede estar relacionado a las dificultades que se enuncian para acceder a la medicación en el subsector de la seguridad social.

Los datos acerca de la situación habitacional, mostraron condiciones de hacinamiento en el 20% de la población estudiada. Sin embargo, se observó falta de información específica con respecto a esta variable. La ausencia de este dato en los instrumentos de registro de personas en tratamiento por TBC reveló la escasa importancia que se le otorga, a pesar que es un dato fundamental para una enfermedad infecto contagiosa.

### **Protección social y modalidad de atención**

En las historias clínicas y sociales estudiadas, se observa escasez de registro de información detallada en relación a las medidas de protección social: asistencia alimentaria, vivienda, transporte, transferencia de recursos económicos, asistencia sanitaria.

En relación a la asistencia alimentaria, un 37% de los datos registrados corresponde a población que no percibe dicha cobertura; y un 12%, es beneficiario del Programa Ciudadanía Porteña o Grupos comunitarios (Comedores Comunitarios).

En relación a la asistencia habitacional, sólo se observa que un 5% percibe algún tipo de beneficio: material para la construcción, plan de urbanización y subsidio de emergencia habitacional.

Del total de los registros consultados, el 42% no percibe ningún tipo de asistencia económica y sólo el 6% es beneficiario de transferencia de recursos económicos: Asignación Universal por Hijo (5%) o Pensión No contributiva (1%).

En cuanto al análisis del acceso a la atención de la salud en los efectores estudiados, en un primer lugar se desprende que el 95% de las personas atendidas pudieron acceder a estudios de diagnóstico y tratamiento. Por otro lado, la totalidad de las personas analizadas accedieron a entrevista y/o consulta interdisciplinaria al iniciar el tratamiento, y a entrevista y/o consulta de seguimiento con diferentes integrantes del equipo de salud. Respecto a la resolución de tratamiento en el efector estudiado, se observa que un 62% había finalizado el tratamiento, seguido por un 24% que había sido derivado a otro efector, y un 7% presentó “pérdida de seguimiento”<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> La pérdida de seguimiento constituye una de las definiciones dentro de la clasificación de pacientes con TBC, según el resultado del tratamiento. Contempla las situaciones en las que no se inició tratamiento o interrumpió el mismo

En cuanto a las prácticas de los equipos de salud, se observó mayor consolidación de los equipos que pertenecen al primer nivel de atención. De distintas formas, todos/as los/as entrevistados/as dieron cuenta que inicialmente los equipos fueron conformados por disciplinas médicas, “equipos reducidos”, y luego se fueron incorporando otras disciplinas como farmacia, enfermería, trabajo social, entre otras. Algunos de ellos se constituyen como espacios de formación de residentes de trabajo social, medicina general, educación para la salud y enfermería generalista.

En cuanto a los instrumentos de registro, se observó heterogeneidad en el uso y falta de criterio común. Al momento de la investigación, no estaba formalizado el uso de Historia de Salud Integral (HSI) electrónica en todos los establecimientos de CABA. En el primer nivel de atención surgió el uso de HSI y otros registros en papel. En el segundo nivel de atención, la convivencia del uso de la HSI electrónica y la historia clínica en papel, según el efector analizado. Llama la atención, que solo la mitad de los/as entrevistados/as mencionaron al Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA) como fuente de registro, aún cuando se trata de una fuente de notificación obligatoria a nivel nacional<sup>9</sup>.

En las historias clínicas y sociales estudiadas, se observó la escasez del registro de información detallada en relación a las medidas de protección social: asistencia alimentaria, vivienda, transporte, transferencia de recursos económicos, asistencia sanitaria.

Respecto a las actividades de prevención y promoción, un dato llamativo es que el 21% del total de entrevistados/as enunciaron que realizan charlas dirigidas a la comunidad solo en el día mundial de lucha contra la TBC. Los/as entrevistados/as que brindaron estas respuestas son en su totalidad de profesión médica y pertenecen a efectores del segundo nivel. Estas actividades son específicas y esporádicas, responden al paradigma biomédico, más que al resultado de un proceso sistemático y participativo de construcción de prácticas saludables con la comunidad. En el primer nivel de atención se mencionaron otras actividades como talleres en sala de espera en los CESAC, en instituciones y organizaciones comunitarias que se realizan a lo largo del año.

En el segundo nivel de atención, también se observaron dificultades en la construcción de equipos de salud y la consolidación de un abordaje interdisciplinario, con un

---

durante 2 meses consecutivos o más. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Guía Práctica para el diagnóstico y tratamiento de las personas con TB en el primer nivel de atención. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04\\_guia-tb.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04_guia-tb.pdf)

<sup>9</sup> La tuberculosis constituye un evento de notificación obligatoria en los términos previstos por la ley nacional N°15465.

abordaje enfocado en una respuesta curativa y de control, características inherentes al modelo médico hegemónico (MMH).

Los datos analizados dieron cuenta de una gran heterogeneidad de prácticas de prevención y promoción, en la definición de los abordajes y en la construcción de los equipos, de acuerdo a las trayectorias políticas, institucionales y territoriales, de cada efector. Además, se hace referencia a la falta de oferta de capacitación en la temática y la falta de tiempo de dedicación exclusiva para la atención de esta enfermedad. Todos estos aspectos perpetúan a la tuberculosis como una enfermedad invisibilizada en el sector salud.

En relación a la percepción de los equipos acerca de las medidas de protección social, en las entrevistas mencionaron que es necesario implementar medidas de asistencia para las personas con TBC. Las políticas públicas existentes en ese momento resultan insuficientes, burocratizadas, y poco efectivas para dar respuestas a la población. Es llamativo que se enumeran distintas prácticas en la atención de la TBC (atención de profesionales de servicio social, entrega de medicación, etc.) pero no se reconocen a las mismas como medidas sanitarias, enmarcadas dentro de protección social.

Por otro lado, se observó la fragmentación entre las líneas y estrategias que se adoptan en el primer y segundo nivel en la misma temática. Los CESAC responden a la Dirección de Atención Primaria de la Salud, y los hospitales dependen de la Dirección de Hospitales, con gestiones bien diferenciadas. Pese al Plan de Salud 2016-2030 (Ministerio de Salud del GCBA) y la denominada "Red Integral de Cuidados Progresivos", no se consolidan circuitos de derivación y admisión unificados en un programa de gestión integral y coordinada entre dichos niveles de atención. Si bien existen recomendaciones generales para la atención de la TBC, cada efector despliega su dispositivo de atención con la singularidad que esto implica, sostenido sobre las aptitudes, fortalezas y recursos preexistentes propias de cada equipo, trabajador e institución.

Armus (2017) plantea que a diferencia de otras temáticas, el abordaje de la TBC en territorio se ha convertido en un trabajo moral, es decir que los profesionales lo asumen por propia convicción. El voluntarismo se impone ante la falta de una estructura institucional formal que se responsabilice y coordine esta política pública.

## Reflexiones finales

El marco legal vigente en nuestro país, y en especial en CABA, garantiza el acceso a la salud de toda la población. Sin embargo, se observó que en la población estudiada variables como nacionalidad y situación migratoria, plantean un condicionamiento en el acceso a las medidas de protección social vigentes.

Teniendo en cuenta que los tratamientos de TBC son prolongados y requieren controles de salud frecuentes, que implica la discontinuidad laboral, contar con medidas de protección social pasa a ser un aspecto fundamental para el sostenimiento de los procesos de atención de la salud de las personas con TBC. Cabe destacar que en el año 2022, se promulgó la Ley N° 27675 de VIH, hepatitis virales, ITS y TBC, que promueve un abordaje integral, contemplando medidas de protección social. El desafío entonces es poder materializar la letra de la ley en pos de garantizar el derecho a la salud con una perspectiva de género, cuidados, intercultural e intersectorial.

En relación a la gran heterogeneidad encontrada en los instrumentos de registro que utilizan los equipos de salud, entendemos que la HSI permitiría unificar los registros; sin embargo, aún quedaban efectores o servicios que no contaban con este dispositivo.

Por otro lado, se observó la falta de información relevada en historias clínicas y sociales sobre los determinantes sociales. Ninguno de los instrumentos de recolección de información vigentes, contemplan características del perfil de la población tales como: situación habitacional, laboral, ingresos, nivel de escolaridad, entre otros. Esta omisión permite analizar dos cuestiones centrales. Una de ellas es que no se visibilizan las condiciones materiales de vida de las personas en las historias clínicas, u otros instrumentos de registro, donde sí prevalecen los datos biomédicos en forma exclusiva, subestimando la importancia de esta información en relación a la salud integral y las posibilidades de afrontar la tuberculosis. Tratándose de una enfermedad que requiere condiciones habitacionales que garanticen el cuidado para quien la padece y el resto de los convivientes, contar con información, por ejemplo, respecto a la situación habitacional de las personas atendidas y las condiciones de hacinamiento o ventilación, resulta fundamental en la definición de las situaciones de vulnerabilidad social y de las condiciones necesarias para afrontar el tratamiento.

La otra cuestión, no menos importante, es que no existen recursos materiales cuyo acceso se pueda garantizar desde el propio sector salud. Esto deja inmersos a los equi-

pos -o al menos a quienes les interesa- en una trampa que reconoce la necesidad de abordar la tuberculosis como una problemática compleja, pero pudiendo solamente ofrecer un tratamiento basado en la medicación y asistencia biomédica. La única política pública que se ocupa directamente de la tuberculosis, política concreta, observable, escrita, fundamentada y con presupuesto, es la política sanitaria con impronta biomédica. Política que, por otra parte, los equipos tratantes no reconocen como medida de protección social, y se reduce a una mirada fragmentada centrada en la patología.

Se plantea entonces, la importancia de promover un registro que incluya información sobre los determinantes sociales de la TBC, partiendo de criterios unificados, así como la sistematización de los mismos, a fin de realizar una lectura integral y comparativa que permita planificar e implementar nuevas estrategias de abordaje integral.

Por último, los hallazgos encontrados respecto de la modalidad de atención y del funcionamiento de los diferentes equipos de trabajo de los efectores seleccionados de CABA, visibilizan la ausencia de una gestión de programa unificado. Se reconoce la existencia de guías normativas de diagnóstico y tratamiento biomédico vigentes. Sin embargo, las mismas resultan insuficientes tratándose de una problemática tan compleja, que requiere de respuestas integrales. Asimismo, en cuanto a la referencia y contrarreferencia de pacientes, se hace necesario unificar criterios al interior del sistema de salud de CABA (primer y segundo nivel de atención), como también fortalecer la articulación entre los distintos efectores de AMBA (municipio, región, provincia) para garantizar la atención integral de las personas en tratamiento por TBC y un abordaje conjunto en las situaciones de mayor complejidad. La heterogeneidad de acciones y la falta de lineamientos programáticos claros, requieren de una propuesta clara e integral desde lo institucional.

### Bibliografía

- Armus, D. (2007). La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870- 1950. p 216. Buenos Aires, Edhasa.
- Brosio M, Guitart V. C., (2016). Consideraciones acerca de las estadísticas con perspectiva de género. Trabajo presentado en las Jornadas de Epistemología de la Economía en la Universidad de Buenos Aires. Ecofemidata, Nota publicada el 15 de Noviembre del 2016. Disponible en: <https://ecofeminista.com/consideraciones-acerca-de-las-estadisticas-con-perspectiva-de-genero/?v=5b61a1b298a0>
- Fleury S, Bicudo v, Rangel g. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contra derecho a la salud en Brasil. Salud colectiva. 2013;9(1):11-25. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/197/180>
- Fuentes-Tafur, Luis Alberto. (2009). Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 26(3), 370-379. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342009000300017&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000300017&lng=es&tlng=es)
- lamamoto, Marilda. (2012). El debate contemporáneo del Servicio Social y la ética profesional. En: Servicio Social crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético político profesional. Elisabete Borgianni, Yolanda Guerra, Carlos Montaña (Orgs.). San Pablo, Editora Cortez.
- Laurell, Asa Cristina. (1986). La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales N°19. Disponible en <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf> Última fecha de consulta: 2 de julio de 2020.
- Maxwell, Joseph. (1996). Qualitative research design. En Interactive approach. Sage Publications. pp 1-13
- Menendez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Revista Salud Colectiva N°16. Publicado 5 mayo 2020 <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2615>
- Michalewicz, Alejandro; Pierri, Carla; Ardila-Gómez, Sara. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Anuario de Investigaciones, vol. XXI, 2014, pp. 217-224. Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Guía Práctica para el diagnóstico y tratamiento de las personas con TB en el primer nivel de atención. Disponible en:

[https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04\\_guia-tb.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04_guia-tb.pdf)

- Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina. N°1- Año 1- Marzo de 2018. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001141cnt-2018-04\\_boletin-epidemiologico-tuberculosis.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001141cnt-2018-04_boletin-epidemiologico-tuberculosis.pdf).
- Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina. N°2- Año 2- Marzo de 2019. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001436cnt-2019-03\\_boletin-epidemiologico\\_tuberculosis.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001436cnt-2019-03_boletin-epidemiologico_tuberculosis.pdf).
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2015) Implementación de la Estrategia Fin de la TB: aspectos esenciales. Ginebra, Suiza. Disponible en: [https://www.who.int/tb/publications/2015/end\\_tb\\_essential\\_spanish\\_web.pdf](https://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential_spanish_web.pdf)
- Red de Trabajo Social en Tuberculosis de AMBA. El trabajo en red en las problemáticas complejas en torno a la tuberculosis. Revista Salud y trabajo social : procesos de intervención y organización colectiva . Compiladoras Redondi, Valeria y Laura Paradela. Primera edición, La Plata. Disponible en: <https://catspba.org.ar/publicaciones/coleccion-documentos-para-el-ejercicio-profesional-del-trabajo-social/serie-cuadernos> Última fecha de consulta: 24 de julio de 2020.
- Spinelli, Hugo. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Revista Salud Colectiva. Vol 6. N°3. pp 275-293. Buenos Aires.
- Tobar, Federico y otros. (2014). Respuestas a las enfermedades catastróficas. 1a ed. Fundación CIPPEC, Buenos Aires.

## MITOS Y TABÚES EN UN TALLER DE ESI PARA ADULTOS VENTAJAS DE LA PRESENCIALIDAD Y LA VIRTUALIDAD

### **Autoras:**

Lic Delgadillo María del C.

Lic.Sampayo Daniela

Lic Ferrín Marcela V.

Dra Moya María L.

Lic. Paganini Stella M.

Lugar de realización: Unidad Sanitaria “Reja Centro”, Av. Storni 1338,  
Partido de Moreno,

Provincia de Buenos Aires. CP: 1744

Tel: 1140424973

Categoría: Intervenciones profesionales en el marco de la APS.

---

### **Introducción**

La sexualidad es uno de los grandes temas de la humanidad, esencial de la existencia humana, que despierta diversas emociones, controversias, conflictos, frustraciones y satisfacciones.

Históricamente, fueron puntos pocas veces abordados y cuestionados a lo largo de la vida. Esta realidad sociocultural generó que las personas vayan descubriendo su sexualidad con la experiencia y el paso de los años, generando mitos, tabúes y traumas.

El camino del descubrimiento de la sexualidad, además de la autoexploración, requiere información, que en la actualidad es accesible para todos, pero no siempre confiable.



En estos últimos años, con el puntapié inicial dado por la sanción de la ley de Educación Sexual Integral, se inició en docentes y personal de salud la búsqueda de formación en esta temática.

Una de las herramientas que ha tenido su auge en la pandemia es el uso de la tecnología del conocimiento y la información (Tics), que nos permite acercarnos y desafiar el inconveniente de la distancia, el tiempo y acercar e intercambiar conocimientos. Pero requiere de ciertos requisitos, entre ellos formación y entrenamiento en estas herramientas.

Somos un grupo de Lic. Obstétricas y médicas egresadas de la UBA, que se desempeñan en el ámbito público del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires y del GCBA.

A 15 años de implementada la ley 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI), nos preguntamos: la población que tiene más de 20 años, ¿tuvo acceso a educación sexual, en el ámbito educativo? ¿Qué papel juegan las herramientas tecnológicas en el intercambio en la difusión de información?

### **Marco Teórico**

El 14 de octubre de 2006, se sanciona la ley 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI), creándose también el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, en el ámbito del Ministerio de Educación.

La ESI es un espacio sistemático de enseñanza-aprendizaje, que promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones responsables. Sus temas y problemas se constituyen en ejes de situaciones que nos involucran: requieren que aprendamos a expresar las emociones y sentimientos, a respetar y cuidar al otro, a valorar el trato igualitario entre hombres y mujeres. Todas estas temáticas son ejemplos de las múltiples y complejas dimensiones que componen el universo de la Educación Sexual Integral.

Las tecnologías de la información y el conocimiento (TICs) han jugado un papel clave en los nuevos proyectos educativos. Su uso permite una oportunidad que facilita acceder a la educación, ya sea presencial o virtual. Plataformas, redes sociales, aulas virtuales, foros, juegos didácticos, recursos audiovisuales son algunas de las herramientas educativas.

Principales ventajas de estos recursos: facilitan el acceso a la información, conexión con otros centros educativos, permite la alfabetización digital de los usuarios y es una importante herramienta de gestión y administración.

Principales desventajas: excesiva información, necesidad de contar con dispositivos y/o programas actualizados, vulnerabilidad de datos personales, desigualdad en el acceso a la tecnología debido a distintos factores como la pobreza.

### **Material y Métodos**

Estudio descriptivo, transversal, observacional. Se realizaron 2 encuentros con formato taller, uno de los cuales utilizó la modalidad virtual (google meet) y el otro fue un encuentro presencial en la Unidad Sanitaria Reja Centro, del partido de Moreno. La temática elegida fue “Erotismo, mitos y tabúes”. Los talleres se realizaron a fines de noviembre de 2022.

La difusión de los mismos se realizó, en el caso de los encuentros virtuales, por flyers enviados por WhatsApp a grupos de trabajo de las autoras. Para los encuentros presenciales, la invitación fue personal a quienes trabajan en la Unidad Sanitaria, haciéndola extensiva a familiares y conocidas.

Previo a los mismos se facilitó una encuesta (vía WhatsApp/ impreso), para conocer características de la población que asistió a los talleres (ver anexo 3). En la etapa del cierre de los encuentros, se les administró un cuestionario con preguntas relacionadas al contenido del taller y la modalidad (ver anexo 4).

### **Objetivo Principal**

- Mencionar ventajas y desventajas de los talleres en modalidad virtual y presencial.

### **Objetivos Secundarios**

- -Conocer experiencia previa de los participantes en talleres virtuales.
- -Conocer información previa sobre ESI.
- -Describir el nivel de acceso a telefonía móvil o pc del que dispone la población.
- -Describir el nivel de acceso a Internet (Wi-Fi o datos móviles) del que dispone la población.

**Criterios de inclusión:**

Mujeres entre 20 y 50 años, que accedan a participar de estos encuentros.

**VARIABLES:**

- Edad: variable numérica continua.
- Número de asistentes: variable numérica continua.
- Satisfacción: variable cualitativa dicotómica (si- no).
- Información previa sobre ESI: variable dicotómica (si -no).
- Acceso a telefonía móvil/Pc: variable dicotómica (si-no).
- Experiencia en talleres/clases virtuales: variable dicotómica (si-no).
- Acceso a internet: variable dicotómica (si-no).

**Desarrollo de actividades:** (ver anexos 1-2)**Resultados**

Se realizaron dos talleres para adultos, con contenido de ESI, con modalidad presencial y virtual.

Con respecto a las asistentes a los mismos, la edad promedio de las mujeres fue de 32.7 años. El curso presencial (11 participantes), tuvo menor adherencia que el virtual (19 participantes).

Si mencionamos satisfacción, las asistentes al taller presencial refirieron menor satisfacción (79.7%) con respecto a la modalidad y contenido del taller que el grupo que asistió al encuentro virtual (89%).

Al interrogar sobre si recibieron clases con contenido de ESI durante el nivel secundario, las participantes del grupo virtual, respondieron afirmativamente en el 20.8 % de los casos y los del grupo presencial, sólo el 17.2%. El 100% de las entrevistadas refirió poseer celular o tablet. Si comparamos la experiencia previa en talleres o clases virtuales, las asistentes al grupo virtual refirieron que asistieron a otros talleres en un 29.3%, mientras que las mujeres que realizaron el taller presencial, tenían experiencia en un 26.6%.

La cobertura de internet, fue del 73.6% en el grupo presencial y del 84.2% en el grupo del taller virtual.

## Conclusiones

Al evaluar los resultados, observamos que las mujeres que estuvieron en los talleres virtuales mostraron mayor libertad para hablar/chatear. La virtualidad cuenta con herramientas (chats, foros, juegos) que invitan a interactuar. Esta modalidad de taller logra ampliar la cobertura, ya que hay mujeres que se pueden conectar y participar desde sus hogares, superando la barrera de distancia o cuidado de hijos, por ejemplo. La posibilidad de los encuentros asincrónicos o grabaciones, permitirían mayor flexibilidad horaria.

Durante los talleres presenciales se favoreció y generó un espacio de confianza donde se abordaron temas más profundos y sensibles. Como resultado del mismo, salieron a la luz situaciones quizás no abordadas habitualmente, muchas veces menospreciadas y poco visibilizadas, que son la antesala de la violencia física (relaciones de poder, desigualdad, obligaciones conyugales, mandatos culturales)

Concluimos que la intervención fue viable, la tecnología resultó conveniente, ágil, sustentable, fácil de usar y de gran ayuda para promover comportamientos saludables.

## Discusión

Con la aparición de la crisis sanitaria en el 2020, se incrementó el uso de esta herramienta, que facilitó mantener el contacto a pesar del distanciamiento social y confinamiento. El principal reto de la virtualidad, es la inclusión de la población más vulnerable, quien no tiene acceso a la telefonía móvil, computadoras etc. A ello se suma un acceso desigual a conexiones a internet, que se traduce en una distribución desigual de los recursos y las estrategias, lo que afecta principalmente a sectores de menores ingresos o mayor vulnerabilidad.

Hay un rango etario que no son nativos digitales y que, por cuestiones familiares y laborales, están impedidos de acceder a conocimientos que se dan en espacios presenciales. Fomentar en ellos la búsqueda de información es un desafío.

Aunque las dos modalidades persiguen la difusión e intercambio de saberes, cada una utiliza su propio método y establece sus propios canales y pautas.

Consideramos que ambas modalidades deben trabajar en conjunto, ya que de esa manera se fortalecen. Por un lado, la diversidad y cantidad de información que se

puede difundir por medios digitales es amplia. Por el otro, no es posible comparar el tratar temas puntuales en grupos reducidos, donde es imprescindible la empatía, el contacto visual, el sentirse escuchado y acompañado por pares. Hay que priorizar mantener el contacto en las poblaciones vulnerables, incorporar un enfoque de género, que permita visibilizar y erradicar situaciones de desigualdad o violencia que se han visto profundizadas durante el confinamiento.

También es necesario que tanto educadores como profesionales de salud, podamos tener acceso a programas donde nos capaciten sobre estos recursos, para aprovechar al máximo estas nuevas herramientas.

Es un modelo de intercambio relativamente nuevo, siendo una estrategia más para superar barreras de acceso, disponibilidad y oportunidad de servicio a la comunidad.

#### Referencias bibliográficas

- Cruz del Castillo C., Romero A. y Gil-Bernal F. (2013): *Indicadores de deseo, autoerotismo e impulsividad sexual en mujeres de la Ciudad de México*. Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Departamento de Psicología.
- Fernández, A. M., Borakievich S. y Cabrera, C. (2012): *Diversidades amorosas, eróticas, conyugales y parentales en los modos de subjetivación contemporáneos*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Fridman, C. T. (2019): *La educación sexual, el interrogatorio sexual. una puesta impostergable para la salud y el bienestar de las personas*. Revista Sash. edición invierno
- Hurtado de Mendoza Zabalgoitia, M T. (2015): *La sexualidad femenina. Alternativas en Psicología*. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVIII. Número Especial.
- Gugliotta, M. (2013): *El uso del cuerpo femenino en los medios de comunicación masiva*. [Tesis para optar por el grado de Magíster en Educación Corporal] Universidad Nacional de La Plata, La Plata.
- Iam, Mabel. (2008): *“El amante perfecto”*. España. Editorial Vergara.
- López Peralta E. (2013): *El erotismo infinito: un viaje desde la monotonía sexual hacia el increíble mundo del erotismo*. España. Editorial Grijalbo.

- Moreira Segura C. y Delgadillo Espinoza B. (2015): *La virtualidad en el proceso educativo: reflexiones teóricas sobre su implementación*. Revista tecnología en marcha. Vol. 28 n.1 Cartago.
- Muldworf, B. (1973): *Erotismo, deseo y placer*. En: *La sociedad erótica*. México.
- Picón G. A. *La educación virtual en tiempos de pandemia*. Recuperado de:
  - [https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V4N2\(2020\)](https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V4N2(2020))
- UNESCO (2020): *La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19*. Recuperado de: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374075locales>

## ANEXO 1. Desarrollo de actividades. Contenido del taller virtual.

### “Erotismo femenino: hablemos de lo que no se habla”

Como se ha mencionado, históricamente la sexualidad de la mujer ha sido condicionada por cuestiones históricas, culturales y sociales. La vivencia de la sexualidad y concretamente del erotismo es muy limitada y esto sucede por los mitos, tabúes, prejuicios e ignorancia acerca de los cuerpos y el placer. Este taller tiene como objetivo abordar los mitos y tabúes en torno al erotismo femenino.

Se convocó a participar mediante flyers enviados por WhatsApp. El taller fue dictado por Licenciadas en Obstetricia. El espacio virtual que se utilizó fue la plataforma Google Meet (ofrece la posibilidad de realizar reuniones sin límite de tiempo). Tiempo: 90 minutos.

#### Momentos del taller:

Apertura: Presentación de las organizadoras. Breve resumen del concepto de erotismo  
Actividades de caldeamiento: “Levante la mano”: Se leyeron premisas y quienes se identificaron levantaron la mano virtual de Meet.

#### Premisas

- Soy mujer cis menor de 30 años
- Soy mujer trans mayor de 40 años
- Con mis amigas hablo sobre erotismo
- Para sentirme erotizada necesito el contacto con otro
- Mi nombre comienza con M
- Nadie jamás sabrá mi segundo nombre
- Cuando me miro al espejo me siento erotizada
- No necesito una relación estable para tener erotismo con un otro
- Mi erotismo aumenta cuando estoy de buen humor
- Leer un texto erótico o mirar una película erótica me calienta más que una porno
- Uso olores y texturas en un encuentro sexual con otros o conmigo misma
- Nunca me puse a pensar que me erotiza
- Realizar este taller me genera vergüenza / pudor/ nerviosismo/ ansiedad.

La idea es que las participantes comiencen a replantearse algunas cuestiones naturalizadas acerca del erotismo femenino.

**Momento de actividad:** se presentó en pantalla el siguiente bingo:

Bingo del erotismo: “Lo que nos contaron”

En el sexo el hombre propone y la mujer dispone	Las mujeres a mayor edad disminuyen su erotismo	La mujer que no tiene deseo no puede sentirse erotizada	En las relaciones estables el erotismo se pierde gradualmente con el paso de los años	Solo se siente erotizada la persona que tiene una pareja que la erotice	Una sexualidad plena depende de la frecuencia sexual
Las mujeres sólo pueden tener orgasmos con la penetración	Los hombres son más eróticos que las mujeres	Mirar una película de sexo explícito erotiza más que una lectura de un relato erótico	Con colores, texturas, un ambiente agradable e imaginación es imposible llegar al orgasmo	Las mujeres Que no llegan al orgasmo deben fingirlo para satisfacer a sus parejas	Las mujeres no pueden hablar de su sexualidad con libertad
Mirarse la vulva en un espejo, tocar la vagina y auto explorar la sexualidad es grosero y no corresponde con lo esperado para una mujer	El erotismo es todo lo que hacemos para que otros/as se sientan atraídos por notro tras	La sexualidad libre en la mujer es aquella en la que las mujeres tienen sexo casual con cualquiera	Una situación cotidiana no puede erotizar, siempre se necesita planificar	Un sabor, un olor, una imagen no ligada al sexo explícito no puede erotizar a una mujer	Las mujeres deben imitar a las mujeres que se presentan en las películas porno para sentir que erotizan a su pareja



Se propuso que en la sala de chat de Meet, contesten si las proposiciones son verdaderas o falsas y se habilitó un espacio de 10 min para el debate.

**Cierre:** se leyeron nuevamente los enunciados y los clasificaron de mitos o no se brindó información sobre los puntos de conflicto.

**Momento reflexivo:** Se preguntó acerca de su valoración del taller, cómo se sintieron, si vuelven a su cotidianeidad con un cambio de perspectiva en cuanto al erotismo femenino y el disfrute pleno de su sexualidad.

**Conclusión:** Al comenzar nos encontramos con conceptos confusos, poco claros, pero juntos pudimos ver las diferencias. Se pudo observar que todas, al menos una vez en su vida, han tenido experiencias frustrantes en su sexualidad. La mayoría de las integrantes más jóvenes después de sus 30 años pudo disfrutar más de su sexualidad, ya que todas habían sido muy condicionadas por lo cultural, los mitos y las estructuras familiares y sociales.

## **ANEXO 2. Desarrollo de actividades. Contenido del taller presencial**

### **Erotismo en mujeres de 20 a 50 años: definiciones y conceptos.**

#### **Dictado por Licenciadas en Obstetricia**

La curiosidad, las experiencias propias y compartidas, el observar a las personas cada día y la misma evolución nos lleva a profundizar un poco más sobre esta palabra misteriosa, prohibida y de múltiples conceptos que varían de persona a persona, entre culturas, formaciones y conceptos transmitidos y adquiridos.

¿Qué concepto de erotismo tienen estas mujeres de 20 a 50 años? Se llevó a cabo de forma presencial, para conocer sus conceptos y por qué no, indagar sobre dónde adquirieron los mismos. Esto nos permitió ampliar definiciones, despojar mitos, abarcar la sexualidad de manera diferente y abrió la oportunidad a plantear inquietudes de las mujeres que participaron en el taller, dejando abierta una puerta para seguir compartiendo temas e información.

Espacio Físico: SUM en la U. S. Reja Centro. Las mujeres se ubicaron alrededor de una mesa, merendaron mientras realizamos el taller. Utilizamos los siguientes recursos: videos, afiches, marcadores de colores. Tiempo: Aproximadamente 90 minutos.

Al finalizar la actividad, se dejó un espacio para consultas personales.

### **Momentos del taller**

**Apertura:** se realizó una presentación de las integrantes que organizan el taller con el tema a tratar y sus objetivos. Se afirmó que sería un espacio para reevaluar y seguir formando algunos conceptos referentes a nuestra sexualidad y básicamente a la palabra erotismo.

**Actividad de caldeamiento:** Se explicó la importancia de disponer de espacios de ocio donde aprender a relacionarse y tratar estos temas. Se indagó sobre si esta temática se habla en grupos de mujeres, con hijos, etc.

**Desarrollo de la actividad:** analizamos un video con conceptos sobre el amor, erotismo, sexualidad. Se pautaron cortes y se preguntó sobre lo visto. Se grabaron las respuestas para luego analizarlas (previo consentimiento).

**Cierre:** Se solicita a quien quiera realizarlo, relatar su experiencia de juventud, vida adulta, en el embarazo, posparto, con respecto a la sexualidad. Se grabaron los audios de los relatos (previo consentimiento) para utilizarlos en talleres posteriores, pudiendo ser disparadores de debate o como actividad de caldeamiento. Se habilitó un espacio para que comenten sus emociones y si les parece importante la difusión de estos temas.

**Momento informativo:** dando cierre al taller, se dio información sobre dónde buscar asistencia, apoyo e información que aporten conocimientos precisos y confiables referentes a nuestra sexualidad y casos de violencia de género.

**Conclusión:** el punto más relevante del taller fue el peso del mandato cultural en la vida de las mujeres. Desde la elección de la pareja, las apariencias, el cuidado personal, las obligaciones impuestas por pertenecer al género femenino (maternidad, cuidado del hogar y adultos mayores). También mencionaron el daño que provoca en la autoestima intentar alcanzar un ideal físico, impuesto por la sociedad.

**ANEXO 3. Encuesta al inicio de la actividad**

- Edad
- Estado civil
- Hijos
- Años de convivencia
- Número de parejas estables
- ¿Tiene la misma cantidad de encuentros sexuales que al inicio de la relación?
- ¿Charla con su pareja sobre sexualidad?
- ¿Es usted o su pareja quien toma la iniciativa?
- ¿Qué importancia le da a la intimidad en su pareja?
- ¿Recibió educación sexual en la adolescencia?
- ¿Si la recibió, fue de un profesional, padres/familiares, amigos?
- ¿Habla sobre sexualidad con hijos/sobrinos
- ¿Cree que el deseo sexual tiene que ver con la juventud y la belleza?

**ANEXO 4. Encuesta al cierre de la actividad**

- ¿Le resultó interesante la propuesta?
- ¿Comentaría sobre el contenido del taller con su pareja?
- Si el encuentro hubiera sido presencial/virtual, ¿hubiera participado igual?
- ¿Por qué eligió participar de un taller virtual y no presencial?
- Comodidad
- A esa hora no tengo quien cuide a mis hijos
- Puedo escuchar sin estar obligada a participar
- No gasto dinero en transporte
- ¿Por qué eligió participar de un taller presencial y no virtual?
- Estaba en mi horario de trabajo
- En casa la computadora la usan los chicos.
- No tengo que viajar
- Vivo cerca
- ¿Se sintió cómodo con la tecnología?
- ¿Participo anteriormente de talleres virtuales?
- ¿Posee teléfono celular, Pc o Tablet?
- ¿Tiene acceso a Wi-Fi o datos móviles?



Mesa de “Políticas Públicas y Salud”.

Coordinada por la Mg. Claudia Balenzano (Trabajadora del CeSAC 18, Congreso de la APSS, y referente de la Red de TS en Tuberculosis del AMBA).

## ¿QUÉ, TODAVÍA HAY TUBERCULOSIS? INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL MUÑIZ

### Autoras:

Islas María Fernanda,

Sarralde Fernanda,

Taghlian Sofia Belén

Trioullier Natalia.

Servicio Social. Hospital F.J. Muñiz

---

### Introducción

El presente trabajo intenta reflexionar sobre las intervenciones realizadas desde el Servicio Social en torno a la atención de las personas que fueron diagnosticadas con tuberculosis (TB) y realizaron su tratamiento de manera ambulatoria en el Hospital Muñiz durante el año 2022.

Incorporamos al análisis de este trabajo los datos epidemiológicos de la enfermedad a nivel nacional y local recabados del último Boletín “Tuberculosis y Lepra en la Argentina” del 2023.

En relación al Hospital, desde el Servicio Social, se realizó un registro de les usuaries con diagnóstico de TB atendides, en primera instancia, en la guardia del hospital y posteriormente contactades por este Servicio. Esta información servirá de disparador para reflexionar en torno a los aspectos centrales de nuestra práctica, a fin de identificar aquellas variables u obstaculizadores en la atención y poder facilitar la accesibilidad en la continuidad del tratamiento.

El consultorio externo del Servicio Social realiza seguimientos de TB desde el año 2021. Es importante mencionar que las intervenciones se enmarcan en la reciente Ley N° 27675, a fin de poder garantizar una atención integral de la salud de la población. La

mencionada Ley resulta una guía en la atención de esta problemática de salud pública, fundamentalmente en el planteamiento de estrategias de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, acompañamiento, adherencia y reducción del estigma, la discriminación y la criminalización.

### **De qué hablamos cuando hablamos de TB**

El Hospital de infecciosas F. J. Muñiz es un centro asistencial monovalente ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, que brinda atención principalmente a personas provenientes de la Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense, que buscan respuestas a sus padecimientos y generalmente habiendo anteriormente transitado por otros efectores de salud de diferentes niveles y ámbitos (público o privado). Al ser un Hospital especializado, las principales problemáticas que atiende son las infectocontagiosas, entre ellas el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y la TB.

Esta última es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria (*mycobacterium tuberculosis*) conocida como bacilo de Koch. Afecta principalmente a los pulmones, pero puede afectar también otras partes del cuerpo y su forma de transmisión es de persona a persona a través de gotitas de aerosol suspendidas en el aire expulsadas por personas con enfermedad pulmonar activa. Los principales síntomas son tos, esputo (a veces con sangre), dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna, entre otros. Existe tratamiento para esta enfermedad, pero si no se diagnostica y se trata oportunamente, puede causar daños permanentes e incluso la muerte.

Mencionado esto, es importante incorporar las distintas dimensiones de la vida del sujeto para la atención de esta problemática de salud. Entendemos que la TB se trata de un padecimiento que está atravesado por los determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados. En la misma línea tomamos a Laurell A. (1981) quien entiende que dicho proceso posee un carácter histórico y social. De igual manera, existen otros factores que inciden en la vida cotidiana de los usuarios: la vulnerabilidad socioeconómica, el desempleo y la precarización laboral, el consumo problemático de sustancias, y la vulnerabilidad habitacional, entre otras; estas multiplicidades de determinantes repercuten en la accesibilidad y el sostenimiento de la atención de su salud y la continuidad de un tratamiento.

### **La situación epidemiológica de la TB**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un total de 1,6 millones de personas murieron de tuberculosis en el año 2021. En todo el mundo, la tuberculosis es la deci-

motercera causa de muerte y la enfermedad infecciosa más mortífera por detrás de la COVID-19.

En nuestro país, de acuerdo a lo informado en el “Boletín N°6 Tuberculosis y Lepra en la Argentina”, durante el año 2021 fueron notificados 12.569 casos de TB, afectando en el 59.8% de los casos a población joven de entre 15 y 44 años, registrando además 734 fallecimientos a causa de esta enfermedad. Con respecto a la distribución, las jurisdicciones que notificaron el mayor número de casos de TB fueron la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que concentran el 65,7% de los casos del país.

Durante el año 2022 fueron asistidos 3330 casos de TB en efectores de la CABA (residentes y no residentes) sumados a los 82 casos notificados en otras jurisdicciones con residencia en CABA. De estas personas, un 52% residen en PBA, un 47% en la CABA, y un 1% en otras provincias.

A su vez, el efector con mayor número de casos notificados en el 2022 fue el Hospital Muñiz. En ese período se trabajó desde el Servicio Social de planta con 244 personas que iniciaron o sostienen su tratamiento ambulatorio por TB (tanto en guardia como de forma ambulatoria). A continuación, realizaremos un análisis de dicha sistematización.

### **Recorridos en el Hospital**

Según la sistematización realizada por el Servicio Social de planta en el 2022 de la población mencionada, el 27.87 % residen en CABA, el 67,21% en el Conurbano Bonaerense, el 1,23% se encuentra en situación de calle, el 0,41% proviene de otra provincia y del restante 3,28 % no se tienen datos.

Como parte de sus trayectorias de salud, las personas son atendidas, en primera instancia, por el servicio de Guardia del Hospital y quienes son diagnosticadas con TB (en la mayoría de los casos pulmonar) son entrevistadas por la trabajadora social, quien elabora la historia social y brinda pautas de cuidado, propiciando así la educación para la salud y orientación para el control de los contactos. Al mismo tiempo, se entrega material informativo acerca de la enfermedad, la sintomatología, el contagio y el tratamiento. Esto se realiza a fin de que la persona y su grupo familiar conviviente tengan mayor información para el abordaje de su situación de salud.

Posteriormente, estas intervenciones son recuperadas por el equipo de trabajadoras sociales de planta, quienes se encargan de continuar el acompañamiento de manera telefónica o presencial, a través de una entrevista. El mismo tiene como objetivo favorecer estrategias de sostenimiento de tratamiento a fin de garantizar la accesibilidad y el ejercicio del derecho a la salud.

Nos parece pertinente realizar dos aclaraciones, una respecto a lo que entendemos por entrevista y otra en cuanto al concepto de accesibilidad, ya que ambas categorías resultan fundamentales al momento de la intervención profesional con el objetivo de garantizar el cumplimiento del derecho a la salud. Para ello, tomamos como referencia a Carballeda, entendiendo que la entrevista es una posibilidad de conocer. Esta herramienta profesional “actúa como una construcción de conocimiento singular y cuya finalidad es la transformación de circunstancias, situaciones y no solo el conocimiento de éstas” (Carballeda, A. 2018).

De igual manera, consideramos fundamental definir qué entendemos por accesibilidad al sistema de salud. Para el abordaje de dicho concepto recuperamos a Stolkiner, citada en Comes y otras, entendiendo a la misma como “el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Comes y Otras, 2006). Esto nos permite concebir al sujeto como actor y productor de accesibilidad. Este vínculo implica analizar las representaciones y condiciones que poseen los sujetos, los discursos y las condiciones de los servicios. Dicho vínculo se expresa en la manera en que estos son utilizados por los usuarios. Plantear la accesibilidad en estos términos nos permite pensarla como una construcción en la que, “(...) el encuentro entre ambos actores es el que nos estará informando acerca de la calidad del vínculo” (Comes y Stolkiner, 2005). Es en dicha interacción donde se pueden presentar obstáculos y facilitadores.

Entonces, esto posibilita la construcción del vínculo con los usuarios, referenciarles con esta institución de salud o con otros efectores, y además brindar información acerca del tratamiento y los recorridos dentro del sistema de salud, buscando disminuir las barreras geográficas, económicas y de disponibilidad de tiempos y espacios que pudieran existir para el sostenimiento del mismo.

Tanto para el desarrollo del tratamiento como para los controles de salud de los convivientes, se trabaja de manera articulada con otras instituciones y efectores de salud, construyendo así redes, resultado de la experiencia de trabajo específica con la temática al tratarse de un hospital de referencia.



Esta dinámica de trabajo articulado con los diferentes actores conlleva por parte de los profesionales una labor de orden más artesanal, ya que implica identificar, contactar, articular con otros profesionales del territorio de referencia a fin de gestionar una derivación co-responsable. Cabe destacar que esto se realizará en diálogo con los usuarios y sus convivientes, respetando su decisión respecto a dónde recibir atención para continuar con su tratamiento. De igual manera, se refuerza la importancia de realizar el control de las personas convivientes y quienes puedan estar expuestos en lugares de trabajo y educativos. Entonces, dichos controles pueden realizarse en el servicio de promoción y protección del Hospital o en otro efector de elección y cercanía de su domicilio.

Este trabajo se ve reflejado en los datos cuantitativos que arrojó la sistematización realizada por el Servicio Social de planta. En tal sentido, de las 244 personas entrevistadas el 60 % continuó con su atención en el Hospital Muñiz, el 17 % lo hizo en el Instituto Vaccarezza, dependiente de la Universidad de Buenos Aires que funciona en el mismo predio del Muñiz, solo el 17 % fue derivado a otros efectores de su zona de residencia, y del 6 % restante no se pudieron obtener datos.

### **¿A qué nos referimos cuando hablamos de condiciones de sostenimiento del tratamiento?**

En este apartado, nos interesa reflexionar en torno a la manera de nombrar los procesos de salud-enfermedad -atención- cuidado que se encuentran atravesando los sujetos y dónde/cómo nos posicionamos en tanto trabajadoras sociales en el ámbito de la salud pública. Creemos que no es lo mismo hablar de vigilancia, control o seguimiento epidemiológico, como tampoco es igual decir cumplimiento, adherencia o sostenimiento del tratamiento. Entendemos que cada concepto conlleva su significado y nos resulta fundamental poder repensar qué categoría utilizamos para hablar de nuestra tarea cotidiana.

La **vigilancia** “es el análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados (...) que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control”. (OPS, 2002). A partir de esta definición nos preguntamos ¿A quién/qué se vigila? ¿Estamos reproduciendo prácticas de control sobre los usuarios? En relación a estos términos, nos resulta más

pertinente hablar de **condiciones de sostenimiento del tratamiento** que los sujetos vivencian.

Por otra parte, en lo diario se plantea la **dicotomía adherencia/abandono** del tratamiento, el cual, desde la práctica médica, habitualmente se centra en concurrir a la consulta y a la toma de la medicación. Esto se encuentra estrechamente vinculado con una mirada centrada en lo biológico, basada en una relación vertical de “médico - paciente”, como lo describe Menéndez E. (2009) asociado al Modelo Médico Hegemónico. Este modelo atraviesa por completo todo el sistema de salud y tiene como pilares el individualismo, la exclusión del saber del paciente, la tendencia a la medicalización de los problemas, al biologicismo y evolucionismo de la enfermedad. Lo que desestima es la historia de la misma, excluyendo los procesos sociales que la condicionan, dejando de lado el contexto del sujeto y su singularidad como tal.

Creemos que ciertas dinámicas de la lógica institucional en la cual se encuentra inmersa el Servicio Social, muchas veces reproduce o contribuye a la reproducción de aquel modelo biologicista. Por lo tanto, nos resulta fundamental preguntarnos ¿qué rol ocupa el Trabajo Social en relación a esta problemática y qué espacios se pueden construir en torno a ella?

### **Seguimos reflexionando...**

A partir de lo mencionado, es de suma relevancia pensar en un abordaje integral que atraviese las representaciones sociales en torno a la TB, y la **co-responsabilidad** de los efectores (salud, género, educación, organizaciones de la sociedad civil, etc.) que trabajan en el ámbito comunitario.

Asimismo, nos parece importante la construcción de categorías discursivas y conocimientos que den cuenta de las prácticas específicas desarrolladas por parte del equipo de salud.

Nos planteamos, en tanto desafíos, continuar reflexionando y desarrollando intervenciones profesionales dirigidas a recuperar la voz de les usuaries, para así fortalecer la autonomía de los sujetos respecto de su tratamiento y de sus procesos de salud -enfermedad -atención -cuidado.

Como trabajadoras sociales somos parte de ese proceso, en tal sentido, desde la práctica se puede evidenciar que cuando las personas ponemos en palabras los sentires y

experiencias, existe la posibilidad de transitar, enunciar y trabajar aquellos obstaculizadores que nos impiden el sostenimiento y acompañamiento del tratamiento.

Esta postura no puede llevarse a cabo sin tener presentes los mecanismos de reproducción de la desigualdad social, la discriminación, la estigmatización, la xenofobia, las condiciones de trabajo y de reproducción de la vida cotidiana. Así como las políticas públicas y la responsabilidad inherente de los efectores gubernamentales tanto públicos como privados, ante las condiciones de salud de las personas.

### Bibliografía

- Carballeda, A. (2018) La palabra, la mirada y la escucha en los procesos de formación profesional. La entrevista como espacio de encuentro en la intervención del Trabajo Social. Margen, Portal de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Argentina.
- Comes, Y. y otras (2006) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología (UBA). Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. Vol. XIV
- Comes, Y. 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, pp. 137-143. Universidad de Buenos Aires.
- Laurell, A. (1981) La Salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud.
- Ley N° 27675 - Ley Nacional de respuesta integral al VIH, Hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual, y Tuberculosis. Publicada en el Boletín Nacional del 18-Jul-2022
- Menéndez, E. (2009) De sujetos, saberes y estructuras; introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud. Boletín N° 6 - "Tuberculosis y Lepra en la Argentina" (2023) Coordinación de Tuberculosis y Lepra Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington D.C.: OPS, © 2002, 49 p. -Serie PALTEX N° para Técnicos Medios y Auxiliares N° 24.
- Sistematización de datos del Servicio Social del Hospital Muñiz, Consultorios Externos de TB, año 2022.

## LA ODISEA DE ALGUNOS EGRESOS HOSPITALARIOS

**Autora:** Musi, Sofia Daiana

---

**Abstract:** Este trabajo tiene como objetivo analizar la política pública actual vinculada a la Organización Social de los Cuidados de Personas Adultas (OSC-A), indagando sobre los programas desarrollados por el GCBA para posibilitar el egreso hospitalario de pacientes que se encuentran internadxs con alta clínica y no tienen resuelta la organización de sus cuidados.

Es un trabajo de análisis cualitativo, que cuenta con el insumo de los registros cotidianos de la práctica profesional, aportes teóricos referidos a la OSC y la política pública y documentación de los programas del GCBA. En el desarrollo del mismo se pretende relatar y desentramar los alcances y límites de las propuestas Estatales y el impacto de éstas en los procesos de salud-enfermedad-cuidados-atención.

**Palabras claves:** Egresos hospitalarios - política pública

### Introducción

El objetivo del presente trabajo es analizar la política pública actual en relación a la Organización Social de los Cuidados (OSC) de personas adultas en la ciudad de Buenos Aires. La temática referida surge de la necesidad de sistematizar un conjunto de reflexiones y análisis que emergieron de la rotación realizada por las distintas salas de internación de adultxs en un Hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Durante ésta, por parte del personal médico y de forma recurrente, la mayoría de las interconsultas al servicio social fueron en relación a pacientes que atravesaban alguna dificultad para el egreso hospitalario. Si bien en el cotidiano se presentan diversas situaciones al respecto, en este trabajo se busca hacer hincapié en pacientes adultxs que no tienen resueltos sus cuidados. Al indagar sobre las posibilidades y condiciones de egreso de lxs mismxs, resulta necesario desnaturalizar distintas denominaciones

y percepciones vigentes dentro de los equipos de salud, como así también indagar las distintas alternativas de egreso que el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) ofrece para estxs pacientes.

En la actualidad, la relevancia de esta temática se refleja en la recurrencia y cotidianeidad con la cual se presenta. Retomando los aportes de un trabajo realizado sobre internaciones prolongadas de pacientes en siete hospitales de la ciudad de Buenos Aires, para el cual se tomó una muestra de 111 pacientes:

*“Al analizar de qué forma se resuelven las internaciones prolongadas, es decir, a través de qué servicios y recursos es posible organizar una respuesta relativa al alojamiento y cuidados que el/la paciente requiere una vez resuelto el “episodio agudo de enfermedad” que determinó su hospitalización, se registra que en primer lugar estas internaciones se resuelven 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%). (...) Por su parte, al final del relevamiento, un número significativo de personas continuaba internado a la espera de una solución (17%) y otras fallecieron mientras aguardaban algún tipo de respuesta (12%).” (Battaglia et al., 2019, p. 27)*

La implicancia del trabajo social no solo radica en la construcción de herramientas que aporten a la intervención cotidiana, sino también en recuperar el entramado que suscribe la política pública vinculada a dicha población. Esto permite construir diálogos más certeros con otrxs profesionales de la salud y recuperar la importancia de nuestra profesión en la gestión de políticas públicas. Más allá de la especificidad de nuestros lugares de intervención, la agenda pública también puede ser construida y legitimada en el cotidiano de las instituciones que habitamos.

La metodología utilizada para realizar este trabajo se basa en un análisis cualitativo de los registros desarrollados en la práctica profesional, la observación dentro de la institución, la participación en las reuniones de equipos de internación de adultos, la documentación de distintos programas del GCBA y los aportes teóricos existentes en relación a la temática.

### Relatando y desmenuzando lo cotidiano

En las interconsultas realizadas por profesionales médicos se hace referencia a “Pacientes sociales”, personas que ingresaron con cuadro clínico y al momento se encuentran en el Hospital sin criterio clínico de internación. Esta denominación es utilizada por distintos profesionales que se desempeñan en el Hospital público y en muchos casos entra en tensión o invisibiliza la concepción de la salud como un proceso dinámico y complejo. Este proceso está atravesado y condicionado tanto por otras personas, como por el contexto económico, político y social, por la relación que establecemos con la naturaleza, por las propias experiencias y la construcción subjetiva a partir de éstas. Recuperando los aportes de Menéndez (1994) quien refiere al proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) desde su carácter universal, el cual opera en todos los conjuntos sociales que integran la sociedad de forma estructural, “la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales” (1994, p. 71). En este sentido, las respuestas y acciones que se diagraman para intervenir en los PSEA están condicionadas por varios factores y uno de los más importante para este trabajo se corresponde a la organización social de los cuidados (OSC), la manera en que se produce y distribuye el cuidado, entendiendo que éste no se da de forma aislada o estanca, pues resulta de una continuidad en la que se suceden trabajos, actividades y responsabilidades (Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G., 2015)

Si bien la autora antes mencionada, como otrxs, recuperan la participación de cuatro actores en la OSC (familias, Estado, mercado y organizaciones comunitarias), en el presente trabajo se pretende enfatizar en el Estado, por tres razones fundamentales: la primera, para recuperar la experiencia de pacientes que por múltiples razones no pueden resolver sus cuidados por medio del mercado o su familia; la segunda, por una decisión política e ideológica de enfatizar en la responsabilización del Estado; y la tercera, para poner en cuestionamiento la familiarización de los cuidados. En el cotidiano de nuestra práctica profesional, elaborar estrategias y acceder a los programas necesarios para garantizar los derechos de pacientes al egreso de la institución, es una tarea que presenta muchos obstáculos. En la mayoría de las situaciones donde existe una red vincular, más allá de las condiciones de la misma, el paciente se externa bajo el cuidado de esta red, ante las dificultades de gestionar otras respuestas. En las

situaciones donde no hay red vincular las internaciones prolongadas se vuelven una moneda corriente.

A continuación se presentarán, de forma breve, tres relatos para dar cuenta de la intervención profesional en los egresos hospitalarios de personas Adultas que requieren cuidados.

**Situación 1:** Paciente F de 22 años, quien está internado en el hospital hace más de seis meses, ingresa por intento autolítico, que le dejó secuelas en su capacidad motriz e imposibilidad, hasta el momento, para realizar de forma autónoma actividades de la vida diaria. Se encuentra en plan de rehabilitación. Antes de ingresar al Hospital su situación habitacional era inestable y atravesaba situación de consumo problemático de sustancias.

Desde el equipo profesional, dando inicio a la intervención, se realizó el DNI, se solicitó interconsulta para el equipo de salud mental (SM) y se intentó establecer contacto con vínculos familiares que viven en otra provincia. A la hora de diagramar las estrategias del egreso de la institución, la primera alternativa (solicitada por equipo médico) es derivación a un Hospital de rehabilitación. Se recibió negativa de las dos instituciones públicas de CABA, argumentando que la misma se correspondía a la situación habitacional y la falta de referentes vinculares del paciente F. Luego se solicitó ingreso a un hogar para personas con discapacidad, en un primer momento la respuesta de este programa fue negativa, argumentando la falta de certificado de discapacidad (CUD), por lo cual se inicia la gestión del mismo y una vez otorgado turno para el CUD, se realiza nuevamente el pedido de ingreso, en dicha oportunidad la junta coordinadora de hogares convoca al paciente a una entrevista. Luego de unos días, concretado el encuentro, se recibe negativa, refiriendo los antecedentes de consumo del paciente y que éste no es "autoválido" condición necesaria para el egreso.

**Situación 2:** Paciente M, de 60 años, extranjero. Ingresó al hospital por cuadro clínico agudo, con tratamiento psiquiátrico, permanece aproximadamente 35 días en sala de internación. Al momento de su egreso, requiere de algunos cuidados y acompañamiento en actividades de la vida diaria. Se diagraman tres estrategias posibles, dos de éstas vinculadas a su ciudadanía, y la otra al GCBA.

Se realiza entrevista con familiares y actualiza la documentación de M. Antes de ingresar, M vivía con un familiar de 80 años, quien actualmente no puede llevar adelante sus cuidados. A la hora del egreso hospitalario y en comunicación con los referentes,

se decide que el paciente regrese a su domicilio, teniendo garantizada su medicación y el apoyo de otrxs referentes familiares a la espera de derivación a institución por medio del consulado.

**Situación 3:** Paciente J, de 55 años, ingresa al hospital por cuadro clínico agudo, de mielomas múltiples. Antes de ingresar al hospital el paciente se encontraba viviendo con referente familiar hacía varias semanas, desde que comenzó a sentir dolores agudos y se encontró imposibilitado de continuar su trabajo, de carácter informal, en una carbonera.

El paciente no tiene DNI, se tramita el mismo y se pone en contacto con su red vincular. En un primer momento se acuerda realizar el DNI para poder gestionar los insumos médicos y luego de esto diagramar estrategias de egreso. En esta situación, como en otras, fue condicionado el egreso hospitalario por la emergencia sanitaria suscitada ante la pandemia por Covid-19, por lo cual la única propuesta de egreso viable, hasta el momento, es la red vincular.

En estos relatos se presentó de forma acotada una guía de las acciones llevadas adelante, como así también, algunos elementos que condicionan los egresos de la institución hospitalaria. También se menciona la situación particular que atravesó el sistema de salud, donde la mayoría de las respuestas se abocaron a la pandemia y desde esta perspectiva la integralidad de la salud quedó en un segundo plano.

### **¿Qué salvavidas se proponen en estas aguas?**

El objetivo de este trabajo es indagar en las dificultades que se presentan en la intervención cotidiana y asumir los desafíos para no perder de vista la integralidad de los PSEA. En este sentido, la pregunta que orienta este trabajo es sobre las posibilidades de egreso que propone el GCBA para pacientes que: son mayores de 18 años, no poseen cobertura de obra social, no tienen su situación habitacional resuelta y están atravesando alguno los siguientes condicionantes:

1. No pueden llevar adelante de forma autónoma las actividades básicas de la vida diaria y los autocuidados necesarios.
2. No cuentan con referentes vinculares y, en el caso de tenerlos, los mismos se encuentran impedidos para realizar los apoyos y cuidados correspondientes.

A la hora de indagar sobre las distintas alternativas Estatales de egreso hospitalario, cabe aclarar que no se tomaron en cuenta los programas vinculados a subsidios habitacionales o refugios y hogares de tránsito (menores a 6 meses) ya que los mismos



no se corresponden a las necesidades de los pacientes en el momento actual de su egreso. Las propuestas existentes y que se presentan como documentación oficial en medios virtuales del GCBA (año 2020) son:

- Hogares para personas con discapacidad: Es un alojamiento transitorio, con modalidad de hogar de 24 Hs. Están destinados a personas con discapacidad entre 18 y 58 años. La prestación es por 6 meses con posibilidad de renovación. Hay cinco ubicados en CABA. No figuran requisitos en la página oficial del GCBA.
- Hogares de residencia permanente: Destinados a personas mayores de 60 años. Brindan asistencia integral a adultos mayores que carezcan de vivienda, cobertura social y estén en situación de vulnerabilidad social, carentes de apoyo familiar y/o sin red de contención. Hay dos ubicados en CABA y dos en la Provincia de Buenos Aires. Algunos de los Requisitos que presentan el programa son: DNI con domicilio de CABA o justificar residencia en la Ciudad hace más de 2 años, carecer de red vincular continente, carecer de bienes propios vivienda e ingresos económicos para su supervivencia y no padecer trastornos mentales o conductas que produzcan problemas de integración social.
- Programa de cuidadores domiciliarios: Consta de un subsidio para el pago de algunas horas a cuidadores domiciliarios. Para personas en situación de vulnerabilidad social y económica. Requisitos: Tener más de 60 años, Residir en CABA, integrar una familia con ingresos insuficientes para contratar la prestación y carecer de cobertura social que contemple este tipo de prestación.
- Programa de Apoyo para la vida Independiente: Destinado a personas con discapacidad de 18 a 60 años. Provee asistencia, asigna recursos y brinda apoyo para equiparar la oportunidad y lograr plena participación e inclusión. Requisitos: DNI, vivir en CABA, CUD y entrevista con equipo interdisciplinario.

Recuperando los relatos cotidianos y requisitos de los programas mencionados, se comprende que para acceder y/o renovar éstos, es necesario una evaluación por parte de profesionales asignados y cumplir con ciertos estándares, los cuales visualizan criterios normalizadores que, en lo concreto, terminan excluyendo, más que incluyendo, a las personas que demandan estos derechos. Entre estos requerimientos se pueden mencionar: la condición de autovalidez, que se relata en la Situación 1, criterios vinculados a la salud mental de las personas, el cuestionamiento sobre la existencia y continencia de redes vinculares y la residencia en CABA. Esto da cuenta de la imposibilidad de recuperar la particularidad de los sujetos y prosperar en interven-

ciones profesionales que consoliden los derechos a la vida digna de estas personas a mediano y largo plazo.

Ante lo expuesto, se puede referir que estos programas no están acordes a la demanda de la población que aborda este trabajo, ya que en su mayoría responden a demandas habitacionales, con un número muy reducido de hogares en todo CABA. En el caso de cuidadores domiciliarios, las horas son insuficientes para los cuidados requeridos.

### **¿Cómo se fabrican las Políticas Públicas?**

Arroyave Alzate (2011) refiere que la política pública está conformada por la intervención del Estado en respuesta a una situación problemática presente en la sociedad. El autor entiende que ésta es un conjunto de instrumentos por medio de los cuales se implementan medidas que buscan paliar la situación de los grupos afectados.

La génesis de nuestra profesión se desarrolla a partir del conflicto entre el capital y el trabajo. Mallardi, Musso y González (2014) indican que en el marco de la profundización de los procesos de pauperización, una de las funciones estatales de primer orden son el control y la preservación de la fuerza de trabajo, tanto desocupada como ocupada; a partir de esto y en un proceso contradictorio que contiene tanto la legitimación de los sectores dominantes, como así también la ampliación de ciudadanía de los sectores trabajadores, las secuelas de la cuestión social se constituyen en objeto de políticas. Pero entonces es necesario preguntarse: si la orientación de estas políticas está signada por el control y la preservación de la fuerza de trabajo, ¿qué ocurre con las personas adultas que en lo inmediato, y a corto o largo plazo, no están en condiciones o se encuentran limitadas para vender su fuerza de trabajo por su situación de salud?. ¿Existe una política pública orientada a personas adultas que no tienen resuelta su situación habitacional y que no pueden garantizar su cuidado?

En este trabajo, por todo lo expuesto, la respuesta aproximada es no. Lo que existen son políticas públicas destinadas a adultos mayores y a personas con discapacidad; dentro de las mismas, en un número muy reducido, están aquellas destinadas a garantizar situaciones habitacionales.

Desde la intervención profesional del Trabajo Social se diagraman estrategias para poder brindar una alternativa a estas personas en los hogares referidos, pero en muchos casos se reciben negativas, las cuales conllevan la prolongación de las internaciones de estos pacientes dentro de Hospitales Públicos. En las situaciones donde la

dependencia de los sujetos para garantizar las actividades y cuidados diarios es determinante, los propios efectores de salud son quienes terminan dando una respuesta de hecho (Battaglia et al., 2019).

La inexistencia de una política pública que se oriente a garantizar los cuidados y apoyos necesarios en los PSEA de toda la población es justificada cotidianamente mediante la familiarización de esta responsabilidad, la cual pone a referentes familiares y/o vinculares como los principales responsables de garantizar los mismos, y es sobre las mujeres e identidades feminizadas, en la gran mayoría de los casos, que se depositan dichas tareas. La responsabilización de la familia sobre los cuidados está impregnada en todo el tejido social, podemos encontrarla tanto en el discurso de profesionales de la salud como en el de familiares de pacientes, que intentan asumir tareas de cuidado incompatibles con sus condiciones diarias. También es reproducida por los medios de comunicación hegemónicos y reafirmada por el Estado en sus políticas.

### **Conclusiones: Los desafíos que quedan**

A partir de lo expuesto se puede concluir que la actual ineficiencia de las políticas públicas orientadas a la OSC-A, sobre todo de personas menores de 60 años, que no pueden ingresar al mercado laboral y tampoco garantizar sus cuidados (ya sea de forma temporal o permanente), pone a lxs profesionales en un dilema frente a la construcción de intervenciones. Por un lado, se enfrentan a la existencia de internaciones prolongadas en los hospitales, que son espacios que presentan dificultades y riesgos en la vida cotidiana de los sujetos. Por otro lado, se reconoce la existencia de egresos hospitalarios, donde no se encuentran las condiciones habitacionales y de cuidados requeridos para esas personas.

Para pensar estas situaciones, es preciso tener en cuenta que en los últimos años -e históricamente- la familiarización de los cuidados viene gozando de legitimidad social, por lo cual la responsabilidad en la OSC-A, sigue recayendo de forma naturalizada en las redes familiares y/o afectivas. Sin embargo, esta legitimidad, que fue cuestionada en muchos momentos de nuestra historia por sectores que podrían referirse minoritarios, hoy día y producto de la lucha del movimiento de mujeres, presenta mayores fisuras. Estos debates han buscado espacio en la agenda pública e incluso han sido retomados en los ejes de gestión de algunos ministerios públicos de nuestro país.

En este contexto, el trabajo social tiene dos desafíos fundamentales. Por un lado, garantizar derechos con las herramientas que cuenta y asumiendo la tarea de tejer redes

institucionales y diagramar estrategias de forma creativa que permitan romper los ejes normalizadores de los programas existentes y garantizar el mayor acceso a estos. Por otro lado, enunciar estos debates de forma cotidiana, para resquebrajar la familiarización de los cuidados y los límites del propio Estado, consolidando la incorporación de estos temas en la agenda pública, con el objetivo de que se desarrollen políticas de carácter nacional que den respuesta concreta y efectiva a las demandas de esta población, sin recaer en criterios normalizadores que no contemplan la particularidad de las distintas situaciones y terminan por excluir, más que incluir a las personas.

**Bibliografía:**

- Arroyave Alzate Santiago, (2011): Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos, FORUM Nro. Revista del Departamento de Ciencia Política, Universidad Nacional, Sede Medellín.
- Battaglia, M; Brovelli, K; Castrogiovanni, N; Cunzolo, V; Del Canto, J; Lardiés, N; López, P; Mancinelli, C; Morán, N; Nicolini, M; Otero, G; Pratto, L; Quiroga, M; Ruiz Díaz, C; Venuto, M J y Vezzett, M (2019): ¿Por qué “la familia no se los lleva”?, Margen 93.
- Mallardi Manuel, Musso Maria Paola, Marian Gonzalez, (2014): Cuestión Social y relaciones familiares: aproximación a las tendencias en las políticas sociales en América Latina, PALOBRA.
- Menendez, Eduardo, (1994): La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?, Revista Alteridades, vol. 4, núm. 7, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México.
- Rodríguez Enríquez, C. y 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.

**Consulta Pagina web:**

- GCBA: <https://www.buenosaires.gob.ar/>

## “NO VUELVAS, NO TE ENFERMES”: QUÉ PASÓ DESPUÉS DE LA PANDEMIA DEL COVID-19.

### Autora:

Daniela Teveles

---

### Resumen

**Introducción:** La investigación realizada plantea analizar los itinerarios terapéuticos de las personas con síndrome post Covid-19 que estuvieron internadas en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y Sala de Rehabilitación Intensiva post UTI post Covid-19 (SARIP) del Hospital Fernández en el año 2021, desarrollando para esta ponencia uno de los objetivos específicos del trabajo: explorar la accesibilidad a los dispositivos y recursos de atención posterior a la internación.

**MÉTODOS:** Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, de corte transversal/sincrónico, empleando una estrategia metodológica cualitativa y utilizando como técnica de recolección de datos la entrevista semi-estructurada. La investigación fue realizada con el apoyo de las Becas Salud Investiga a proyectos de Investigación 2021-2022, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación en Salud.

**Resultados:** Se observa la fragmentación entre la atención de la urgencia y el seguimiento posterior, encontrando dificultades para acceder a los servicios de salud luego de la internación, a partir de lo cual los sujetos desarrollaron múltiples estrategias de acceso, aunque muchas veces sin resultado.

**Discusión:** Estos resultados permiten pensar la organización del sistema sanitario posterior a la pandemia, buscando su fortalecimiento para garantizar el derecho al acceso a la salud y la atención del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva de salud integral.

### Palabras clave

Pandemia por el Nuevo Coronavirus 2019; Accesibilidad a los Servicios de Salud, Rehabilitación.

### Introducción

El objetivo general del estudio “Pensar la post-pandemia: itinerarios terapéuticos en el síndrome post Covid-19” fue analizar los itinerarios terapéuticos de las personas con síndrome post Covid-19 que estuvieron internadas en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y Sala de Rehabilitación Intensiva post UTI post Covid-19 (SARIP) del Hospital Fernández en el año 2021. Para esto se plantearon los siguientes objetivos específicos: explorar la accesibilidad a los dispositivos y recursos de atención posterior a la internación; describir el impacto del síndrome post Covid-19 en las actividades de la vida diaria de las personas; e indagar cómo transitan la experiencia de enfermedad luego de haber contraído Covid-19. A los fines de esta ponencia se presentará sólo el primero de los objetivos abordados.

La SARIP es un dispositivo de internación que surge como prueba piloto a partir de la necesidad de rehabilitación frente al aumento de internaciones de UTI en 2020 buscando brindar rehabilitación integral intensiva al paciente post UTI post Covid. La importancia del fenómeno bajo estudio radica en que a medida que avanza y se modifican las características de la pandemia surge la necesidad de dar respuesta a una gran población que luego del alta combina cuestiones como el síndrome post UTI con lo nuevo y desconocido del Covid-19, corriendo el foco puesto exclusivamente en los cuidados críticos.

Las consecuencias a mediano y largo plazo para los pacientes que atravesaron un cuadro grave de Covid-19 e ingresaron a UTI se prevén sobre la base de conocimientos obtenidos respecto a enfermedades similares, de lo cual se desprende que encuentran significativamente disminuida su calidad de vida, presentando complicaciones físicas, psíquicas y cognitivas, dolor crónico y la necesidad de soporte social y familiar.<sup>2</sup> Esto genera consecuencias en la situación socio-económica, requiriendo cambios ocupacionales o quedando desempleados por largos períodos luego de la internación.<sup>3</sup>

El síndrome post Covid-19 tiene un alto impacto en los pacientes, en tanto en su paso por la UTI han visto deteriorada su autonomía e independencia, produciendo un antes

y un después en su vida cotidiana. El documento de consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de Covid-19 elaborado por la OPS recomienda integrar la rehabilitación en los planes nacionales para la emergencia causada por la pandemia, mencionando consecuencias como el deterioro de la función pulmonar, desacondicionamiento físico y debilidad muscular, cuadros confusionales y otras deficiencias cognitivas, disfagia y dificultades para comunicarse, trastornos de salud mental y necesidad de apoyo psicosocial.<sup>4</sup>

Esto permite pensar el proceso de salud-enfermedad contemplando la unidad de éste, en su carácter doble, biológico y social, lo cual implica reconocer la especificidad de cada uno y la relación que guardan entre sí,<sup>5</sup> teniendo como horizonte que no es posible pensar la salud de forma aislada, sino como la consecuencia de las relaciones sociales que lo generan.<sup>6</sup>

Desde esta mirada integral, se busca indagar en los itinerarios terapéuticos, entendidos como las trayectorias de búsqueda, producción y gestión del cuidado de la salud<sup>7</sup> que se dan luego de la internación, analizando las estrategias que los sujetos, en relación con las instituciones, desarrollan para gestionar el cuidado de la salud y la rehabilitación. Para esto se vuelve clave la noción de accesibilidad, dada por el vínculo entre los sujetos y los servicios de salud desde una dimensión relacional.<sup>8</sup>

## Métodos

Se realizó un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, de corte transversal/sincrónico, entre noviembre de 2021 y diciembre de 2022, con el financiamiento de la beca Salud Investiga de la Dirección de Investigación del Ministerio de Salud de la Nación.

Para el logro de los objetivos se utilizó una estrategia metodológica cualitativa, contemplando un diseño flexible.<sup>9</sup> La entrada al terreno estuvo dada por la inserción de la investigadora en la institución, lo cual favoreció la viabilidad del estudio y facilitó el trabajo de campo.

La muestra fue no probabilística por conveniencia de casos-tipo en busca de riqueza, profundidad y calidad de la información, conformando una selección fundamentalmente intencional. Se realizó un primer acercamiento a partir de la revisión de histo-

rias clínicas y para delimitar el número de personas a entrevistar se siguió el criterio de saturación teórica<sup>10</sup>, llegando a un número de 15 entrevistas semi-estructuradas.

El trabajo de campo se realizó entre diciembre de 2021 y febrero de 2022. El universo estuvo conformado por personas con síndrome post Covid-19 que pasaron por internación en UTI durante 2021 y requirieron rehabilitación, siendo estos dos requisitos los criterios de inclusión. Quedaron excluidos pacientes con necesidades de rehabilitación previas no relacionadas al Covid-19.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital Gral. de Agudos Juan A. Fernández y se brindó un consentimiento informado a cada entrevistado. Se tuvieron en cuenta los principios establecidos por la Ley 25326 de Protección de los Datos Personales, la Ley N° 3301 de Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud de CABA, Resolución N° 2476 Requisitos y procedimientos aplicables a los proyectos y trabajos de Investigación que se efectúen en los hospitales dependientes del Gobierno de CABA, y la Resolución N° 1480 Guía para investigaciones en Salud Humana del Ministerio de Salud de la Nación.

## Resultados

### *Accesibilidad post internación: “No vuelvas, no te enfermes”*

Al explorar la accesibilidad a los dispositivos y recursos de atención posterior a la internación surge que en su totalidad las personas entrevistadas continuaron con la rehabilitación en el hogar, realizando los ejercicios indicados previo al alta por el personal de salud respecto a la recuperación física y respiratoria. Sin embargo, el acceso a turnos y estudios ha seguido trayectorias heterogéneas, con importantes dificultades en la accesibilidad. Solo 3 de las 15 personas entrevistadas manifestaron no tener problemas al respecto. En este sentido, se encontraron diferentes estrategias para acceder a los recursos y servicios de salud, que dependen de la posición social de las personas y en consecuencia, de las ventanillas a las que pueden acceder.

### **Internación vs. seguimiento**

Las personas entrevistadas suelen realizar una distinción de su relación con el sistema de salud entre lo que es la internación y el seguimiento ambulatorio. En cuanto a la internación, la totalidad de las personas entrevistadas manifiestan agradecimiento al hospital: “En el hospital sí, en el Fernández sí, estaban todos los kinesiólogos, me ayu-



daron a caminar, los psicólogos, todo eso, pero después de ahí no. Ahí sí estaba acompañada, pero después de que me dieron de alta no" (Rosa\*). Esto se traduce también en un gran reconocimiento hacia el personal de salud: "Las enfermeras son unas fenómenos, están siempre al lado mío y con otros pacientes, atienden que da miedo, el sacrificio que hacen por dos pesos locos" (León); "Muy agradecida a todos, unos amores, me enseñaron mucho, me ayudaron, y por ellos estoy viva" (Ana).

Frente a la urgencia, en el contexto de crisis sanitaria que marcó la pandemia con una alta ocupación de camas de terapia intensiva, la salud pública apareció como un salvavidas: "El hospital a mí me salvó, la obra social no, porque no hay forma de trasladarme, y tampoco creo que hubiera tenido camas" (José). Sin embargo, una vez resuelto el episodio agudo, la atención ambulatoria tiene otras lógicas de accesibilidad, diferentes a la urgencia, tal como expresa Hugo, quien al preguntarle por la rehabilitación respondió:

*H: Yo por mi cuenta, pero no por algún profesional. Se cortó todo porque como me dieron de alta y me dijeron nunca más vuelvas. No vuelvas, no te enfermes.*

*D: ¿Así te dijeron?*

*H: Sí, más o menos. Me dijeron no te vuelvas a enfermar, una cosa así, cuidate. Dentro sí, muy bueno el hospital, me atendieron de primera, de hecho creo que me salvaron porque yo he recorrido 4 hospitales antes del Fernández. Adentro sí, de primer nivel. De ahí ya no. Me gustaría de alguna forma acceder pero ahora por colapso de turnos, ese es el tema. El hospital, a través de la política sanitaria desplegada en el país y en la ciudad, organizó la actividad asistencial para garantizar la disponibilidad de camas de terapia intensiva requeridas, pero una vez recuperadas estas personas, no se elaboran los mecanismos para continuar con el seguimiento, lo cual genera un gran impacto en los procesos de salud-enfermedad.*

La principal barrera que aparece en las entrevistas es la administrativa, expresada fundamentalmente en la obtención de turnos:

*Fui al hospital y me dicen que llame al 147. Fui al Mesón de turnos y me dice que llame, y llamo, llamo, llamo y me dicen que no hay turno. A veces me dice que están todos ocupados y no se puede. Son cuatro meses que quiero hacerme el chequeo. Si me contestan me preguntan qué direc-*

*ción, para qué quiero, y después su respuesta es no tenemos turno. Entonces me he ido al mismo hospital Fernández, al doctor, al neumólogo, al mismo consultorio, y me dijeron que no me podían atender fuera de turno, que llame al 147. Me fui al Mesón y también me dijeron que llame al 147, sigo llamando al 147 y hasta el día de hoy no tengo turno (Ana).*

La línea 147 es la línea telefónica de atención del Gobierno de la Ciudad. Para sacar un turno las personas deben estar empadronadas en el sistema, lo cual se realiza de manera presencial, y luego sacar sus turnos a través del llamado. Sin embargo, son reiterados los impedimentos que las personas encuentran para lograr efectivamente conseguir un turno, en áreas claves como por ejemplo control por neumonología, como explicaba la misma entrevistada: “No encuentro turno en el Fernández para hacerme el control de neumonología por mis pulmones que son lo principal pero lamentablemente ya no sé”.

### **Estrategias de acceso**

A diferencia de la internación, cuando la enfermedad se vuelve algo crónico que requiere un seguimiento a largo plazo aparecen trayectorias diferenciales. Frente a las dificultades en la accesibilidad descritas anteriormente, las personas entrevistadas generaron estrategias diversas.

Para aquellos que tenían obra social o prepaga, recurrir a esta era la primera opción, como el caso de Jorge: “Una espirometría me mandó a hacer y estoy buscando los turnos, algunos me dieron para enero. Está duro porque te dan turno con mucho tiempo. Ahora mi señora iba a ir a Osecac a ver si me podían dar un turno más rápido”, o de Marta: “Lo que me controlo ahí en el Fernández es la neumonologa, la cardióloga y la hematóloga. La endoscopista no porque eso no lo hacían, estaba roto el aparato. Entonces me derivaron al Milstein por PAMI. Y el endocrinólogo consultorio externo del Milstein también”.

Sin embargo, esto no siempre constituye una garantía: “Radiografía y tomografía no me hicieron porque me pidieron que vaya a autorizar con la obra social. Fui, pero me dijeron que no necesitaba autorización, y después tenía que viajar y ya no fui más” (Fabio); “Hoy tener una obra social buena no te garantiza nada porque te dan turno para dentro de 45 días, es una barbaridad” (José).

Otra estrategia es la cercanía territorial y el vínculo directo con algunos profesionales. Este es el caso de Laura, quien expresaba un vínculo muy cercano con el Centro de Salud: “Mi kinesióloga me llamaba para ver cómo estaba. Como estaba sola no tenía a veces quién me ayude a llegar al centro de salud, que lo tenía acá cerca, una cuadra y tenía que sentarme porque no aguantaba las piernas”. Como se desprende de este fragmento, el nexo conformado por la cercanía no era meramente geográfico sino interpersonal, de flexibilidad y respeto a los tiempos de la persona para garantizar su rehabilitación. En este sentido, el vínculo directo con los profesionales de la salud aparece también como gran facilitador: “A veces como yo ya lo conozco a él, él me atiende” (Rosa); “Neumonólogo no pude conseguir pero el nefrólogo me hizo la derivación entonces me vio porque ya no podía respirar y él me consiguió que me vieran rápido” (Marta).

Cuando la cobertura falla algunos eligen recurrir al mercado pagando la consulta. Pilar, con cobertura pública de salud eligió esta opción, al igual que Hugo: “Consulté a una doctorita privada pero la doctora igual como que con este virus es todo virtual, me estuve haciendo algunos estudios para presentarle a ella, pero del hospital ya no, no pude acceder”. Sin embargo, apelar a la dimensión económica no siempre es posible, como explicaba Ana en referencia al turno con un neumonólogo: “Para recurrir a un particular imagínate, de dónde, pregunté y cuesta \$10.000 la consulta” (Ana).

Otra estrategia es circular entre distintos hospitales y conocer los mecanismos institucionales de cada lugar, como Rosa que alternaba su atención entre 3 efectores, mientras que para algunos sacaba turnos de manera telefónica, para otros explica que hacía cola desde las 4 am.

Finalmente, otra opción que aparece es rescindir de la atención: “Me dieron turno para el cardiólogo, era feriado entonces no me atendieron y después dejé de ir” (Laura).

### **Discusión**

Los recorridos de accesibilidad a los dispositivos y recursos de atención posterior a la internación en la SARIP son heterogéneos y dependen de factores como el tipo de cobertura de salud, la cercanía con los dispositivos de atención y los recursos económicos para poder garantizar de manera privada la atención.

El abismo entre la internación y el seguimiento ambulatorio posterior se presenta como una de las principales dificultades. Todas las personas entrevistadas manifes-

taron profundo agradecimiento hacia el hospital como institución y al personal de salud. Sin embargo, la atención posterior, con lógicas distintas a la urgencia de la UTI, presentó contrariedades. Esto responde a la lógica de organización del sistema de salud, que se presenta de manera fragmentada y desarticulada entre los distintos niveles de atención, no logrando una verdadera articulación entre primer y tercer nivel que permita continuar con las necesidades de rehabilitación y seguimiento que la población necesitaba, lo cual resulta un problema en tanto muchas de las secuelas que se observan al momento del presente análisis pueden derivar en afecciones crónicas de salud, que requieran un seguimiento prolongado.

Los impedimentos administrativos son los que aparecen con mayor frecuencia a la hora de acceder a la atención de salud, dado por cuestiones como la escasa disponibilidad de turnos, los largos plazos de espera y otros requisitos burocráticos como los que impone la línea 147, o en relación a la autorización de órdenes por parte de obras sociales. En este sentido, las estrategias encontradas fueron recurrir a la obra social o prepaga (aunque no siempre con éxito), apelar al capital social de la persona generando un vínculo territorial e interpersonal con profesionales de la salud, pagar la consulta de manera privada, circular entre varias instituciones o finalmente rescindir de la atención a pesar del costo generado en su estado de salud.

### **Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias**

Se espera que los resultados de este estudio sean valorados al pensar la organización del sistema sanitario posterior a la pandemia. Ya se ha quitado el foco en la urgencia, ahora es momento de priorizar la atención de la complejidad en los sobrevivientes con síndrome post Covid-19, pensando estrategias para garantizar la rehabilitación y la atención de las secuelas que se convierten en situaciones crónicas de salud.

Este trabajo resulta relevante para dar cuenta de la fragmentación del sistema de salud entre niveles de atención, de lo que se desprende la importancia de su fortalecimiento, rompiendo con la desarticulación para garantizar la asistencia del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva de salud integral.

Asimismo, de las entrevistas se desprende que el sistema de turnos de la Ciudad de Buenos materializado en la línea 147 es ineficiente, por los circuitos administrativos y la escasez de turnos en relación a la demanda. Cualquier análisis resulta inútil si no se mejora la accesibilidad al sistema de salud con circuitos claros y efectivos y disponibilidad de turnos acorde a lo necesario.

En sus itinerarios terapéuticos muchas de las personas entrevistadas expresaron sentimientos de expulsión y rechazo por parte de los hospitales que hasta hace apenas unos meses les habían salvado la vida, poniéndose nuevamente en situación de riesgo. El sistema de obras sociales tampoco resulta una garantía, y pagar honorarios y estudios de forma particular no sólo es inaccesible, sino que es una violación al derecho a la salud pública.

\* Los nombres fueron modificados para garantizar el anonimato de los participantes.

### Referencias bibliográficas

- 1 González-Castro A, et al. Síndrome post-cuidados intensivos después de la pandemia por SARS- CoV-2. *Med Intensiva*. 2020;44(8):522-523.
- 2 Busico M, et al. Programa de seguimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos. *Revista de medicina intensiva*. 2019;43(4):243-254.
- 3 Jaffri A, Jaffri UA. Síndrome post-cuidados intensivos y COVID-19: ¿crisis tras crisis?. *Corazón y pulmón: revista de cuidados críticos*. 2020;49(6):883-884.
- 4 Organización Panamericana de Salud. Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19. 2020.
- 5 Laurell A. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*. 1982;19.
- 6 Ferrara F. *Teoría Social y Salud*. Catgo Ediciones. 1985.
- 7 Bellato R, et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. En Pinheiro; Martins. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. 2009;187-194.
- 8 Comes Y, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*. 2006;14:201-209.
- 9 Sampieri RH. *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill. 2018.
- 10 Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company. 1967.

## NECROCAPITALISMO, SALUD PÚBLICA Y TRABAJO SOCIAL. DE CAPTURAS Y CONJUROS.<sup>1</sup>

### Autora:

Lic. Carolina María Volpi

---

**Palabras clave:** *procesos salud-enfermedad-atención-cuidado, necropolítica, alternativas infernales*

### Presentación

Lo central del cuerpo del presente trabajo fue producido en el marco de la pandemia por COVID-19. No es la idea caracterizar extensivamente la pandemia y sus efectos, sin embargo, probablemente podamos acordar en algunas cuestiones: una enfermedad recorrió el mundo a velocidades inusitadas y modificó las dinámicas a las que estábamos acostumbrados, construyendo -más o menos provisoriamente- limbos, pausas, parálisis.

Mi inserción y configuración como trabajadora social en los equipos de salud está marcada por este hito, y por haber podido habitar el lugar del Trabajo Social en el campo de la salud como uno con la posibilidad de traccionar acciones que tiendan a alojar la complejidad de las situaciones que se presentan, que, desde sus singularidades, suelen interpelar aquello que las instituciones intentan definir y esquematizar normativamente.

Las preguntas que orientan este texto están vinculadas a cómo el campo de la salud regula la vida, y qué vida regula, a los efectos del capitalismo avanzado como modo de existencia. Me interesa pensar cómo esto repercute en intervenciones fragmentadas y fragmentarias en los efectores públicos de salud y en la construcción institucional y simbólica de, en palabras de Butler (2009), vidas vivibles y muertes lamentables.

---

<sup>1</sup> El presente artículo es una modificación de un artículo original publicado en la Revista Debate Público, Año 11, Número 22, llamado "Trabajo Social En Salud: Conjuros Posibles Desde Un Necrocapitalismo Brujo."

Intentaré reflexionar sobre la práctica profesional del Trabajo Social en salud pública considerando la complejidad de los escenarios en los que nos encontramos insertes actualmente. Para esto, me ocuparé de desarrollar acercamientos bibliográficos que hacen a las categorías de necrocapitalismo y de brujería capitalista, para luego poder encontrarlas con nuestra práctica profesional cotidiana. Intentaré también dar cuenta de las potencias y posibilidades desde el Trabajo Social, delineando refugios transitorios, puntos de fuga posibles, sólo para que luego sigamos -espero y deseo- pensando juntas.

### **De la gestión de la muerte: necropolítica y necrocapitalismo.**

Hace tiempo ya que se viene advirtiendo una tendencia hacia la muerte en el sistema en el que vivimos: una intensificación de prácticas mortíferas. Prácticas que priorizan la multiplicación del capital por sobre la sostenibilidad de las vidas y su cuidado. En este escenario, la salud pública, planificada, gestionada y financiada principalmente desde el Estado, arena de poderes soberanos y disciplinares (Foucault, 1996), no sólo gestiona la vida (biopolítica), sino que también gestiona activamente la muerte.

En esta línea, Federici (2020a) habla de un sistema capitalista que “no garantiza nuestro futuro, no garantiza nuestra vida”; se trata de configuraciones que nos están matando de muchas formas diferentes pero conectadas, porque se basan sistemáticamente en la subordinación de la reproducción de la vida, creando así una condición de muerte permanente.

El aporte de Mbembe (2011) parte de un desarrollo poscolonial<sup>2</sup> a partir de la noción de biopoder de Foucault y propone la idea de necropolítica como política de la muerte, “las formas contemporáneas de sumisión de la vida al poder de la muerte” (Mbembe, 2011: 74). De esta forma, el necropoder es un tipo de contra-biopoder y el necrocapitalismo, el sistema a través del cual la acumulación de capital se organiza como fin absoluto que prevalece sobre cualquier otra lógica o narrativa posible. Mbembe habla de mundos de muerte productos de la necropolítica y el necropoder, “formas únicas y nuevas de existencia social en las que numerosas poblaciones se ven sometidas a condiciones de existencia que les confieren el estatus de muertos-vivientes” (Mbembe, 2011: 75)

---

<sup>2</sup> De manera extremadamente simplificada, las teorías poscoloniales son un conjunto de teorías críticas que analizan el orden de ocupación colonialista y sus efectos desde territorios que fueron o son ocupados.

Valencia (2012, 2021) propone la idea de capitalismo gore para nombrar los efectos de economías de la muerte, tomando el subgénero cinematográfico caracterizado por violencia gráfica extrema: explotación material de bienes comunes, criminalidad armada y narcotráfico, explotación neocolonial de los territorios y de las personas. Para la autora, el capitalismo gore se alimenta tanto de sangre como de dividendos.

Banerjee<sup>3</sup> desarrolla la noción de necrocapitalismo, que

*emerge de la intersección entre necropolítica y necroeconomía, como prácticas de acumulación en contextos (pos)coloniales llevadas adelante por actores económicos específicos -corporaciones transnacionales, por ejemplo- que involucran despojo, muerte, tortura, suicidio, esclavitud, destrucción de formas de vida y la gestión general de la violencia (Banerjee, 2008: 1548).*

Son prácticas que niegan a los pueblos el acceso a recursos que son esenciales a su salud y vida, una nueva forma de imperialismo. Banerjee nos convoca a prestar atención a las prácticas específicas que resultan en la subyugación de la vida al poder de la muerte, prácticas que crean estados de excepción<sup>4</sup> que habilitan acumulación de capital por desposesión (Banerjee, 2008: 1559).

Lo desarrollado puede ayudarnos a pensar las cuestiones más dolorosas de nuestro quehacer diario. Que la salud pública<sup>5</sup> como biopolítica estatal también es necropolítica, en el sentido de que no sólo gestiona la vida, sino que directa e indirectamente, gestiona la muerte. Entonces, ¿cuáles son las condiciones de aceptabilidad de la mantanza directa o indirecta? ¿Qué es, sino política de muerte, el lugar paliativo que ocupa un abordaje fragmentado de la salud frente a movimientos hegemónicos de alianzas estatales-corporativas?.

Algunos ejemplos de priorización de la acumulación del capital por sobre la vida y la salud de las poblaciones pueden verse fácilmente en políticas ambientales, de vivienda y urbanas, de salud y sociales.

En el campo ambiental, basta con considerar las consecuencias de desmontes forzados en lo largo y lo ancho del territorio, incendios intencionales en diferentes partes

<sup>3</sup> Todas las citas textuales de Banerjee son traducción de la autora desde el inglés.

<sup>4</sup> Concepto tomado de Agamben, como suspensión del orden jurídico que suele considerarse como una medida de carácter provisional y extraordinario, pero que se viene convirtiendo en un paradigma normal de gobierno.

<sup>5</sup> Salud pública como concepto construido y a veces naturalizado y, en simultáneo, como práctica productiva y reproductiva.



del país, impactos negativos del sostenimiento de monocultivos, del uso de agrotóxicos y la priorización del agronegocio por sobre la agricultura familiar, disputas por el agua y la megaminería en Catamarca y Chubut, por la propuesta de instalación de megagranjas de producción masiva e industrializada de animales para consumo humano.

En lo que respecta a las políticas urbanas y de vivienda, la CABA viene siendo punta de lanza en el país en procesos de gentrificación, desplazamiento y desposesión<sup>6</sup> en los que el valor del suelo y su capitalización -sumado a negociados entre amigos del poder- se priorizan por sobre las condiciones de vivienda de miles de personas en situaciones de precariedad habitacional o incluso en situación de calle.

Con respecto a las políticas de salud y sociales, los movimientos neoliberales tienen un fuerte componente necropolítico, fragmentadoras, focalizadas, con la prevalencia de una “falsa integralidad”: miradas acotadas del territorio, de la salud, de la vida.

Si analizamos esto en el contexto actual de despidos masivos en áreas claves del Estado y la propuesta de modificación o derogación de leyes que hacen a la protección social de bienes comunes, el panorama se ensombrece.

Es así que las crisis del capital parecerían volverse cada vez más groseras y la paradoja más insostenible con modelos estatales que continúan priorizando la acumulación de una minoría por sobre el cuidado y el bienestar de todes.

### **De los mecanismos de captura: capitalismo brujo.**

Stengers y Pignarre (2018) nos invitan a pensar al capitalismo más allá de denunciar sus males. La idea central del texto es la del capitalismo como sistema brujo, que

*logra captar y cambiar el sentido de las fuerzas que se le oponen en venenándolas, porque logra definir la idea de mundo y eclipsar todo lo que se aparte de esa idea, brujo porque opera ‘como por arte de magia’, violentamente. Pero, sobre todo, brujo porque performático, porque no*

<sup>6</sup> Ver Cherry, Collado, Volpi (2020), “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” disponible en: <https://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/handle/123456789/2503> y Janoshka (2016) “Gentrificación - desplazamiento - desposesión: procesos urbanos claves en América Latina”, disponible en: <https://revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/62785/66652>. Ambos consultados en agosto de 2023.

*podría existir sin un conjunto de conjuros, gualichos y recetas (Ortiz Maldonado, 2018: 17).*

Un sistema brujo sin brujos, dicen los autores: las operaciones del capitalismo manejan niveles de destreza tales que parecen naturales, unívocas, ahistóricas, produciendo una y otra vez falsas dicotomías que condicionan el devenir del mundo.

Esta producción de falsas dicotomías, para Stengers y Pignarre, es sostenida a través de secuaces. La existencia de los secuaces discute con la idea de que detrás del capitalismo hay una gran mente maestra con todo planeado y sabido de antemano. También se opone a las premisas de “todes cómplices” y “todes culpables” o “verdaderos cómplices” y “verdaderos culpables”, como posiciones que obturan las posibilidades de pensar. Si bien todos estamos “adentro” (más o menos), no todos somos secuaces. Los secuaces no sólo ejecutan o soportan las reglas del sistema, sino que construyen el “adentro” con apego y creatividad (Stengers y Pignarre, 2018: 72, 73). En estos movimientos, son los secuaces quienes sostienen cotidianamente lo infernal de las posibilidades dentro de los flujos capitalistas. Creen estar haciendo lo correcto, no se hacen preguntas por lo que están haciendo, desconocen y/o no les interesan las consecuencias de sus acciones, de la concatenación de devenires que les antecede y les seguirá. ¿Cómo detectar(nos) secuaces? A partir de la pregunta que surja o no sobre lo que hacemos.

Los autores llaman alternativas infernales a las falsas alternativas que construyen los secuaces del capitalismo brujo. Son estrategias fundamentales para el sostenimiento de la hegemonía capitalista, ante las cuales sólo se configuran como viables dos posibles respuestas: la denuncia o la resignada aceptación. En estas dicotomías no hay opción real posible, cualquiera sea la elección, será dentro de lo capturado por el capital: “¿se bajan las jubilaciones o colapsa todo el sistema de salud? ¿Se aumentan los servicios públicos o colapsa el sistema de transporte? ¿Se permiten los agroquímicos o se genera una hambruna? ¿se privatiza equis o se destruye beta?” (Ortiz Maldonado, 2018: 15).

Lo interesante de pensar al capitalismo como un sistema brujo es la invitación a detectar los mecanismos de agarre y captura a cuerpos, mentes y afectividades en los flujos reorganizadores móviles que componen al capitalismo. Flujos reorganizadores móviles porque el sistema parece quedar corto, porque como decíamos antes, bien sabemos que no existe una “gran máquina capitalista constituida de una vez por

todas” (Stengers y Pignarre, 2018: 64) que lo sobredetermina todo. Porque el capitalismo brujo “no deja de inventar los medios de someter a sus propias exigencias aquello a lo cual se enfrenta, y las consecuencias no le incumben: las externaliza (que las paguen otros), o las define como materias potenciales para nuevas operaciones” (Ibíd.: 51). Capturas, agarres, asideros en los que se nos van energías vitales.

### Trabajo Social y salud pública

Es necesario pensar cómo sostener y a qué costo la salud pública desde un Estado que en simultáneo y desde sus diferentes jurisdicciones también promueve movimientos necropolíticos y mundos de muerte, al decir de Mbembe (2011). La prevalencia de estrategias, tanto públicas como privadas, que subyugan la vida de las poblaciones (y por qué no de los seres vivos en general<sup>7</sup>) a la acumulación de capital, tiene consecuencias directas y tangibles en cómo pensamos la salud, la vida, y en lo que la intervención en salud puede producir y reproducir. Es así que el abordaje de la salud en el marco del necrocapitalismo, tiene algo -tal vez mucho- de alternativa infernal.

Me parece fundamental considerar estas complejidades y sus efectos en y de nuestras prácticas cotidianas como trabajadores sociales en salud. Voy a intentar enumerar algunas de las cuestiones que entiendo como signos de impregnación de necropoder y alternativas infernales en nuestro ejercicio cotidiano:

Por un lado, efectos más bien macro, institucionales y de políticas públicas: la jerarquización de abordajes hospitalocéntricos y biomédicos, recrudescido frente a la pandemia y la estrategia diseñada para su abordaje<sup>8</sup>; la desarticulación y fragmentación estatal intersectorial e interjurisdiccional<sup>9</sup>; la inexistencia de políticas públicas fundamentales para lograr accesos integrales a la salud<sup>10</sup> o su tercerización a organizaciones de la sociedad civil sin la asignación necesaria de recursos, en definitiva, la falta de voluntad política de operacionalizar abordajes complejos a la altura de las problemáticas presentadas; la multiplicidad de barreras para el acceso a políticas públicas que componen y complementan un abordaje integral de la salud de las poblaciones<sup>11</sup>; las

7 Ver Donna Haraway, Vinciane Despret, Eduardo Kohn, Baptiste Morizot, entre otros.

8 Ver Rovere (2020) en Conversatorio UNPAZ - “Desafíos en la lucha por el derecho a la salud en Latinoamérica”. Disponible en: [https://youtu.be/\\_l2sNqKA71A](https://youtu.be/_l2sNqKA71A). Consultado en agosto de 2023.

9 En mi opinión intencional y un poco inevitable al tratarse de estados coloniales, patriarcales, capitalistas, etc.

10 Falta de abordajes preventivos y promocionales que puedan aliviar cargas asistenciales y efectivamente contemplar una mirada integral de la salud, falta de recursos para abordajes territoriales y comunitarios, falta de solución a necesidades básicas de asistencia de la población como higiene, alimentación, vivienda.

11 Aumentos en la burocratización, barreras administrativas, culturales, recorte de infraestructuras, de personal disponible, en definición de destinatarios, congelamiento de montos para políticas asistenciales, cambios en mecanismos administrativos para el acceso a medicación, etc.

dificultades institucionales y burocráticas para contemplar situaciones singulares; el aumento en la exigencia de uso de medios digitales para acceso a políticas y trámites; la sostenida desvalorización del trabajo de los profesionales de la salud<sup>12</sup>; y seguro podríamos seguir.

Por otro lado, algunos efectos más micro, pensando en nuestro ejercicio profesional, en nuestro vínculo con otros trabajadores de la salud y en nuestro vínculo (y el de los efectores de salud) con los usuarios: encontrarnos llevando adelante intervenciones que sabemos son paliativas por el alcance de nuestra tarea cotidiana y lo estructural de las problemáticas; falta de claridad en la comunicación institucional, con los trabajadores y con los usuarios; dificultad para articular o pensar situaciones de manera integral con otros profesionales de la salud, incluso con otras instituciones necesarias y pertinentes; rutinización de mecanismos o dinámicas de atención que dificultan la construcción de soluciones creativas, o dinámicas de atención que deshumanizan a los usuarios del sistema de salud; la dificultad de alojar singularidades que se alejan de las “normalidades” esperadas; dificultades para sostener instancias colectivas de organización, supervisión, ateneo, aprendizaje; sobreabordaje o superposición de abordajes en determinadas situaciones (dentro de los mismos efectores de salud o con otras instituciones y organizaciones); sólo para nombrar algunas.

Todas estas escenas traen en ellas algo de captura, en tanto son escenas cotidianas que probablemente cualquier trabajador de la salud pueda identificar en sus recorridos laborales. Y aunque cotidianas, parecieran presentarse como inabarcables, fuera de nuestro alcance, inabordables, cíclicas, o como que todo lo que hemos intentado -incluso histórica y colectivamente- no ha sido lo suficiente para disputarlas. De esta forma, con la prolífica ayuda de secuaces, se nos configuran como alternativas infernales.

Me parece importante que podamos pensar los efectos de esta acumulación de alternativas infernales en nuestras subjetividades, en nuestros vínculos con otros en el quehacer diario, en nuestras posibilidades de pensar y hacer, en el desgaste y agotamiento...

Es necesario prestarle atención a las posibilidades de aprendizaje que se abren en estas situaciones concretas (Stengers y Pignarre, 2018: 85) y recuperar algunas líneas

---

<sup>12</sup> Paritarias cerrando a la baja, suspensión de licencias, situaciones edilicias peligrosas y sin mantenimiento, sobre demanda a los profesionales de la salud.

que vienen siendo sostenidas por muchos en experiencias de organización, de devenires diarios, en la construcción constante de la convivencia con otros.

Si podemos dar cuenta del necrocapitalismo en el que estamos desarrollando nuestras existencias, si podemos entender que corremos peligro de ser capturados ante sus operaciones brujas, de que nuestros universos se vean obnubilados por alternativas infernales, entonces no podemos caer en la tentación de creernos seguros, “en todo caso debemos aprender a protegernos de aquello a lo cual sabemos que somos vulnerables” (Stengers y Pignarre, 2018: 86).

Es momento de que hablemos de conjuros de protección posibles.

### **De ejercicios de protección: conjuros**

Me respaldo en Foucault en caso de que lo desarrollado hasta aquí suene pesimista:

*-Diría que tener conciencia de la dificultad de las condiciones no es necesariamente una muestra de pesimismo. Diría que si veo las dificultades, es justamente en la medida en que soy optimista. O bien, si lo prefiere, porque veo las dificultades -y son enormes-, hace falta mucho optimismo para decir: ¡volvamos a empezar! (Foucault, 2012: 64)*

Desde el devenir cotidiano de un trabajo social crítico contamos con la posibilidad de tejer conjuros, de echar luz a los mecanismos de agarre que atraviesan las tramas de nuestro quehacer cotidiano. Nos encontramos con el desafío de construir “técnicas para fabricar otro mundo común. Porque el sistema brujo sin brujos al que nos enfrentamos no tiene límites para dividir: dividir acá y ahora, pero también dividir el tiempo entre hoy, ayer y mañana” (Vièle, 2018: 224).

Se trata de trabajar para reencantar el mundo, en tanto búsqueda activa de dinámicas diferentes a las capitalistas, lugares que escapen de los objetos de conocimiento, consumo y deseo producidos desde el sistema, todo lo que pueda reconectar “lo que el capitalismo ha separado: nuestra relación con la naturaleza, con las demás personas y con nuestros cuerpos, a fin de permitirnos no sólo escapar de la fuerza gravitatoria del capitalismo, sino recuperar una sensación de integridad en nuestras vidas” (Federici, 2020b: 266).

Hay diferentes formas de nombrar este ejercicio: para Haraway es seguir con el problema, para Stengers y Pignarre es prestar atención, Lyotard hablará de la fidelidad con las intensidades. Tode apunten a la apertura, a que frente a la complejidad de subjetividades y significaciones interactuando en el mundo actual, podamos dejar de buscar lo que es de una vez y por todas, lo estable y sin fisuras, lo que concluye, para poder encontrarnos con aquello que deviene, vibra.

Generar parentescos raros dirá Haraway, convertirnos en sondeadores dirán Stengers y Pignarre. Movimientos que no aplasten ni homogenicen, sino que den cauce a aquello que está sucediendo, que lo potencien entendiendo la oportunidad que reside en cada desvío y en cada encuentro. Se trata de movimientos en lo pequeño, de esos que desde nuestra experiencia profesional conocemos bien, que nos permiten con lucidez captar las sutilezas que aparecen en el entre-nosotros en el que sucede lo que hacemos.

Mi propuesta consiste en ejercitar dos líneas sostenidas en simultánea y constante re-actualización. En una cultivamos nuestra capacidad de registro, de cuestionar los signos rígidos que no dejan que las cosas sucedan y espabilamos los sentidos para poder detectar por dónde -quiénes, por qué- está circulando la potencia que sirve a aquello que apuesta a lo vital. En la otra, intentamos conexiones con quienes compartimos intensidades, abrimos y sostenemos canales para que fluyan todo lo que puedan fluir. Es una posición a tomar y ocupar, sea cual sea nuestro ámbito de inserción.

Necesitamos desarrollar y nutrir formas de protegernos de los mundos de muerte en los que nos encontramos, de develar los agarres que están activados inhabilitando la posibilidad de un “afuera” de eso que parece dado de una vez y por todas. Esto nos demanda plasticidades, aperturas a otros universos de conocimiento, a otras formas de construir saber-haceres, a alianzas que en otros momentos hubiéramos pensado inviables.

No hay una única manera de tejer un principio de contraembrujo. De hecho, éste puede tomar formas de lo más variadas: sosteniendo instancias de organización colectiva, como trabajadores y como seres que habitan este mundo; habilitando diálogos y pensando con compañeres de trabajo y con las personas que acompañamos en sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC); en la apertura a marcos de pensamiento que alojen la multiplicidad de formas de existir y producir mundo

que se alojan en el universo; en la detección de las infinitas trampas de la política pública y la colectivización de estrategias frente a éstas.

Creo también que producir conjuros puede traer un desafío muy particular para el Trabajo Social, por la tradición del quehacer profesional tan ligada a la acción: el no-hacer intencionado, la pausa. La construcción de sistemas de alerta frente a las acciones automatizadas, a la burocracia y sus jaulas atravesando nuestras posibilidades de hacer y pensar por fuera de las mismas. Corremos el riesgo, si no, de perdernos lo que en esa pausa puede alojarse: “la capacidad de seguir y de crear las dimensiones que requiere una situación para escapar del dominio de una alternativa infernal” (Stengers y Pignarre, 2018: 113). La captura bruja que producen los secuaces a través de sus alternativas infernales es justamente que imposibilitan la capacidad de pensar aquello que está aconteciendo.

Necesitamos ser muchos pensando, pensando mucho y diferente, para mantener un medio “activado”, rebelde, capaz de producir conexiones, repartiendo las cargas para que las estrategias sean sostenibles desde nuestras disponibilidades siempre limitadas, poniendo la fuerza en los lugares y tiempos adecuados (Stengers y Pignarre, 2018: 130).

El conjuro adecuado será entonces el posible de ser construido y sostenido desde lo que estamos-siendo, “cada vez que un saber no se concibe para dominar al mundo sino para componer con él, cada vez que se hacen visibles los procedimientos de captura y se protege aquello que ha logrado formular el contraembujo” (Ortiz Maldonado, 2018: 25).

### Bibliografía

- BANERJEE, S. (2008) Necrocapitalism en *Organization Studies* 29(12): pp. 1541–1563. Los Ángeles, Londres, Nueva Delhi y Singapur. SAGE Publications. <https://doi.org/10.1177/0170840607096386>
- BUTLER, J. (2009) *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. 1a ed. 1a reimp. Buenos Aires. Paidós.

- BUTLER, J. (2015) Repensar la vulnerabilidad y la resistencia. Conferencia impartida el 24 de junio de 2015 Asociación Internacional de Filósofas (IAPh), Alcalá de Henares. <https://www.youtube.com/watch?v=hEjQHv0R6rQ>
- DELEUZE, G. y GUATTARI, F. (2002) Mil mesetas (capitalismo y esquizofrenia). Valencia, Pre-textos.
- FEDERICI, S. (2020a) Capitalismo, reproducción y cuarentena. <http://lobosuelto.com/capitalismo-reproduccion-y-cuarentena-silvia-federici/>
- FEDERICI, S. (2020b) Reencantar el mundo: el feminismo y la política de los comunes. Buenos Aires, Tinta Limón.
- FOUCAULT, M. (1996) Undécima lección. En Genealogía del racismo. La Plata, Editorial Altamira.
- FOUCAULT, M. (2012) El poder, una bestia magnífica: Sobre el poder, la prisión y la vida. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores.
- HARAWAY, D. (2019) Seguir con el problema. Generar parentesco en el Chtuluceno. Bilbao, consonni.
- MBEMBE, A. (2011) Necropolítica. España. Editorial Melusina.
- ORTIZ MALDONADO, N. (2018) Embrujos y Contraembrujos. En La Brujería Capitalista, pp. 10-25. Buenos Aires, Hekht Libros.
- STENGERS, I. y PIGNARRE, P. (2018) La Brujería Capitalista. Buenos Aires, Hekht Libros.
- VALENCIA, S. (2012) Capitalismo Gore y Necropolítica en México contemporáneo. Relaciones Internacionales, núm. 19. pp. 83-102. <https://revistas.uam.es/relacionesinternacionales/article/view/5115>
- VALENCIA, S. (2021) Una película de terror: Sayak Valencia, teórica feminista. <https://lavaca.org/ni-una-mas/una-pelicula-de-terror-sayak-valencia-teorica-feminista/>
- VIÈLE, A. (2018) Potencia y generosidad del arte de “prestar atención”. En La Brujería Capitalista, pp. 200-228. Buenos Aires, Hekht Libros.



# 05

## **SALUD LABORAL**

Procesos de organización,  
condiciones de trabajo y de  
formación en salud

## MEMORIAS, HISTORIA, PARTICIPACIONES Y LUCHA POR UN HOSPITAL PARA LA COMUNA 8

### **Autora:**

Sasha Acerbo, Argentina. Licenciada en Trabajo Social, graduada de la Universidad de Buenos Aires. Trabajadora de salud pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. acerbosasha@gmail.com

---

### **Resumen**

Este escrito surge a partir de la inserción profesional en el equipo interdisciplinario de un Centro de Salud y Acción Comunitaria emplazado en la Comuna 8 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Propone reflexiones en torno al proceso de organización protagonizado por vecinxs, usuarixs y trabajadorxs de salud, tras la sanción y el pedido de suspensión del decreto 245/2020 (en el medio de la declarada emergencia sanitaria por la pandemia de COVID 19). Dicho momento se inscribe en el histórico proceso de lucha por un Hospital para la Comuna 8 de la CABA, siendo la única sin hospital público.

Se describen las particularidades del territorio al que se alude, siendo este un espacio de concentración de violencias y desigualdades, expresado en los peores indicadores sociodemográficos. Como así también, se recuperan los distintos acontecimientos que constituyen dicho proceso histórico, profundizando sobre la participación de lxs trabajadorxs de salud en dicho proceso; y enfatizando en los aportes de las trabajadoras sociales.

Este análisis parte de una perspectiva territorial, comunitaria y crítica, con un enfoque de derechos, centrado en el acceso al derecho a la atención integral de la salud de la población y las condiciones de lxs trabajadorxs.

**Palabras claves:** Organización colectiva, política sanitaria, atención primaria de la salud.

## Introducción

Este escrito surge a partir de la inserción profesional en el equipo interdisciplinario de un Centro de Salud de primer nivel de atención, emplazado en la Comuna 8 de la CABA. En cuanto a dicho efector, cabe mencionar que *“históricamente el surgimiento del mismo fue de la mano de la participación y organización comunitaria, a través de vecinos y vecinas preocupados por la salud del barrio que construyeron una posta de salud, que luego el Estado reconoció, legitimó y dotó de personal, pudiendo decir que se logró instalar la problemática en la agenda pública y estatal”* (Larrache, 2019, p.3). Es decir que, desde sus orígenes, se vincula con procesos participativos y reivindicativos. En los distintos relatos sobre su surgimiento se data del involucramiento de la comunidad, del estrecho vínculo con experiencias militantes de profesionales de la salud, curas tercermundistas, partidos políticos de izquierda, entre otros, que impulsaron estos procesos.

Desde sus inicios, el equipo de salud ha sabido acompañar, atender y proponer espacios para la colectivización de las demandas y necesidades de la población usuaria. Esto se expresa en experiencias como la construcción de un dispositivo assembleario que funciona semanalmente en dicho efector público. En estos, el equipo de salud, lxs vecinxs autoconvocadxs y lxs referentes de las organizaciones sociales y comunitarias del barrio, se proponen el trabajo colectivo para el abordaje de los problemas socio-ambientales que afectan a la salud de los vecinxs.

Una de las principales exigencias y luchas de dicho sujeto colectivo, ha sido y es el reclamo por un Hospital. El proceso de organización en torno a ello, data de una historia de más de 37 años de lucha; y se ha profundizado en el contexto de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID 19. La población de la Comuna 8 es (hasta la actualidad) la única de la CABA, que no cuenta con un Hospital, aún cuando se trata de un distrito que tiene una población aproximada de 200.000 habitantes y los peores índices socio-habitacionales y sanitarios de dicha urbe.

A principios de junio de 2020, el Gobierno de la Ciudad decretó que el por entonces Centro Asistencial Grierson, se convertiría en el primer Hospital de Agudos de la Comuna 8. Una deuda histórica con la población que transita y reside en dicho territorio. Sin embargo, dicho centro asistencial (aún hoy sin terminar sus obras), no cuenta con

la infraestructura necesaria ni con el cuerpo de profesionales correspondiente para ser considerado como un efector de tales características.

A fin de visibilizar y profundizar en este conflicto, se propone a lxs lectorxs una breve descripción y caracterización del territorio; atravesado por procesos de concentración de desigualdades, segregación y urbanización.

Luego, se recuperan cronológicamente episodios respecto del proceso de lucha suscitado; en diálogo con las decisiones que se fueron desplegando por parte del Ministerio de Salud de los sucesivos Gobiernos de la CABA, la Defensoría del Pueblo, y la intervención del Poder Judicial en las mismas.

Se destacan las particularidades emergentes en el contexto de la pandemia; resaltando la realización persistente de asambleas de trabajadorxs, vecinxs y organizaciones durante los meses de agosto a noviembre de 2020<sup>1</sup>; y una masiva movilización realizada el 6 de octubre de 2020 bajo la consigna de “suspensión del Decreto 245/202 y finalización de las obras del hospital”. Argumentando que la participación de lxs trabajadorxs en estos espacios territoriales, se vincula con la estrategia de atención primaria de la salud adoptada por parte del equipo de trabajo.

Finalmente, se proponen algunas conclusiones en torno a la relevancia de la participación de lxs trabajadorxs de salud, y de las trabajadoras sociales, en dichos procesos (insertos en el marco de una determinada relación contractual). Reconociendo a estos últimos a partir de su compromiso y participación en el campo de disputa por la ampliación y mejoramiento de las condiciones y calidad de atención y trabajo.

Cabe mencionar que si bien se asume que dicha experiencia no se da sin articulación de otrxs protagonistas fundamentales (dícese vecinxs y referentxs de organizaciones), en este texto se decide indagar en la participación de lxs trabajadores, en relación a la construcción de la política pública sanitaria.

---

1 Ver página oficial de la Asamblea de Trabajadores de CeSAC y Grierson. Disponible en: <https://www.facebook.com/pages/category/Community-Service/Asamblea-Trabajadores-Grierson-y-Cesacs-103795561485706/> Última fecha de consulta: 07/07/2021

2 El Decreto 245/20 establecido por el GCBA, asume como un hospital general a un efector que no cuenta con la instalación de tecnología, el nombramiento de personal profesional y administrativo, el avance en las obras de los quirófanos, ni la dotación de camas, para ser reconocido como tal. A la vez que crea “artificialmente” un Área Programática dependiente del mismo, cuando éste no se encuentra finalizado, sus obras están paralizadas y no cuenta con los recursos materiales ni tampoco humanos necesarios. La Asamblea de Trabajadores del Grierson y los Cesacs fue conformada en respuesta a dicha imposición arbitraria e inconsulta.

Atañe relevar que el proceso sobre el cual se reflexiona posee una relevancia histórica, dado que la totalidad de los hospitales de la CABA fueron construidos a finales del siglo XIX, en otro contexto societal, bajo el paradigma del higienismo.

Para construir dichas reflexiones, se utilizaron datos de fuentes secundarias como documentos públicos y notas periodísticas; y primarias provenientes de registros de asambleas y cuaderno de campo personal. Se recuperan relatos de entrevistas informales realizadas a integrantes del equipo de salud; entre las que se incluyen las trabajadoras sociales.

### **Sobre el territorio y su historia**

El hecho de que en la CABA exista una comuna que históricamente no cuente con un hospital emplazado en su territorio, es expresión y manifestación de las desigualdades sociales, raciales, geográficas, étnicas, etarias, de género, sanitarias, con las que se configura dicha metrópolis. Distribución espacial violentamente desigual respecto de la esperanza de vida, de la prevalencia de enfermedades crónicas e infecciosas, de la inseguridad alimentaria y nutricional, de la higiene ambiental, del acceso al agua y de la disposición de las redes de cuidado, etc. Evidenciando la historicidad y territorialidad como características ineludibles de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado; que constituyen y estructuran nuestras condiciones de trabajo e intervención profesional.

La Comuna 8, ubicada al extremo sur de la ciudad, es una de las 15 unidades administrativas en las que está dividida la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Está integrada por los barrios de Villa Soldati, Villa Lugano y Villa Riachuelo. La histórica falta de un hospital de referencia territorial genera una concreta situación de discriminación en perjuicio de alrededor de 250.000 habitantes residentes, y de toda la población en general que tiene derecho a acceder a la misma.

Según el ASIS (2020) esta Comuna se caracteriza por agrupar indicadores complejos respecto de la situación socio-económica de sus habitantes, y su respectivo correlato urbano. Por ejemplificar: posee el nivel más alto de informalidad laboral (más de 27 mil personas) en comparación con otras. El promedio del ingreso per cápita más bajo de la CABA. Asimismo, la mayor tasa de desocupación femenina de la CABA (11,1%). Altas tasas de mortalidad infantil (10,9/1000). La menor esperanza de vida de la CABA, casi 7 años menor al promedio de la ciudad. Un alto índice de vulnerabilidad educativa en el sector estatal de nivel primario.

Para completar el diagnóstico del territorio: se estima que 2 de cada 5 personas de entre 3 y 17 años de la Comuna 8, residen en villas o asentamientos precarios, valor que casi triplica al observado para el conjunto de la Ciudad. En cuanto al porcentaje de hogares con régimen de tenencia de la vivienda precario, es mayor al doble de la Ciudad, lo que retrata a una de las comunas con mayores vulnerabilidades habitacionales. Cabe señalar que en el territorio aludido, la envergadura del déficit habitacional coexiste con el Programa Integral de Reurbanización (PIRU) a cargo del Instituto de Vivienda de la Ciudad (IVC), dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del GCBA, iniciado desde el año 2016. Dicho proceso estructura la vida cotidiana del barrio<sup>3</sup>. A las precarias condiciones habitacionales y de vida en general que sufren lxs vecinxs, se suma como factor preponderante la contaminación ambiental. Se puede mencionar la histórica existencia de un cementerio de autos (ya erradicado); la cercanía con el Riachuelo; la preponderancia de basurales a cielo abierto y la quema de basura, etc.

En pos de la erradicación de dicho cementerio de autos de más de 30 años, se ha desarrollado un interesante proceso colectivo, de articulación entre vecinxs, organizaciones y CeSAC. Allá por el 2009, ante la falta de respuestas efectivas por parte del GCBA, dichos actores han trabajado relevando y construyendo un informe, en el que se denunciaban las condiciones sanitarias y ambientales. Producción que fue presentada ante la Legislatura Porteña, en articulación con la Defensoría del Pueblo, a fin de poner en conocimiento de la gravedad creciente de los problemas que acechaban y de las acciones realizadas al respecto, exigiendo el cumplimiento de la Ley 1770 de Urbanización Villa 20 y la Ley 2724 de Declaración Emergencia Sanitaria y Ambiental.

En el marco de este recorrido, se logró un fallo judicial que ordenaba la responsabilidad del GCBA respecto de la clausura del cementerio de autos, su desratización y compactación. No sin dificultades e impedimentos varios, en el mismo 2009, se realiza el acto de clausura.

Ante la inexistencia de un plan de trabajo para el tratamiento socioambiental, lxs vecinxs, organizaciones y trabajadorxs de la salud, continuaron en el camino de la organización. Ese mismo año, ante la amenaza del dengue (que revelaba las malas condiciones de vivienda, ambientales y sanitarias), se han realizado tres masivas mo-

<sup>3</sup> Como plantea Roitman (2019), las violencias se ven plasmadas no sólo en las condiciones de precariedad de las viviendas y el barrio, sino también en la existencia de sucesivas leyes para su urbanización, que fueron incumplidas (Ley 1770 de 2005, Ley 2054 de 2006, Ley 5705 de 2016). Actualmente, las demoras en las obras de urbanización significan la persistencia de fenómenos como la inundación de cuadras enteras con sus respectivas viviendas frentistas, falta de acceso a servicios básicos, entre otras.

vilizaciones y cortes de calle; en las que se exigía una vez más: tratamiento del cementerio de autos (causante de dengue, contaminación por plomo, acumulación de basura, proliferación de plagas y roedores, entre otras cosas); fumigaciones efectivas; provisión de insumos; cumplimiento de la Ley 1769 que establecía la creación de un hospital en Villa Lugano, entre otros.

En adelante, se destaca la participación activa de lxs trabajadorxs de salud (materializada en la creación de un espacio colectivo institucionalizado en uno de los CeSAC insertos en el territorio), desde donde se ha ido acompañando y propiciando las acciones mencionadas. En este sentido, el CeSAC se asume como una autoridad competente respecto de la articulación de las demandas colectivas y exigencia de respuestas públicas a la situación. En este sentido, por ejemplo, en algún momento la Agencia de Protección Ambiental (APRA) del GCBA, ha convocado a referentes del CeSAC a una audiencia pública en la que se propone analizar el proyecto del “polo farmacéutico” en clave del impacto ambiental y sanitario.

Otro de los hechos significativos respecto de la historia de lucha y organización que caracteriza a dicho territorio, refiere a la mediática “toma del Parque Indoamericano”, sucedida en el año 2010 y protagonizada por muchxs vecinx<sup>4</sup>. Este episodio (expresión del incumplimiento de las políticas de urbanización y de la atención de las necesidades y derechos de lxs habitantes del territorio) fue acompañado activamente por lxs trabajadorxs de salud, proponiendo una superación a la visión delictiva que se instalaba en los medios de comunicación hegemónicos. Por el contrario, se cuestionaba el déficit habitacional y las condiciones ambientales perpetradas en la vida cotidiana de lxs vecinx, en detrimento de su salud.

De algún modo, lo que aquí se demuestra es la importancia de los equipos de salud en la construcción de una estrategia de disputa respecto de la estructuración de la percepción de la salud y, en consecuencia, en la lucha por la estructuración de dicho campo. Desde nuestro punto de vista, como establece la Ley Básica de Salud (1999), *“la garantía de la salud”* se sustenta en la concepción integral de la misma, *“vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente”*.

---

<sup>4</sup> La cual ante la represión, dejó el saldo de tres fallecidos y fuertes declaraciones xenofóbicas y racistas por parte de las autoridades del GCBA que han hecho eco en amplios sectores de la sociedad.

Desde el paradigma de la salud colectiva, en tanto campo científico y movimiento ideológico opuesto a la definición biologicista a la que el modelo médico hegemónico nos tiene acostumbradxs, se enfatiza en la importancia de pensar y actuar, en dicho campo, a partir de los determinantes sociales de la salud. Siendo menester indagar y reconocer cómo influyen las condiciones sociales y económicas en la salud y la vida cotidiana de las personas; e involucrando los riesgos asociados a las condiciones de hábitat, de trabajo, de alimentación, de educación, etc (Breilh, 2013). Dichos determinantes se oponen a la noción de factores individuales y aluden al diferenciado capital económico, social, simbólico, cultural, geográfico, etc, el cual porta cada persona para “decidir” relativamente sobre las condiciones en las que transcurre su vida cotidiana y comunitaria y afrontar las contradicciones del sistema.

En este sentido, la atención primaria de la salud (APS) se comprende como una estrategia política y territorial que integra de manera particular la asistencia, la prevención, la promoción y la rehabilitación de las personas y los conjuntos sociales (Tejada, 2013). Desde esta lógica, involucra la conformación de una red de transferencias y contra-transferencias en pos de la consolidación, ampliación y mejoramiento de los circuitos de atención, que se consolida como una red de cuidados. Con lo cual, hablar de APS es hablar de un proceso social participativo y político que, tal como define Testa (1996), requiere de ser situado<sup>5</sup>. Hablar de APS en Comuna 8 con las características mencionadas, implica asumir el doble peligro al que se expone la población local, la cual en estas condiciones presenta más chances de enfermar y menos chances de ser atendida.

Reconocer la particularidad política, histórica y territorial de nuestros procesos de trabajo (inscritos en determinadas instituciones y contextos), se torna una estrategia profesional necesaria para superar la pseudo inmediatez con la que se presentan las demandas de ampliación del derecho a la salud. Y la enajenación a la cual la división social del trabajo nos tiene acostumbradxs, donde pareciera ser que unxs (funcionarixs) piensan y diseñan las políticas; y otrxs (trabajadorxs) operan e implementan, como si fueran procesos seculares y abstractos (Acerbo y Larrache, 2020).

---

<sup>5</sup> El autor plantea que es necesario considerar y contextualizar, dado que no será lo mismo la APS en Brasil, México u otras localidades. Cada uno de ellos debe adaptar dicha estrategia a sus propias circunstancias. Por esto mismo la APS puede tener un significado concreto el que le otorga su inserción en el sistema de salud, o puede tener un significado abstracto (en correspondencia con la definición ideológica y universal impuesta por la OMS).



### **La organización y lucha por un Hospital**

La Comuna 8 cuenta con ocho centros de primer nivel de atención (CeSAC), dependientes de dos hospitales que se ubican por fuera de esta comuna (aludimos al Htal. Gral de Agudos Santojanni, inserto en comuna 9, y al Htal. Gral de Agudos Piñero en comuna 7). Como ya se introdujo, uno de los déficits de infraestructura más grave de la zona es la inexistencia de un hospital público a escala de la demanda local. Su construcción es una promesa postergada, desde que se iniciaron las obras del inconcluso edificio de la ex Liga Argentina contra la Tuberculosis (conocido como “elefante blanco”). A la fecha no cuenta con un hospital, más allá de que desde agosto de 2020 se haya nombrado por Decreto 245 al Centro Asistencial Cecilia Grierson, como tal.

El carácter problemático de esta condición se vislumbra al conocer que, según el ASIS (2020), el 64% de la población que reside en dicho territorio atiende su salud en hospitales públicos; el 14% en Centros de Salud públicos; y sólo un 22% cuenta con cobertura de obra social o prepaga.

Un registro elaborado por la Asamblea de Trabajadorxs de CeSACs y Grierson, nos invita a recuperar algunos hitos relevantes respecto de la lucha por un Hospital para la Comuna:

- 1987: La Ordenanza N° 41795, transformada en Ley a partir de constituirse la nueva Legislatura, dispuso la construcción del Hospital General de Agudos, con 250 camas de internación. La ordenanza no se cumplió.
- 1996: 11000 vecinxs firmaron un petitorio para la construcción del hospital; en plena campaña electoral lo firmaron funcionarixs que cuando fueron gobierno no cumplieron.
- 2002: fue durante el ascenso del protagonismo popular posterior a diciembre de 2001 cuando esta lucha volvió a cobrar fuerza. En ese marco, lxs vecinxs fundaron el Movimiento por un Hospital; y presentaron las más de 13.000 firmas ante el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad solicitando una Audiencia de Requisitoria Ciudadana, a efectos de que los funcionarixs del GCBA los escuchen.
- 2003: lxs vecinxs lograron la primera Audiencia Pública de Requisitoria Ciudadana. A pesar de la masividad de la participación de lxs vecinxs, la contundencia de los argumentos y la cantidad de acciones que se realizaron desde del “Movimiento por el Hospital”, el GCBA decidió no construir el hospital, argumentando que la Ciudad ya tenía suficientes hospitales.

Ante esta situación, lxs integrantes del Movimiento por el Hospital acompañados por vecinxs, organizaciones sociales, 8 legisladorxs de la Ciudad, y con la asistencia jurídica de la Defensoría del Pueblo, interpusieron una acción de amparo, solicitando se ordene al GCBA cumplir con la Ordenanza y se construya el Hospital.

En septiembre de 2003, el Movimiento por un Hospital entregó en mano una carta con el reclamo al Presidente Néstor Kirchner.

- 2004: La Defensoría del Pueblo de la Ciudad, mediante Resolución N° 5543 se manifestó a favor del cumplimiento de la Ordenanza N° 41795, al igual que la Legislatura.
- 2005: la Jueza Liberatori hizo lugar al amparo y ordena al GCBA la construcción del Hospital General de Agudos. Producto de su organización, lxs vecinos, organizaciones y usuarixs lograron la sanción de la Ley 1769, que determinaba el plazo y el lugar de construcción del Hospital (sobre Avda. Cruz en un terreno del Parque de la Ciudad).

Durante el desarrollo de esta lucha se logró una victoria inédita: unificar a lxs vecinxs de toda la Comuna 8 en la Coordinadora Multisectorial Sudoeste (CMS). La CMS unificó los reclamos por la construcción del Hospital de Lugano, la urbanización de la Villa 20 y la protección del Parque de las Victorias. La misma no estuvo exenta de represión a sus miembrxs, aplicándose sobre varixs protagonistas el Código Contravencional y atentados criminales.

- 2007: Con el Jefe de Gobierno Telerman y el entonces Ministro De Micheli, se aprobaron los planos del futuro Hospital de 250 camas. Se inicia la construcción en tres módulos que debieron finalizar antes de diciembre de 2007, mas no fue así.
- 2008: comienzan lentamente las obras de construcción del hospital, y después de varios meses se interrumpen. Macri hizo campaña para el hospital de 250 camas, con una cifra de 30 millones de pesos la que nunca estuvo incluida en el presupuesto del 2008.
- 2009: luego de movilizaciones y cortes, se logró que se retomen las obras del hospital que estaban interrumpidas. En ese año, Macri inauguró el "Centro Integral de Salud Cecilia Grierson" (el cual se suponía que era el primer módulo del hospital). Todavía sin asignar presupuesto para su funcionamiento, estuvo varios meses sin medicamentos, sin teléfono, sin sala de rayos, etc. Por entonces, funcionaba sin guardia ni ambulancia.

- 2010: El Ministro de Salud de GCBA Lemus, en la interpelación en la Comisión de Salud de la Legislatura, se refirió a la construcción del hospital como “una obra clave de su gestión”. Lo cual no se materializó.

Este mismo año, la jueza Liberatori citó a todas las partes (funcionarixs del GCBA Legisladores de la Ciudad; Corporación Bs.As. Sur y vecinxs) en el “Centro de Salud”. Luego de una recorrida por el lugar la jueza determinó que “eso” no era un hospital y les dio un plazo de 10 días para presentar proyectos sobre la continuidad de las obras. Transcurrido dicho plazo, y sin respuestas por parte del GCBA, la jueza multa al Ministro de Salud y al Jefe de Gobierno por el no cumplimiento.

Posteriormente, el GCBA firma el Decreto 849/2010, en respuesta a la exigencia de la Jueza, disponiendo que se construya un “*Centro de Alta Resolución*” en lugar de un hospital.

- 2013: Como resultado de la resistencia al Centro de Alta Resolución, se logró un acuerdo judicial por medio del cual se ordena la construcción de un Hospital General de Agudos de 100 camas de internación.

Desde el año 2013 a través de numerosas acciones de protesta y judiciales, se obligó al GCBA a presentar la planificación del futuro Hospital; y a cuentagotas arrancarle la construcción de las etapas restantes. Así se logró la construcción de los módulos 1 y 2 de la etapa 2, restando todavía el módulo 3 y toda la etapa 3.

Para comprender los discursos y acciones del Estado, debemos entender que el mismo no es un instrumento monolítico sino una relación social que condensa relaciones de fuerza. En este sentido, cada momento histórico ha expresado un movimiento en las correlaciones de fuerza; denotando la importancia de la articulación de vecinxs, usarix, organizaciones y trabajadorxs.

El Grierson aún hoy no presenta condiciones para ser asumido como un hospital general. Su construcción no está terminada: no tiene completos los servicios de internación, no dispone de la estructura edilicia, tecnológica ni de la dotación de personal adecuado. El servicio que brinda es deficiente, poniendo a lxs profesionales y trabajadorxs del lugar en una situación de déficit frente a la demanda que reciben. Y sobrecargando a los efectores de primer nivel aledaños. Vislumbrando la ineludible simultaneidad de nuestros procesos de intervención, de los procesos de trabajo, y de los procesos de ciudadanía de la sociedad, en la que estamos incluidxs.

### Concluyendo: sobre la participación de lxs trabajadorxs de salud

El reclamo por el Hospital se trata de una historia de casi cuatro décadas de lucha colectiva. El mismo debió estar terminado y en pleno funcionamiento mucho antes de la pandemia del COVID 19. Dicha falencia ocasionó graves perjuicios a la salud de la población, privándola de derechos y recursos necesarios para enfrentar esta terrible situación sanitaria e incluso las condiciones sanitarias previas. Al mismo tiempo, implicaba el empeoramiento de las condiciones de trabajo de los equipos de salud.

Si bien la lucha no es una regla en la vida cotidiana, al indagar sobre dicho proceso de organización se evidencia la relevancia y compromiso por parte de lxs trabajadorxs, fundamentalmente de los centros de salud del territorio. En este sentido, a partir del Decreto 245/20, se han sucedido asambleas de trabajadorxs sistemáticas. Oliva (2007) resalta la importancia de dichas participaciones en las que se coordina la lucha por la ampliación y mejoramiento de las prestaciones (acceso a los bienes y servicios que garanticen derechos adquiridos); con la lucha por las condiciones laborales, desde una posición reivindicativa de los intereses de la clase trabajadora. Esto se interpreta en el marco de *“estrategias político profesionales que amplíen bases de apoyo en el interior del espacio ocupacional y sumen fuerzas con segmentos organizados de la sociedad civil, que se mueven por los mismos principios éticos y políticos”* (Iamamoto, 2007: p. 424). Por supuesto que esto implica decisiones y compromisos éticos, en la medida que conlleva la necesidad de posicionarse y responsabilizarse ante el significado y las implicancias del ejercicio profesional en el campo de la salud. Conlleva una actitud reflexiva sobre nuestro quehacer, y esto incluye preguntas por las dimensiones institucionales, éticas, políticas, teóricas, metodológicas e instrumentales que constituyen los alcances y límites de nuestro ejercicio profesional. Este último, se inscribe en determinada división social del trabajo (capitalista, colonial y patriarcal) y en un modelo de acumulación particular (denominado por varios autores como neoliberalismo extractivista). Todo ello define los procesos estatales y las políticas sanitarias que integramos en condición de trabajadorxs y de ciudadanxs.

Concebir nuestro ejercicio profesional en estos términos (y sustentado en los aportes del campo de la salud colectiva, la epidemiología crítica, el enfoque de derechos, justicia social y ecológica y la perspectiva de géneros) implica aceptar que existe una politicidad y un nexo evidente con los intereses de un determinado sector social: los grupos oprimidos. En otras palabras, implica nuestro compromiso ético político con la construcción de una sociedad más justa. Centrándonos en la atención primaria de la

salud (APS), esto se vincula con el pretendido compromiso de reducir las inequidades en salud y ampliar las posibilidades y exigencias, a partir de la participación comunitaria. Se hace evidente cómo el enfoque de derechos humanos rige nuestra intervención; como así también la perspectiva de transformación social que configura nuestras incumbencias profesionales.

Battistessa y Matusevicius (2013) enfatizan en la posibilidad de la transformación social a través de la articulación de estas estrategias, que operan entre lo micro y lo macro político, y que de algún modo sienten las bases de un orden social alternativo al actualmente vigente.

De este modo, las participaciones de las lxs trabajadorxs de salud en estos procesos de lucha, remiten a una estrategia de APS en la que se coordinan las diferentes miradas, perspectivas, disciplinas, saberes, conocimientos y esfuerzos para avanzar en una construcción democrática de la salud y la atención, centrada en la participación comunitaria. De allí la indispensabilidad de pensar y desplegar el ejercicio profesional en el marco de un equipo, en red, y en entramados territoriales. Oliva (2007) argumenta que el desarrollo de estrategias de intervención no está determinada únicamente por el posicionamiento del profesional, ni por la dirección política de la institución. Los efectos objetivos de las estrategias de intervención profesional no dependen sólo de la opción política y voluntad del profesional, sino de las relaciones de fuerzas sociales presentes en los procesos de intervención y trabajo (Oliva, 2007).

En este entramado interinstitucional, intersectorial y territorial, se hace visible la tensión existente entre lo político partidario y lo técnico profesional. No obstante, cabe reforzar siguiendo a Pantanali (2015) que *“existen ciertos márgenes de maniobra y libertad para configurar nuestros modos de actuación, es decir, una autonomía profesional relativa, fundada en nuestra calificación profesional, la reglamentación jurídica de nuestra actividad (Código de Ética y Ley de Ejercicio Profesional), las organizaciones de defensa de los intereses profesionales y laborales (Consejo y Sindicatos)”*. (Pantanali, 2015: 6)

Poder escribir sobre nuestra práctica profesional es una posibilidad de nuestra incompletud. Escribir, pensar y decir desde y para. Poder concluir, sabiéndonos inconclusxs, nos coloca en otro renglón, en otra página, ya no en un cristalizado, sino en la continuidad del estar siendo. La reflexión no comienza ni acaba en nosotrxs. Nuestra incompletitud nos lanza a la apuesta del seguir haciendo y pensando. Las memorias, las

participaciones, el trabajo y las luchas se realizan en tres tiempos: lo que ya se hizo, lo que se está haciendo y lo que anhelamos que suceda para lo cual nuestro presente está muy presente.

La rotación de la residencia, y las transmisiones que en ese marco acontecen, se presentan como un diálogo inter e intra generacional. Lo generacional no sólo como una cuestión etaria o biológica; sino también como un modo de estar en el mundo y aprender con otrxs. Un modo de compartir mundos. De lo que se trata es de reanudar, volver a reanudar nuestras conversaciones. Ese fue el intento de este artículo, en el cual se pretenden recuperar las voces de distintos momentos que forman parte de un mismo proceso.

Elegir mi espacio de práctica, nuestros espacios, como campo de reflexión permite admitir nuestra acción productiva como un acto colectivo y como un lugar de nuevas posibilidades de hacer salud. De la experiencia relatada, y particularmente de los acontecimientos que configuran la APS, se destaca el valor de los procesos de organización, participación, formación, producción y convalidación de conocimientos, en pos del fortalecimiento y ampliación de los derechos. Y la construcción de redes interinstitucionales, comunitarias, intersectoriales como único modo posible de abordar la complejidad de los territorios, en contextos de precarización de las prestaciones, recursos y financiamiento.

Ante ello, se sostiene la necesidad de situar, particularizar y politizar los procesos de intervención y de trabajo. La participación del Trabajo Social en el marco de los equipos de salud, en estos procesos territoriales, se constituye como un ejercicio de ensanchamiento de la autonomía relativa profesional y de democratización de los poderes en relación a lxs involucradxs. Ambos no serían posibles sin la articulación con otrxs.

La escritura de este trabajo conlleva la resignificación del momento histórico como crisis y como oportunidad, para la reflexión en torno a la propia acción y la construcción de nuevos conocimientos junto a la participación de otrxs. Apostando a un posicionamiento ético político crítico, fundamentado en la convicción, teórica y práctica, de la capacidad de lxs sujetxs para construir la historia. Está claro que al interior de esta tendencia se involucran *pluriversos* de proposición y propuestas, de la que cada profesional y trabajadorx es portadorx.

### Bibliografía

- Acerbo, S. Larrache, C. (2020). *Gestión local de la pandemia de COVID 19: Aportes desde el Trabajo Social*. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 10 - Nro. 20.
- Análisis de situación de salud de la Ciudad de Buenos Aires. (2020). Disponible en [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis\\_caba\\_2020.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis_caba_2020.pdf)
- Battistessa, O. Matusevicius, J. (2011). *Del padecimiento individual a la participación y organización vecinal en torno al derecho a la vivienda. Una experiencia desde el sector salud*. IV Encuentro Internacional, Políticas Públicas y Trabajo Social. Aportes para la construcción de lo público. Buenos Aires.
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública.
- IVC. (2016). CENSO Villa 20 2016.
- Larrache, C. (2019). *Reflexiones en torno a las estrategias de trabajo comunitario en el CeSAC N° 18 en Villa 20, Lugano*. Atención Primaria de la Salud y Participación Social. Trabajo Final de la Residencia de Trabajo Social del Hospital Gral. de Agudos P. Piñero
- Iamamoto, M. (2007). *Servicio social en tiempo de. capital fetiche. Capital financiero, cuestiones laborales y sociales*. Cortez Editora. São Paulo. p 424.
- Oliva, A. (2007). *Trabajo Social y Lucha de clases*. Ed. Imago Mundi. Buenos Aires.
- Pantanali, S. (2015). *Estrategias profesionales: vías de construcción del proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina*. Proceso de Intervención en Trabajo Social. Aportes a la formación y ejercicio profesional desde una perspectiva crítica. Dynamis. La Plata.
- Sousa Santos, C. (2003). *A dimensão técnico operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. Cortez Editora. São Paulo.
- Tejada, D. (2013). *Lo que es la Atención Primaria de la Salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata*. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. Pp 283-287.
- Testa, M. (1996). *¿Atención primaria o primitiva de la salud?* Revista Pensar en Salud, Buenos Aires.
- Roitman, A. (2019). *Derecho a la ciudad, extractivismo urbano, violencias y resistencias. La Villa Olímpica y la Villa 20 en la comuna 8 de Buenos Aires*. XIII International Conference on Virtual City and Territory: "Challenges and paradigms of the contemporary city".

## Anexo

### Por un Hospital de calidad para la Comuna N° 8

Los/as trabajadores/as del Centro Asistencial Grierson, CeSAC N°18, CeSAC N°43 y el CeSAC N°3 nos autoconvocamos en Asamblea a partir del **Decreto 245/20 y del Decreto 303/20** que hacen referencia a la constitución del Centro Asistencial Cecilia Grierson como Hospital General de Agudos de la Comuna N° 8 y a la creación de una nueva área programática, integrada por los centros de salud mencionados. A partir del mismo los centros de salud mencionados dejaríamos de depender del Hospital Piñero y Santojanni, para depender del Grierson.

**Estas decisiones se tomaron en forma inconsulta, sin participación y sin aviso a la comunidad ni a los equipos de salud**, que somos quienes conocemos y trabajamos en el territorio. Entendemos que el Decreto se dio en el marco de dar una respuesta meramente formal a las demandas de las organizaciones sociales que vienen demandando tener un hospital en la Comuna 8, sin representar hasta el momento una solución efectiva a las necesidades de salud de la población.

Pero la falta de voluntad política de cumplir con esa demanda, queda patente en la situación actual del efector de salud Cecilia Grierson. Este traspaso se produce cuando **aún no dispone de estructura edilicia ni recurso humano como hospital** que le permita la atención y asistencia integral de la salud de la población de la Comuna N°8:

- Cuenta sólo con 16 camas de internación, destinadas principalmente para pacientes con COVID 19 .
- Tiene una Terapia Intensiva sostenida por equipos de Guardia que cambian día a día, porque se abrió de manera improvisada, sin la creación de estructuras y de un equipo de trabajo de planta permanente.
- Actualmente la institución se encuentra trabajando fundamentalmente en la atención de la pandemia. Las consultas que no refieren a una sospecha de COVID sólo se atienden en el dispositivo de Guardia de Urgencias, sin posibilidad de seguimiento.
- No cuenta con cocina donde preparar las comidas para los/as pacientes, debiendo depender esto del Hospital Santojanni.
- No cuenta con Servicios creados, con sus respectivos equipos de trabajo, que son el pilar fundamental de la atención hospitalaria de calidad.
- Recientemente se incorporaron cirujanos, kinesiólogos, cardiólogos e intensivistas, en el marco de la pandemia, mediante contratación transitoria. Al no haber servicios, se incorporaron a la Guardia de Urgencias y cubren asistencia en Unidad de Terapia Intensiva, Internación y Guardia, según se les demande. Esta lógica de trabajo atenta contra la calidad e integralidad de la atención.
- Recientemente fue creada, **por decreto**, la estructura de los departamentos del Grierson y la designación de *los profesionales que los dirigirán* no ha sido a través de la modalidad de concursos tal como lo establece la



Carrera Profesional. Tampoco implica la creación de los Servicios que se requiere.

- Desde la Dirección del Centro Asistencial Grierson se tomaron decisiones en relación a los procesos de trabajo y de atención sin consultar con los centros de salud, a quienes les recarga demanda asistencial y de recursos (farmacia y leche, por ejemplo).
- Como ejemplos de la insuficiente dotación con que cuenta para atender consultas externas, podemos mencionar que tiene sólo 1 fonoaudióloga, 2 trabajadoras sociales, 2 psiquiatras, 3 psicólogas, 3 ecografistas, para absorber la demanda de una población que se estima en 250.000 habitantes. Y que ediliciamente se encuentra en la segunda, de las tres etapas de construcción planificadas, por lo cual no cuenta con la cantidad de salas, quirófanos ni consultorios necesarios para cubrir ese volumen poblacional. Se desconoce si se planificará por ejemplo una sala de parto y una sala de maternidad para esta comuna que tiene una de las poblaciones más jóvenes de CABA. Tampoco se sabe si se contará con sala de internación de salud mental.

Asimismo, dentro de las dotaciones de los centros de salud aledaños y que estos decretos nombran como futura área programática del Grierson, se encuentran vacantes y también profesiones con faltantes de personal, así como muchos contratos de los/as trabajadores/as.

El CeSAC N°43 presenta al momento y desde antes de la pandemia, 11 trabajadores con contratación precaria, bajo la figura de monotributo. Por otro lado, su dotación resulta insuficiente, con profesiones que no se encuentran dentro de la nómina que sería necesaria para atender los problemas de salud en forma integral (psicopedagogía, psicomotricidad, ginecología) y varias especialidades que se encuentran representadas por sólo un trabajador o que no cuentan con la cantidad suficiente de trabajadores para prestar el servicio que demanda la población: Nutrición, Obstetricia, Psicología, Psiquiatría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Enfermería, Medicina General y Trabajo Social, todas las cuales necesitan ser fortalecidas.

En cuanto al CeSAC N° 18, si bien el equipo ha logrado su ampliación progresiva de profesionales producto de la lucha histórica, subsiste la insuficiencia para dar respuesta a la demanda de la población, especialmente en los servicios de: psiquiatría (con perfil en atención de niños y adolescentes), psicopedagogía y fonoaudiología. Se cuenta con escasa cantidad de personal administrativo y sin estructura organizativa formal. Actualmente se presenta como una deuda la resolución de la cuestión edilicia, como condicionante para la atención de la población y las condiciones adecuadas de trabajo. De este modo resulta fundamental que se ejecute la licitación que concrete la construcción del nuevo edificio.

El CeSAC N°3 no posee la cantidad suficiente de profesionales de psicología y no cuenta con las disciplinas de psicopedagogía, fonoaudiología, psiquiatría y farmacia para cubrir la demanda de la población. La dotación de enfermería fue cubierta a través de la contratación de compañeras de manera temporal, necesitamos que las mismas cuenten

con condiciones laborales adecuadas y respetando todos sus derechos laborales, al igual que quienes se encuentran incluidos a través de convenios con universidades.

A su vez, como trabajadores y trabajadoras consideramos que el surgimiento de los decretos se da en un contexto inoportuno, no solo porque no se han finalizado las obras del Grierson y las mismas se encuentran suspendidas, sino que además se produce en el medio de la **emergencia sanitaria en el marco de la pandemia** en donde los y las trabajadores nos encontramos abocados/as a tareas vinculadas a la misma, con reorganización de los equipos de trabajo para poder cuidarnos, generando una sobrecarga y preocupación sobre nuestras condiciones laborales y de trabajo que impacta en la labor cotidiana.

Por estos motivos, **Reivindicamos el reclamo histórico y legítimo de la población de la Comuna N°8** desde hace más de 30 años, **respecto a la necesidad de contar con un hospital** y consideramos que lo decretado no supone una solución real, sino muy por el contrario, en las actuales condiciones **perjudicaría** la calidad de la atención en salud. Concretamente esto se puso de manifiesto el pasado viernes 11 de Septiembre en el CeSAC 43, cuando una niña presentó un cuadro severo de salud. El SAME tenía indicación de trasladarla al Grierson, pero al no contar el mismo con la capacidad adecuada para atender esta urgencia, debió arbitrarse el traslado a otro efector de salud que pudiera intervenirla quirúrgicamente. En este sentido, se visualiza el impacto real que genera el hecho de **inaugurar un "hospital" que no es un hospital** y que trae graves consecuencias para la vida y la salud de la población, al tomarlo sólo como una cuestión administrativa y vacía de acciones reales de planificación operativa.

Por tales motivos, consideramos que dichos decretos se impusieron de manera arbitraria y como expresión unánime de la Asamblea **exigimos a las autoridades:**

1. **Suspensión del decreto de creación del área programática** del efector de salud "Cecilia Grierson" hasta tanto estén garantizadas las condiciones del mismo como "hospital".
2. Convocatoria urgente a una **mesa de trabajo única, con la participación activa y real de las organizaciones sociales y de lxs trabajadores/as**, para la organización y construcción colectiva del proceso. Que la misma disponga de un encuadre formal y con actas por escrito donde se registren los pedidos, los temas pendientes a definir, los acuerdos y consensos.
3. **Cobertura de los nuevos cargos a través de concursos transparentes**, como establece la Carrera Profesional de Salud.
4. **Incremento de dotación de los CESACs** de acuerdo a las necesidades sociodemográficas y epidemiológicas de la población.
5. **Pase a planta permanente** de los/as trabajadores/as que vienen desempeñándose bajo figuras contractuales precarias.
6. **Continuidad de la Posta de Guardia ubicada en Lugano I y II, y su fortalecimiento en recursos humanos y materiales**, como respuesta a uno de los pedidos históricos de los/as vecinos/as.

Los/as trabajadores/as de la salud estamos comprometidos/as con garantizar el derecho a la salud y **exigimos que se consideren las necesidades de la población de la Comuna N°8**, y para las cuales se abra un proceso de respuestas reales y efectivas a los

requerimientos sanitarios de la comunidad, y se arbitren las acciones necesarias para que el Grierson cuente con los servicios, profesionales y estructuras adecuadas, para constituirse como hospital, así como también se garanticen estos aspectos en los centros de salud implicados. **La comunidad requiere de soluciones estructurales para garantizar su acceso a la atención de su salud integral.**

#### **Asamblea de Trabajadorxs del Grierson, CESAC 3, CESAC 18 y CESAC 43**

**Contacto de prensa:** [asambleagriersonycesacs@gmail.com](mailto:asambleagriersonycesacs@gmail.com)

**IG:** asambleagriersonycesacs

**FB:** Asamblea Trabajadores Grierson y Cesacs

## TRABAJO SOCIAL Y SU APOORTE A LA CONSTRUCCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL DE QUEMADOS

### Autoras:

Lic. Mayra Coatz - maycoatz94@gmail.com

Lic. Yanina Rienzi - yaninarienzi@gmail.com

Trabajadoras Sociales del Servicio Social del Hospital de Quemados CABA

---

### Objetivo:

Reflexionar acerca de los desafíos del trabajo social en la construcción de los equipos de salud, en la atención de personas que transitaron una internación por episodio de quemaduras, durante el periodo comprendido entre agosto de 2022 y agosto de 2023.

### Introducción

Esta presentación pretende compartir algunas reflexiones surgidas a partir de nuestro primer año como trabajadoras sociales del servicio social del Hospital de Quemados de CABA, período comprendido entre agosto de 2022 y agosto de 2023. Nos interesa (re)pensar el lugar del trabajo social como parte del equipo de salud de esta institución monovalente que, como una de sus particularidades, recibe a personas de todo el país que se encuentran atravesando un episodio de quemaduras. Estas reflexiones serán mayormente orientadas entorno al rol del trabajo social como integrante del equipo de salud y a los aportes que nuestra profesión realiza, en el marco de un tratamiento prolongado. Dicho tratamiento tiene como epicentro a las internaciones, que son el punto de quiebre en la vida cotidiana de las personas y sus referentes socioafectivos y familiares. Así como también configura un escenario futuro en el cual será necesario trabajar el impacto de las secuelas y la nueva organización de la vida cotidiana.

## Desarrollo

El Hospital de Quemados es una institución monovalente perteneciente al sistema de salud público de CABA. Está especializado en episodios de quemaduras y cirugías plásticas. Es de referencia nacional, ya que es el único hospital en el país que se especializa en esta temática de salud. Este es uno de los motivos por el cual la población que asiste pertenece a todos los rangos etarios y resulta de muy diversos contextos socioculturales. Los ingresos se producen por el sector de emergencias que funciona las 24 horas, los 365 días del año. Esto puede ser mediante derivaciones de otros efectores de salud públicos y privados del país o bien de manera espontánea, llegando las personas por sus propios medios, a partir de una indicación de equipos de salud de otra institución. Esto último es porque en la mayoría de los hospitales a donde llegan las personas no existe posibilidad de traslado. También asisten personas de manera directa por ser una institución de referencia para la comunidad en general. De la primera evaluación que se realiza en la guardia, se indica la internación o la realización de tratamiento ambulatorio por consultorios externos en el mismo hospital. De los registros de nuestro primer año de trabajo surge que la mayor parte de las personas que asisten son residentes de la provincia de Buenos Aires y en menor cantidad de la CABA, así como de otras provincias del país. En este último caso son derivados y trasladados a este efector por la complejidad de la situación y la necesidad de atención especializada. El hospital cuenta con unidad de terapia para las infancias y para la adultez, así como cuidados intermedios y generales. Nuestras intervenciones se despliegan a partir de la interrupción de la vida cotidiana de las personas y sus acompañantes, teniendo como punto de partida la situación de internación abrupta e inesperada que transitan, así como también el armado de estrategias de egreso que contemplen las nuevas formas de organización que este evento genera y el consecuente tratamiento de secuelas. En este proceso podemos identificar en nuestro accionar profesional, un primer momento que transcurre durante la intervención hospitalaria, donde realizamos una primera evaluación de la situación y acompañamos el proceso de reorganización y adaptación que la persona y sus acompañantes hacen a una institución desconocida, mayoritariamente en soledad o lejos de sus redes socioafectivas de contención, en un territorio que les es ajeno. Como segundo momento, podemos mencionar el proceso de egreso de la institución y el inicio del tratamiento ambulatorio. En esta etapa también se produce una readaptación al propio entorno con las consecuentes secuelas que el episodio de quemadura haya producido. Cabe mencionar que estos momentos no resultan secuenciales, sino que nuestras intervenciones hos-

pitalarias toman en cuenta permanentemente el proceso de egreso, para que cuando ese momento llegue estén dadas las condiciones para poder realizar un acompañamiento y porque es parte fundamental del tránsito por el hospital la preparación para la vuelta a casa y a la vida social. En nuestro recorrido pudimos observar que los episodios de quemaduras, al igual que el proceso de salud enfermedad atención cuidado, están atravesados por los determinantes sociales de la salud. En este sentido, entendemos que las condiciones habitacionales son un factor clave, la falta de acceso a servicios básicos como gas natural y agua corriente son motivos recurrentes que influyen en los episodios. En el caso de las infancias, además se agrega la sobrecarga de tareas de cuidado asignadas a las feminidades. Asimismo, inciden en estos episodios las complejidades que se derivan de situaciones de violencias, padecimientos de salud mental y consumo problemático, trabajos precarios e inseguros y otras cuestiones que resultan de las situaciones de marginalidad que atraviesan las personas. En estas trayectorias de vida podemos encontrar también relatos que reflejan la dificultad del acceso a la atención de la salud. Respecto de las políticas públicas con las que contamos para acompañar y generar acceso a derechos, vale decir que hasta el momento no existen programas ni recursos específicos para esta situación particular de salud. En este sentido consideramos que, debido a las múltiples consecuencias que los episodios de quemaduras generan en las personas que las atraviesan y sus entornos de vida, la escasez e insuficiencia de las políticas obstaculizan los tratamientos -prolongados- que son requeridos y que pueden incluir nuevas intervenciones quirúrgicas. Las quemaduras son un problema de salud complejo, las lesiones ponen en riesgo la vida de las personas que las sufren debido a la afectación en el organismo, dejando secuelas físicas y psicológicas que pueden ser muy graves y discapacitantes. Asimismo, el tratamiento es prolongado y costoso debido a la cantidad de recursos que se requieren para brindar la atención adecuada e interdisciplinariamente. Las personas una vez que egresan de la internación deben continuar su tratamiento de manera ambulatoria, e independientemente del lugar en el que vivan, para garantizar la mejor calidad de atención, tendrán que asistir semanalmente al hospital. En cuanto a la dinámica de los equipos de salud, podemos mencionar que al ser el hospital una institución centrada en el cuerpo y la quemadura, el centro es el aspecto quirúrgico, por lo que son los y las cirujanos/as los/as que de alguna forma organizan y deciden el tratamiento a seguir. El resto de las profesiones funcionan como apoyatura. Las prácticas tienen una fuerte impronta médico hegemónica, con una mirada biologicista. En cuanto al servicio social, se encuentra inserto en las salas de internación tanto de infancias como de adultes, así como también en consultorios externos. Al momento no

se cuenta con colegas en el servicio de emergencia, siendo esta una demanda del servicio, teniendo en cuenta el aporte que nuestra disciplina podría agregar al momento del ingreso de las personas a la institución. En las salas de internación realizamos una entrevista inicial a todas las personas (o referentes afectivos) que ingresan y de allí evaluamos y delineamos, en función de cada singularidad, las estrategias profesionales. Nuestras intervenciones las realizamos de manera individual, y fragmentada del resto de los profesionales. El abordaje que se realiza recorta a las personas de acuerdo a cada especialidad y acotado a la internación, salvo cirugía que realiza el tratamiento ambulatorio y servicio social que realizamos seguimiento. Es por ello que vemos un enorme desafío en la construcción de los equipos de salud dentro del hospital. Nuestro conocimiento del trabajo interdisciplinario nos permite (re)pensar los equipos de salud como equipos en construcción. Y dentro de éstos entendemos que nuestra profesión, enmarcada en un modelo de trabajo interdisciplinario, cuenta con una mirada integral que podría ser un gran aporte al proceso de asimilación de cambios que las personas experimentan luego del episodio de quemaduras, tanto en el plano corporal como emocional y en la organización de su entorno cotidiano.

### **Reflexiones finales**

De este primer año de trabajo y habiendo realizado una primera caracterización del Hospital, nos hemos preguntado acerca de nuestro aporte dentro del equipo de salud que atiende y acompaña a las personas que atraviesan un episodio por quemaduras. En ese sentido, consideramos fundamental tener en cuenta las problemáticas sociales previas al episodio por quemaduras y el impacto de éste en la vida cotidiana de las personas y sus referentes socio afectivos y familiares: el impacto en los cuerpos, en las condiciones de vida, en la organización cotidiana, así como en las emociones. La internación es para nosotras un punto de partida y una oportunidad para abordar las problemáticas sociales previas y acompañar el proceso que atraviesan estas personas. La internación nos permite también construir una referencia para que una vez en proceso de egreso podamos realizar un seguimiento y acompañamiento ambulatorio de lo que serán las secuelas. Éstas son biológicas, emocionales y sociales y por tanto el abordaje singular requiere de una intervención profesional integral. La importancia de acompañar el proceso de asimilación y construir equipos de salud que aborden integral e interdisciplinariamente a las personas se nos configura con un enorme desafío. La falta de recursos y políticas específicas es un déficit que intentamos saldar

con estrategias artesanales, pero que se torna un obstáculo recurrente en nuestra intervención cotidiana. Es a partir de esto que se nos aparece la idea de colectivizar los padecimientos como una forma de abordar algunos aspectos de estos impactos. Es este un primer proyecto que empezamos a construir, el armado de grupos de acompañamiento para los referentes socio afectivos que cuidan durante la internación. La asistencia y el acompañamiento singular es irremplazable y al mismo tiempo desarrollar la promoción y prevención es clave para pensar esas singularidades. Asimismo, tenemos el gran desafío de promover un diálogo permanente entre los/as profesionales de las distintas disciplinas para ir dejando atrás las miradas fragmentadas de las personas que se atienden. Esa es nuestra perspectiva en esta institución, poder abonar a la construcción de la interdisciplina dentro de los equipos de salud del hospital.

### **Bibliografía**

- ALMEIDA-FILHO, N. (2006) Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120203>
- MENENDEZ, E. (2020) Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. Ed. Ampliada Salud colectiva edición digital, cuadernos del ISCo, Salud Colectiva ISBN978-987-49-0 (PDF)
- ROJAS CEBRERO, A., ROMERO PEREZ, I. (2010) Quemaduras: experiencias de vida Iztalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana México. Numero 68 año 31 pp17-38 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39348725002>
- SIERRO, M., RUIZ DIAZ, C., VISINTIN, V. (2013) Mujeres Quemadas: una mirada desde la perspectiva de intervención del servicio social del hospital de quemados. Análisis de las situaciones de mujeres quemadas en el contexto de violencia basada en género. Hospital de Quemados CABA.





Mesa "Salud laboral, procesos de organización, condiciones de trabajo y de formación en salud".

Exposición, escucha atenta y apuntes para generar intercambios y debates.

## ADOP ADOPI ESCUCHA (EN) LA LUCHA

### Autoras:

Arias, Roxana;

David, Natalia;

García, Dolores;

Spataro, Natalia.

---

Este trabajo se inscribe en el marco del desarrollo de las Jornadas XIII de las APPS, titulada *Soberanía sanitaria en disputa. Reflexiones y lucha del Trabajo Social y los equipos de salud*. El mismo se ubica dentro del **Eje Salud Laboral, procesos de organización, condiciones de trabajo, formación en salud**.

Tiene por objetivo analizar el lugar que ocupa la Salud Mental Comunitaria y Territorial en las Políticas Públicas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a partir del análisis de la trayectoria del Programa ADOP ADOPI -Programa Atención Domiciliaria Programada en Salud Mental- desde su creación hasta la actualidad.

Para ello, en un primer momento, haremos referencia al marco legal de creación del programa (Ley Básica de Salud N°153 y Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad de Buenos Aires) y su concordancia con lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental N°26657, sus objetivos, población destinataria y modalidad de abordaje asistencial.

En un segundo momento, daremos cuenta de los procesos de precarización laboral y ajuste del programa en contexto de la reforma sanitaria. Los procesos de mercantilización, privatización y flexibilización laboral. Asimismo, daremos cuenta de las implicancias para el programa de la coexistencia del paradigma de los derechos humanos y la persistencia de la lógica tutelar y de encierro de las políticas públicas en la Dirección General de Salud Mental.

Finalmente, detallaremos las formas de organización de los trabajadores del Adop Adopi como factor protector de su salud y como posibilidad de continuidad de existencia del programa.

### **1- El Programa ADOP ADOPI, un Hito dentro del Paradigma de la Atención Comunitaria en Salud Mental:**

En la Ciudad de Buenos Aires se ha implementado desde octubre de 2003 el Programa de Asistencia Domiciliaria Psiquiátrica-Psicológica-Social Programada en Situación de Crisis (ADOP ADOPI), dependiente de la Dirección General de Salud Mental (DGSAM), en concordancia con lo establecido en la Ley de Salud Mental 448/2000 de la Ciudad de Buenos Aires que insta al pasaje de un modelo hospitalocéntrico hacia un modelo comunitario de atención. En este sentido, en su Art. N°2 inciso C, se postula la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria como principios para el ejercicio del derecho a la atención en salud mental.

Se destaca que la Ley 448 surge como respuesta al período histórico signado por el neoliberalismo de los años ´90 y la creación del programa en 2003, al calor del resurgimiento de colectivos, asambleas y múltiples dispositivos participativos, como efecto directo de los modos de organización popular a partir de la crisis del 2001.

Es en la misma Constitución de la Ciudad de Buenos Aires donde se resalta que las políticas de salud mental deben propender hacia la desinstitucionalización, que se verá posibilitada por la red de servicios, jerarquizando el primer nivel de atención y, en la misma línea, la ley Básica de Salud N°153 de la Ciudad de Buenos Aires, donde se propone modalidades alternativas de atención.

Como objetivo principal, el Adop Adopi brinda atención domiciliaria a aquellas personas en situaciones de crisis -no urgencia- en su salud mental, que presentan limitaciones físicas y/o psíquicas para poder acceder a un tratamiento ambulatorio dentro del sistema público de salud. Inicialmente estuvo conformado por 14 Equipos Interdisciplinarios (Trabajo Social, Enfermería, Psiquiatría y Psicología) distribuidos en cada región sanitaria que conformaba la CABA. Esta distribución, siguiendo una perspectiva de atención primaria, fue pensada a los fines de poder trabajar en el ámbito comunitario correspondiente a cada región, teniendo así la posibilidad de poder respetar el centro de vida de los usuarios y referenciarse luego para su derivación y atención a los Centros de Salud u Hospitales más cercanos a su domicilio.

Propone como enfoque clínico conceptual la atención psiquiátrica, psicológica y social programada, como necesaria para el restablecimiento de la salud mental de los usuarios en crisis, promoviendo el incremento de los lazos familiares, sociales y de solidaridad, al igual que la salvaguarda de los derechos humanos de los usuarios con pa-

decimiento mental. Está basado en los principios de accesibilidad y descentralización, entendiéndolo como parte de una red de servicios más amplia, que pudiera trabajar en articulación en las situaciones más agudas, con los equipos de salud mental de las guardias en hospitales generales (Mosteiro, 2015)

Su objetivo principal es evitar las internaciones innecesarias y apostar a repensar ese padecer situado desde una perspectiva comunitaria, construyendo un trabajo en red intra e intersectorial con los ámbitos de educación, justicia, vivienda, desarrollo social, organizaciones sociales, etc.

La tarea asistencial se sostiene a partir del trabajo organizado por todo el colectivo de trabajadores bajo una modalidad fundamentada en sus objetivos y en la complejidad de la problemática que atiende. Se trabaja bajo un esquema flexible no solo por la apuesta creativa en su abordaje, sino también en cuanto a la frecuencia y horario de trabajo, el cual se ajusta a las necesidades de cada una de las usuarias. Esto implica una amplia disponibilidad y compromiso de los profesionales del dispositivo.

La sanción en 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 viene a poner el énfasis en la necesidad de creación de dispositivos intermedios y alternativos a la internación, mencionando la atención domiciliaria como una de las estrategias en el marco de un abordaje interdisciplinario. Su componente centralmente desmanicomializador viene a aportar a este dispositivo una centralidad en las estrategias de desinstitucionalización y lo convierte en una experiencia a replicar en otras regiones del país.

## **2- Reforma Sanitaria y su impacto en los procesos de trabajo:**

El sistema de salud en la Argentina atravesó diversos momentos a lo largo de su historia, como campo en permanente disputa, y sobre el que se han ejecutado acciones políticas de avance y de retracción en la garantía del derecho a la salud a lo largo de los distintos gobiernos. En estos vaivenes, la sombra de la reforma sanitaria siempre estuvo presente y, dependiendo del gobierno en ejercicio y sus políticas establecidas, se han visto afectadas consecuentemente las condiciones y los ámbitos de trabajo.

Para el análisis en este punto, nos remitimos al 2001 para poder contextualizar el momento histórico de creación del Programa. Tras lo vivenciado en la década del '90 a partir de las políticas neoliberales implementadas, se llega a una crisis económica, política y social en el 2001, desencadenando en el ámbito de la salud una emergencia sanitaria: falta de acceso a medicamentos, desabastecimiento de insumos en los

hospitales públicos y precarias condiciones de atención por falta de presupuesto y de inversión, sumado a las condiciones de agudización de la situación socioeconómica de la población, confiriendo un escenario de extrema vulnerabilidad.

En este contexto, se sanciona en el año 2000 la ley N°448 de Salud Mental de la CABA, legislación que presenta un carácter progresista en un escenario de profunda crisis social y económica. Unos años más tarde, como ya se ha mencionado, se crea el programa Adop Adopi de atención en territorio, con gran impacto en sus primeros meses de funcionamiento. Destaca la Revista Salud Informa en su Número 16: de 200 usuarias atendidas 175 fueron dados de alta. Este programa nace signado por la falta de estructura, característica que lo acompañó durante toda su existencia y, por consiguiente, con un denominador común: la precarización en la contratación de sus equipos de trabajo que acompañan a una población cada vez más empobrecida y siempre invisibilizada.

En los años venideros, durante la gestión de Ibarra en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se crea la Secretaría de Atención Primaria, se incrementa el número de centros de salud y acción comunitaria (CeSAC), se crean dispositivos de acompañamiento en línea con el nuevo paradigma en salud mental: casas de medio camino, talleres protegidos, hospitales de día, entre otras reformas, fortaleciendo el trabajo desde la atención primaria y comunitaria y dando curso al Plan de Salud Mental. Asimismo, se comienza a planificar la idea de equipos interdisciplinarios de salud mental en las guardias de los hospitales generales, que finalmente comienza a implementarse en el año 2007. Respecto a esto último, se realizaron llamados a concurso para cargos de 30 horas, reemplazando los contratos de 40 horas de personas que se jubilaron o renunciaron. Cabe destacar que estas reformas en el sistema no implicaron mejoras en las condiciones de trabajo ni reconocimiento al trabajo en este campo.

Con la asunción y la gestión del Macrismo en CABA se fue generando un terreno próspero para instalar la cuestión de la reforma sanitaria en clave de "modernidad". Se evidencia un ajuste estructural, regresivo, a la par de una reforma sanitaria hacia los seguros de salud: ajuste de las prestaciones, recorte de medicamentos, precarización laboral, instalación por decreto de la Cobertura Universal de Salud (CUS) e individualización de la asistencia. Siendo una de las cuestiones distintivas de este proceso el carácter segmentado de la reforma, que la vuelve imperceptible y silenciosa para los mismos actores involucrados, obturando la capacidad de organización de los trabajadores (Castrogiovanni, 2023).

Como ejemplos podemos destacar la instauración de la Historia Clínica Electrónica, que al ser un archivo individual resulta incompatible con la atención de la familia como unidad de análisis e intervención comunitaria propia de la Atención Primaria de la Salud; la dificultad de reflejar el trabajo interdisciplinario y de nominar por fuera de lo establecido desde la perspectiva biomédica.

La creación de la modalidad de agenda llamada “Gestor de Encuentros” como una herramienta del nivel central para controlar e intervenir en nuestros procesos de trabajo, estandarizando los tiempos de consulta y limitando la capacidad decisoria y el criterio profesional en el manejo de su agenda de trabajo. La misma tiene la intención de homogeneizar las prácticas de atención sin reconocer la complejidad con la que se trabaja y privilegiar la tarea asistencial en consultorio por sobre el trabajo comunitario y territorial.

La aplicación de políticas que se presentan como “modernas” pero resultan cada vez más restrictivas y burocráticas, como la instauración de la Línea 147 como único medio para el acceso a turnos en salud pública. Esto en sí mismo es restrictivo, dado que no toda la población tiene acceso a la tecnología, sumado a la dificultad en la concreción de la comunicación y en conseguir un turno disponible.

La precarización de los trabajadores -residentes y concurrentes- que con la movilización pudieron frenar los avances en materia de precarización laboral, las diferencias en materia de escala salarial y de derechos laborales de los trabajadores del escalafón general, la decisión del no acceso a la carrera profesional de los profesionales de enfermería, la persistencia de las suplencias de guardias comunes o aplanadas como forma de contratación. La utilización de la emergencia sanitaria en contexto de COVID 19 como excusa para el ingreso de trabajadores con contratos monotributistas dentro del sistema de salud de CABA, representando un paso más hacia los procesos de flexibilización laboral, etc.

En materia de salud mental, en un contexto social donde se multiplica el padecimiento subjetivo y se evidencia el incremento de las problemáticas de la salud mental -se reconocen las “secuelas” de la pandemia y la crisis socio-económica general- la respuesta de la política pública parece ser una sistemática retracción de asignación de recursos en salud.

Las grandes dificultades en el acceso a tratamientos ambulatorios en salud mental por falta de profesionales y/o por requisitos absurdos para la admisión y la escasez

de recursos destinados a programas preventivo promocionales generan una agudización en las problemáticas de salud mental por no garantizarse la atención oportuna (Grupo de Salud Mental de la APSS, 2021).

Se privatiza la atención de la salud en “acto”: las familias que pueden, deben pagar para acceder a la atención por salud mental y los profesionales que pueden, venden su trabajo en forma privada – porque perciben un mejor salario.

Este escenario implica que el primer tratamiento al que acceden los usuarios del sistema de salud pública sea la internación -también devenida en una atención precarizada. La internación se produce en las guardias de los hospitales generales: en camillas, en espacios inadecuados, atención por equipos que cambian cada día, sin acceso a poder higienizarse, etc. Evidenciándose un retorno al modelo al que podríamos llamar manicomial, por omisión de recursos destinados a otras alternativas terapéuticas.

Asimismo, parte de la resolución de necesidades del sistema de salud se terceriza con instituciones que esgrimen “derecho de admisión” -comunidades terapéuticas, centros terapéuticos y espacios convivenciales que eligen con qué clase de usuarios “quieren” trabajar.

El incumplimiento del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, no solo de la Ley Nacional de Salud Mental, sino también a su propia normativa jurisdiccional y del Código Civil y Comercial de la Nación, no es más ni menos que el privilegio de una política de los encierros -y aquí no hablamos solo del encierro en las instituciones sino también la permanencia de las personas encerradas en sus domicilios- por sobre las políticas de derechos humanos, de respeto a la libertad y la autonomía de los usuarios.

### **3- Procesos de organización de los trabajadores como factores protectores para su salud y como posibilidad de existencia del Adop Adopi:**

Es en el artículo 3 de la Resolución Ministerial 2200/2006 de Creación del Programa Adop Adopi, que el Ministerio de Salud del GCBA delega en el Director General de Salud Mental la facultad de dictar todos los actos administrativos que resulten necesarios para la ejecución del programa. Se designa a sus coordinadores Ad-Honorem y ya desde su constitución, al no otorgarle estructura propia dentro de la DGSAM, el programa no cuenta con financiamiento propio ni con la posibilidad de apertura de cargos profesionales destinados al funcionamiento del mismo. En este contexto, se requería que los profesionales convocados cuenten con Ficha Municipal del Ministe-

rio de Salud, lo que implicaba que tengan cargos de base en hospitales y/o centros de salud dependientes del GCBA.

La modalidad de cobro inicial fue mediante suplencia de guardia de emergencia, otorgándose posteriormente a un número de profesionales -no a la totalidad- la extensión horaria de 10 horas a sus cargos de base. Ya en 2012 a aquellos profesionales que cobraban con guardias de emergencia, se les impone una nueva modalidad de cobro: las suplencias de guardias comunes o aplanadas.

Si bien inicialmente el valor de la guardia de emergencia no distaba mucho del valor de la guardia común, esta modificación resultó una emboscada y el inicio de un ajuste encubierto a favor del gobierno de turno. Los años de no ingreso a paritarias hizo que nuestro salario se depreciara a tal punto que hoy el valor de nuestra hora de trabajo profesional representa un 25% del de una guardia de emergencia.

Esta modalidad precaria no sólo tiene repercusiones a nivel salarial sino que, como toda suplencia, no garantiza derechos laborales básicos como el régimen de licencias ordinarias, por enfermedad, por maternidad, etc., no computa antigüedad y, por ende, el aumento salarial por el cambio de categoría. Asimismo, el circuito burocrático administrativo para su cobro frecuentemente presenta obstáculos, por lo que resulta habitual que haya meses que los trabajadores no cobremos el salario. Por otra parte, los gastos de viáticos, traslados, teléfono, son costeados por los trabajadores a fin de poder garantizar la atención de los usuarios.

Retomando el comunicado del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, la crítica frecuente al programa -y el argumento sostenido por los responsables institucionales al día de hoy- es que somos demasiados profesionales para asistir a relativamente pocos usuarios, desconociendo lo establecido por la Ley de Salud Mental N°448 que es muy explícita en la definición conceptual de la salud mental y su multicausalidad. Señalan que el dispositivo se evalúa desde la crítica con una perspectiva mercantilista (económica-cuantitativa) y no desde su función (cualitativa – acorde a las políticas que se deben implementar en el sector). Esto nos llevó a centrar nuestros esfuerzos en pensar las mejores formas de reflejar nuestro trabajo, en clave de estadísticas, creyendo que eso iba a impactar en la mejora en nuestras condiciones laborales.

Cabe destacar que durante años nuestros reclamos fueron canalizados mediante la coordinación del programa, dada la insistencia de la misma en que cualquier convo-



catoria gremial o difusión pública pondría en riesgo la continuidad del programa. Esa posición instalada resultó la hegemónica entre los trabajadores hasta que, en 2017, la coordinación hace entrega de un listado de profesionales a despedir a solicitud de la Dirección de Salud Mental. Si bien el listado entregado contenía nombres de personas que por diferentes motivos ya habían dejado de trabajar para el programa o dejarían próximamente, el hecho de responder a ese pedido hizo que comencemos a considerar la necesidad de organizarnos con autonomía a la coordinación.

Esto implicó algo inédito hasta el momento, que fue la realización de las primeras reuniones de trabajadores sin la presencia de la coordinación, instancias donde se comenzaron a construir posicionamientos conjuntos y la primer convocatoria gremial. Este pasaje a priorizarnos en nuestra condición de trabajadores y considerar que luchar por una mejoría en nuestras condiciones laborales era parte esencial en la lucha por las mejoras en las condiciones de atención para la población usuaria, fue un proceso que tuvimos que atravesar como grupo.

Ya en contexto de pandemia y luego de años de reclamos desoídos sistemáticamente por las diferentes gestiones de la Dirección General de Salud Mental y por el Ministerio de Salud de CABA, empezamos a recibir por parte del Director de ese momento, una serie de amenazas y acciones persecutorias: llamados a los usuarios preguntando por la frecuencia y la calidad de nuestro trabajo, amenazas de no cobro del salario o que el mismo esté sujeto a la cantidad de pacientes que atendiéramos, propio de las lógicas privatistas.

Asimismo, recibimos presiones para asistir a personas alojadas en Paradores del GCBA en contexto de Pandemia de COVID 19 cuando el GCBA no nos garantizaba ni siquiera la licencia por enfermedad y sin ser la población destinataria de atención por parte del dispositivo. Al respecto, se considera que esto es un ejemplo más de las medidas de flexibilización laboral que quiere imponer el GCBA.

Si bien la estrategia del empleador fue presionar a cada trabajador individualmente, nuestra respuesta fueron las acciones colectivas. El primer acuerdo grupal fue que nadie respondía individualmente, respuestas unificadas a través de una casilla de mail del grupo, intervención gremial definiendo la medida de atención de hasta 3 usuarios por equipo, atención virtual mientras que dure la pandemia y la atención exclusiva de la población destinataria del programa. Asimismo, se establecieron reuniones convo-

cadadas por la Asociación de Profesionales de Servicio Social (APSS) con el Director de Salud Mental y con la Subdirección de Atención Hospitalaria.

Como acción significativa, por primera vez se definió difundir públicamente el conflicto. Se abrieron usuarios de redes sociales del dispositivo, se elaboraron videos, se realizó un comunicado de prensa a partir del cual se dieron notas a radios y medios gráficos, se elaboró un comunicado con solicitud de adhesiones de servicios del sistema de salud, equipos de trabajo y organizaciones referentes en materia de derechos humanos y salud mental. Asimismo, y a través de las Consejeras de la APSS en el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones (CCHSMYA) y en el Consejo General de Salud Mental (COGESAM) se logró que desde estas instancias se realicen pedidos de informe a la DGSAM con copia al Ministerio de Salud de CABA, respecto a las condiciones actuales del Programa. Se participó en conversatorios convocados por la APSS y el Consejo Profesional de Trabajo Social. Se realizó una intervención de denuncia en la entrega del “Premios Festejando Hacer Salud” donde el mismísimo GCBA galardonaba al programa por su eficacia y calidad en la atención.

En el año 2021 desde la APSS se abre la Delegación para el Programa ADOP ADOPI, considerando que la presencia de delegada y la organización en el lugar de trabajo resulta vital para enfrentar el avance de la patronal sobre nuestras condiciones de vida y como factor protector ante las acciones de persecución y hostigamiento. Cabe destacar que la presencia de delegadas en los lugares de trabajo constituye uno de los componentes estratégicos del modelo sindical que los trabajadores en la Argentina venimos construyendo hace más de un siglo (Gianibelli, 2010).

El análisis realizado durante el período 2020 / 2023 expresa el ajuste provocado por el sostenimiento de la precariedad laboral y de las situaciones de maltrato. Durante el mismo:

- Renunciaron 24 profesionales -el 50% del dispositivo- de los cuales 14 eran psiquiatras, 6 trabajadores/as sociales y 4 psicólogos/as, incorporándose solo 1 psiquiatra en dos años que colabora con múltiples equipos.
- Se desarmaron 6 equipos, 3 de los cuales eran ADOPI, representando el cierre 50% de los equipos que intervienen con niños, niñas y adolescentes.
- El 60% de los equipos están incompletos.

Respecto al último punto, consideramos que el sostenimiento en el tiempo de esta situación y la lógica de rotación de profesionales para cubrir les faltantes, va en detrimento de la lógica de intervención desde equipos interdisciplinarios en un recorte

territorial, razón de ser de la creación del programa. Esto modifica necesariamente la lógica de trabajo hacia la conformación de equipos por usuario/a, lo cual provoca que el profesional de la disciplina faltante se incorpore sin conocer el territorio a intervenir y la dinámica propia del equipo al que se incorpora, lo que repercute fuertemente en la calidad de atención del usuario.

Esta precariedad también impacta en la dificultad en el sostenimiento de los cargos de coordinación -tres coordinaciones en seis meses-, interrupción de las admisiones desde marzo de 2023, falta de supervisión, falta de convocatoria a reuniones de equipo e interlocución con responsables institucionales.

A esto se suma que, en el último período, el Director de Salud Mental anunció la creación de un Área de Atención Comunitaria y Territorial que implicaría la fusión de nuestro programa con el Equipo ASIC de atención de personas en situación de calle con padecimiento en salud mental. Evaluamos esto como una avanzada más en los intentos de flexibilización laboral, utilizando profesionales del ASIC para la cobertura de baches en los equipos del Adop, muchos de éstos con contratos monotributistas, identificando en esta modalidad de contratación un núcleo relevante en la pérdida de decisión o control de estos profesionales sobre su propio trabajo, ante la posibilidad de la pérdida de empleo.

Consideramos que el posicionamiento histórico de la Dirección General de Salud Mental y el GCBA de no otorgarle estructura al programa, de mantener a los trabajadores en totales condiciones de precariedad, de darle primacía a las lógicas mercantilistas y privatistas al momento de evaluar el funcionamiento del mismo, es en definitiva un ataque al Paradigma de la Salud Mental Comunitaria, al abordaje interdisciplinario, al respeto de la subjetividad de cada usuario, a sus lazos y vínculos comunitarios, en definitiva un ataque a lo dispuesto por la Ley de Salud Mental de la Ciudad N°448 y de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657.

### **Reflexiones Finales :**

El Programa ADOP ADOPI desde su creación hasta la actualidad, es la puesta viva en acto del lugar que ocupa la Salud Mental Comunitaria y Territorial en las políticas públicas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, del retroceso en materia de derechos conquistados y el fiel reflejo del proceso de reforma sanitaria que se viene implementando en la región: la precarización y flexibilización laboral para sus trabajadores,

los procesos de evaluación del trabajo desde una perspectiva mercantilista (económica-cuantitativa), y la negativa a otorgarle financiamiento para su funcionamiento, son algunos de sus indicadores.

Estos mecanismos tienen incidencia en la configuración de la política de salud mental, que lejos está de ese proyecto inicial en los años del surgimiento del programa, de construcción de un nuevo paradigma para el abordaje de estos padecimientos. Reformas que afectan directa y desfavorablemente en las condiciones de atención de los usuarios, en particular del Programa ADOP/ADOPI, debido a los avatares vivenciados desde sus inicios y agudizados en estos últimos años, evidenciado en el trabajo con equipos incompletos y desarmados, la renuncia de profesionales con larga trayectoria y saberes específicos en el área de la salud mental comunitaria, y los cambios continuos en la coordinación del programa, con la consecuente inestabilidad y resentimiento que esto produjo hacia el interior del equipo de profesionales. Reformas que en lo general producen una afectación de todas las usuarias del sistema de salud público que no cuentan con una atención pública acorde a sus necesidades y que vaya en consonancia con la legislación de salud mental vigente, ya que no hay atención oportuna por la falta de turnos, de profesionales, de servicios, de una red que garantice el acceso a este derecho.

En este contexto adverso, la continuidad de funcionamiento de este dispositivo único a nivel nacional se debe a la persistencia en la lucha de sus trabajadoras organizadas. Que pese a las múltiples dificultades de encuentro, temporales, discursivas y locativas -no contamos con espacio físico de reunión- pudimos re pensar nos en este proceso de reforma de la salud pública desde la categoría de trabajadoras: trabajadoras en lucha. Y desde allí poder construir estrategias de resguardo para la supervivencia del programa y de protección frente a los embates de la reforma en salud venidera. En este punto, queremos destacar el lugar que ocupan las trabajadoras sociales del dispositivo, recogiendo las tradiciones de lucha de la clase obrera, de las Madres y las Abuelas, del movimiento de mujeres y disidencias, aportando en la organización y en la colectivización con un gran soporte gremial, al momento de enfrentar al empleador.

Este proceso de lucha por mejores condiciones de trabajo y de atención ha sido el principal factor protector para la salud de los trabajadores, y condición de posibilidad de continuidad de trabajo en el dispositivo.

### ¿Cómo enfrentar los embates si no es desde lo colectivo?

*Las luchas por el derecho a la salud son algunos  
de los respiradores que ya nos venían faltando  
¿Algún otro respirador para sumar?*

*Fragmento de la campaña Adop Adopi, escucha (en) la lucha - 2020*

#### **Bibliografía:**

- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1996)
- Ley 153 Básica de Salud de la CABA (1999)
- Ley 448 de Salud Mental de CABA (2000)
- Ley Nacional de Salud Mental N°26657 (2010)
- Resolución 2200 de 2006 (Ministerio de Salud) de creación del Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica Psicológica Programa en Situación de Crisis ADOP ADOPI. 29 de Noviembre de 2006.
- Castrogiovanni, Natalia (2023). Trabajo Social y Sanitarismo en la Argentina. Editorial Puka.
- CELS, Informe 2002-2003 Cap. N IX. El Colapso del Sistema de Salud.
- Gianibelli Guillermo (2010). Manual del Delegado. Guía jurídica para la acción sindical en el lugar de trabajo. Observatorio del Derecho Social - CTA.
- Grupo de Salud Mental de la Asociación de Profesionales de Servicio Social (APSS) (2021). Relevamiento sobre las Condiciones Laborales y Política Pública de Salud Mental.
- López Mosteiro Claudia (2015). Trabajo Vivo en Acto: clínica de los encierros. Topía Editorial.
- Revista Salud Informa Año 3 N 16. Enero 2005.

## DE AFECTO, AFECTACIONES Y PRÁCTICAS PROFESIONALES NO INMUNES

### Autora:

Florencia Grazzini florgrazzini@gmail.com

Lic. en Trabajo Social (UBA) Jefa de Residentes de Trabajo Social del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias PRIM Lanús. Especializanda en Educación y Promoción de la Salud (UNTref). Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud (UNLa).

### CONMOVER

*He allí una apuesta y un afecto radical: una acción que sólo se puede hacer con lxs otrxs; ya sea porque nos dejamos conmover, y por tanto somos movidos por y con esxs que nos interpelan, nos tocan, nos llaman, e incluso nos irrumpen; o bien porque somos capaces de movilizar a aquellxs con lxs que estamos inextricablemente unidxs, sean anónimos o cercanos. Conmoverse como un gesto radical de ruptura de la inmunidad, de la cerrazón anestésica a la que nos somete la pedagogía sentimental neo-ego-liberal, como un ejercicio afectivo de libertad.*

*Conmovernos como un modo de transformarnos ahí donde es posible la conmoción, el temblor, el abismo del yo.*

*Conmovernos como un acto que nos arroja afuera de nosotrxs mismxs, y nos recuerda nuestra siempre a la vez mortífera y salvífica condición extática, abierta, expuesta, nuestro ser-en-común.*

*Borrador para un abecedario del desacato (2021)*

*Vir Cano*

### Aclaración de lenguaje

Para este escrito intentaré escribir en lenguaje no sexista, como apuesta performática<sup>1</sup> del lenguaje de disputar sentidos. En este sentido, utilizaré sustantivos colectivos, lenguaje indirecto y la letra “e”, para reemplazar la “a” y la “o”, ya que se me presenta como una opción posible en términos de accesibilidad a la lectura.

<sup>1</sup> Para Butler (2002) la noción de performatividad da cuenta de “la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (p.18).

### Partir de la(s) pregunta(s)

Escribir en primera persona, ¿del singular?. Partir de la subjetividad ¿profesional?. Interpelar mis (nuestras) prácticas. Conmover, afectar, interpelar, desarmar.

Esquivel, Faur y Jelin (2012) se preguntan “¿Puede el afecto entrar en los criterios de profesionalidad?” (p.35) Les invierto la pregunta: ¿Es posible des/afectarnos?; ¿Cómo trabajar desde una perspectiva de cuidado<sup>2</sup> sin tomar en cuenta en la dimensión vincular/afectiva? ¿No circula el afecto en el encuentro, en la escucha, en el intercambio de experiencias/saberes, en la co-construcción de una demanda o de una estrategia de intervención? ¿Por qué nos cuesta tanto denominarlo como tal? ¿Qué poder o legitimidad perdemos al hacerlo?.

Son muchas las preguntas que me interpelan cuando pienso mis/nuestras prácticas profesionales. Y hablo desde el plural ya que mi práctica no es ajena a la de mis compañeras, es *con* mis compañeros, en mi rol de residente, situada, con las personas usuarias del sistema de salud del conurbano sur.

A lo largo de este escrito pondré en cuestión y en valor, a partir de diversas perspectivas, la dimensión vincular-afectiva en las prácticas profesionales en salud desde la perspectiva de cuidado. El espíritu de estas reflexiones proviene principalmente de una situación de acompañamiento, en el marco del consultorio de Trabajo Social del CAPS Iro de Mayo, aunque no se circunscribe solamente a dicha intervención. Pues lo cierto es que también atravesaron y atraviesan mi práctica como profesional-residente. Parto de una elección personal-profesional de interpelar mis/nuestras prácticas en general -aunque situadas, como mencioné previamente- con miras a proponer otras formas de intervención posibles.

### Una posible genealogía del afecto

Me planteo bucear en el concepto de afecto a partir de las preguntas desplegadas previamente. La genealogía<sup>3</sup> de dicho concepto proviene de diferentes corrientes: la

2 Quisiera aclarar, en principio, el por qué utilizo el concepto de cuidado y no el de atención en salud, si bien más adelante explicitaré a qué me refiero con la perspectiva de cuidado. Tejada de Rivero (2003) señala que en la Declaración de Alma-Ata (1978) se planteaba mediante el término cuidado (“care”) una concepción del quehacer en salud que iba más allá de la atención: “La versión original en inglés usó el término ‘cuidado’ (care), y no ‘atención’. El ‘cuidado’ tiene una connotación mucho más amplia e integral que la ‘atención’. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.” (Tejada de Rivero, 2003, p.5 en Michalewicz y otros, 2014, p. 220).

3 Dice Foucault (1988) respecto de la genealogía: “La genealogía se diferencia por tanto de la historia de los

filosofía, la psicología, el psicoanálisis, los trabajos del “giro afectivo”, la crítica feminista decolonial y cuir al mismo, la pedagogía, la perspectiva de salud colectiva, entre otras corrientes.

Carlos Skliar (2010), retomando a Jean-Luc Nancy (2007) , plantea que el afecto supone, al mismo tiempo:

*el hecho de ser afectado y el de afectar, porque estar en común, estar juntos, estar entre varios, como lo expresa Jean-Luc Nancy: Es ser tocado y es tocar. El ‘contacto’ —la contigüidad, la fricción, el encuentro y la colisión— es la modalidad fundamental del afecto” (2007,p. 51). Ese estar juntos, ese contacto de afección no es un vínculo de continuidad, no es reflejo de una comunicación eficaz sino, fundamentalmente, un embaute de lo inesperado sobre lo esperado, de la fricción sobre la quietud, la existencia del otro en la presencia del uno (p. 5).*

El autor plantea que, en lo vincular dentro de las instituciones, se pone en juego la voluntad de dominio y saber/poder acerca del otro, donde esta relación suele expresar y afianzar que “le otro siga siendo le otro”, retomando el concepto de alteridad proveniente de la antropología.

### **Pero ¿qué es el afecto ? ¿y las emociones?**

Solana y Vacarezza (2020) plantean la diferencia conceptual entre “afecto” y “emoción” elaborada por Brian Massumi (1995) y retomada por quienes se ubican en la línea de Deleuze y Spinoza. Según esta perspectiva,

*los afectos son definidos como intensidades o fuerzas somáticas que aumentan o disminuyen la capacidad de actuar de un cuerpo (Massumi, 1995). En tanto productos de la experiencia sensorial, son fenómenos no-conscientes y no-verbales y sólo adquieren un contenido semántico cuando se convierten en emociones, es decir, cuando se las codifica y narrativiza según normas sociales existentes. A diferencia de las emocio-*

---

historiadores en que más que pretender dar cuenta del pasado, plantea la necesidad de indagación de los procesos que han hecho posible en la historia la configuración presente. (...) La genealogía es una historia que va a mostrar los motivos por los cuales algo de la historia (costumbre, práctica social, institución) comienza, pero no se mantiene a través del tiempo. (...) La genealogía marca la discontinuidad de la historia. Entre un hecho y otro no hay continuidad sino ruptura. Hay ciertas continuidades que están sepultadas. La genealogía exalta las pequeñas novedades y con ellas va derrumbando las presuntas grandes verdades de la historia”. (p. 85)



*nes, los afectos exceden las convenciones culturales, difieren del pensamiento consciente, y tienen una dinámica y una vida propia que es autónoma de la estructura social (p.3).*

Los feminismos desde sus orígenes plantean interés en los afectos, las emociones y los sentimientos. A partir de la década de los 90 se realizaron numerosos trabajos desde las teorías sobre la subjetividad, la teorías del cuerpo y las teorías feministas, con un interés por estudiar el rol de los afectos y las emociones en la constitución del sujeto y de lo social. A ese movimiento se lo llamó “giro afectivo”.

Sara Ahmed (2015), siendo pionera de ese movimiento, se interesa por las emociones en función de *cómo nos mueven*, teniendo en cuenta que “conllevan movimientos de acercamiento y alejamiento con respecto a los otros y, de esa manera, definen los límites de los espacios tanto corporales (individuales) como sociales (colectivos)” (p. 315).

Martín-Hernández (2020) destaca el trabajo en este mismo sentido de Michael Hardt (2006) cuando expresa que:

*El trabajo afectivo constituye directamente y en sí mismo la creación de comunidades y de subjetividad colectivas. (...) Hardt aboga por construir redes de producción de afectos como procesos de constitución social. Afirma que la producción de afectos y subjetividades tiene un potencial de transformación significativo en los órdenes capitalista y patriarcales (p.707).*

Por otro lado Juárez (2008) plantea que, como consecuencia de la modernidad, se produce una “despolitización de las emociones”, por el cual los afectos son expulsados del campo del interés político y la construcción social.

Todos los autores mencionados en este apartado acuerdan en el carácter social, colectivo y político de los afectos y las emociones y el potencial subversivo de los mismos para colarse en los intersticios del sistema y generar transformaciones sociales.

### **La inmunidad del desafectarse**

Vir Cano, en *Ética Tortillera* (2015), plantea -en relación a la academia- algo que quisiera retomar sobre las instituciones de salud y las intervenciones profesionales en las mismas. Le autore, plantea la existencia de “una lógica dual que discurre por la vía inmunitaria pretendiendo delimitar esferas de competencia y prevenir la contamina-

ción de las mismas” (p.24). Y menciona que, para evitar dicho contagio, se han instalado ciertos usos y costumbres, cierto *êthos* que regula “qué es pertinente y qué no en cada contexto, qué debe ser dicho y explicitado, y qué debe ser callado”(ibid).

Cano (2015) comparte que en la academia -como en las instituciones donde nos insertamos los profesionales de la salud- se negocian los saberes que serán legitimados, y aquellos que Foucault denominó “saberes sometidos”<sup>4</sup>. Plantea que ante esto es menester discutir y negociar no sólo los saberes, sino también “los modos de pensar la vinculación entre ellos y los sujetos que los re-producen, enseñan, critican y transforman” (p. 31).

En ese sentido, al igual que en su texto Borrador para un abecedario del desacato (2021) citado al comienzo, nos invita a abandonar la pretendida asepsia teórica; la inmunidad de la supuesta objetividad que pretende -en nuestro ámbito- un sistema de salud no centrado en las personas sino en enfermedades, prácticas y procedimientos.

### **El afecto y la perspectiva de cuidado en el ámbito de la salud. La ternura en acto.**

Stolkiner (2007) menciona que “La APS<sup>5</sup> integral con enfoque en salud mental incorpora acciones de prevención y promoción en acciones generales de salud, a fin de reincorporar la dimensión subjetiva, generalmente eludida en los modelos de atención, buscando así humanizarla” (en Bang, 2014, p. 112).

La autora refiere que:

*El concepto de cuidado en salud acentúa esta dimensión subjetiva, reconociendo la importancia del vínculo afectivo en la atención (Franco & Merhy, 2011) e impulsando prácticas en salud basadas en lo relacional, en donde el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo (Ayres, 2002) (en Bang, 2014, p. 114).*

4 “Y por saber sometido entiendo dos cosas. Por una parte, quiero designar, en suma, contenidos históricos que fueron sepultados, enmascarados en coherencias funcionales o sistematizaciones formales. [...] Con esa expresión me refiero, igualmente, a toda una serie de saberes que estaban descalificados como saberes no conceptuales, como saberes insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, saberes jerárquicamente inferiores, saberes por debajo del nivel del conocimiento o de la cientificidad exigidos. Y por la reaparición de esos saberes de abajo, de esos saberes no calificados y hasta descalificados: [...] ese saber que yo llamaría, si lo prefieren, saber de la gente (y que no es en absoluto un saber común, un buen sentido, sino, al contrario, un saber popular, un saber local, regional, un saber diferencial, incapaz de unanimidad y que sólo debe su fuerza al filo que opone a todos los que lo rodean), por la reaparición de esos saberes locales de la gente, de esos saberes descalificados, se hace la crítica.” Foucault, M., *Defender la sociedad*, Bs. As., FCE, 2000, “Clase del 7 de enero de 1976”, p. 21.

5 Atención Primaria de la Salud (APS)

Chardón y Scarímbolo (2011) definen al cuidado como un sistema de actividades destinado a promover, sostener la vida y la calidad de vida de las personas, caracterizado por la construcción de un lazo social tierno que tenga en cuenta la posibilidad de “alojar” al otro en acto. Asimismo, tomando como base desarrollos de Ulloa (1995), destacan el papel fundamental que en dichos cuidados juega la ternura. Ulloa conceptualiza a la misma como una “instancia ética” que posee tres condiciones: el miramiento y la empatía, a las que en otros textos se agrega el buen trato.

A partir de esto **Chardón y Scarímbolo (2011) plantean que:**

*no existe cuidado sin la instauración de un vínculo; y que dicho vínculo debe estar sustentado en una corriente afectiva tierna, y que estas tres condiciones -que Ulloa presenta como propias de la ternura- podrían considerarse, a su vez, características fundamentales del cuidado. Asimismo, podría proponerse cierto fundamento ético común a cualquier práctica definida como cuidado: se trata del reconocimiento del otro como semejante -como sujeto de derechos- cuya dignidad impide que sea tomado como objeto, cosa, instrumento o mercancía (Chardon y Scarímbolo 2011 en Michalewicz y otros 2014, p.223).*

En este punto, retomo y profundizo en la construcción teórica de Franco y Merhy (2011) los cuales postulan que:

*En el encuentro entre el trabajador y el usuario, ambos tienen la capacidad de afectarse el uno al otro, y esto se da por las intensidades que circulan entre las relaciones que se establecen entre los dos cuerpos, entendiendo como cuerpos a los sujetos en acción como trabajador y usuario, o trabajador y trabajador, pero también de ellos con las normas, saberes, instrumentos que configuran cuerpos en el escenario del cuidado en salud. Según Espinosa, citado por Deleuze (2002), los afectos pueden causar alegría o tristeza, aumentando o disminuyendo respectivamente la potencia de los sujetos de actuar en el mundo de la vida. En el caso específico de la salud, las conexiones entre los diversos procesos de trabajo que se realizan entre trabajadores-trabajadores y trabajadores-usuarios pueden formar un campo energético, invisible, que funciona en flujos circulantes que envuelven al cuidado en acto y configuran “líneas de vida” o “líneas de muerte”, según si el encuentro trabajador-usuario produce acogimiento, vínculo, autonomía, satisfacción, o un modo de actuar que*

*se manifieste de forma acotada, burocrática, produciendo heteronomía, insatisfacción. Dependiendo de la situación existente habrá un aumento o reducción de la potencia de actuar (p. 11-12).*

¿Y el trabajo social? ¿distancia o cercanía óptima? El trabajo desde/con la vulnerabilidad

Me pregunto donde se ubican los afectos en el ethos profesional del trabajo social, en las marcas identitarias de la misma.

Marta Manigot (2002) sostiene que la “distancia óptima” constituye la posibilidad de incluir resonancias sin confundirse con el grupo para aumentar la comprensión de éste y que conseguirla implica un ejercicio. Plantea a su vez la existencia de dos polos: una distancia excesiva como mirada distante que obtura y empobrece la comprensión y, la falta de distancia, que implica una identificación tal con el grupo en la cual las resonancias producidas nublan la mirada y la comprensión.

La colega Mercedes Nieto (2017) construyó el concepto de cercanía óptima para superar el de distancia óptima, entendiendo que para intervenir se precisa de cercanía y perspectiva. Me interesa destacarlo ya que, como mencioné en un comienzo, entiendo al lenguaje como performativo y por tanto, el planteo de la *distancia* óptima considero que nos propone que el alejamiento es la norma de las “buenas” intervenciones profesionales. Ese otre deviene en alteridad, en ajenidad, y desde esa distancia es desde donde nos solemos vincular en las prácticas profesionales.

Nieto (2017) plantea a su vez que afectarse es estar disponibles, presentes, vulnerables. Pero ¿qué es la vulnerabilidad?. Como trabajadores sociales conocemos bien el concepto de *vulnerabilidad social*, tan utilizado en nuestro ámbito para dar cuenta de cómo las manifestaciones de la cuestión social se impregnan en las realidades de los sujetos “destinatarios” de nuestras intervenciones. En ese sentido, solemos entender la vulnerabilidad en su connotación negativa, como experiencia producto de la desigualdad social. Pero, en este caso, me interesa retomar el concepto de vulnerabilidad como premisa necesaria para construir un vínculo, para que permee la afectividad.

Suely Rolnik (2006), define la vulnerabilidad como:

*la condición para que el otro deje de ser simplemente un objeto de proyección de imágenes preestablecidas y pueda convertirse en una presencia viva, con la cual construimos nuestros territorios de existencia y*

*los contornos cambiantes de nuestra subjetividad. Ser vulnerable depende de la activación de una capacidad específica de lo sensible (en Martín-Hernández, R., 2020, p.709).*

### **El afecto en el primer nivel de atención en salud. Lógicas del territorio.**

Más allá de la revisión bibliográfica y conceptual sobre el afecto y el cuidado, considero necesario reterritorializar mi praxis. Como residente de salud, en mis tres años de devenir residente habité diferentes rotaciones. Las residencias en salud se construyen de rotaciones con duraciones estimadas de entre tres a seis/ocho meses. La particularidad de los últimos años de la residencia de trabajo social del PRIM Lanús es el trabajo constante en el consultorio de trabajo social del CAPS 1ro de Mayo a lo largo de todos los años de residencia. Si bien distan los objetivos y la cantidad de días y horas que permanecemos en dicho espacio, fue una decisión colectiva de los residentes que el consultorio de trabajo social no sea un espacio de rotación más, sino nuestra rotación principal, base de nuestro trabajo. Esto, entendemos, nos posibilita realizar acompañamientos de situaciones a largo plazo, permitiendo profundizar los vínculos con las personas usuarias.

Pero ¿cuál es la potencialidad del primer nivel para la circulación de los afectos? Considero que el primer nivel de atención en salud permite esa cercanía óptima que plantea Nieto, al formar parte de un territorio<sup>6</sup>, donde la institución se enlaza más allá de los profesionales que lo habiten en tal o cual momento. La ubicación, la presencia de promotoras de salud del barrio, proponen una accesibilidad geográfica y también simbólica, donde las personas usuarias que allí se atienden suelen sentirse más alojadas que en instituciones hospitalarias que -ya desde lo arquitectónico-, plantean un distanciamiento con las realidades y la vida cotidiana<sup>7</sup> de las personas usuarias. Sin embargo, no es condición para trabajar en el CAPS el dejarse interpelar y trabajar desde la afectación, aunque muchos profesionales sean permeables a ello. En mi entender, que eso no ocurra en un ámbito propicio para ello, tiene que ver con la primacía que las lógicas desafectadas, propias del modelo médico -o profesional- hegemónico, tienen sobre los profesionales.

<sup>6</sup> Risler y Ares desde Iconoclastas (2013), refieren que al territorio lo moldean las personas y sus acciones, representaciones, imaginarios, percepciones, creencias. El territorio se construye en tanto ámbito de acción, la que debe necesariamente ser contextualizada como participación comunitaria: en la que la comunidad es parte decisora de las acciones.

<sup>7</sup> Tal y como expresa Lukács " la vida cotidiana es insuprimible. No hay sociedad sin cotidianeidad, no hay hombre sin vida cotidiana. En cuanto espacio-tiempo de constitución, producción y reproducción del ser social, la vida cotidiana es imposible de ser eliminada." en Netto, 2012, p.30) y, es en esa vida cotidiana donde intervenimos como profesionales de la salud.

Pero entonces, ¿Cómo permearse de la lógica de la cercanía del primer nivel? Como residentes de una residencia PRIM, con dispositivos de intervención e intercambio interdisciplinarios, con posibilidades de trabajar desde la intersectorialidad, con sede en un CAPS barrial, tenemos todas las condiciones dadas para habilitar la construcción de prácticas más cercanas, afectadas y afectuosas. Sin embargo, y con esto concluyo, considero que esto no es posible sin un espacio de reflexión que fomente las prácticas afectivas y afectivizantes en salud desde una perspectiva de cuidado.

### **A modo de ¿cierre?**

Y ¿por qué tanta búsqueda de diferentes marcos teóricos sobre el afecto/lo vincular/ el cuidado en salud? ¿Por qué pensar nuestras prácticas en salud de esta manera? Hablar de afectos y emociones pareciera ser una propuesta más filosófica que práctica en el mundo de las ciencias sociales “duras” y el modelo profesional hegemónico. Pareciera partir más de un regocijo intelectual sin injerencia útil para nuestras prácticas, o, por el contrario, de un capricho emotivo de sensibilizar nuestras prácticas. Sin embargo, la idea de este escrito es que se convierta en una invitación más a pensarnos, a bucear en diferentes marcos teóricos, semiológicos y epistémicos que nos permitan poner en cuestión la solemnidad, la objetividad y la asepsia del campo de la salud. Permeando a su vez los discursos del trabajo social, invitándonos a desarmar(nos) para construir otras prácticas posibles. Considero que es menester repensar nuestro “estar siendo”<sup>8</sup> profesional y embarcarnos en el arduo camino de afectarnos para realmente alojar a los otros que pretendemos acompañar y alojarnos a nosotros mismos en ese mismo proceso.

Afectarse no puede ser mala palabra en las prácticas profesionales. No desde una perspectiva maternalista o paternalista, no como una sobreimplicación o producto de la subjetividad heroica<sup>9</sup>. Afectarse para alojar al otro, desde la ternura, con miramiento, empatía y buen trato, para construir con los otros, procesos de salud instituyentes.

Será tal vez este escrito un recordatorio, un post it que esté siempre frente a mis prácticas y las de con quienes trabajo, de no esquematizar las mismas, que los gajes de

8 Kusch (2018) propone para decolonizar las lógicas de pensamiento del SER europeo, -el cual se basa en una racionalidad, individualista, no comunitaria, sin cuerpo, sin sentimientos ni afectividad- ensayar un estar siendo: “Frente a la lógica del ser, reforzada en la educación de un deseo de “ser alguien”, el estar como arraigo, como identidad: con la tierra, con la comunidad, con el paisaje, con la cultura propia como “horizonte simbólico”, como “el estado de cultivo de un sujeto, su tácita inclusión en un domicilio existencial, y la consiguiente restitución de una fuente de valores, no siempre explícita pero vigente, canalizada por el universo simbólico”. (p.2)

9 De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (1999). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Conferencia en el Hospital Durand, Buenos Aires.

la estatalidad burocrática no nos permeen tan profundo -por lo menos no desde tan pronto-. Que podamos aletargar esas desafecciones institucionales en nuestras prácticas profesionales. Que podamos dar batalla contra el aniquilamiento/arrasamiento de lo subjetivo. Que podamos buscar herramientas contra ese acostumbramiento nocivo, esa robotización inocua y desesperanzada, que destruye también nuestra perspectiva ético-política de transformación social. Para que no dejemos de producir salud con otros, para que el trabajo sea vivo en acto<sup>10</sup> como plantea Merhy y no una batería de intervenciones protocolizadas vacías de significaciones e interpelaciones posibles.

A partir de esto, pienso en la importancia de generar estrategias “anti-inmunes” que nos permitan afectarnos y a su vez, acompañarnos en esas afectaciones.

#### **Bibliografía:**

- Ahmed, S. (2015). La política cultural de las emociones. Mexico D.F: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. 2015.
- Bang, C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. EN: Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad. N° 12. Universidad de Buenos Aires, Argentina, 2014.
- Butler, Judith Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. Buenos Aires - Paidós 2002.
- Cano V, Ética tortillera : ensayos en torno al êthos y la lengua de las amantes . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Madreselva, 2015.
- Cano, V. Borrador para un abecedario del desacato. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Madreselva, 2021.
- Esquivel, V; Faur, E; Jelin, E. Las Lógicas del cuidado Infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. Cap. I .IDES. 2012.
- Foucault, M. Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones, Alianza Editorial, Madrid, 1981, 1984, 1985, 1988, 1994, 1995, 1997,2000 ISBN: 84-206-1816-0

<sup>10</sup> “Merhy recupera para la salud colectiva el concepto y la potencia del trabajo vivo, caracterizándolo como un proceso agenciado por sujetos, que trae en sí el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva. Naturalmente que el proceso productivo de la salud es contradictorio y el trabajo vivo puede ser capturado por la lógica instrumental de producción del cuidado: el trabajo muerto. Pero la importancia de este concepto aplicado al proceso de trabajo en salud revela la posibilidad que tienen los trabajadores de realizar su trabajo con un alto grado de libertad, ejerciendo, podemos decirlo así, un razonable autogobierno sobre su actividad productiva.” (Franco y Merhy, 2011,p.13)

- Franco, T.;Merhy, E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires, Enero-Abril 2011
- Manigot, M. "El observador: fatigas y placeres de un itinerario complicado". Editorial Cinco. Buenos Aires. 2002.
- Martín-Hernández, R.. Prácticas artísticas contemporáneas y circulación de afectos. *Relaciones entre imagen, experiencia, agencia y afectividad. Arte, Individuo y Sociedad* 32(3), 697-714. 2020.
- Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S, Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado. Elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXI, 2014, pp. 217-224. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
- Netto, JP. (2012) "Para una crítica de la vida cotidiana" EN: *Trabajo Social: Crítica de la vida cotidiana y Método en Marx*. Cappello, M. Mamblona, C. (comp). Colección
- *Debates en Trabajo Social*. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Nieto, M. Sobre el concepto de Cercanía óptima, *Revista Margen* N° 84, Marzo 2017
- Ramirez, M; Henry, V; Stahl Bürger, T. Kusch R. (2018): hacia una pedagogía del estar siendo en América. IV ENCUENTRO HACIA UNA PEDAGOGÍA EMANCIPATORIA EN NUESTRA AMÉRICA. Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini.
- Risler, J. y Ares, P. (2013). *Manual de mapeo colectivo : recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa*. Buenos Aires : Tinta Limón.
- Solana, M; Vacarezza, N. L. "Relecturas feministas del giro afectivo". *Revista Estudios Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 2, e72448, 2020.
- -Skliar, C, "Los sentidos implicados en el estar-juntos de la educación", *Revista Educación y Pedagogía*, Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad de Educación, vol. 22, núm. 56, enero-abril, 2010, pp. 101-111.



## LA VIRTUALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

### Autoras

Stella M. Paganini, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Cintia E. Ramunno, Boulogne, Provincia de Buenos Aires.

---

**RESUMEN:** Dentro de los cambios que transformaron la atención en salud, en el contexto de la pandemia, la virtualidad ocupó un lugar destacado.

Teniendo como objetivo principal conocer el impacto que la telemedicina generó en los profesionales de la salud, realizamos una encuesta<sup>1</sup> semiabierta, autoadministrada, de carácter anónimo, que difundimos a través de WhatsApp-email, dirigida a los profesionales esenciales que trabajaron de manera resiliente durante la contingencia.

La franja etaria que participó oscila entre los 25 años hasta mayores de 60 años. Los resultados demostraron que el 68% de los encuestados adoptaron la modalidad virtual para realizar su trabajo, pero tan sólo el 31.6% decidió continuar en la actualidad con este sistema. Una de las plataformas más utilizadas fue el zoom - meet (42.5%) como así también el WhatsApp (41.4%). En cuanto al aspecto jurídico de esta práctica, solo el 21.1% conocía el marco legal que encuadra esta forma de trabajo. Al mencionar los honorarios profesionales, encontramos que el 41.8% de los que participaron de la entrevista lograron los medios adecuados para percibirlos. Al indagar sobre el vínculo entre el profesional de salud y el usuario, sólo el 17.3% respondió que no existió diferencia entre la asistencia virtual o presencial. Eso nos desafía a que si bien esta herramienta llegó para instalarse en nuestros trabajos, la mirada empática y humanística del profesional no debe perderse, creándose un nuevo reto al momento de escuchar un paciente que ahora se encuentra detrás de una pantalla. Según una tesis realizada<sup>1</sup> en la

---

<sup>1</sup> Universidad de San Marcos, situada en Lima, Perú. Autora: Mera Yauri, Andrea.

Universidad de San Marcos (2021) (1) el 65% de los obstetras tuvieron una percepción favorable del uso de la telemedicina, su gran mayoría asevera la necesidad de capacitación en el uso de la misma para poder sortear las dificultades observadas durante su uso e implementación.

**Palabras clave:** telemedicina- asistentes de la salud- Sars Cov2- salud holística

### **Introducción**

El 30 de diciembre de 2019 las autoridades sanitarias de Wuhan informaron sobre el diagnóstico de 27 casos de personas con síndromes respiratorios agudos graves y de origen desconocido. Un mes después se declararon casos alrededor de todo el mundo y las primeras 169 muertes. El 7 de marzo del año 2020 se confirmó el primer fallecido en nuestro país a causa del virus Sars Cov2. (2)

Para poder enfrentar la pandemia, en Argentina, así como en el resto del mundo, se tomaron una serie de medidas sanitarias, económicas y sociales, destacándose dentro de ellas el aislamiento preventivo estricto, que tuvo su inicio el 20 de marzo del 2020. A medida que el tiempo pasaba, algunas actividades no se podían seguir dilatando. Por lo que la salud y el acceso a la misma fue un tema de gran preocupación.

Si bien la virtualidad llevaba ya un tiempo entre nosotros, durante este periodo la telemedicina ha cobrado una fundamental importancia y ha alcanzado una gran expansión de manera tal que, a través de ella, se pudieron derribar las barreras que esta pandemia nos había impuesto.

La finalidad de este trabajo es intentar demostrar cómo han percibido los trabajadores de salud el uso de esta herramienta. Si aún hoy, que ya no existen restricciones de movilidad, sigue siendo esta modalidad una opción para brindar la atención, nos preguntamos cuáles son las limitaciones y dificultades y las múltiples ventajas encontradas que nos lleven a pensar que esta forma de atención ha llegado para permanecer entre nosotros.

## Marco Teórico

### *¿Qué es la Telemedicina?*

Las distintas definiciones de telemedicina hablan de las técnicas y tecnologías utilizadas para este tipo de práctica; su significado etimológico es “medicina a distancia”. (3)

La OMS (2020) describe a la telemedicina como *“el suministro de servicios de atención sanitaria en los casos en que la lejanía es un factor crítico, es llevada a cabo por profesionales sanitarios que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, para el intercambio de información válida, para hacer diagnósticos, prevención y tratamiento de enfermedades, para la formación continuada de profesionales en atención a la salud, así como para actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de sus comunidades”*.

Debemos tener en cuenta que también podría describirse como un medio de comunicación y consulta entre distintos profesionales de la salud, logrando un abordaje más integral en la asistencia de un paciente.

### **Ventajas Y Desventajas (Sotosa J., et al.2010) (4)**

Entre las principales ventajas podemos mencionar:

- Nos otorga la capacidad de trascender límites geográficos y temporales, logrando mayor satisfacción de los pacientes y obteniendo una comunicación rápida, efectiva y económica, evitando el traslado de ambas partes.
- Facilita el acceso a servicios sanitarios de alta calidad. Nos permite la recolección, el procesamiento, el análisis, almacenamiento y la visualización de datos médicos.
- Favorece la disminución del tiempo de espera para el diagnóstico oportuno.
- Reduce el número de derivaciones a consultas especializadas sin demoras ni desplazamientos.

Las principales barreras que ofrece la telemedicina son:

- Infraestructura de las telecomunicaciones: requiere para su implementación de equipos actualizados que deben ser constantemente renovados. Generando el riesgo ocasional de la pérdida de datos.

- Legalidad de las prácticas: falta de unificación en la responsabilidad del profesional de la salud que realiza consultas sin estar presente.
- Privacidad del paciente: por aumento de flujo de la información.
- Resistencia de las compañías de seguros: en el pago de honorarios de la asistencia realizada de manera remota, priorizando los conflictos de interés que nada tienen que ver con la atención del paciente.

### **¿Qué pasó con la relación médico paciente al usar la telemedicina?**

Con la llegada de la telemedicina como herramienta, cambió el paradigma existente entre la relación médico paciente y el profesional de salud, sin contacto físico, solo quedaba la confianza como columna principal.

La relación médico paciente en el acto médico, presencial como en el virtual, tiene como base el compromiso, la confianza, el reconocimiento junto con el respeto mutuo.

El profesional de la salud deberá estar actualizado e ir adquiriendo habilidades para lograr mantener la escucha activa y captar así las emociones del paciente, ahora mucho más lejano a través de una pantalla.

El reto está en lograr un diagnóstico con fórmulas sostenibles que sean simples y más eficientes en base a las necesidades del usuario. La complicación menos esperada y por la cual se lucha es en no caer en la despersonalización de la asistencia, en donde se dejan de lado los derechos del enfermo y solo prima el pensamiento del médico, en volver a un modelo paternalista que reinó durante muchos años, donde el profesional estaba en un pedestal y solo eso importaba.

### **Marco Legal**

En nuestro país se aprobó en octubre de 2020 un proyecto de ley para la regulación de la telemedicina. Dentro de él, encontramos como objetivo principal, organizar esta modalidad de atención, la capacitación de los profesionales, la creación de un banco de datos y el diseño de un consentimiento informado para aquellos usuarios que utilicen este medio.

El objetivo es lograr que la atención a distancia tenga la misma validez que una consulta presencial y que se encuentre contenida dentro de la legalidad. Este proyecto

busca definir las características y las condiciones en las que la telemedicina y la tele-salud deben ser implementadas.

**A continuación, les mencionamos las leyes vigentes en nuestro país**

- Ley N° 27553 2 Recetas Digitales
- Ley N° 25326 3 Protección de datos personales.
- Ley N° 26529 4 Derechos de los pacientes

**¿Qué pasa cuando el contacto físico no es posible? ¿Qué nos pasa cuando no existe experiencia en esa modalidad de cuidado?**

**¿Nos sentimos capaces de brindar una buena atención cuando al querer evaluar el aspecto clínico nos interviene una pantalla?**

**Método**

**Objetivos Generales:**

- Demostrar la aceptabilidad que tuvo el uso de la telemedicina en los profesionales de la salud, donde el paciente se transformó en un usuario, durante la contingencia sanitaria en el contexto de la pandemia COVID-19.

**Objetivos Específicos:**

- Mencionar si los profesionales poseen conocimientos del marco legal sobre el uso de esta modalidad
- Conocer el nivel de adherencia a la telemedicina según la edad del profesional luego que finalizó el período de contingencia.
- Mencionar cuáles son los medios digitales más utilizados para la atención.
- Enumerar beneficios y obstáculos de esta modalidad de trabajo con los que se fueron encontrando al utilizar la virtualidad.
- Destacar dentro de la atención cuál fue el grado de conformidad con este sistema.

Se realizó un trabajo de tipo descriptivo y observacional. Se confeccionó una encuesta semiabierta, autoadministrada, anónima, que fue enviada por WhatsApp/ Email, en formato google forms (anexo 1). La misma fue dirigida a los profesionales de la salud,

2 Sancionada el 23 de julio del 2020, Ministerio de Salud de la Nación (5)

3 Sancionada en octubre del 2020, Ministerio de Salud de la Nación (6)

4 Sancionada en noviembre del 2009, Ministerio de Salud de la Nación (7)

tanto en el ámbito público como privado. El envío y la recepción de las respuestas se realizó desde el 20 de junio del 2022 hasta el 5 de julio del mismo año.

**Criterios de inclusión:** personal sanitario, que trabajó durante la pandemia COVID-19 (desde abril del 2020 hasta el 5 de julio de 2022) prestando servicios asistenciales en salud.

**Criterios de exclusión:** aquellos profesionales que no prestaron servicios durante la emergencia sanitaria.

### Variables

- Edad: variable numérica continua
- Profesión:obstétricas/os-médicas/os-enfermeros/as-psicólogos/as - nutricionistas
- Adecuación a la modalidad virtual de atención: si-no, variable dicotómica
- Modalidad de atención en la actualidad: virtual-presencial-mixta
- Registro la consulta en historia clínica: si-no, variable dicotómica
- Medios/plataformas utilizadas: WhatsApp-Facebook-Instagram-zoom- plataformas institucionales.
- Conocimiento del marco legal en telemedicina: si-no, variable dicotómica
- Satisfacción en la atención: satisfecho-poco\satisfecho-insatisfecho\ variable cualitativa

### Resultados

La encuesta fue respondida por 100 profesionales de salud 5

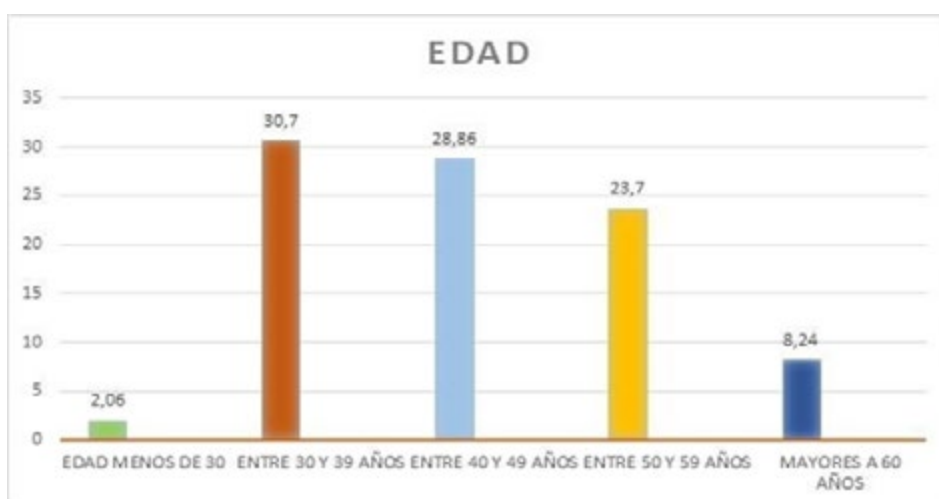


Gráfico 1: edad de los profesionales que participaron divididos en escala nominal por rangos

5 Resultados de las encuestas en anexo 2 "gráficos".

Evaluando la edad de quienes participaron, la dividimos en rangos etarios para su mejor análisis. Profesionales menores a 30 años: 2.06%. Entre 30 y 39 años, 37.1%. entre 40 y 49 años, 28.86%. Entre 50 y 59 años, 23.7%. Mayores a 60 años, 8.24%.



Gráfico 2: profesionales que brindaron asistencia en salud durante la contingencia

El porcentaje de respuestas, teniendo en cuenta la profesión fue: Obstétricas/os: 61%. Médico/a: 27%. Nutricionista: 4%. Psicóloga/o 3% y otros en los que incluimos: kinesio- logía, psicopedagogía y enfermería 5%.

Con respecto al uso de la virtualidad, el 68% de los encuestados mencionó haber utilizado esta modalidad durante el periodo de contingencia para prestar sus servicios. Investigando sobre su experiencia con las consultas a distancia, refirieron que se adecuaron con facilidad un 40% de los participantes y mencionaron haber tenido algunas dificultades en 45%. Al 7,1% le resultó muy complejo y 8.2% relató que nunca pudo adaptarse a este sistema.



Gráfico 3: Nivel de adecuación a la virtualidad en la asistencia sanitaria

Al interrogar sobre cuál es la forma de atención que están usando en la actualidad, el 31.6% de los profesionales contestaron que adoptaron una metodología que incluye tanto virtualidad como la presencialidad para prestar servicios de salud.

El 63.3% mencionó que volvió a la atención puramente presencial.

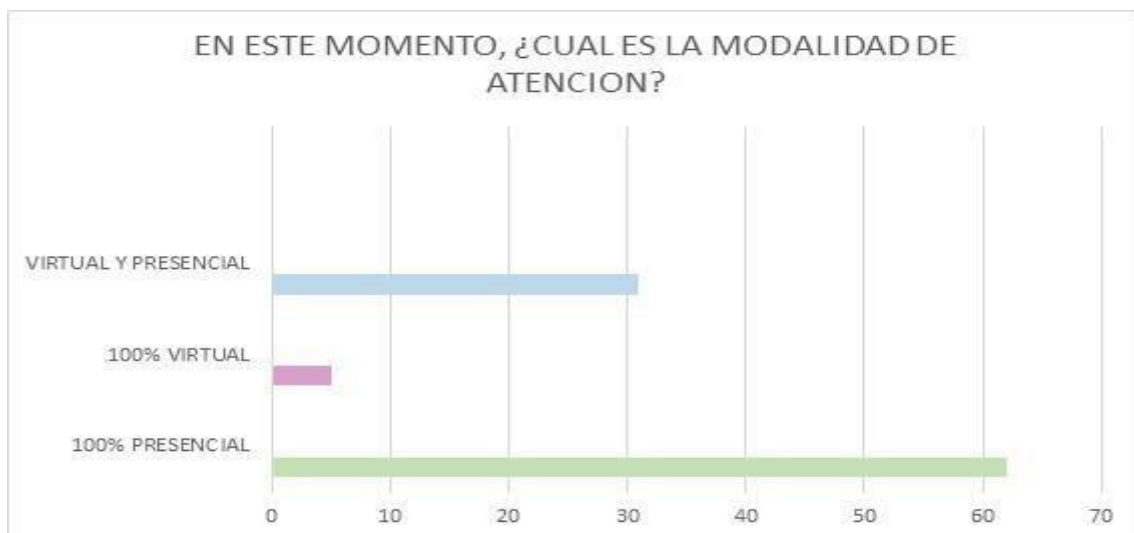


Gráfico 4: preferencia de atención en la actualidad

Con respecto a las plataformas /medios más utilizados para prestar su asistencia, el zoom/meet representa el 42.5%, el WhatsApp fue elegido por el 41.4% y el 10.3% utilizó



las plataformas de la institución donde se desempeña. El 6% mencionó utilizar para la atención Instagram y/o Facebook.

Solo el 41.8% de los prestadores de salud refirió haber encontrado medios adecuados para cobrar sus honorarios.

En relación con las respuestas sobre si tienen conocimiento de los aspectos legales en cuanto a la asistencia en salud a distancia, solo el 22.1% refirió conocer las implicancias jurídicas de esta modalidad de trabajo.

#### ¿Conoce los términos legales y de confidencialidad en esta modalidad de atención

95 respuestas

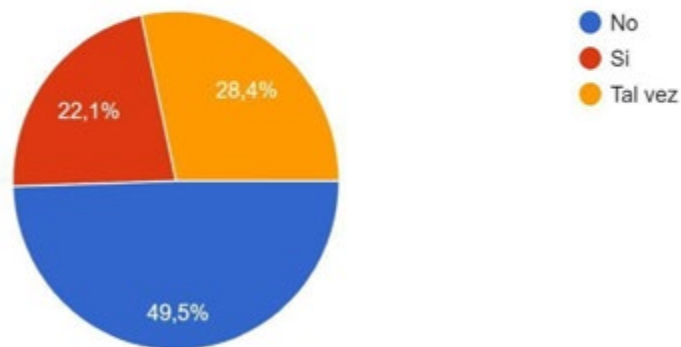


Gráfico 5: porcentaje de profesionales con conocimiento sobre el marco legal

Y teniendo en cuenta la pregunta anterior, sobre dónde asientan la información brindada en la consulta a distancia, el 30.7% refirió no registrarla en ningún medio (ni físico ni digital), mientras que el 69.3 % restante sí lo hizo, ya sea en una historia clínica digital, de papel o en ambas.

Con respecto a la calidad de atención, sólo el 17.3% respondió afirmativamente y considera que no hubo diferencias con respecto a la asistencia virtual o presencial. Solo el 39% de los encuestados refirió sentirse muy satisfecho con respecto a su labor utilizando este medio para realizar atención.

¿Cree que ofreció la misma calidad de atención que en la presencialidad?

84 respuestas

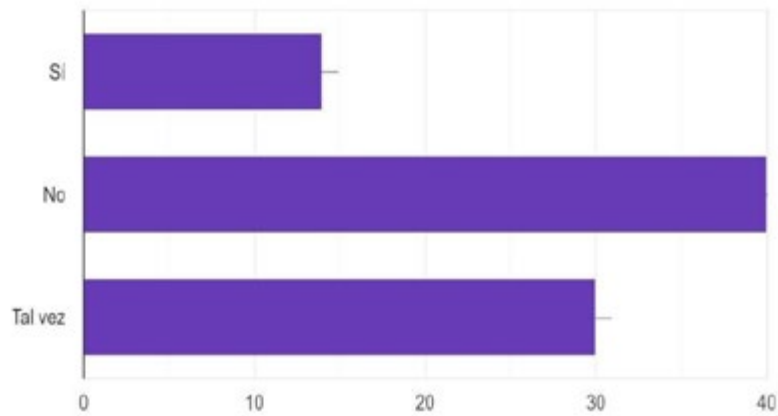


Gráfico 6: conformidad con la atención brindada

La insatisfacción la atribuyen a la dificultad en la conexión (47.1%), a los impedimentos para establecer un buen trato con el usuario (23.5%) y a la imposibilidad de hacer un diagnóstico certero (17.6%).

¿Se sintió satisfecho con los resultados de las consultas?

82 respuestas

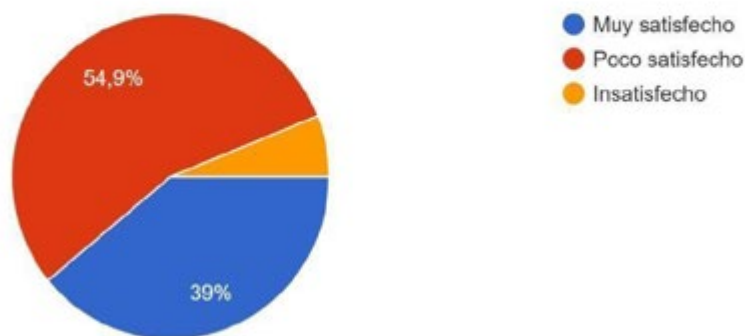


Gráfico 7: porcentaje de profesionales satisfechos con los resultados de las consultas

Los profesionales consideraron en el 61% de las encuestas, que los motivos de consulta fueron necesarios.

Investigando sobre sí percibieron que pudieron dar una respuesta satisfactoria y completa al motivo de consulta, el 81.7% respondió que pudo hacerlo la mayoría de las veces.

Sólo el 18.1% de los entrevistados mencionó que se respetó la duración de la consulta, los horarios pautados y que no recibieron consultas fuera de su horario de trabajo.

Evaluando el tiempo que utilizaron los prestadores de salud para brindar atención con esta modalidad de trabajo, el 39% refirió que le permitió ahorrar tiempo en la atención; mientras que el 52.4% mencionó que la atención requirió más tiempo que en la consulta presencial.

### **Conclusión**

Podemos aseverar que la telefonía celular es el medio electrónico más difundido entre toda la población y el más utilizado para establecer contacto remoto entre usuarios y profesionales de la salud. (8)

Esta herramienta tiene un enorme potencial, que podemos adaptar a las necesidades del usuario y del profesional, pero creemos que se necesita mayor capacitación en este aspecto y es urgente difundir los aspectos legales y éticos de esta modalidad de trabajo entre quienes quieren implementarla.

El contacto físico entre el usuario y el proveedor de salud es esencial e insustituible.

Debemos tomar estas herramientas que nos ofrece la tecnología como complementarias de la atención en salud. El objetivo es maximizar los beneficios y disminuir los riesgos.

Consideramos que podemos adoptar herramientas que nos ofrece la virtualidad para enriquecer y facilitar la atención, formando parte de un modelo de salud que busca la inclusión, sin deshumanizarla ni que pierda valor el vínculo con quien solicita atención en salud, priorizando una comunicación clara y efectiva, en un espacio privado y confidencial.

### Referencia Bibliográfica

- 1-Yauri A. (2021). Percepción del uso de la telemedicina durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 en profesionales de obstetricia de Lima Metropolitana. [tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]Universidad del Perú.[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/17475/Mera\\_ya.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/17475/Mera_ya.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 2-Giménez C., Rabinovich D., Colussi G., Otero C., Benítez S.(2021). De la presencialidad a la virtualidad en tiempos de pandemia: la experiencia del Hospital Italiano de Buenos Aires. Revista Hospital Italiano de Buenos Aires. Vol 41, n°2. [https://instituto.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/127282\\_90-96-13-12-21-Gimenez-A.pdf](https://instituto.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/127282_90-96-13-12-21-Gimenez-A.pdf)
- 3-Resolución N° 21/2019, Artículo 5° Recomendación para el uso de la telemedicina. Ministerio de salud y desarrollo social, dirección nacional de sistemas de información de salud. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/216549/20190913>
- 4-Sotosa J., Párraga I., Torres J., Lopez J. (2011) . Tecnologías de la Información y las Comunicaciones: Telemedicina Revista clínica Médica familiar edición n° 4 (1): 42-48. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n1/especial1.pdf>
- 5-Ley N° 27553/2020, Ley de recetas electrónicas o digitales. Ministerio de Salud de la Nación, promulgada 23 de julio del 2020. <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/recetas-electronicas>
- 6-Ley n° 25326/2020, Protección de los datos personales. Ministerio de Salud de la Nación. Promulgada el 30 de octubre del 2020 <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790>
- 7-Ley n° 26529/2009, Derechos del paciente. Ministerio de Salud de la Nación, promulgada el 19 de noviembre de 2009. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>
- 8-Cáceres Méndez Edward, Castro Díaz Sergio, Restrepo Gómez Carlos, (2011) Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas en el aprendizaje. Revista universitaria médica. Volumen 52 N°1. 11-35. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231019866002.pdf>

## Anexos

## Encuesta

Edad
Profesión
<p><b>¿Uso la virtualidad para prestar sus servicios de salud?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• -Si</li> <li>• -No</li> </ul>
<p><b>¿Cómo vivió la experiencia de trabajar en esta modalidad?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• -Pude adaptarme fácilmente</li> <li>• -Tuve algunas dificultades</li> <li>• -Me resultó complejo</li> <li>• -Nunca me adapte</li> </ul>
<p><b>En este momento ¿Cuál es su modalidad de atención?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• -100 % presencial</li> <li>• -100% virtual</li> <li>• -Virtual y presencial</li> </ul>
<p><b>¿Qué medios o plataformas utilizó con mayor frecuencia?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• -WhatsApp</li> <li>• -Instagram- Facebook</li> <li>• -Zoom- meet</li> <li>• -Plataforma de la institución</li> </ul>
<p><b>¿Encontró una buena metodología de cobro?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• -Si</li> <li>• -No</li> <li>• -No siempre</li> </ul>

**¿Conoce los términos legales y de confidencialidad en esta modalidad de atención?**

- -Si
- -No
- -Tal vez

**Pudo registrar los datos obtenidos de las consultas en**

- -Hc digital
- -Hc física
- -No la registro
- -Utilice ambas historias clínicas

**¿Cree que ofreció la misma calidad de atención que en la presencialidad?**

- -Si
- -No
- -Tal vez

**¿se sintió satisfecho con los resultados de las consultas?**

- -Muy satisfecho
- -Poco satisfecho
- -insatisfecho

**Si su respuesta fue insatisfecha ¿Cuál cree que fue el motivo?**

- -Dificultades en la relación médico-paciente
- -Dificultades en la conexión
- -Respuestas insuficientes- diagnóstico dudoso
- -Otra

**Sintió que los motivos de consulta fueron siempre**

- -Necesarios
- -Innecesarios
- -Ni uno ni otro

**¿Sintió que pudo resolver los motivos de consultas satisfactoriamente?**

- Siempre
- La mayoría de las veces
- Nunca

¿Cree que se respetó el límite en el uso de la telemedicina y su privacidad (mensajes fuera de hora, consultas no urgentes, conexiones fuera del horario pautado, etc.)

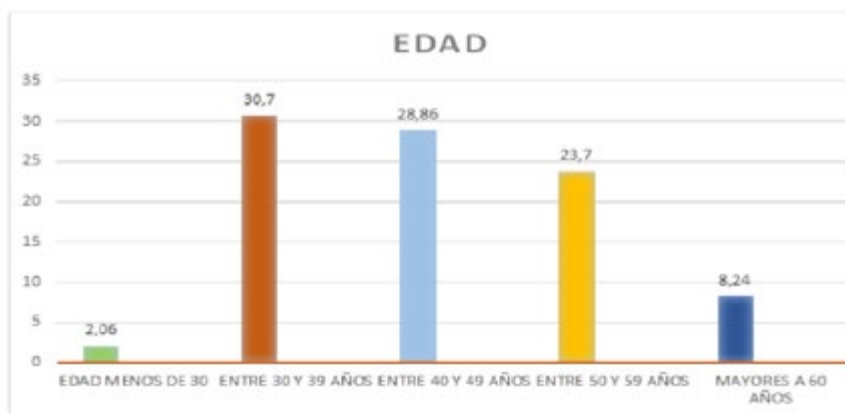
- -Si
- -No
- -No siempre

Con respecto al tiempo invertido en esta nueva forma de atención cree que -Ahorro tiempo

- -Trabajo más que antes
- -otra

## Gráficos

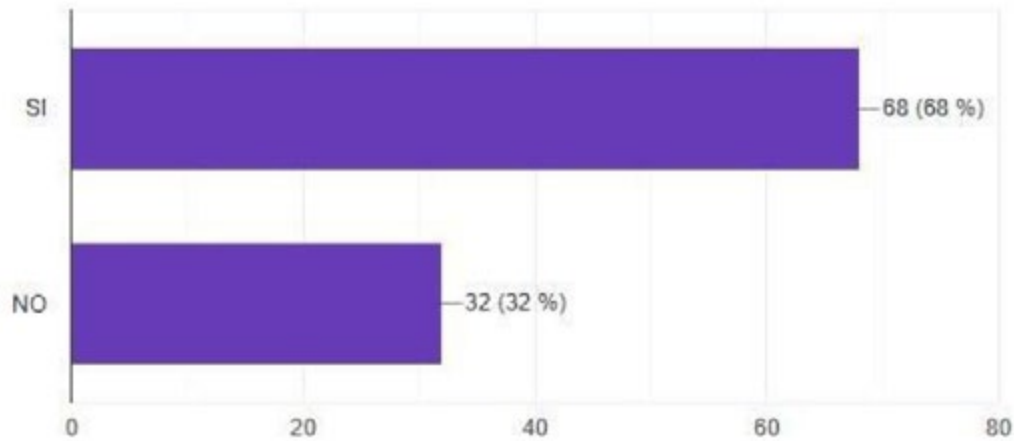
### 1-EDAD



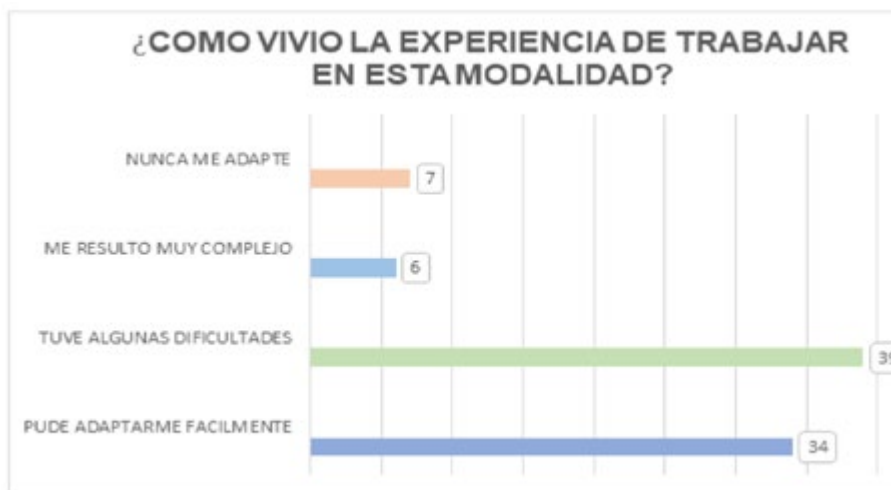
### 2- PROFESIONES



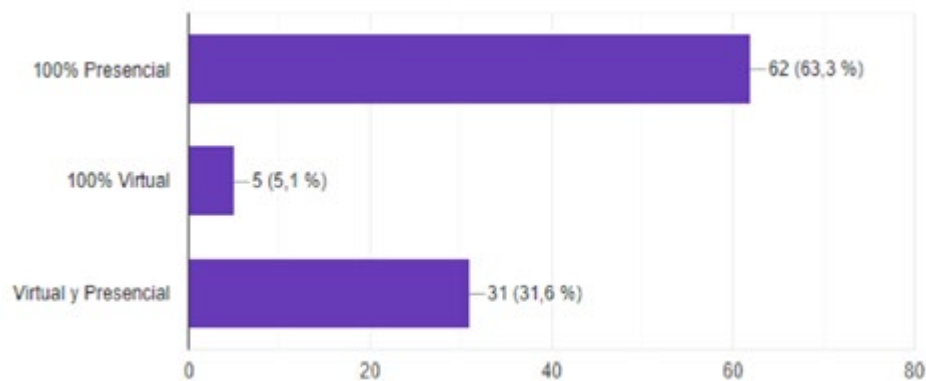
## 3- ¿USÓ LA VIRTUALIDAD PARA PRESTAR SUS SERVICIOS?



## 4- ¿CÓMO VIVIÓ LA EXPERIENCIA DE TRABAJAR EN ESTA MODALIDAD?

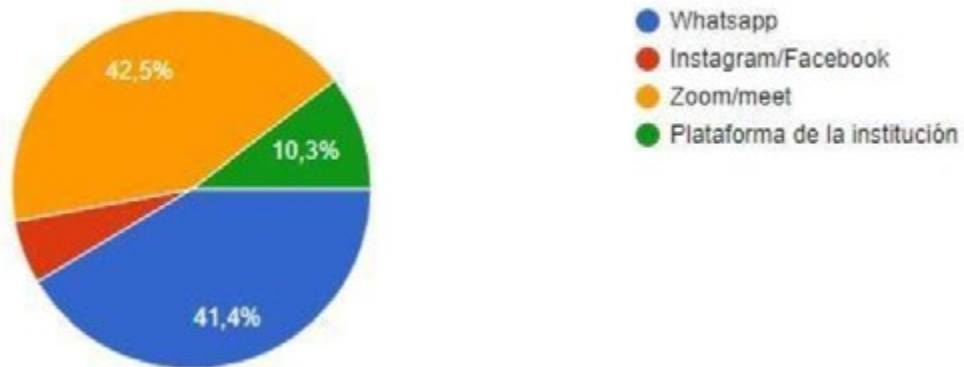


## 5- EN ESTE MOMENTO ¿CÓMO ES SU MODALIDAD DE ATENCIÓN?

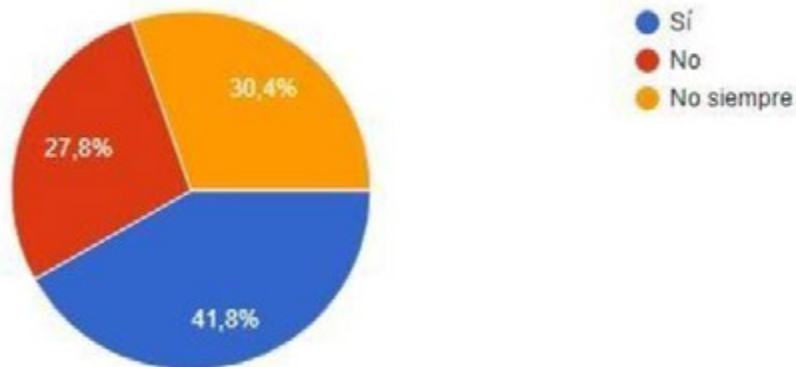




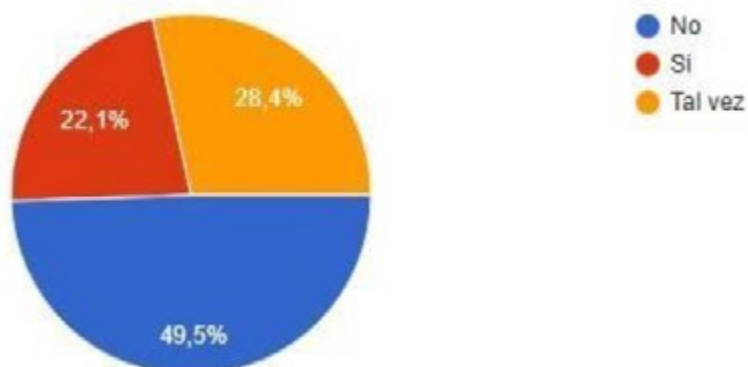
## 6- ¿QUÉ MEDIOS O PLATAFORMAS UTILIZÓ CON MAS FRECUENCIA?



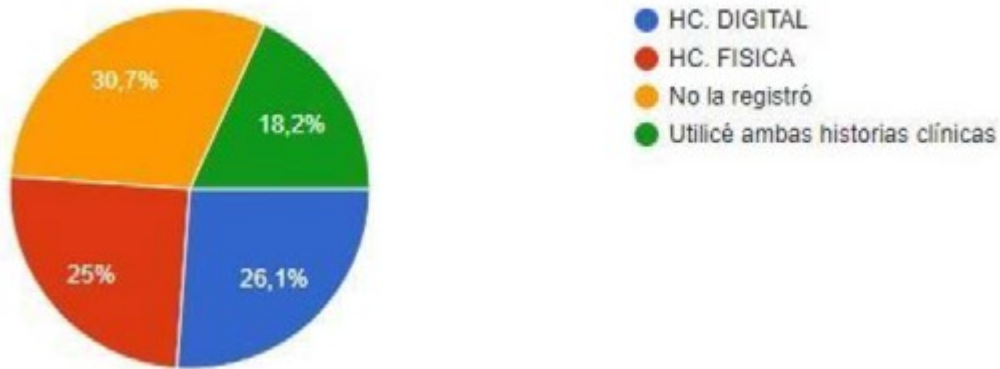
## 7- ¿ENCONTRO UNA BUENA METODOLOGIA DE COBRO?



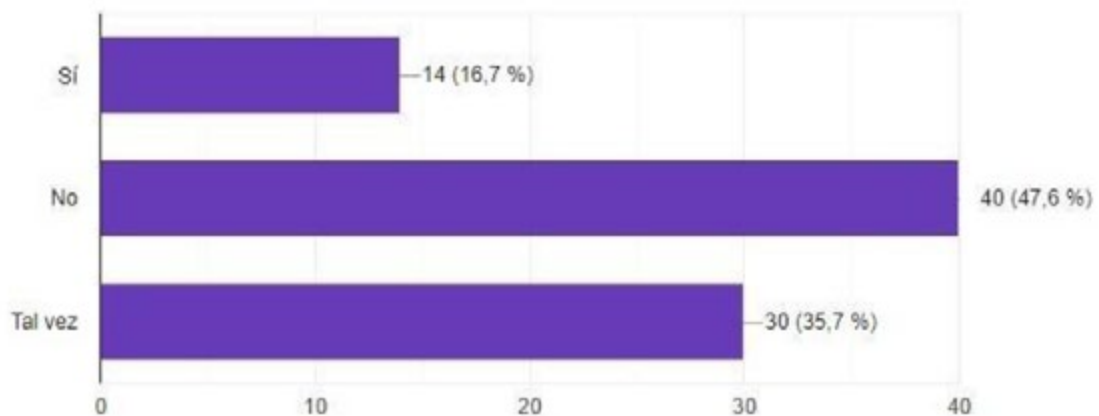
## 8- ¿CONOCE LOS TÉRMINOS LEGALES Y DE CONFIDENCIALIDAD EN ESTA MODALIDAD DE ATENCIÓN?



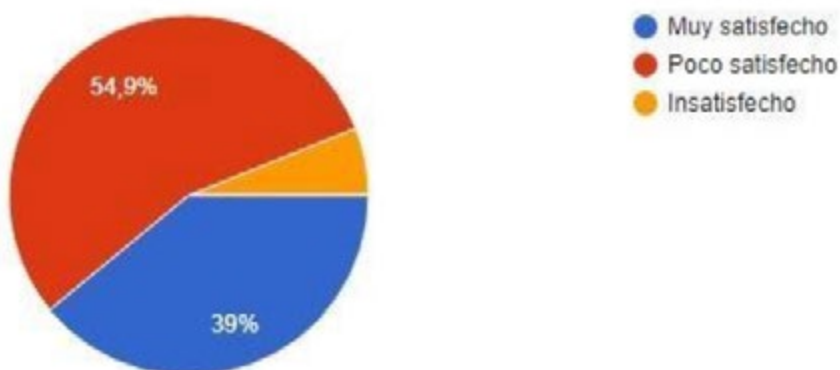
## 9- ¿PUDO REGISTRAR LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS CONSULTAS?



## 10- ¿CRÉE QUE OFRECIÓ LA MISMA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE EN LA PRESENCIALIDAD?



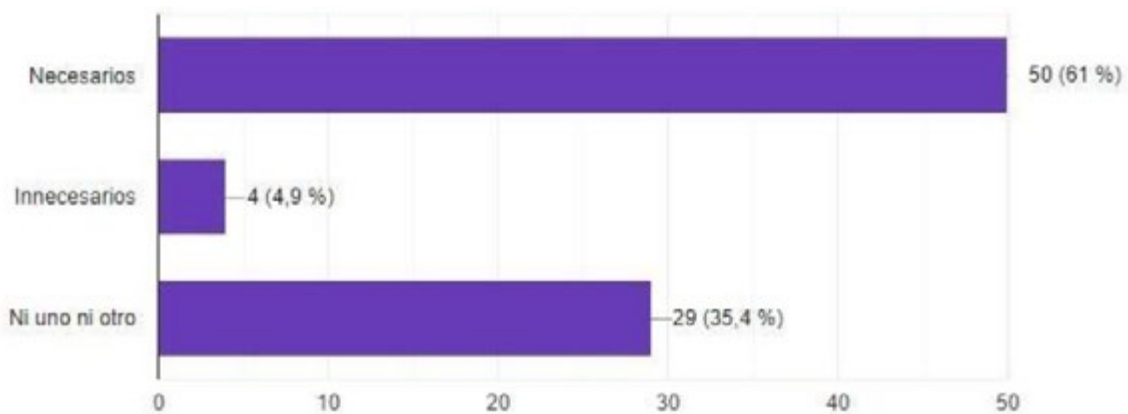
## 11- ¿SE SINTIÓ SATISFECHO CON LOS RESULTADOS DE LAS CONSULTAS?



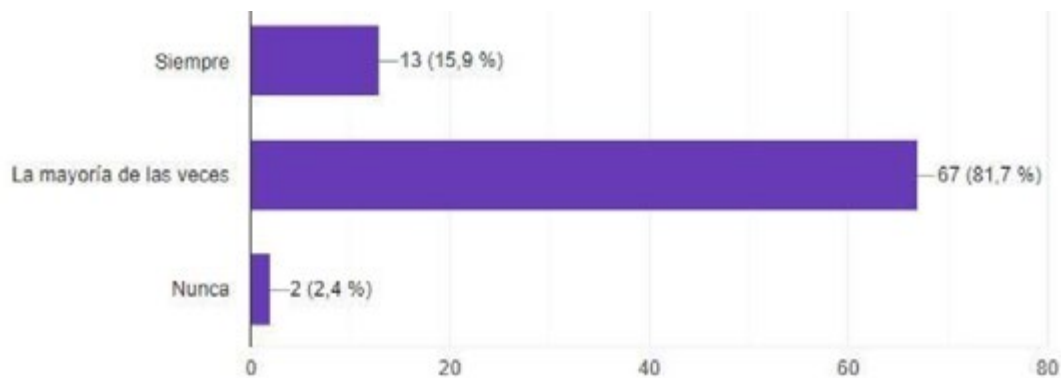
## 12- SI SU RESPUESTA FUE INSATISFECHO ¿CUÁL CREE QUE FUE SU MOTIVO?



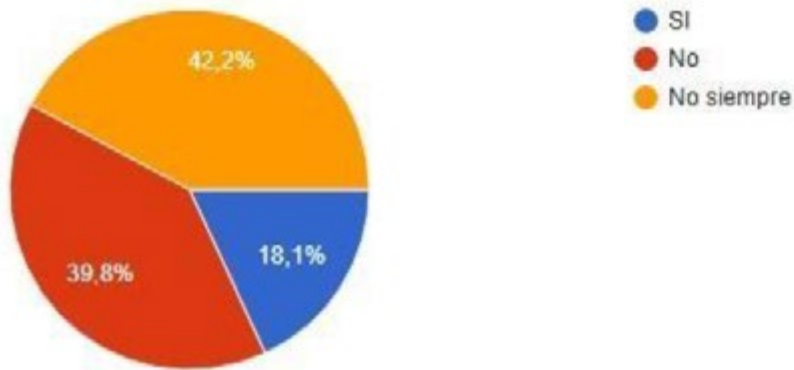
## 13-SINTIÓ QUE LOS MOTIVOS DE CONSULTA FUERON SIEMPRE



## 14- ¿SINTIÓ QUE PUDO RESOLVER LOS MOTIVOS DE LAS CONSULTAS SATISFACTORIAMENTE?



15- ¿CRÉE QUE SE RESPETÓ EL LÍMITE EN EL USO DE LA TELEMEDICINA Y SU PRIVACIDAD]? (MENSAJES FUERA DE HORA, CONSULTAS NO URGENTES, CONEXIONES FUERA DEL HORARIO PAUTADO, ETC)



16- CON RESPECTO AL TIEMPO INVERTIDO EN ESTA NUEVA FORMA DE ATENCIÓN, CREE QUE:



# 06

## **FEMINISMOS, MUJERES, DISIDENCIAS**

Intervenciones en el contexto de  
la violencia machista

## LA MÁQUINA DE LA VIOLENCIA MACHISTA Y NUESTROS CUERPOS

Crónica de la actividad realizada en el marco del primer foro de feminismos y violencia machista



Segundo día de las XIII Jornadas de la Asociación de Profesionales de Servicio Social de la CABA, nos convocan diversas actividades de capacitación y reflexión colectiva. Entre ellas, el Foro de Feminismos y Violencia Machista.

Las jornadas nos encuentran atravesando una coyuntura particular a nivel global, regional y local, de exacerbación de las violencias machistas. El avance de los proyectos y discursos conservadores, negacionistas y misóginos constituyen un escenario preocupante para el desarrollo de proyectos colectivos de los trabajadores y para la defensa de la salud pública como derecho humano. Mucho más para



la realización cotidiana de nuestros trabajos e inserciones institucionales. Día tras día se reitera la pregunta ¿Qué hacemos con todo esto?

En este contexto, se desarrolló el Foro de Feminismos y Violencias Machistas, coordinado amorosamente por Pura Praxis del Laboratorio Magdalenas. Un colectivo de Teatro de las Oprimidas que surge en el año 2011,

*“como respuesta a la urgencia de construir formas de representación teatral que no culpabilizasen a las oprimidas por las opresiones que enfrentaban y de superar el individualismo del abordaje escénico de los conflictos. Es una investigación estética y política, que busca garantizar la inclusión de la estructura social en la puesta en escena y en el diálogo con el público”.*

¿Cómo se arma la máquina de la violencia?

Reúñides mediante un conjunto de ejercicios, juegos y técnicas teatrales, la propuesta del Foro se centraba en la desmecanización física e intelectual de nuestras

experiencias cotidianas de violencia en los espacios laborales. Las consignas invitaban a poner el cuerpo, y a representar situaciones de opresión mediante la composición de gestos, ruidos y movimientos, obviando el uso del lenguaje verbal. Cada composición, es decir, cada cuerpo y persona que se incorporaba a la escena representaba un engranaje de la máquina de la violencia. Más personas se incorporaban a la representación más grande era la maquinaria.

Para quienes no conocen, el Teatro de las Oprimidas propone transformar a los participantes-espectadores en espect-actores, protagonistas de la acción dramática, sujetos creadores. En ese pasaje, se promueve y estimula la reflexión crítica sobre nuestras vivencias. Mientras algunas observan y asisten; los espect-actores ven y actúan, o mejor dicho, ven para actuar en la escena, y luego en la vida.

Quienes participamos de la actividad, rápidamente nos transformamos en espect-actores de la máquina de la violencia de la salud pública. Actuamos las formas, los ruidos y las actitudes corporales que tanto nos oprimen y que sostienen

al machismo y patriarcado. Ya sea, en los consultorios, en los equipos de trabajo, en las conversaciones con quienes ocupan posiciones jerárquicas, en el trabajo con colegas y con otros profesionales, en la relación con los pacientes. También actuamos la búsqueda de distintas alternativas para transformar esa realidad que tanto incomodidad y dolor genera.

El Foro resultó en una investigación estética de las injusticias que padecemos diariamente, directamente vinculadas a la intersección entre género, raza y clase. Las reflexiones que se produjeron en distintos momentos del Foro tendieron a problematizar las diferentes formas de opresión.

Como conclusión, se refuerza la importancia de estimular la creatividad, la sensibilidad y el encuentro para generar otros modos de socialización más cuidadosos y saludables. Si bien el Teatro de las Oprimidas no puede en sí mismo modificar la realidad, sí genera que quienes pasamos por esta experiencia repensemos, a partir de las puestas y debates colectivos, las opresiones que vivimos y reproducimos.



Crónica escrita por Sasha Acerbo - Integrante de la Secretaría de formación, capacitación y cultura.

## EL AMOR COMO PRÁCTICA REVOLUCIONARIA: ALGUNAS COORDENADAS PARA SU ABORDAJE EN LAS ENTREVISTAS DE VIOLENCIA MACHISTA

### **Autora:**

Maia Epstein

Trabajadora Social (UBA), Docente UnPAZ. Diplomada en Género y Movimiento de Mujeres (FyL UBA). Coordina espacios de capacitación e intervención sobre violencia machista en el ámbito de la salud pública. Consultora en materia de violencia laboral. Secretaria General de la APSS.

---

### **Introducción**

El presente artículo trabaja una propuesta de guía de entrevista para el abordaje de situaciones de violencia machista en el ámbito sanitario. La misma pretende ilustrar algunos nudos principales para la valoración de riesgo de vida, así como también, para poner en diálogo los aspectos conceptuales y teóricos que los feminismos nos han aportado con una de nuestras herramientas de intervención profesional más significativa: la entrevista. Se pretende así aportar al abordaje de una escucha empática, atenta, sorora y responsable de situaciones de Violencia. La guía en cuestión sugiere un abordaje de la problemática que facilite el proceso de desnaturalización y problematización necesario para quien acude solicitando asesoramiento profesional, a la vez que orienta un encuadre amplio de trabajo, atendiendo la articulación de opresiones presentes en una sociedad machista, patriarcal, capitalista, heteronormativa, racista, etc. Asimismo, pretende afinar la escucha para una rápida configuración diagnóstica sobre el relato, a partir del cual se puedan establecer prioridades para la intervención, líneas de acción, actores sociales presentes, correlaciones de fuerzas, trayectorias personales e institucionales en juego, es decir, un mapa de situación lo más completo posible, que sea insumo para la búsqueda de alternativas y vías de acercamiento hacia el ejercicio del derecho a una vida libre de violencia. Finalmente, la apuesta ético política del uso de este instrumento es la construcción de formas alternativas de establecer vínculos entre las personas que pongan en práctica el ejercicio de una ética del amor, el amor revolucionario.



### **Guía de Entrevista, un acercamiento posible**

La entrevista constituye una herramienta de intervención profesional que nos permite acercarnos a la cosmovisión que tiene la persona usuaria respecto de la problemática que atraviesa. En ese sentido, en la entrevista se pondrán en juego los aspectos subjetivos y objetivos de la situación en cuestión, así como también, el marco discursivo en el que dichos aspectos cobran determinado sentido -tanto para la persona entrevistada como para quien realiza la entrevista-. Será necesario entonces develar los aspectos ideológicos presentes en todo encuentro de entrevista, a partir de las preguntas que podamos elaborar para ello. Identificar los niveles de problematización de la situación de violencia en cuestión, el raigambre de la misma con los mandatos sociales en torno a la feminidad, la maternidad como destino obligatorio, la presencia del amor romántico como tamiz de todas las construcciones vinculares, por nombrar algunos de los aspectos ideológicos presentes, resulta fundamental para un abordaje profesional que pretenda partir de un diagnóstico de situación lo suficientemente sólido como para construir estrategias de intervención situadas, que aborden tanto la dimensión particular, como la singular y universal (Pontes, 2003) que persigan, en fin, la posibilidad de gestar una transformación profunda de las condiciones de desigualdad en las que la violencia machista tiene lugar.

Para poder decodificar el código operativo de la persona que estamos entrevistando es fundamental contar con un marco teórico de referencia que aporte claridad, coherencia y pistas para entender cómo podemos intentar trabajar los nudos principales que interrelacionen la particularidad de quien se presenta cada vez, con la generalidad de aquellos elementos transversales constitutivos de una sociedad machista, patriarcal, capitalista, adulto centrada, racista, cis-sexista, capacitista, colonial, extractivista, etc. Esto es clave si lo que se pretende es abonar a una transformación radical de la matriz de desigualdad presente en toda situación de violencia machista a abordar. Una entrevista que no persiga desentramar la multiplicidad de opresiones presentes en cada trayectoria individual de vida difícilmente logre trascender los aspectos más superficiales de este abordaje, abonando así a una posible repetición de las condiciones materiales e ideológicas sobre las cuales se desarrollan las violencias mencionadas.

## Ejes de la entrevista

**Datos personales.** Los mismos contribuyen a ordenar la identificación del nivel de aislamiento, encierro, autonomía y problematización de la situación que presenta la persona.

Los datos fundamentales son: *Nombres y Apellidos; Documento; Fecha de Nacimiento; Lugar de origen; Domicilio; Domicilio alternativo; Teléfono; Teléfono alternativo; ¿Trabaja? ¿Qué tarea realiza? ¿Tiene algún contacto de confianza en su trabajo? ¿Participa de alguna organización social? ¿Tiene algún contacto de confianza allí? ¿Tiene Hijes? En caso de tenerles, consignar sus datos personales, si es conviviente, datos escolares o laborales (según sea el caso) e información adicional relevante.*

Es probable que a esta altura de las preguntas ya se hayan abordado algunas cuestiones propias de la situación de violencia padecida. Se sugiere reconstruir la trayectoria realizada por la persona. *Consultar si ha podido hablar de esto que le sucede con anterioridad, dónde, cuándo, cómo le resultó esa instancia de abordaje previa, si presenta denuncias realizadas (¿Cuenta con medidas de protección vigentes? ¿Cuáles? ¿Cuenta con patrocinio jurídico de algún tipo?), etc.*

**Datos del agresor.** Resulta necesario consultar acerca del agresor para valorar el nivel de riesgo de vida al que se encuentra expuesta la entrevistada.

Recabar datos personales del agresor tales como nombres y apellidos, edad, consignar si conviven o cualquier otro tipo de dato de relevancia para la entrevistada. En relación a las características del agresor se sugiere dar cuenta de las siguientes preguntas: *¿trabaja en ámbitos relacionados con las fuerzas de seguridad u oficios afines? ¿Porta armas? ¿dispone de armas de algún tipo? ¿Utilizó elementos cortantes o contundentes para amenazarla? ¿Posee antecedentes penales o judiciales de algún tipo? ¿Consume alguna sustancia psicoactiva? ¿Realizó amenazas de muerte? ¿Ejerció violencia delante de terceros? ¿En la vía pública? ¿Tiene conductas celotípicas? Todas estas preguntas nos ayudan a dar cuenta de la situación de violencia que nos encontramos acompañando.*

**Trayectoria de vida.** Independientemente del momento actual que se encuentre atravesando la entrevistada, es necesario poner la coyuntura en contexto. Para ello, se sugiere intentar establecer algunos hitos de su experiencia de vida que resulten significativos, reconstruir el relato en torno a su red familiar y comunitaria, sus vínculos

afectivos, las relaciones de pareja previas, si las hubo, recapitular una síntesis de la relación de pareja actual, etc. *¿recordás cómo era tu vida cotidiana antes de conocerlo? ¿Cómo describirías la relación con tu familia? ¿sobre tus amistades que podrías decir? ¿tuviste parejas antes? ¿cómo fueron esas relaciones?*

**Reseña educativa y laboral.** Conocer aspectos significativos de su historia personal vinculada a sus estudios y experiencias laborales, nos permitirá dar cuenta del proceso de autonomía e independencia que la entrevistada haya podido o no desplegar a lo largo de su vida. Asimismo, será información valiosa para comenzar a esbozar alternativas posibles en función de capacidades, conocimientos y estrategias que la entrevistada ya haya experimentado con anterioridad. Finalmente, este eje habilita la posibilidad de que la entrevistada ponga nuevamente en valor algunas actividades que le resultaban de interés, o con las que se encontraba familiarizada y que se han visto afectadas, limitadas, suspendidas u olvidadas por las características de la situación de violencia que atraviesa. *¿estudiaste? ¿qué era lo que más te gustaba hacer? ¿tuviste otros trabajos? ¿en qué tarea te considerás buena? ¿Qué te hubiera gustado hacer/ estudiar? ¿manejabas/manejás tu propio dinero? ¿hacés/hacías alguna actividad por placer, cuál?*

**Situación socioeconómica actual.** Es imposible abordar correctamente una situación de violencia escindida de los anclajes de clase que la misma presenta. Cualquier alternativa de vida que pueda ser pensada junto a la entrevistada debe tener en cuenta su situación económica, laboral y habitacional. *¿trabajás actualmente? ¿es un empleo formal o informal? ¿percibís algún tipo de subsidio, pensión o asignación familiar? Características respecto de la vivienda: ¿es propia, alquilada, prestada? ¿Comparten ambientes con otras personas? ¿Cuántas personas viven con vos? ¿Cómo es el acceso a la vivienda? (este dato es relevante para evaluar las estrategias en una urgencia) ¿tenés ahorros? ¿contás con alguien que pueda ayudarte económicamente? ¿contás con alguien que pueda recibirte en su vivienda temporalmente?*

**Problematización de la situación de Violencia Machista.** Es fundamental conocer el nivel de problematización de la situación de violencia machista que se atraviesa. Para ello es imprescindible registrar la forma en que la entrevistada se refiere a la situación padecida, si plantea intentos previos de cesar la misma, si se reconoce la gravedad de los hechos relatados, si logra establecer relaciones entre las violencias sufridas individualmente y las coordinadas de violencia machista y patriarcal en las que se desarrolla la sociedad, etc. Asimismo, es importante recuperar las posibles estrategias que

previamente haya implementado para intentar revertir la situación en la que se encuentra. En este eje se sugiere recuperar las propias palabras y expresiones que haya utilizado la entrevistada para referirse a la situación que atraviesa, invitar a la reflexión a partir de la propia voz, utilizar a su vez relatos de otras entrevistadas que permitan poner en diálogo aquello que le sucede tanto a ella como a todas las personas que padecen este tipo de violencia.

**Reseña de la situación actual.** A partir de este punto, es necesario conocer una reseña de la situación actual, para poder comprender los motivos que originan la entrevista, y ordenar el nivel de urgencia que presenta la situación. ¿Cuál es el motivo por el que se acerca hoy? Se recomienda siempre brindar una escucha sin interrupciones hasta detectar los hechos por los que se pone en contacto.

Luego, y en simultáneo, se comenzará a dar forma a la valoración de riesgo de vida, a través de los indicadores aquí propuestos:

Hecho premeditado: *¿Considera que fue espontáneo o planificado? ¿Qué sucedió luego?* Detectar presencia o ausencia de arrepentimiento o cambio de actitud por parte del agresor (dimensión de la gravedad de los hechos).

Frecuencia: *¿Es la primera vez que suceden estos hechos? ¿Reconoce otras instancias previas? ¿Con qué frecuencia? Tenor de los hechos/Nivel de agresividad: ¿Son siempre iguales las situaciones? ¿Qué tipo de hechos de maltrato reconoce? ¿Desde cuándo? (persistencia en el tiempo). Encierro: ¿Tiene dificultades para salir del hogar? ¿Sale sola? Aislamiento: ¿Tiene teléfono propio con crédito? ¿Alguien de su entorno sabe de su situación? ¿Puede contactar a familiares, amigos o conocidos en la vida cotidiana? ¿Lo hace a solas o bajo la presencia/conocimiento del agresor?*

- Tipo de violencia<sup>1</sup>. Es importante registrar gravedad de los hechos y simultaneidad de violencias presentes.
- Denuncias previas: Si las hubo, *¿Qué sucedió en ese caso?* Reacción del agresor, acatamiento de medidas, posibilidades concretas para sostener la denuncia y consecuente proceso judicial.
- Violencia hacia las infancias y/o adolescencias presentes en el grupo familiar, en cualquiera de sus formas.
- Situación de salud de la persona entrevistada.

<sup>1</sup> Física, psicológica, ambiental, económica, sexual, verbal.

Finalmente, habrá que darse el tiempo para elaborar estrategias de intervención<sup>2</sup>: De evaluar riesgo de vida, retomar con la persona aquellas respuestas que indican dicho riesgo y consensuar la estrategia para ponerse a resguardo. En todos los casos, sugerir tener guardada su documentación propia, de les hijes si los hubiera, dinero para poder trasladarse a un lugar seguro, crédito en el celular, registro de línea de emergencia y centro de asistencia en la urgencia más cercano.

Pactar un próximo encuentro, con objetivos establecidos en forma conjunta, para que de a poco pueda volver a ser ella quien decida el rumbo de su propia vida.

La guía de entrevista aquí planteada parte de un determinado marco teórico de referencia que permite elaborar las preguntas trabajadas, así como también, apropiarse del contenido que las mismas desprendan para poder así constituirse en una herramienta útil en la construcción de alternativas de vida posibles. En este sentido, se responderán algunos ejes nodales claves para una mejor comprensión de los alcances de la misma.

### **Algunas definiciones conceptuales: Patriarcado, Violencia Machista y Amor romántico**

El Patriarcado es una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo masculino, remite a una forma de distribución del poder que institucionaliza la supremacía masculina. Aprender a amar implicará necesariamente confrontar el miedo a perder los privilegios en una cultura patriarcal. Amar como ejercicio revolucionario exige no sólo la renuncia a dichos privilegios, sino, sobre todo, el compromiso activo por socavar los cimientos sobre los cuales se erigen, producen y reproducen: renunciar al poder de la masculinidad patriarcal.

Por su parte, el machismo podríamos definirlo como el sistema de creencias, actitudes, estereotipos, conductas que sostienen dicho poder masculino, su dominación y subordinación de lo femenino. Es una forma de sexismo que coloca al género masculino en una jerarquía superior respecto del femenino, y por supuesto, cualquier otro tipo de género. En este sentido, el sexismo es básicamente el conjunto de prácticas y actitudes a través de las cuales se ejerce la discriminación basada en las diferencias entre las personas por su sexo biológico. Promueve los estereotipos asignados a los sexos, fortaleciendo así los roles sociales asignados a cada uno. En una sociedad ma-

<sup>2</sup> Articulación territorial; Derivación a servicio local de atención a mujeres en situación de violencia machista; Indicación de llamado a línea de emergencia; Acudir a la línea 144 para asesoramiento y contención; Articulación con referentes; Otras alternativas (grupo de mujeres, espacio terapéutico de abordaje, facilitadoras territoriales, etc.).

chista, el sexismo afecta negativamente, y significativamente, a mujeres y disidencias. Marcela Lagarde (2001) plantea que, en las relaciones sociales patriarcales, las mujeres son seres de la opresión y los varones son seres de la dominación. Refiere a la violencia como el poder del dominio. Los poderes de dominio derivados del orden de géneros como de su articulación con los órdenes jerarquizados y supremacistas de edad, clase, cultura, raza, plantean su carácter multidimensional: las estructuras de dominación se superponen y articulan. Así, la Violencia Machista se configura como el tipo de violencia que se ejerce hacia las personas en relación a cualquier atributo, tarea, característica, rol, apariencia u acción socialmente reconocida como “femenina” que las mismas detentan, desarrollen o posean, especialmente dirigida hacia las mujeres y disidencias. Es decir que aquello que devuelve o reviste condición de feminidad se constituye en un factor de riesgo, en la portación de una vulnerabilidad o desventaja. La Violencia Machista es un tipo de violencia de género que remite a la idea de una jerarquización desigual de los géneros que atribuye una distribución desigual del poder presente en la sociedad sexista y patriarcal.

La Violencia Machista es una violencia instrumental que tiene por objetivo el control sobre las mujeres/feminidades. Las agresiones se despliegan para perpetuar su sumisión y ratificar el poder del patriarcado. Los crímenes del patriarcado son las manifestaciones de la violencia machista como fenómeno estructural, instrumental e ideológico. El sexismo y el androcentrismo (el varón cisgénero- heterosexual-blanco-de clase alta, como medida de/para todas las cosas) del patriarcado provocan discriminación, invisibilización (lo que no se nombra no existe) y el menosprecio hacia todo lo no masculino-hegemónico.

En este sentido, bell hooks (2017) utiliza el término Violencia Patriarcal para hacer referencia a la violencia ligada al sexismo y al pensamiento sexista, la dominación masculina. La autora plantea que la violencia patriarcal no es exclusivamente dirigida hacia las mujeres por parte de los varones, sino que incluso la violencia patriarcal se ejerce contra la infancia por parte de adultos sexistas. La violencia patriarcal sustenta que quien es autoridad tiene derecho a usar la fuerza para imponer su voluntad, en una cultura de la dominación todas las personas son socializadas para ver la violencia como un modo aceptable de control social, siendo parte de los procesos de crianza y educación de todas las personas. Quien detenta el poder se encuentra en los peldaños más altos de la estructura jerárquica, y desde allí, reproduce mecanismos de control a través de la constante amenaza de un castigo violento (psicológico, verbal, físico) que le

permitan conservar así la estructura que le erige dominante, se trate de quien se trate (relaciones entre hombres y mujeres, entre pares o en los vínculos con les niñas). Se recurre así al uso de la violencia como único medio para sostener y mantener el poder dentro de la jerarquía sexista de los géneros. bell hooks planteará entonces que la única vía para acabar con la violencia patriarcal es abolir el sexismo.

**Patriarcado y violencia machista han recurrido a un tercer aliado indiscutido para su reproducción social: el amor romántico.**

El amor romántico repone una idea del amor como aquello que sucede en forma intempestiva, fuera de toda capacidad de elección consciente, responsable y voluntaria. En este enclave, la idea del amor romántico, absolutamente funcional a una lectura machista y patriarcal de las relaciones sociales desarrolladas en una sociedad que a su vez es profundamente sexista (binaria y heteronormativa), sustenta la ilusión de una salvación personal, individual, ligada a un otro que detenta algún rasgo de superioridad. Superioridad que estará establecida en función de la jerarquización social que establece una sociedad machista, patriarcal, cissexista, heteronormativa, etc. Es decir, una posición de dominación en tanto se detentan algunas cualidades (sino todas) que este modelo social reconoce como propias de los escalafones superiores del mismo. Pero el amor romántico no se circunscribe a esta idea de salvación ligada a la dependencia de un otro, además imprime una exigencia de entrega absoluta, de abnegación por quien se constituye en salvador, de sacrificio permanente e inacabado frente la demanda, exigencia y pretensión de ese salvador. De este modo, se exige ponderar el vínculo de pareja por sobre todos los demás. Así, se es la media naranja de alguien que nos ofrece completitud a cambio de abandonar nuestra condición de persona para pasar a ser un objeto de su pertenencia y control. Todo sufrimiento, dolor, disgusto, discrepancia, diferencia de opinión o deseo de privacidad (en tanto experiencia propia) es leído bajo la lupa del amor romántico como una falta de compromiso, lealtad, interés...de amor. Y, por lo contrario, todo gesto de control, insistencia, celo, es leído así como muestra de afecto, interés y preocupación. Feminidades sumisas, criadas para complacer a otro y masculinidades dominantes, criadas para exigir ser complacidas. Satisfacción que debe darse en forma inmediata, fiel al escenario consumista que el capitalismo ofrece, se consumen bienes, servicios, objetos, todo tipo de mercancías y, también, personas y vínculos. Se produce así un proceso de deshumanización garantizado en parte por el amor romántico como mandato. La construcción patriarcal del amor romántico occidental, moderno, habilita la violencia en las

relaciones de pareja en clave de violencia estructural, que se ejecuta en nombre del amor y se legitima y tolera en su honor. La construcción machista de la subjetividad femenina es un indicador de vulnerabilidad: "(...) el primer territorio para expropiarle al patriarcado es nuestra propia subjetividad. Esta es una política feminista del amor" (Lagarde 2001: 72). La salida de esta entrega desmedida hacia el "amante" es ejercer el amor para sí, diría Simone de Beauvoir (2019).

El amor romántico distorsiona intencionalmente el objetivo del amor, pasa a constituir un eslabón más de las cadenas de opresión y dominación presentes en nuestra sociedad. El amor entonces no es una cuestión personal, es política.

Es en este sentido que se torna ineludible el compromiso con revisar las propias posiciones de poder en diálogo con las múltiples aristas de nuestra vida cotidiana que tienden puentes con los sistemas de opresión que, a su vez, queremos erradicar. El miedo es el principal disciplinador ante el status quo de las estructuras de poder. El amor, en cambio, en ese encuentro con las demás personas que es necesario para su ejercicio, batalla contra el individualismo y potencia la conciencia respecto de la posibilidad de transformación, amar implica mejorar nuestra versión propia y la de quienes amamos, construir condiciones de igualdad sobre las cuales ejercer el amor en todos los niveles posibles que su carácter de práctica humana nos permite pensar. El amor como invitación a un despertar crítico.

Ahora bien, para poder proponer alternativas de transformación a las situaciones de violencia machista que abordamos, es necesario encontrar alguna referencia que genere anclajes posibles en otras formas de relacionarnos, formas que se estructuren y construyan desde el amor, porque el amor será el punto antagónico a la violencia machista en una sociedad patriarcal.

La construcción de vínculos más saludables remite a la posibilidad de transformar las formas en las que nos relacionamos, tanto en un plano personal/del uno a uno, como en el comunitario, y por lo tanto, social. Un cambio radical que apunte sus fuerzas hacia la raíz de la matriz desigual de nuestra sociedad en la que se entrecruzan los distintos sistemas de dominación y opresión presentes en nuestras sociedades: cis-sexismo, capitalismo, patriarcado, racismo, capacitismo, adulto centrismo, etc.

En el marco de las relaciones interpersonales, la idea de vínculos saludables podría implicar el desarrollo de nuestra capacidad humana de crear formas de relacionarnos con las demás personas en las que no solo la violencia y los malos tratos no tengan ca-



bida (y por esto no me refiero que no estén presentes en ninguna de sus formas, sino que su presencia constituya un eje disruptivo sobre el que apuntalar iniciativas que permitan desentramar las bases sobre las que se sustentan producen y reproducen), sino que además, el cuidado mutuo, el respeto, el estímulo, la solidaridad, la empatía, el afecto, sean constitutivos del vínculo.

Es necesario pensar y ensayar alternativas frente al escenario que se nos presenta. Escenario que, por su parte, venimos estudiando, analizando, pensando, debatiendo, diagnosticando, confrontando desde el inicio del movimiento feminista allá por el siglo XVIII. Es preciso desarrollar conceptos y lecturas posibles acerca de aquello que produce malestar, sufrimiento y constituye una fuente de injusticia, trazar las coordenadas universales y transversales a las experiencias de vida singulares y particulares de cada quien, hacerse eco de aquello que “lo personal es político”, comprometernos con la liberación cognitiva, crear un lenguaje propio y a la vez colectivo que dé cuenta de la multiplicidad de opresiones que nos habitan, que reproducimos o ejercemos, entender qué nos sucede, cómo es la dinámica propia de esos procesos y por qué tienen lugar en nuestro tiempo.

Pero con comprender los fenómenos no alcanza para abordarlos, menos aún, para transformarlos. Una posición radical frente a las desigualdades más profundas de nuestro mundo exige, también, esbozar algunas líneas de acción al respecto. Si vamos a hablar de violencia machista y patriarcal vamos también a nombrar al amor, despojando de su disfraz romántico, inmediatesta, superficial y exitista, vamos a hablar del amor como práctica humana, en su condición revolucionaria. Vamos a ensayar definiciones posibles para darle existencia tangible, para que en principio podamos empezar por afirmar que el amor es una herramienta para la transformación social.

**¿De qué hablamos cuando hablamos de amor?**

***“Sin definiciones es imposible que la imaginación se active”***

**bell hooks (2023:39)**

bell hooks aborda conceptualmente el tema en su libro “Todo sobre el amor” (2023). Allí ofrece algunas definiciones sobre las cuales podemos establecer nuestro punto de partida. La autora plantea que el amor es más que un sentimiento, es una acción tendiente a favorecer el crecimiento y desarrollo propio y de la persona amada, siendo al mismo tiempo acción e intencionalidad. En este sentido, la autora desafía las nociones de amor como aquello ingobernable que sucede a las personas y sobre lo cual

no hay racionalidad, ni voluntad propia que pueda hacer algo para impedirlo, frenarlo, controlarlo o incluso, sostenerlo y prolongarlo. Para hooks el amor es una elección: elegimos amar.

La autora también hace un planteo categórico: el amor no puede existir sin participación, en ese sentido excede los alcances de una definición que lo coloque como sentimiento u emoción, y precisa ampliar su definición a una práctica, una acción. En su definición se incorporan diferentes elementos que dan forma al amor: afecto, cuidado, reconocimiento, respeto, compromiso, confianza y una comunicación clara y sincera. Como se percibe rápidamente, el amor y el maltrato no pueden coexistir. Estos elementos del amor dan cuenta de las diferentes dimensiones que lo constituyen, en ese sentido, es importante reconocer que la sola presencia de alguna de ellas no hace a la experiencia total. Por ejemplo, recibir atención y cuidado no es, en sí mismo, un ejercicio de amor. En la mayoría de las relaciones desiguales, donde se ejerce violencia, también se practican tareas de cuidado, pero esto último no es suficiente para decir que allí se está en presencia del amor. Es posible que en una situación de abuso o maltrato en una relación de pareja o en el marco de vínculos familiares, quien ejerza esas violencias también desarrolle tareas ligadas al cuidado o la asistencia de quien es destinatario de dichos tratos. Entender la diferencia entre este tipo de vínculos y aquellos basados en un ejercicio de amor es sustancial para llegar al punto neurálgico del debate: la construcción de formas realmente amorosas de relacionarnos. Esto no quiere decir que el amor es un estado permanente de felicidad y alegría, simplemente plantea un piso mínimo: si hay violencia machista no hay amor. Puede existir afecto, atención e incluso placer, pero no amor.

Esto es clave en relación a cómo pensamos la coexistencia de maltrato y afecto en las historias de vida de las personas con las que trabajamos. Si partimos de una historia común en la que las personas que se suponen deberían ser quienes más amor sienten y ejercen hacia ellas –por ejemplo, familia- han sido a su vez quienes las han humillado y maltratado, entonces se socializa y cría en contextos donde esa confusión original tiene mucho asidero, estableciendo un punto de partida que habrá que desarmar minuciosamente, ya que da cuenta de una concepción errada pero socialmente establecida y legitimada: el amor y el maltrato pueden suceder simultáneamente.

hooks nos plantea entonces que acercarnos a una definición del amor más ligada a su carácter de acción que de sentimiento nos permite abrir camino hacia una responsabilización más cabal y genuina en relación a la decisión presente en todo acto de

amor. Una decisión que no solo implica la voluntad de amar como una elección, sino que fundamentalmente versa sobre el desafío de hacerlo libres de toda opresión.

### **Palabras finales**

La entrevista aquí compartida pretende ser una herramienta al servicio de la construcción de la transformación de las situaciones de violencia en su aspecto más profundo, apelando a las fibras más sensibles del status quo en nuestra sociedad actual. Es preciso preguntar para conocer, conocer para comprender y comprender para transformar. El desafío es entonces despojarnos del ejercicio de la violencia como modo de relacionarnos para elaborar las coordenadas necesarias para practicar el amor.

Ejercer el amor hacia uno mismo (fortalecer la autoestima y la confianza personal), ejercer el amor hacia los vínculos interpersonales, ejercer el amor en comunidad, hacer del amor una acción fundante para la revolución social. Ante un mundo subyugado a las coordenadas de meritocracia, explotación y disciplinamiento (de todo tipo), la falta de amor se hace presente en una ausencia que fomenta el individualismo, la discriminación, la violencia machista. Como plantea E. Fromm (2003), se trata de concebir la idea del amor como un fenómeno social, más allá de su carácter individual.

Una ética del amor pondera el bien común y colectivo por sobre cualquier forma de dominación y voluntad de poder. Para construir un mundo libre de toda opresión tenemos que ser capaces de crearlo.

Es urgente entonces politizar el amor.

### Bibliografía

- Beauvoir S. (2019). *El segundo Sexo* (19ª edición). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Debolsillo
- De Miguel Álvarez, A. (2005). *La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género*. Cuadernos de Trabajo Social, Vol.18. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://revistas.ucm.es>
- Fromm, E. (2003). *El arte de amar, una investigación sobre la naturaleza del amor*. España: Colección contextos Ediciones Paidós.
- Hendel, L. (2019). *Violencia de género. Las mentiras del patriarcado*. Primera edición 2017, segunda reimpresión 2019. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- hooks , b. (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Madrid, España: Traficantes de sueños. Edición original: *Feminism is for everybody: passionate politics* (2000). Nueva York: South End Press.
- hooks , b. (2023). *Todo sobre el amor, nuevas perspectivas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la negociación en el amor* (1ra edición). Nicaragua: Puntos de Encuentro.
- Pontes, R.(2003). *Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social*". En Borgianni E; Guerra Y; Montañó C (Orgs.) "*Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*". Brasil: Cortez Editora.

## DEFAMILIARIZACIÓN DEL CUIDADO, INTERSECCIONALIDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS: UN ANÁLISIS DESDE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN UNA SALA DE INTERNACIÓN DE SALUD MENTAL

### **Autora:**

Pollini, María Eugenia

Residente del PRIN Lanús

Mail: meugenia.pollini@gmail.com

---

***“Las Leyes y los principios no viven ni prevalecen  
inmediatamente por sí mismos.***

***La actividad que los pone por obra y les da existencia  
son las necesidades y los impulsos del hombre,  
como asimismo sus inclinaciones y pasiones”.***

*Georg Whilhelm Friedrich Hegel, 1770-1831, filósofo alemán.*

### **Introducción**

Me parece importante poder comenzar este trabajo mencionando que soy residente de Trabajo Social del PRIN (Ex Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias y actualmente Programa de Residencias Interdisciplinarias) Lanús. Esta presentación y reflexión, se encuentra enmarcada a partir de una rotación por la sala de internación de Salud Mental de un Hospital de Agudes del conurbano sur, sala por la que roté seis meses. En este escrito en particular, me centraré en poder explayarme sobre una situación particular de un usuario, con la intención de poder problematizar su situación, como también las dificultades por parte del equipo tratante por falta de recursos ante la demanda, y lo que compete al trabajo social como profesión.

### **Una breve descripción de la sala de internación de Salud Mental**

El Hospital de Agudes se encuentra ubicado en el conurbano sur, y es uno de los pocos hospitales generales que cuenta con sala de internación de salud mental, tanto para hombres como para mujeres, dando atención a personas de distintos municipios cercanos.

El equipo de planta de la sala de internación está conformado por psiquiatras, psicólogos, una acompañante terapéutica, una trabajadora social, enfermeras y una terapeuta ocupacional. Además, cuenta con residentes de psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y trabajo social de distintas sedes, que trabajan en conjunto. Esto da cuenta de la interdisciplina.

### **Relatando la situación de O.**

El señor O. tiene 62 años y es de nacionalidad uruguaya, aunque refirió que hace varios años que se encuentra viviendo en Argentina. Llegó a la sala de internación luego de haber estado una corta estadía en la guardia de salud mental del hospital. Ingresó a la misma acompañado por su hija y por oficio - que era viejo y dirigido a otro hospital cercano, en donde había estado internado anteriormente varios meses, como también en otros hospitales -. En la nota policial se describe a una persona desorientada, que deambula y se encuentra en situación de calle. Al momento, presentaba un delirio desorganizado en relación al narcotráfico y su rol como espía que trabajaba para la Policía Federal. La hija, B., lo llevó engañado al hospital, diciéndole que tenía que realizarse unos estudios médicos. Una vez allí, quedó en observación por evaluación del equipo y la hija desaparece, no sin antes decir que su padre golpeaba a la madre, añadiendo que “la mató” (sic).

B. Describió que luego de una fuerte golpiza, su madre quedó con lesiones y pasados unos meses, termina falleciendo. Según lo relatado, fue por culpa de O. Ante esto me pregunté si había una denuncia, a lo que busqué en la historia clínica correspondiente al paciente y no estaba. Aunque no pude verla, fue necesario posicionarme como profesional y correrme en cierto aspecto de contradicciones que se me iban generando, para poder abordar su situación particular y trabajar con él, como sujeto de derechos, y también con su padecimiento.

Siguiendo con el relato, una vez en la sala de internación de Salud Mental, O. se encontraba muy reticente al diálogo. En los primeros encuentros con residentes - en los cuales yo aún no lo tenía asignado -, O. se enojaba y se retiraba de la entrevista sin haber finalizado, cada vez que se le preguntaba por la mujer con quien se había casa-

do y por les hijes. Una vez que me fue asignado para trabajar con él, tuve los primeros encuentros que fueron muy difíciles de sobrellevar, ya que se notaba cierto desinterés de trabajar en conjunto. Ante esto, fue necesario tomarme tiempo para que O. pueda compensarse, por lo que las primeras aproximaciones fueron vinculadas a escuchar lo que él quisiera relatar en ese momento particular, y acompañar también su proceso de internación. Con el correr de los días y, una vez compensado, es que comenzamos a pensar en conjunto con el paciente posibles intervenciones desde el trabajo social.

Pasadas varias semanas, teniendo un cuadro más organizado, luego de algunas interconsultas y sentirse mejor en cuanto a lo físico, O. pudo explayarse, tanto con la psicóloga tratante como conmigo, y manifestarnos sus sentires acerca de sus hijes, como también la relación que tenía con ellos. Nos explicó que no entendía cómo sus hijes no iban a visitarlo al hospital, aunque comenta que su hija B. siempre fue de desaparecer, mientras que su hijo M. expresó a partir de una conversación por teléfono, que no quería saber nada con él, ya que refirió haber matado a su madre y “lindo quilombito armó” (sic). Ante esto, M. añadió que, por la situación, su hermana B. se haría cargo de lo que corresponda a su progenitor. Ante reiterados llamados y esperas para poder tener una entrevista con B. en el hospital, realizamos una visita domiciliaria junto al paciente, la psicóloga y la trabajadora social de planta al supuesto domicilio de B., con el fin de generar una confianza del equipo tratante con el usuario y también, poder conversar con su hija y saber su visión/opinión acerca de la situación. Finalmente, B. no estaba viviendo más en ese domicilio, por lo que volvimos al hospital sin respuestas.

O. solamente quería irse del hospital, no comprendía qué era lo que él estaba haciendo allí. Luego de varios encuentros - algunos de ellos en conjunto con la psicóloga tratante- O. comenzó a comprender el motivo de su internación, y a manifestar agradecimiento por todo lo hecho desde el equipo. Refirió que no tenía pensado volver a discontinuar el tratamiento, ya que “me siento bien como estoy” (sic).

En cuanto a lo que me compete como profesional, identifiqué en una entrevista con O. respecto a su situación habitacional, como también si contaba con algún ingreso económico, a lo que expresó que antes de la internación estuvo viviendo en un hotel, y que no contaba con vivienda propia. Por otro lado, comentó que trabajó toda su vida de mecánico, y que no tenía un ingreso fijo, sino que día a día con lo que trabajaba iba teniendo dinero para sustentarse. Es a partir de esto que se comenzó a considerar su situación habitacional, pensando a futuro la externación del paciente, comprendien-

do que no puede ir a un hogar dependiente del Estado ya que no cumplía con los 65 años de edad que se pide como requisito para su ingreso.

Otra de las cuestiones en las cuales comenzamos a pensar con el equipo tratante es que O. estaba casado con su mujer fallecida, la cual tenía de obra social PAMI, pero contrajeron matrimonio en Uruguay y no estaba validado en Argentina, lo cual implicaba una traba para que pueda acceder a la misma. Ante esto y reiterados pedidos a su hija B. de la libreta de casamiento y su negativa, se comienzan a completar los papeles para que el paciente tenga el Certificado Único de Discapacidad e intentar que también pueda tener el Certificado Médico Oficial, para que el señor pueda tener y acceder a una pensión no contributiva.

Frente a los tiempos de internación y su estadía en el hospital, consideramos desde el equipo tratante que O. estaba para dar de alta. Ante esto, y la falta del recurso económico, se comenzaron a realizar permisos extendidos al paciente, ya que se mostró predispuesto y con ganas de trabajar, para obtener dinero y poder realizar el tratamiento de manera ambulatoria y pagarse una habitación que fuera cercana al hospital. A su vez, junto con el paciente y la psicóloga tratante, hemos ido a recorrer el barrio en búsqueda de una vivienda para O. También, se ha tenido un encuentro con la abogada del paciente, con quien se acordó que se envíe desde el equipo tratante un informe al juzgado interviniente relatando su situación, dando cuenta de que O. se encuentra compensado y para dar de alta. Hasta el día de la fecha, O. sigue en la sala de internación.

### **Algunos interrogantes a partir de la intervención junto a O. y la política pública**

En primer lugar, me parece importante remarcar que, como trabajadores sociales, intervenimos sobre las manifestaciones de la cuestión social, que pueden ser de índole económica, social, cultural, ideológica, política. Retomando a Cavallieri (2008) “Se parte de pensar la intervención del Trabajo Social vinculado desde su génesis como profesión a las Políticas Sociales y al Estado, como una de las formas de enfrentamiento de la cuestión social.” (p.37). Es decir que, como profesionales, intervenimos a partir de las políticas públicas que el Estado brinda, con el fin de que los derechos de los sujetos se garanticen y así, poder mejorar la calidad de vida de la población. (Czeresnia, 2006).

A partir de ahora, retomaré partes del relato mencionado anteriormente, que considero que son relevantes para cuestionar. En cuanto a la denuncia correspondiente por el



supuesto homicidio de la esposa de O., me surgieron algunas preguntas: ¿Realmente existe una denuncia? Hasta el día de la fecha no lo sé. Esto me generó contradicciones, como también plantearme: ¿Cómo trabajar con una persona que tiene sospechas de que mató a su mujer y lo niega? ¿Tendrá que ver algo del fallecimiento con su padecimiento mental? ¿Este sentir fue compartido por el equipo tratante, como también pensando que su situación fuera esa?, ¿O. debería estar en una sala de internación de salud mental, pese a su padecimiento? ¿O tendría que estar en otra institución? Sin embargo, a pesar de todas estas preguntas que se me generaban, me parece pertinente remarcar que fue necesario hacer a un lado todas estas preguntas, y poder tomarlo al usuario como sujeto, ya que estaba internado y era necesario trabajar junto con él y su padecimiento mental, comprendiendo a la salud como integral, así como también, viendo a O. como sujeto de derechos, con su historia propia y particular, que lo diferencia del resto de las personas.

En cuanto a la salud integral, Noelia López (2017), parafraseando al Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), sostiene que el derecho a la salud no debe asociarse a que una persona se encuentre sana. Por lo contrario, se encuentra vinculado con el derecho a la alimentación, a una vivienda digna, a tener acceso a la educación, al trabajo, entre otros. El sujeto tiene derecho a que el Estado genere igualdad de oportunidades para gozar del mayor nivel de bienestar en torno a su salud, como también que se garantice el derecho a no ser torturado o sometido a tratamientos no consensuados; a poder expresarse y poder decidir sobre su cuerpo, su sexualidad, entre otros. Es por ello, que adhiero a comprender a la salud como integral, donde no se la entienda únicamente desde un lado biomédico, sino que abarque lo económico, social, cultural, entre otros aspectos que son parte de la vida de los sujetos. Es así que se expresa en el artículo 3 de la Ley de Salud Mental: “se reconoce a 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.” (Fernández, 2019). Es a partir de lo mencionado, que adhiero a esta perspectiva de salud integral, lo que conlleva también pensar a que hoy en día el trabajo social sea integrado en una sala de internación de salud mental, como lo es en este hospital. Considero que, en la actualidad, aunque exista esta perspectiva, también sigue teniendo un gran peso el Modelo Médico Hegemónico, el cual es un modelo de salud biologicista, individualista, ahistórico y asocial que nos atraviesa a todos los profesionales y por lo tanto, es una lucha que debemos dar día a día

como colectivo para que poco a poco esa visión vaya modificándose y se entienda a la salud como colectiva, histórica, en donde se tengan en cuenta también factores sociales, económicos, entre otros. Es en esta perspectiva entonces, donde se incluye la determinación social de la salud.

Por otro lado, siguiendo con el relato de sus hijes, considero relevante destacar las palabras de M., quien refirió no querer saber nada con su progenitor, y se haría cargo del mismo su hermana B. Esto, y también escuchando relatos de otras usuaries, hizo que me cuestionara cómo recae el cuidado en las mujeres. Esquivel, Faur y Jelin (2012) parafrasean a Tronto (1993), comprendiendo el cuidado como “(...) actividades de la especie que incluyen todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar el mundo en el que vivimos, haciéndolo lo mejor posible” (p. 103).

Como mencionan Esquivel, Faur y Jelin (2012), “(...) nadie puede sobrevivir sin ser cuidado, lo cual convierte al cuidado en una dimensión central del bienestar y del desarrollo humano” (p.12). Las autoras retoman la idea de que el cuidado es un aspecto central de los patrones de desigualdad social, en cuanto al género como también en otras relaciones de poder que se dan en un sentido más amplio, recayendo los cuidados en nuestra sociedad en las mujeres de la familia, principalmente en parejas e hijas, entendidos como una tarea “*natural*”, que no es remunerado y se lleva adelante al mismo tiempo que otras actividades/trabajo. Es por ello que otros condicionantes además del género son, como mencionan las autoras, la clase social a la cual se pertenezca, lugar de residencia, etnicidad o el status migratorio.

Es aquí, que me parece relevante destacar el entrecruzamiento que se genera entre la categoría de género con el de interseccionalidad. Ésta es una “(...) categoría teórico metodológica capaz de capturar las múltiples relaciones de poder que construyen opresión” (Pombo, 2019, p. 149), que surge al interior del feminismo y pretende señalar la ceguera de la tendencia hegemónica respecto a las desigualdades raciales. La autora manifiesta:

*Sostiene la necesidad de comprender a la opresión de género como proceso social constituido en articulación indisoluble con otros vertebradores de desigualdad, sustancialmente la clase social y la raza. La interseccionalidad plantea una ligazón, entrecruzamiento o fusión de las categorías de dominación ligadas al género, la clase y la raza/etnia, aunque en algunas perspectivas se incluyen otros estratificadores sociales*

*como el status migratorio, la discapacidad o la religión. (Pombo, 2019, p.146)*

La interseccionalidad es una estrategia que ayuda al trabajo social a realizar intervenciones desde una mirada integral y entendiendo a la realidad desde su complejidad y dinamismo, como también teniendo en cuenta las particularidades de cada situación que se presenta. En esta situación en particular, podemos ver cómo se interrelacionan el género, la clase, lo económico, lo habitacional y la salud mental. Considero que es importante que, como profesionales, podamos acompañar estos procesos que muchas veces se vuelven repetidos y que atraviesan a les usuaries, aunque en la mayoría de las situaciones es dificultoso, ya que contamos con herramientas escasas como lo son las políticas sociales, que dan respuestas fragmentadas, individualizadas, aisladas y a corto plazo, reproduciéndose así prácticas a lo largo del tiempo sin problematizarlas, sin repensar las políticas que existen y se encuentran vigentes, tapando “baches” que a largo plazo podrán hacer que se manifiesten problemáticas agudizadas.

El Estado tiene tanto el papel de regulador como supervisor de los agentes que intervienen en el cuidado, siendo una tarea de reforma del Estado aún pendiente. La orientación de la política social resulta decisoria en el peso específico que se asignará tanto a los mercados como a las familias en la provisión del bienestar -y del cuidado-. (Esquivel, Faur y Jelin, 2012, p. 31). Es ante esto, que considero necesario mencionar la noción de desfamiliarización, ya que “(...) permite observar de forma más profunda el grado en el cual las políticas públicas facilitan la provisión y el acceso a servicios de cuidado, redistribuyendo la función social del cuidado entre distintas instituciones públicas y privadas, y por tanto, logrando mayores niveles de equidad entre los géneros, sin que ello suponga necesariamente un costo económico para las familias” (p.34). En este sentido, las autoras plantean que el Estado debe ser visto en su rol múltiple: tanto como proveedor de cuidado, como regulador de las responsabilidades que deben asumir las otras instituciones y como garante de los niveles de calidad y respeto a los derechos que esas instituciones tienen que cumplir.

En vinculación con lo mencionado anteriormente, siguieron apareciendo contradicciones y preguntas que fueron acompañándome en los meses trabajados con O. ¿Qué hacer cuando la familia no quiere hacerse cargo del cuidado del paciente y el Estado no cuenta con los recursos o políticas públicas para acompañar procesos de externalización? ¿Qué está pasando con el Estado? ¿Qué tanto se cumple la Ley de Salud Mental N° 26.657, siendo que se plantea en el Artículo 32 que se debe destinar un presupuesto

que alcance un mínimo del 10%, mientras que en Argentina en el año 2023 se proyecta destinar el 1,68%<sup>1</sup> ¿A dónde podemos llegar con un presupuesto tan bajo?

En cuanto a un posicionamiento personal, comprendo que hay un gran vaciamiento por parte del Estado en cuanto a políticas públicas destinadas a la Salud Mental, ¿Qué podemos hacer como profesionales ante esto? Muchas veces, me ha pasado de estar en la sala de internación y escuchar que distintos profesionales comprenden que hay una obligación y que el cuidado tiene que ser por parte de la familia. Así es que se termina naturalizando que la familia tenga que hacerse cargo del cuidado del paciente ¿Por qué no cuestionarlo, si no debería realmente ser así? Es necesario comprender que en caso que los familiares no quieran hacerse responsables del cuidado, están en su derecho, sea porque no hay afecto entre los sujetos, por situaciones de violencia u otras cuestiones, que serán particulares dependiendo de cada sujeto y su historia, que les diferencia de otros.

Ante lo planteado anteriormente ¿Qué estrategias podemos tener en estas situaciones, y con los pocos recursos existentes? Al fin y al cabo, por más que se le dé el alta como fue indicado desde el juzgado a dicho paciente, esto hace que se piense que el tratamiento no sea llevado a cabo como debería, o que quizá no pueda ser sostenido en el tiempo, ya que dicha persona una vez externado se encuentra solo (sin familiares ni redes socio-afectivas), sin acompañamiento. Desde el juzgado interviniente, ¿lo único que les compete es que se le dé el alta? ¿No les incumbe que O. no tenga recursos para sustentarse por sí mismo una vez que fuera externado del hospital, siendo que dentro del juzgado es el área de salud mental? ¿Se piensa en dejarlo en la calle, pese a su situación de vulnerabilidad habitacional? ¿Se lo va a “dejar” más solo de lo que ya está? ¿Conviene esto para que pueda seguir con el tratamiento de manera ambulatoria? ¿Qué tanto hacen que se cumpla la Ley de Salud Mental? ¿Qué tanto importan los derechos que tiene el paciente como ciudadano?

Como mencionan Castrogiovanni, Simonotto, Viedma (s/f) “(...) las instituciones en las que trabajamos exponen a los/as trabajadoras/es a situaciones de enorme desprotección, desproveyéndonos de insumos, recursos, políticas públicas acordes a las necesidades planteadas por la población, responsabilidades adecuadas a la tarea, entre otras. (p. 2). Siguiendo con algunos interrogantes... ¿Qué hacer ante la falta de políticas públicas por parte del Estado que no acompañan las externaciones en pacientes que no tienen red familiar? O, mejor dicho, teniendo en cuenta esta situación particular:

1 ACIJ (2023). Presupuesto para la Salud Mental. Disponible en <https://acortar.link/013svG>

¿Qué se hace si se cuenta con familiares que no quieren hacerse cargo (ni tienen por qué hacerlo), ni tienen otros vínculos socio afectivos que acompañen la externación? ¿Qué posibilidad hay como profesionales de acompañar? ¿No termina siendo una responsabilidad de los profesionales de la salud? ¿Qué hacemos ante la falta de políticas públicas que no acompañan? ¿Está mal acompañarlo, y no dejarlo -solo- en la calle? ¿Estamos dándole “una mano” a O., o estamos “*encubriendo*” las fallas/baches por parte del Estado? Acá me parece pertinente que, como profesionales, no naturalicemos estas situaciones, que nos atraviesan día a día en nuestra labor ante la falta de recursos.

¿Se piensa que es algo que se pueda sostener en el tiempo? ¿Qué pasaría si el señor no trabajara y no contara con ingresos para poder sostener su externación? Estando en el hospital más del tiempo que se establece por ley, ¿Qué complicaciones puede traernos como profesionales? Dando cuenta de la situación y la falta de recursos por parte del Estado, en donde no existen viviendas de medio camino, ni otros espacios que pueda habitar -siendo en este caso menor de 65 años- ¿Debería recaer en nosotros un problema habitacional como el relatado? Es aquí que considero esencial poder llevar adelante un trabajo intersectorial, aunque ante la falta de recursos es muy difícil de poder llevarse adelante.

Por último, teniendo en cuenta que les usuaries deberían estar en el hospital internadas el menor tiempo posible, ya que así está estipulado en la Ley de Salud Mental, hay que establecer, como profesionales, tiempos en cuanto a las intervenciones. En lo que respecta al trabajo social, creo que es importante en un principio que podamos contextualizar la situación del paciente, no sólo mediante entrevistas con el mismo y sus familiares – en caso que estén presentes-, sino también estableciendo una conversación con los profesionales tratantes de las distintas disciplinas. ¿Para qué nos sirve? Muchas veces nos puede servir para no repreguntar al paciente sobre cierto tema, pero sí es fundamental poder reconstruir su historia particular, para a partir de ello buscar estrategias que sean útiles y sirvan para su externación. Si no hubiéramos puesto atención a su situación habitacional y a los vínculos con sus hijos por ejemplo, las intervenciones se hubiesen realizado de una manera deshistorizada, lo que perjudicaría notoriamente en la continuidad del tratamiento ambulatorio. Por ello, considero que es esencial que como trabajadores sociales adhiramos a la perspectiva histórico crítica, donde además de contextualizar e historizar la situación particular, nos brinde herramientas para reflexionar y ser críticas sobre nuestras propias prácticas,

y se re-piensen las incumbencias que tenemos como profesionales. Como menciona Montaña (2015):

*“(...) lo crítico en Trabajo Social expresa sustantivamente una capacidad, una postura, una perspectiva de crítica en el análisis social del profesional y en su accionar. El “Trabajo Social Crítico” no significa otra cosa sino la crítica como herramienta de análisis y horizonte de acción de los profesionales. Sin con esto imaginar que esta crítica sea suficiente para una “acción transformadora” (...) Esta depende de un sujeto capaz de promover la transformación social.” (p. 32)*

### Reflexiones de cierre

Luego de este recorrido por el escrito y presentar una situación particular donde he intervenido, creo fundamental que como profesionales sigamos teniendo y generando debates respecto a las leyes y políticas públicas existentes, las cuales son nuestro marco/sostén en gran parte a la hora de intervenir en situaciones particulares. Es necesario problematizarlas y más aún cuando estamos trabajando a partir de ellas. Es importante no sólo visualizar las problemáticas que vemos a partir de lo que ya existe, sino también realizar escritos, investigaciones, que den cuenta de los baches y vaciamientos con los que convivimos diariamente, que generan muchas veces contradicciones y frustraciones a la hora de trabajar, no sólo en el área de Salud Mental, sino en la profesión en general.

Por otro lado, creo que el feminismo ha dado un gran aporte en cuanto al concepto de desfamiliarización del cuidado e interseccionalidad, pero considero que aún son novedosos y hay que seguir trabajando y discutiendo sobre ello, para de-construir los patrones de desigualdad social y de género existentes. Como bien sabemos, es una lucha que llevará su tiempo, pero es necesario que se dé y se lleve adelante.

**Bibliografía**

- ACIJ (2023). Presupuesto para la Salud Mental. Disponible en <https://acortar.link/013svG>
- Castrogiovanni, N; Simonotto, E; Viedma; G. (s/f) “La precariedad en nuestras vidas. Pensando el Trabajo Social desde sus condiciones de trabajo”. Consejo Profesional CABA.
- Cavallieri, M. (2008) Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas En: Compartiendo Notas. El trabajo social en la contemporaneidad. Lanús: Ediciones de la UNLa., 2008: 37 - 47.
- Czeresnia, D. y Machado de Freitas C. (2006) El concepto de salud y la diferencia entre
  - prevención y promoción. En: Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Lugar Editorial, Buenos Aires. Disponible en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia\\_\\_dina\\_\\_el\\_concepto\\_de\\_salud\\_y\\_la\\_diferencia\\_entre\\_prevision\\_y\\_promocion\\_-\\_CONCEPTO\\_DE\\_SALUD\\_DIFERENCIA\\_ENTRE\\_PROMOCION\\_Y\\_PREVENCION.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia__dina__el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevision_y_promocion_-_CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf)
- Esquivel, V, Faur, E. y Jelin, E. (2012). Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el Mercado. Buenos Aires: IDES.
- Fernández, A (2019) “El ejercicio profesional del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental”. Trabajo Final de Graduación. Universidad Nacional de Luján. Disponible en <https://acortar.link/EFyypj>
- Levin, G (2023) Presentación clínica
- Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072 (2014)
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010)
- López, M. N, y Weber Suardiaz, C. (Ed.). (2017). El campo de la salud mental: nociones, recorridos históricos y perspectivas actuales. Buenos Aires, Argentina: Edulp.
- Montaña, C. (2015). Teoría y práctica del Trabajo Social crítico: desafíos para la superación de la fragmentación positivista y post-moderna. En Mallardi (comp.), Proceso de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. La Plata: ICEP-CTSPBA.
- Pombo, G. (2019) “La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: Topografías en diálogo”. EN: Riveiro, Laura (compiladora); “Trabajo Social y feminismos: Perspectivas y estrategias en debate”, Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Pombo, G (2019) Las perspectivas interseccionales como herramientas para el análisis y la implementación de políticas sociales. Rev. Plaza Pública, Año 12 - No 22



Actividad artística.

Coordinación:

Lic. María Capelli (Delegada Hospital Tornu)

Lic. Mariana Ottonello (Servicio Social Tornu)

Lic. Paula Coronel

Se realizaron mariposas con las que se elaboraron placas alegóricas al Día Internacional contra la Violencia hacia Mujeres y Disidencias. Al momento de publicación de este libro, las Mariposas se encuentran presentes en todos nuestros lugares de trabajo como un recordatorio permanente del compromiso asumido por espacios laborales libres de toda violencia.



## TRANSVERSALIZANDO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ABORDAJE COMUNITARIO DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.

### Autoras:

María Florencia Rolandi (trabajadora social CeSAC N°32 y Centro Biedak de atención ambulatoria de adicciones);

Sofía Lovrich (psicóloga CeSAC N°10 y Centro Biedak de atención ambulatoria de adicciones)

---

### Introducción

Los consumos de drogas están relacionados con contextos y procesos socio históricos cambiantes, donde los diferentes agentes sociales y de control tienen un rol importante en la construcción de significados. El “género” y las “drogas” son construcciones sociales en las que se ponen en juego relaciones de poder a través de discursos, siendo estos fuertemente marcados por el prohibicionismo. Este modelo moralista estigmatiza a los usuarios de drogas, tomando cuerpo de manera diferenciada según el género y su accesibilidad a la atención de la salud.

Estas construcciones sociales tienen impacto en el sistema de salud público que presenta desigualdades de género en el acceso a la atención de las personas que presentan consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Dichas desigualdades se visibilizan en las representaciones sociales que mujeres e identidades feminizadas (IF) internalizan, dando cuenta de inequidades de género.

Las asimetrías sociales existentes entre varones, mujeres e IF determinan diferencialmente roles sociales, impactando en la configuración de sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC). Actualmente, los tratamientos en consumos problemáticos están diseñados prioritariamente para varones cis género, dejando por fuera e invisibilizando a las mujeres e IF con sus necesidades específicas. Se fomenta así una atención estereotipada, donde lo que se presenta como norma está sesgado

por la hegemonía cis hetero patriarcal, generando el ocultamiento de situaciones sanitarias desiguales.

Es por ello que resulta fundamental reflexionar críticamente acerca de las representaciones sociales que giran en torno a las mujeres e IF que presentan consumos problemáticos de sustancias y los estereotipos de género que dan cuenta de las desigualdades. Generalmente se tiende a pensar que los consumos femeninos de drogas carecen de elementos singulares, ofreciendo las mismas interpretaciones y respuestas para todas las identidades de género.

### **Mitos/ estereotipos de género y barreras en la accesibilidad a la atención de la salud de personas con consumos problemáticos**

Cuando acompañamos a una mujer o IF con consumo problemático nos encontramos con que suele padecer problemas asociados a los mandatos vinculados a su rol de género. Mientras que en los varones cis género el consumo suele ser naturalizado y aceptado socialmente, salvo cuando éste se asocia a conductas violentas y de riesgo para sí y/o para tercerxs, el consumo en las mujeres es visto como una transgresión a los valores dominantes, y a los roles asignados cultural y socialmente.

Actualmente los dispositivos y/o servicios de salud presentan barreras para la accesibilidad de personas con consumos problemáticos: una de ellas es el estigma que recae sobre el consumo femenino de sustancias psicoactivas a partir de diversos calificativos, que refuerzan que no cumplen con lo que se espera de ellas a nivel cultural y social. Esto se debe a la mirada patriarcal que consolida estereotipos de género que responsabilizan a las mujeres como las principales gestoras del cuidado de sus hijxs. Pero ¿cuáles son las necesidades de cuidado de lxs niñxs? ¿Qué factores determinan esos cuidados? ¿Qué concepción de cuidado se promueve desde las construcciones subjetivas de cada quién? ¿Cuáles son los imaginarios sociales que se ponen en juego? ¿Qué tipos de arreglos contribuyen a la equidad de género? ¿Cuáles, por el contrario, refuerzan los estereotipos de género?

Aquí es importante nombrar los aportes de Rodríguez Enríquez (2015) en relación a la Economía Feminista, visibilizando el rol fundamental que el trabajo doméstico y de cuidado material y simbólico de reproducción cotidiana de la vida tiene para el funcionamiento del sistema económico. Desde este análisis se pretende visibilizar que el

único trabajo existente no es el que se remunera en la relación salarial, sino que trabajo es también todas las tareas que sostienen la vida y que, por las características de una distribución social y sexual del trabajo injusta y estereotipada, se realizan mayoritariamente por mujeres y de manera gratuita. En este sentido, es necesario pensar cómo las relaciones de género, que estructuran relaciones sociales, tienen efectos concretos en las estructuras y las dinámicas no solo sociales sino también económicas, como por ejemplo la distribución y posesión de recursos materiales y simbólicos y el reparto del tiempo.

Esta construcción social del cuidado es puesta en cuestión de manera inmediata cuando la mujer=madre atraviesa una situación de consumo; en cambio, cuando hablamos del ejercicio de la paternidad y las capacidades de desempeñar esta función mediando un consumo problemático, esto casi no es nombrado.

Otra barrera en la accesibilidad son los aspectos organizacionales estructurales del sistema de salud: horarios restringidos de atención de efectores del sistema de salud incompatibles con las posibilidades de las mujeres; largos tiempos de espera para la atención; interacciones expulsivas por parte del personal; escasa claridad sobre el funcionamiento y requisitos de acceso a los servicios provistos. También existen estereotipos y representaciones sociales del personal de salud sobre las usuarias de drogas, así como representaciones que ellas tienen de aquéllos debido a históricas prácticas expulsivas. La conjunción de estos elementos eleva el umbral de acceso. Otra de las barreras a la atención es que las propias mujeres puedan considerar que su consumo no es un problema prioritario porque viven otras dificultades que requieren una resolución más inmediata, como generar ingresos para sobrevivir o situaciones de violencia de género.

Los imaginarios sociales<sup>1</sup> establecen producciones y construyen mitos sobre qué se espera de ser madre y padre. Es decir, se plantea “la producción y reproducción de un universo de significaciones imaginarias constitutivas de lo femenino y lo masculino moderno que forman parte no solo de los valores de la sociedad sino también de la subjetividad de hombres y mujeres” (Fernández, 1994, p. 162). Los mitos están encar-

---

<sup>1</sup> Los imaginarios sociales se consolidan como fuerza reguladora de la vida colectiva y social, es decir, como representaciones de la realidad social, inventadas y elaboradas con materiales tomados del caudal simbólico que tienen una realidad específica que reside en su impacto sobre las mentalidades y los comportamientos colectivos (Bazcko, 1991). Estos imaginarios sociales, aparecen como pieza del dispositivo de control social de manera que también es un lugar de conflicto, en tanto queda abierta la cuestión histórica por excelencia, esto es, el surgimiento de otras producciones de sentido (Castoriadis, 1983).

nados en nuestras subjetividades y tienen un objetivo biopolítico (Foucault, 2007) y de disciplinamiento de lo social, de los cuerpos y de la subjetividad. Estos mitos y los imaginarios sociales se sostienen en una dimensión política injusta y por la violencia simbólica, ya que son considerados desde una concepción esencialista, invisibilizando las diferencias de sentido en relación con la maternidad y diversidad de prácticas de maternaje, dejando de lado la singularidad y la construcción socio histórica de la misma. Esto da cuenta de la ilusión de atemporalidad (Fernández, 1994), por medio de la cual las construcciones socio históricas son concebidas como realidades naturales y ahistóricas, y por lo tanto inmodificables. Es importante destacar que los mitos operan por la repetición de sus narrativas, ya que diversos discursos reproducen esos argumentos como verdaderos, únicos y naturales. El mito mujer = madre (Fernández, 1994) establece que la maternidad es la función de la mujer y a través de ella se realiza como mujer. Esa es la esencia de la mujer, ser madre. Si no es madre, es menos. De este modo, se ordenan prácticas sociales que instauran esta modalidad de maternidad y el vínculo madre-hijx y prácticas individuales que establecen las propiedades de tener este proyecto de vida con respecto a otros proyectos vitales. Se establecen “un conjunto de creencias y anhelos colectivos que ordenan la valoración social que la maternidad tiene en un momento de la sociedad” (Fernández, 1994, p.162). Así, este mito promueve producciones de sentido y organiza determinadas prácticas; atribuye poder y control en la vida de sus hijxs, siendo la mujer=madre la principal responsable de preservar la estabilidad de la familia, que es representada como afectiva en contraste con las dimensiones políticas y económicas. En este sentido, tener poder dentro del ámbito doméstico invisibiliza el poder que la mujer puede tener en otros ámbitos. Del mismo modo, se naturaliza que la mujer tiene un instinto materno que guía la crianza de sus hijxs, debido a una determinación psíquica de la biología, estableciendo una ilusión de naturalidad (Bonder, 1979). Se invisibiliza que la maternidad es una construcción socio histórica y no una condición intrínseca de la mujer. Este mito opera por violencia simbólica porque obtura la singularidad de cada mujer en la relación con su propix hijx. En este sentido, nos encontramos con un horizonte normativo presente en los discursos institucionales y en la sociedad en general, que reconoce a la “buena madre” como una mujer presente, cuidadora, cariñosa, tolerante y que está pendiente del bienestar de sus hijxs. Esto es, de una mujer que prioriza las necesidades de lxs hijxs frente a las propias (Hays, 1998; García y De Oliveira, 1994; Wainerman, 2005). El mandato patriarcal de ser madre opera como eje organizador de la vida de las mujeres. Nos preguntamos: ¿cuáles son los imaginarios sociales que fueron arraigados en las mujeres que acompañamos y se reprochan como las principales responsables de

no haber proveído los cuidados adecuados a sus hijxs y tener consumos problemáticos? ¿Deberíamos hablar de prácticas de maternaje para desimplicar los términos de mujer y madre?

**Otros dispositivos necesarios para el abordaje de consumos problemáticos. Transversalización de la perspectiva de género.**

La *promoción de la salud* requiere interrogarnos acerca de los modos en los que construimos estrategias situadas para responder a las necesidades y demandas de esta población en particular. Por lo tanto, nos preguntamos: ¿llegan las mujeres e IF a pedir acompañamientos? ¿Quiénes y desde qué lugares definen que una mujer atraviesa un problema de consumo? ¿Qué de lo socialmente esperable y asignado a su rol se juega a la hora de definir lo problemático del mismo? ¿Se construye un diagnóstico integral situado en contexto y con perspectiva de género que permita diseñar estrategias acordes a las situaciones que atraviesan?

Acompañar desde la *perspectiva de género* nos permite tener una mirada crítica frente a las nociones de cuidados. Permite develar la asimetría que existe en el ejercicio de poder entre varones y mujeres, a la vez que identificar y reconocer que dicho ejercicio ha configurado, históricamente, desiguales oportunidades en el acceso a la educación, la justicia y la salud para las personas. A su vez, podemos guiarnos por lo que dice Scott (como se citó en Zaldúa, 2011): “resignificar el cuidado en términos de géneros debe trascender la opacidad que el concepto plantea si se lo aísla de otras variables de opresión como raza, edad, cultura, clase social, etc.” (p. 160).

Es imprescindible trabajar desde la perspectiva de género, ya que permite promover la distribución equitativa de roles, cuestionando mitos y estereotipos de género que refuerzan el rol de las mujeres como las únicas calificadas para cuidar y criar a lxs niñxs, naturalizando que las tareas domésticas y los cuidados en una familia son sólo responsabilidad femenina. Como expresa Attardo (2012), los estudios de género en el campo de la subjetividad permiten crear estrategias para que mujeres y varones deconstruyan y reconstruyan saberes, imaginarios y sentidos que forman parte de sus procesos de subjetivación en tanto los mismos reproducen inequidades y relaciones de poder injustas y opresivas, fundamentalmente para las mujeres (p. 98). Buscamos promover la eliminación de las desventajas o desigualdades que los estereotipos y roles de género establecen a la hora de acceder a dispositivos de atención y promoción de la salud. Para esto es prioritario habilitar espacios de diálogo donde las mu-

jerres e IF sean convocadas de modo participativo y democrático en el diseño de su propio tratamiento terapéutico y de la gestión de políticas públicas. Esto implicaría transversalizar la perspectiva de género al interior de los dispositivos de salud dando lugar a la promoción de equidad y derecho a la ciudadanía. A su vez son necesarias estrategias de prevención en salud como pedagogías de cuidado fortaleciendo los vínculos, las redes y las prácticas de autocuidado que las mujeres que acompañamos han consolidado como propias y les dan sentido de pertenencia en las organizaciones sociales en las que participan. En este sentido, se busca promover el trabajo comunitario y en red intersectorial para acompañar el PSEAC. Promover salud implica reconocer y recuperar las creencias, mitos e imaginarios sociales que se imprimen sobre las subjetividades y así poder visibilizar y transformar inequidades y opresiones que impactan en la salud de las personas. “Estos modos de abordaje tienden a generar transformaciones en las condiciones de vida y garantizar la satisfacción de los derechos para promover comunidades más saludables.” (Attardo, 2012, p.100).

**“Ampliando redes”. Estrategia de abordaje de consumos y perspectiva de género desde el Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC).**

Frente a lo fundamentado anteriormente consideramos necesario: crear estrategias situadas para responder a las necesidades y demandas de las mujeres e IF y alojar sus singularidades; resignificar las representaciones sociales de las masculinidades hegemónicas en relación a los consumos; realizar capacitaciones transversales para la comunidad y los equipos de salud y promover un acompañamiento comunitario en las problemáticas de consumo.

Es fundamental para garantizar la equidad de género en el acceso a los dispositivos de salud tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres e IF usuarias de drogas. En este sentido, debemos promover la eliminación de las desigualdades que los estereotipos y roles de género establecen a la hora de acceder a servicios de prevención y asistencia. Para esto resulta prioritario habilitar espacios de diálogo.

A su vez, son necesarias estrategias de prevención en salud como pedagogías de cuidado que promuevan el fortalecimiento de vínculos, redes y prácticas de autocuidado respecto a los consumos. Propiciar el trabajo comunitario y en red intersectorial en pos de una ética del cuidado. ¿Cómo construir co-responsabilidad entre sectores? Aquí vemos la importancia de la articulación entre actores de un mismo territorio, de la construcción de diagnósticos situacionales y del conocimiento de los recursos,

tanto formales como informales, y las estrategias que proveen las propias comunidades para responder a sus problemáticas. En esta línea, nos resulta orientador el *Modelo Integral Comunitario* diseñado por Camarotti y Kornblitt (2015), así como también las estrategias de Reducción de Riesgos y Daños, capaces de brindar herramientas para que las mujeres obtengan un rol activo y participativo en el proceso de producción de su propia salud.

Pensar la salud desde el cuidado y el acompañamiento, con una perspectiva de género, nos obliga a pensar en clave de salud comunitaria. Trabajar en “salud comunitaria” implica también dedicarse a la construcción de ciudadanía y la restitución de derechos. Es necesario diseñar abordajes integrales, generando articulaciones intersectoriales e interinstitucionales, por ejemplo, desde salud con justicia y educación y con otros saberes y actores comunitarios y, sobre todo, otras situaciones de vida cuyo eje no sea la problemática de consumo. Las luchas y conquistas de los feminismos nos han enseñado que debemos construir prácticas de cuidado con perspectiva de género, capaces de visibilizar y responder a las demandas de las mujeres e IF.

### **La experiencia local... ¿Qué es el EASC?**

El EASC es un espacio de promoción de la salud comunitaria en el CeSAC 10 con el objetivo de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud del barrio Constitución a través de la construcción colectiva de acciones barriales. Está conformada por trabajadorxs y promotrxs de salud de planta, residencias de Trabajo Social, Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud y Psicopedagogía; rotantes externas y promotrxs de salud de diversas organizaciones sociales del barrio.

El EASC está organizado en comisiones de trabajo para abordar problemáticas relacionadas con la salud colectiva. Esta identificación es resultado de una serie de encuentros en los que realizamos un mapeo colectivo a fines de 2021, en el cual intercambiamos acerca de qué cuestiones consideramos necesarias trabajar a nivel comunitario, desde la importancia y viabilidad. Luego de un año, a comienzos de 2023, como parte de la evaluación participativa del proceso de trabajo, hicimos otro mapeo y se reorganizaron las comisiones en torno a varios temas, siendo Género una de ellas.

Entre las cuestiones sociales identificadas en el mapeo destacamos: problemáticas de salud mental sin respuesta, el deterioro físico y ambiental del espacio público, la contaminación ambiental, la vulnerabilidad habitacional (hacinamiento, desalojos, situación de calle), la falta de trabajo y/o predominio del empleo precario e inestable, la baja

cantidad de establecimientos educativos, la falta de espacios recreativos para niñxs, adolescentes y adultxs, las situaciones de consumo problemático de sustancias, las personas en situación de prostitución, la trata de personas, la violencia de género, la inseguridad alimentaria y malnutrición en niñxs y adultxs, entre otras problemáticas.

La comisión de género surge como espacio de respuesta a demandas concretas y de intercambio con organizaciones sociales y con la comunidad en las recorridas por el barrio de Constitución. Dichas demandas se suelen abordar a través de talleres que buscan reflexionar sobre temáticas diversas de salud integral con una perspectiva de género transversal para visibilizar las desigualdades de género en la accesibilidad a la salud de las personas, enmarcadas en la Educación Sexual Integral, desde una perspectiva no binaria, y en la legislación vigente en esta materia: Educación Sexual Integral (Ley N° 26.150/ 2006); Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Ley N° 26.485/ 2009); Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley N° 26.673/ 2002); Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley N° 26.657/ 2010).

Nuestro enfoque apuesta a la prevención y promoción de la salud y a la educación popular, buscando un rol activo de lxs participantes. Se busca promover la reflexión y el análisis del género como categoría social según las matrices de aprendizaje y los aspectos cotidianos de las personas implicadas.

Una de las actividades realizadas en pos de reflexionar sobre los mitos y representaciones sociales que impactan en el PSEAC y la forma en que las personas transitan sus trayectorias de vida teniendo en cuenta las desigualdades de género, fue a través de la articulación con la Red Puentes Barracas. Red Puentes Barracas es una casa de abordaje integral y comunitario de consumos problemáticos. Presta atención ambulatoria en las áreas, salud, legal, educativa y reinserción laboral.

Se llevaron a cabo un ciclo de talleres con las personas que asisten a la casa. Uno de ellos fue acerca de las masculinidades, buscando problematizar la masculinidad hegemónica y sus efectos en la configuración de relaciones desiguales de poder e identificar y reflexionar críticamente sobre las resistencias de los varones a identificarse como sujetos de género.



## Reflexiones finales

A partir de lo expuesto, consideramos que se vuelve necesario pensar las intervenciones desde una mirada que incluya los determinantes sociales de la salud, entre los cuales se encuentra el género, en la lectura de los padecimientos. Según esta perspectiva, los padecimientos encarnados en sujetos singulares, son portavoces de problemáticas sociales, de ahí la necesidad de abordajes que excedan lo puramente individual.

Reconocer al género como determinante de la salud nos permite comprender cómo las creencias, representaciones y roles asociados a cada uno de los géneros inciden en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, estableciendo vulnerabilidades diferenciales según el género (Tajer, 2021), así como distintas barreras de accesibilidad en el contacto con el sistema de salud. De esta manera, podemos visualizar que la responsabilidad asignada a las mujeres en las tareas de cuidado y crianza, el hecho de que sean, muchas veces, las únicas referentes a cargo del cuidado y sostenimiento económico de sus hijxs, el padecer situaciones de violencia de género, el estigma que recae sobre ellas al no cumplir con lo socialmente esperado con respecto al rol, son factores que dificultan que puedan ocuparse del cuidado de su propia salud o darle prioridad a sus tratamientos y por lo tanto, que la relación con el sistema de salud sea ocasional, discontinua y muchas veces inexistente.

Destacamos la importancia de las experiencias que en el ámbito local buscan resignificar los estereotipos de género a través de intervenciones que van más allá de la atención individual, y la necesidad de visibilizarlas e incorporarlas como parte de las acciones llevadas adelante por los equipos de salud. En el sistema de salud prevalece un modelo de atención de tipo asistencial individual y por lo tanto, las modalidades de abordaje que se apartan de esta lógica suelen ser poco valoradas como intervenciones de salud, por lo que su implementación y continuidad conlleva tensiones y disputas al interior de las instituciones.

A su vez planteamos la relevancia de generar articulaciones con redes existentes y de promover nuevas articulaciones institucionales y/ o comunitarias desde los dispositivos de salud, estableciendo alianzas con actores institucionales que comparten una misma mirada frente a la problemática e interactuando con organizaciones sociales y espacios comunitarios a los que concurre la población usuaria. La necesidad de armar estrategias intersectoriales deviene de las limitaciones del sector salud para dar respuestas en términos de salud integral con los recursos de que dispone, y también de

las dificultades identificadas en el acceso y adherencia a los tratamientos de las mujeres e identidades feminizadas con consumo problemático de sustancias. En este sentido, entendemos que resulta clave diseñar estrategias intersectoriales que incluyan la participación de la comunidad, propiciando procesos de enriquecimiento mutuo orientados a fortalecer el vínculo entre las organizaciones de la comunidad y el sistema de salud, así como a la formación/ capacitación de promotorxs comunitarixs dada su potencialidad para proveer contención y acompañamiento.

Asimismo, entendemos que una perspectiva de salud comunitaria implica pensar a las personas formando parte de un entramado social de relaciones de afecto, solidaridad y responsabilidad con otras personas e integrando diferentes redes o grupos en los distintos ámbitos en los que transcurre su vida cotidiana. Por lo tanto, es necesario identificar y fortalecer las redes y lazos sociales que las personas tienen y que pueden funcionar como contención y apoyo, ya que éstas suelen estar debilitadas en el caso de las personas que nos consultan. Muchas veces se requiere buscar redes de acompañamiento alternativas a los lazos familiares, evitando culpabilizar a las familias que a menudo se encuentran desgastadas, agotadas o atravesadas por conflictos vinculados históricos.

Consideramos que transversalizar la perspectiva de género es tener una mirada crítica de las matrices de aprendizaje de lxs trabajadores de la salud a fin de comprender cómo éstas, junto con las matrices de socialización de las personas usuarias, condicionan el PSEAC. Esto, a los fines de poder resignificar el acompañamiento a mujeres e IF con consumos problemáticos.

A su vez, el contacto directo con la población usuaria de los servicios de salud constituye una oportunidad para relevar necesidades específicas de las mujeres e IF que consultan en los espacios de atención. Lo cual habilita la posibilidad de generar adecuaciones en la organización de los mismos o la creación de nuevos dispositivos con el fin de remover las barreras de accesibilidad. Un ejemplo de ello puede ser la creación de un espacio de juegoteca para niñeces, de manera que puedan permanecer a resguardo mientras sus referentes concurren a tratamiento.

Por último, creemos que lo planteado por Spinelli (2015) en relación al trabajo en el campo de la salud permite reflejar el carácter de las intervenciones profesionales orientadas a acompañar estas situaciones. El autor afirma que la práctica cotidiana de los trabajadores de la salud se aproxima a un modelo de trabajo artesanal, en la

medida en que se trata de procesos relacionales difíciles de estandarizar, en los que se ponen en juego dimensiones subjetivas tanto de lxs trabajadorxs de la salud como de lxs usuarixs que requieren atención-cuidado, y en los que gran parte del producto de ese trabajo depende de la comunicación y del vínculo que se establece. Cada situación es única, es por ello que cada acto de salud también es singular. Sus resultados no están determinados de antemano, requiere tiempo, presencia, pensar con otrxs y construir con los recursos existentes.

### **Bibliografía**

- Attardo, C. (2012). Psicólogos y psicólogas por el cambio. En ¿Por qué es pertinente incluir la perspectiva de género cuando trabajamos en la promoción de la salud?
- Bazcko, B. (1991). Los imaginarios sociales. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Bonder, G. (1979). La ilusión de Naturalidad y la Maternidad. Trabajo presentado en seminario Ubicación de la mujer en la sociedad actual. Buenos Aires.
- Camarotti, A.C. y Kornblit, A.L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. Revista Salud Colectiva, 11(2), 211-221.
- Castoriadis, C. (1983). La institución imaginaria. Tusquets: Barcelona
- Czeresnia, D. (2008). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia\\_\\_dina\\_\\_el\\_concepto\\_de\\_salud\\_y\\_la\\_diferencia\\_entre\\_prevenicion\\_y\\_promocion\\_\\_CONCEPTO\\_DE\\_SALUD\\_DIFERENCIA\\_ENTRE\\_PROMOCION\\_Y\\_PREVENCION.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia__dina__el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenicion_y_promocion__CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf)
- Fernández, A.M. (1994). Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad. En La Mujer de la Ilusión: Pactos y Contratos entre Hombres y Mujeres (pp. 159-184). Paidós: Buenos Aires
- Foucault, M. (2007). Nacimiento de la Biopolítica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gianni, S (2017). Itinerarios terapéuticos de pacientes de los dispositivos de atención del Hospital Nacional en Red especializado en Adicciones y Salud Mental Laura Bonaparte. Tesis de Maestría.
- Hays, S. (1998). Contradicciones culturales de la maternidad. Paidós: Barcelona.
- Michalewicz, A. (2016). Prácticas en Salud Mental infanto juvenil. Entre la hospitalidad y el hospitalismo. Noveduc.

- Ministerio de Salud Brasil (2008). Clínica ampliada, equipo de referencia e proyecto terapéutico singular. Secretaría Atencao a Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanizacao- 2ed.- Brasilia.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8 (1): 185-207.
- Moraes, M; Montenegro, M; Medrado, B; Romani, O. (2015). Los Retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil. *Psicología em Pesquisa*. UFJF.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010). Buenos Aires, Argentina, 2 de Diciembre de 2010.
- Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía Feminista y Economía del cuidado. Aportes conceptuales al estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*, (256), 30-44.
- Romani, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*. Buenos Aires.
- Spinelli, H. (2015). El trabajo en el campo de la salud: ¿modelos artesanales o industriales? En: *Invest. educ. enferm*, 33 (2): 194-205.
- Tajer, D. (2021). Cuidados generizados en salud. En: *Revista Symploké*, N°1: 5-16
- Zaldúa, G. (2011). *Epistemes y Prácticas de Psicología Preventiva*. -1ª ed. – Eudeba: Buenos Aires.
- Wola: Mujeres, Políticas de Drogas y Encarcelamiento. [https://www.wola.org/sites/default/files/Guia.FINAL\\_.pdf](https://www.wola.org/sites/default/files/Guia.FINAL_.pdf)
- Colectivo de Reflexión sobre los Consumos. (2021). Cuidados y sustancias. *Revista Mate*. <https://revistamate.com.ar/cuidados-y-sustancias/>
- Colectivo de Reflexión sobre los Consumos. (2021). ¿Qué significa hablar de drogas desde una perspectiva de género? *Revista Mate*. <https://revistamate.com.ar/que-significa-hablar-de-drogas-desde-una-perspectiva-de-genero/>
- ColectivodeReflexiónsobrelasConsumos.(2021). Génerosy drogas, drogasy géneros. *Revista Mate*. <https://revistamate.com.ar/generos-y-drogas-drogas-y-generos/>

# 07

## INTERVENCIONES EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

## TRABAJO SOCIAL Y APS: DISPOSITIVOS GRUPALES COMO POSIBILIDAD DE TRANSFORMACIÓN SUBJETIVA.

### Autoras:

Lic. Marina Balloni Aguilar (UBA). Instructora de la Residencia de Trabajo Social del Hospital General de Agudos “Dr. Juan A. Fernandez”, CABA. Mail de contacto: marinaballoni.ts@gmail.com

Lic. Micaela Magnoli (UBA). Jefa de Residentes de Trabajo Social del Hospital General de Agudos “Dr. Enrique Tornú”, CABA. Mail de contacto: micalamagnoli1@gmail.com

---

### Resumen:

El presente artículo recupera las experiencias y reflexiones construidas durante la Residencia de Trabajo Social en dos Centros de salud y Acción Comunitaria de la zona norte de CABA. Nuestro objetivo es caracterizar la intervención del Trabajo Social en los Dispositivos Grupales y la potencia y posibilidad de transformación subjetiva, individual y colectiva, que estos espacios y procesos habilitan. Ello, poniendo en relieve la importancia de la participación comunitaria y las redes territoriales para el desarrollo de sociedades más saludables y vidas más vitales y deseantes.

**Palabras claves:** Dispositivos Grupales, Intervención del Trabajo Social, Subjetividades.

## Introducción

El presente trabajo recupera nuestras experiencias, como Residentes de Trabajo Social, en diversos dispositivos grupales (DG) que se llevan a cabo en dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la zona norte de CABA; escenario donde nos insertamos durante el periodo de octubre del 2021 a septiembre del 2022. Nuestro objetivo es caracterizar la intervención del trabajo social en dispositivos grupales, abordarlos y definirlos conceptualmente y analizar la posibilidad de transformación subjetiva, individual y colectiva que estos espacios y procesos habilitan. En este sentido, en el marco de los 40 años de democracia y partiendo del Primer Nivel de Atención del Subsistema Público de Salud y la estrategia de Atención Primaria de la Salud, buscamos poner en relieve la importancia de la participación comunitaria para el desarrollo de sociedades más saludables y vidas más vitales y deseantes.

La siguiente producción consta de cuatro apartados. En primer lugar, definiremos cómo entendemos a los dispositivos grupales. Luego, abordaremos las estrategias de intervención que construyen los equipos coordinadores, en particular el Trabajo Social, en los distintos dispositivos grupales donde participamos y co-coordinamos. En un tercer momento, posicionamos a los dispositivos grupales como potencia y posibilidad de transformación subjetiva, individual y colectiva, abordando qué entendemos por ello y qué significado tienen estos espacios para los participantes en su vida cotidiana. Por último, expondremos nuestras reflexiones finales.

### ¿Cómo entendemos los Dispositivos Grupales?

Un grupo no es el simple acto de agrupar a personas en un mismo espacio. Cada DG contiene una especificidad en su organización, objetivos y criterios de operación de una tarea particular. Se construyen a partir de ciertas premisas establecidas por los profesionales y las características, necesidades y demandas poblacionales. Sobre esta base, se diseñan dispositivos específicos orientados a cada población y con objetivos particulares. Es, a su vez, un encuadre mediante el cual se posibilita la escucha y la expresión. En palabras de Cueto y Fernández (1985) el dispositivo grupal, contiene un tiempo, un espacio, un número de personas y algún objetivo común y concreto, lo que crea las condiciones para que un agrupamiento se constituya en un grupo. En el mismo sentido, tomamos como DG aquellos que guardan en común el hecho de tra-

bajar con el mismo grupo de forma sostenida en el tiempo, lo cual caracteriza a DG grupales en los que participamos.

Cada grupo es partícipe de la identidad construida: asume ciertas formas y las transforma. Cada grupo tiene la capacidad de ser distinto entre sí y de ser distinto en sí mismo a lo largo del tiempo y, simultáneamente, conservarse. Siguiendo a De Brasi, los dispositivos son también “formas de individuación y formas de subjetivación, (...) formas de enunciación colectiva” (De Brasi, 2012). Coincidimos de esta manera con Del Cueto (2005) que introduce la idea de que los grupos son procesos en movimiento, productivos y productores de subjetividad que, en su devenir, van organizando formas propias, como lo son las ideas, las creencias y valores.

En ello radica nuestro recorte: tomaremos nuestra experiencia en seis DG diferentes, sostenidos en el tiempo. Cuatro de ellos están destinados a personas mayores -dos talleres de Reflexión y dos de prevención del deterioro cognitivo-, el quinto es de hábitos saludables y, el sexto y más incipiente, un taller de huerta, iniciado en marzo del 2022. Grupos que, a nuestro entender, comparten un tiempo y espacio en común, con objetivos particulares y que, a su vez, se constituyen como dispositivos de subjetivación y enunciación colectiva. Asimismo, comparten otra característica en común, son mayoritariamente conformados por mujeres.

### **Dispositivos grupales como estrategias de intervención**

El Trabajo Social reconoce el campo grupal, “los grupos”, las formaciones grupales, los niveles posibles de grupalidad (Teubal, 2006; Cúneo, 2006) como escenarios estratégicos y potentes para la intervención profesional; siendo que para la planificación de las distintas intervenciones es necesario elaborar estrategias teóricas, metodológicas, ético-políticas e instrumentales fundadas, basadas en la realidad social<sup>1</sup> que nos atraviesa y el análisis situacional. Sin embargo, si bien la intervención en lo grupal y las dinámicas que se dan en cada DG están direccionadas desde nuestro posicionamiento ético-político, también tienen protagonismo las significaciones que construyen los participantes, sus propias perspectivas y subjetividades. Por ende, la construcción de las estrategias de intervención puede modificarse y repensarse a lo largo del tiempo.

<sup>1</sup> El concepto de realidad social se refiere, en palabras de Berger y Luckman (1991), a aquella construcción intersubjetiva dada en un mundo compartido, lo cual implica procesos de interacción y comunicación que permite a los seres humanos establecer lazos de convivencia. Al hablar de realidad social también nos referimos a las condiciones materiales de existencia.



Ahora bien, a partir del dinamismo y de las experiencias transitadas en dispositivos grupales, también podemos construir certezas: los DG son espacios propicios para la construcción de nuevos conocimientos, habilidades y vínculos.

La interdisciplina es otra estrategia que favorece la intervención en lo grupal. Requiere acuerdos políticos, éticos y teóricos, sin los cuales se torna difícil encauzar demandas, planificar actividades y coordinar los grupos. La interdisciplina permite construir redes de trabajo entre el equipo, las cuales también pueden ser reflejo en los participantes de los distintos DG. De este modo, es posible (y deseable) ir construyendo redes de trabajo y redes intergrupales que acompañen nuestro cotidiano profesional. Al retomar los encuentros presenciales<sup>2</sup> de uno de los dispositivos grupales destinados a personas mayores, una de las participantes dice:

*“Lo que me dio este grupo es una red, una red de cuidado, en los peores momentos de mí vida y durante la pandemia, aunque no nos veíamos, todos estaban ahí en el WhatsApp acompañándome todos los días. Cuando falleció mi marido, todos estuvieron ahí.”*

Se construye un sentimiento de pertenencia –tanto entre los profesionales como entre los participantes y entre sí– y esto no es casual, es una construcción y un objetivo en sí mismo. Ello, a los fines de favorecer vínculos solidarios y -en sociedades mercantiles, violentas y desiguales- contrarrestar la fragmentación de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC).

El prolongarse y sostenerse a lo largo del tiempo con una misma grupalidad, habla del acompañamiento como estrategia, que permite al equipo posicionarse como productor de recursos e instancias vitales. Dos participantes, en diferentes instancias, expresan: “En este grupo me siento querida. Conocí amigas que nunca imaginé tener” y “A veces me da miedo salir sola, pero me pasan a buscar y venimos caminando juntas”. Tanto lo que observamos cotidianamente en los dispositivos, como sus palabras, muestran que los grupos tienen la potencia de aportar elementos que permiten a las personas desarrollarse en su cotidiano, y aunque pueda resultar paradójico, al ampliar y enriquecer sus redes de contención y cuidado, impulsa la autonomía.

---

<sup>2</sup> Debido a la pandemia de covid-19 que inició en el año 2020 y los decretos de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio y de Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio, todos los espacios grupales suspendieron sus actividades presenciales, siendo que algunos lograron adaptarse a la virtualidad y otros debieron interrumpirse. Luego de casi dos años, se reanudaron entre finales del año 2021 y principios del año 2022.

Por otro lado, la intervención del trabajo social, puede aportar un rol facilitador y potenciador de procesos colectivos en la organización ante situaciones de injusticia que obstaculicen el ejercicio y goce de sus derechos y los PSEAC. Como venimos considerando, el contexto grupal ofrece la construcción de relaciones y apoyos que promueven la autonomía personal y sirven de puente para la acción colectiva. El compromiso colectivo logrado mediante el reconocimiento y la definición común de las situaciones hace posible que los problemas y las soluciones se expresen en comunidad, incluso para defender la construcción y sostenimiento de estos espacios.

Finalmente, destacamos que el trabajo en lo grupal, favorece procesos de participación ciudadana, siendo un llamado a lo colectivo y a la circulación de la palabra, habilitando las voces, los espacios, tiempos y posibilidades.

### **Dispositivos Grupales como posibilidad de transformación subjetiva, individual y colectiva.**

El proceso de compartir un espacio y tiempo en común dentro de los DG, hace posible que los participantes expresen perspectivas y significados propios sobre su modo de ver al mundo, dialoguen con otras formas y, a su vez, puedan tejer nuevas redes de apoyo. Por ello sostenemos la pertinencia de pensar a los DG como posibilidad de transformación subjetiva, individual y colectiva, buscando generar procesos de subjetivación, desde una perspectiva de género, de derechos humanos y salud colectiva.

Compartiendo diversos saberes y sentidos, y habilitando nuevas experiencias, en un re-pensarse, re-pensar con otros. Los DG permiten expresar y confrontar diferentes posicionamientos y pensamientos, dando cuenta de las diversas formas de ver el mundo. Se aprende a escuchar lo ajeno, lo diferente, lo no deseado y lo frecuentemente silenciado. En palabras de una de las participantes –al preguntarle qué significaba para ella concurrir a los talleres– *“el encuentro con otros es luz para el alma”*. Esta expresión de “luz”, puede ser interpretada de diversas formas. Invita a pensar en iluminar lo oscuro, lo tenue, en potenciar el brillo y develar lo oculto. El encuentro con otros, con sus propias ideas, creencias y valores, nos permite ver quiénes somos, ampliar el horizonte de visión y encender lo nuevo.

El análisis teórico de lo que transitamos en la praxis, nuestro posicionamiento ético-político y la búsqueda de “mundos más vivibles” nos llevan a pensar en las catego-

rías de “pedagogías y contra-pedagogías de la crueldad” que desarrolla Segato (2018): “todos los actos y prácticas que enseñan, habitúan y programan a los sujetos a transmutar lo vivo y su vitalidad en cosas. (...) para instalar allí la inercia y la esterilidad de la cosa” (Segato, 2018 p.13). En este sentido, hablamos de la violencia patriarcal, del extractivismo, el contenido de los medios masivos de comunicación y el consumo como vías y formas de desobjetivación, desensibilización y aislamiento entre las personas.

Entonces ¿De qué hablamos cuando hablamos de contra-pedagogías de la crueldad? Retomando a Segato (2018), son contra-pedagogías del poder y, por sobre todo, contra-pedagogías del patriarcado, de los mandatos de masculinidad, la burocracia, la insensibilidad, el distanciamiento y la desensibilización, de la subordinación de un otre y la explotación. Es la revalorización de las experiencias históricas de organización de mujeres y disidencias, de la proximidad de los vínculos, del cuidado en la vida cotidiana, y la construcción de lo comunitario.

En los DG que inspiran este trabajo se profundiza en la construcción de sentimientos de pertenencia y vínculos solidarios; se habilita la palabra y la emoción, el respeto y la escucha; no se construye desde la competencia sino desde la cooperación, incluso a la hora de jugar; se propicia la participación y organización comunitaria para el trabajo y cuidado de la tierra, las plantas y los alimentos; se construyen herramientas para ser protagonistas de nuestros PSEAC, y reflexionamos sobre las estructuras patriarcales, nuestras trayectorias de vida, vínculos familiares, mandatos y la vida cotidiana (entre otras cosas).

En el marco de uno de los talleres de Reflexión, una de las participantes pudo compartir:

*“Cuando era chica no se hablaba en casa de patriarcado y sexualidad. Me decían: vos no podés hablar porque sos chica. Ahora que soy grande en casa tampoco puedo opinar, no estoy aggiornada y mis nietas me lo hacen notar. Este grupo me permitió reflexionar para entender cómo son las cosas hoy y a mis nietas y poder dialogar”.*

A modo de ilustración, por un lado, su expresión nos deja ver cómo los DG, los vínculos y las formas de trabajarlos, permiten cuestionar y reflexionar lo que creíamos inmutable y dado; por el otro, cómo la intergeneracionalidad puede generar transformaciones al diversificar las experiencias, conocimientos y formas de ser, hacer y pensar. Construyendo de esta manera nuevos significados a los acontecimientos del mundo que habitamos y nuevas formas de posicionarnos.

Segato (2018) sostiene la existencia de “dos proyectos históricos en curso en el planeta, orientados por concepciones divergentes de bienestar y felicidad: el proyecto histórico de las cosas y el proyecto histórico de los vínculos” (Segato, 2018:18), el primero ligado a las pedagogías de la crueldad -por lo tanto, al patriarcado y el capitalismo- y el segundo a las contra-pedagogías. Y en este sentido, concluye:

*“El proyecto histórico de los vínculos insta a la reciprocidad, que produce comunidad. Aunque vivamos inevitablemente de forma anfibia, con un pie en cada camino, una contra-pedagogía de la crueldad trabaja la conciencia de que solamente un mundo vincular y comunitario pone límites a la cosificación de la vida” (ibidem:18).*

Desde nuestro posicionamiento como Trabajadoras Sociales y nuestras experiencias profesionales en el primer nivel de atención de la salud, sostenemos que los DG de trabajo que se prolongan en el tiempo son una estrategia y una apuesta a transitar y surcar el camino de la contra-pedagogía de la crueldad, subjetivando la vida y revitalizando los vínculos y lazos comunitarios. Esto se puede observar en palabras de una participante de un DG de reflexión:

*“Toda mi vida estaba dedicada al cuidado de mis hijos y a trabajar para que no les falte nada. Nunca tuve tiempo, ni me propuse hacer algo para mí. Comenzar este grupo es poder pensar hacer algo para mí, un momento para mí.”*

Estos procesos de transformación y subjetivación nos permiten definir y redefinir nuestra singularidad, poniendo en juego nuestra individualidad desde lo colectivo y la construcción de redes, como posibilidad de un efecto potenciador. Así, esta potencia se constituye como un proceso de singularizarse. Guattari y Rolnik (2006) lo caracterizan como “una idea de procesos transversales, de devenires subjetivos que se instauran a través de los individuos y de los grupos sociales; y que pueden hacerlo porque ellos mismos son procesos de subjetivación” (Guattari y Rolnik, 2006:92). Procesos individuales y colectivos, a través de los cuales le damos sentido a las cosas que suceden a nuestro alrededor.

Por lo tanto, sostenemos que en el entramado construido en(tre) dispositivos grupales y la potencia del hacer, existe y se genera la posibilidad de transformación subjetiva, tanto individual como colectiva, desde la reflexión e interpelación de las propias formas de comprender y ver el mundo y la construcción de redes de cuidado.

### Consideraciones finales

Comenzamos este apartado sosteniendo que los DG, sus objetivos, la población destinataria y las diferentes formas de planificarlos y sostenerlos no solo dependen de las decisiones profesionales, sino de las características propias del territorio. En este caso en particular, la población mayoritaria son personas mayores, mujeres, de clase media o media baja -y con gran predisposición a participar de espacios grupales-, lo que configura que en muchos dispositivos grupales se trabaje el ejercicio de la memoria y la reflexión sobre el proceso de envejecimiento y temas de interés en relación al género y el cuidado. Asimismo, es importante mencionar que esta reflexión y experiencia fue posible por nuestro tránsito por el Primer Nivel de Atención, con una apuesta a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, y con lógicas territoriales y comunitarias.

Los DG son una modalidad de intervención colectiva que resulta en un acto político y contrahegemónico, ya que planificar y sostener DG en el sistema de salud -que pondera la atención individual, unidireccional y desde consultorio- es visibilizar que hay otras formas más amorosas y comunitarias para intervenir sobre la cuestión social: desde la prevención y promoción.

Apostar a lo grupal es apostar al encuentro con otros, a construir miradas más integrales sobre los PSEAC y generar accesibilidad a derechos. Reflexionar, ejercitar la memoria, cultivar y caminar en grupo, son intervenciones que generan accesibilidad, son actos en salud, actos que cuidan y enlazan.

En este sentido, creemos que parte del aporte del trabajo social en la construcción de DG es la búsqueda mancomunada de encuentros con otros, invitar a la participación en instancias colectivas, democratizar la palabra y la información, promover la reflexión y ejercitar la escucha. Asimismo, el trabajo grupal sostenido en el tiempo, ofrece la vivencia de la construcción de relaciones y vínculos y, a través de ellos, podemos promover el entramado de redes de apoyo, el cuidado personal y colectivo. Facilitando comunitariamente la posibilidad de transformar nuestras subjetividades, de modos más vitales y deseantes.

**Bibliografía:**

- Berger, P. Y Luckman, T. (1991) La construcción social de la realidad, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Cúneo, V. (2006) Inmersos en el Estado: Construyendo la intervención profesional. En A. Dell'Anno; R. Teubal (Coord), Resignificando lo grupal en el Trabajo Social, Espacio, Buenos Aires.
- De Brasi, J.C. (2012) Entrevista con Juan Carlos De Brasi, junio de 2012. Inédito.
- 
- Del Cueto, A. Y Fernández, A. (1985). Lo grupal 2, Ed. Búsqueda, Buenos Aires.
- Del Cueto, M. (2005) Grupos, instituciones y comunidades. Lugar Editorial, La Plata.
- Guattari, F. Y Rolnik, S. (2006) Micropolítica. Cartografías del deseo, Traficantes teubal de Sueños, Madrid.
- Segato, R. (2018) Contra-pedagogías de la crueldad, Prometeo Libros, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Teubal, R. (2006) Complejizando la mirada sobre lo grupal. Factores de cambio y aportes teórico-técnicos para la intervención. En A. Dell'Anno; R. Teubal (Coord), Resignificando lo grupal en el Trabajo Social. Espacio, Buenos Aires.

## DESARMAR EL ACOSO ESCOLAR ES COSA DE TODES. UN PROYECTO DE TALLER CON JUVENTUDES.

### Autoras:

Bianchini, Natalia (nataliabianchini.arg@gmail.com) Hospital General de Agudos Dr. J. M. Penna, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Bisso, Belén (mariabelenbisso@gmail.com) Hospital General de Agudos Dr. J. M. Penna, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

---

### Introducción

En esta ponencia nos proponemos transmitir algunas reflexiones sobre una experiencia de intervención desarrollada en una escuela de nivel medio, ubicada en el barrio de Parque Patricios, en el marco del Proyecto de regreso<sup>1</sup> de 3er año de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicho proyecto se trata de una propuesta que continúa la intervención iniciada en el año 2022 por residentes y colegas de planta del Servicio Social del Hospital General de Agudos “Dr. José María Penna”. En ese momento, el equipo directivo escolar identificó ciertos episodios ligados a prácticas de riesgo en el consumo de alcohol, y a raíz de ello, articuló con el Servicio Social para abordar esta temática con profesionales de la salud. Durante este año se realizó una segunda edición de los talleres bajo la misma temática y posteriormente desde la escuela se solicitó al equipo de salud trabajar la temática de vínculos entre pares, específicamente maltrato y acoso escolar.

Es por ello, que pensamos nuestro Proyecto de regreso teniendo como principal propósito: abordar la problemática de acoso escolar desde una propuesta lúdica reflexiva en una escuela de nivel medio, ubicada en el barrio de Parque Patricios, con estudiantes de 4º año durante el mes de agosto de 2023. En este marco, construimos tres objetivos específicos: reflexionar sobre las diferencias y similitudes entre los estudiantes de 4º de la escuela a través del juego; generar un debate en torno a diferentes atrave-

---

<sup>1</sup> Uno de los objetivos académicos correspondientes al tercer nivel de la Residencia de Trabajo Social de CABA consiste en la presentación de un trabajo escrito sobre un proyecto de intervención relacionado con la temática de la rotación electiva. Implica el diseño, ejecución y evaluación del proyecto.

samientos de género, clase, raza, que configuran situaciones de maltrato y violencia entre pares; elaborar colectivamente un producto creativo para prevenir el bullying.

Cabe señalar que estos talleres se llevaron adelante durante el mes de agosto y nos dejaron reflexiones acerca de la importancia de la promoción de espacios de encuentro y lo lúdico como escenario de posibilidades. Como estructura de la ponencia, delinearemos algunas conceptualizaciones acerca de las juventudes, el acoso entre pares o bullying, y describiremos la propuesta de talleres realizados en la escuela, considerando la importancia de los espacios de promoción de la salud en articulación con el ámbito educativo.

### **La escuela y las juventudes**

Consideramos que la escuela es un espacio donde confluyen jóvenes y por tanto resulta necesario prestar atención a ciertos signos de alarma que pueden vincularse con situaciones de maltrato, violencia y abuso. En este marco, la institución educativa tiene responsabilidades frente a estas situaciones, por un lado, como lo reflejan algunas normativas respecto del acompañamiento y la denuncia de diferentes tipos de violencias atravesadas por los jóvenes dentro y fuera de la institución. Por otro lado, y no por ello menos importante, es necesario implementar estrategias integrales y sostenidas en torno a la prevención. En este marco, la escuela nos convoca para realizar los talleres y desde el equipo consideramos necesario generar espacios de diálogo y reflexión donde se logre poner en palabra los sentires y opiniones sobre las violencias que cotidianamente reciben, escuchan o vivencian los jóvenes. Por ende, el equipo de salud del Servicio Social del Hospital confeccionó una propuesta lúdica recreativa cuya intención es promover el respeto, sororidad y buen trato entre pares que, describimos más adelante.

Ahora bien, interesa hacer alusión a la categoría de juventudes, entendiendo que se trata de una noción construida socialmente, que varía a lo largo del tiempo y espacio, y se encuentra atravesada no sólo por lo etario, sino también por género, raza, clase social, espiritualidad, entre otras intersecciones:

*No existe una única juventud: en la sociedad actual las juventudes son múltiples, variando, por ejemplo, en relación con características de clase, el lugar donde viven o la generación a que pertenecen y, además, la diversidad, el pluralismo, el estallido cultural de los últimos años se manifiestan privilegiadamente entre los jóvenes que ofrecen un panorama*



*sumamente variado y móvil que abarca sus comportamientos, referencias identitarias, lenguajes y formas de sociabilidad (Margulis, 2015, p. 1).*

Las juventudes con las que trabajamos en las escuelas transitan en un contexto de procesos sociales e históricos situados. De allí la importancia de intervenir de manera integral, incorporando tanto la dimensión subjetiva, estructural y contextual para abordar sus procesos de salud, enfermedad y cuidados. No es lo mismo trabajar, por ejemplo, con juventudes de sectores populares, o de hijos de migrantes, que con jóvenes estudiantes de clase media. Particularmente, en la escuela asisten jóvenes que viven en barrios aledaños a la institución educativa y pertenecen a sectores sociales medios/clase trabajadora.

En efecto, consideramos a la escuela como un espacio socioeducativo, es decir es un contexto cotidiano de circulación, identidad y pertenencia de juventudes, por lo cual se constituye en un lugar privilegiado para realizar acciones que generen un impacto significativo en la subjetividad de los jóvenes y permitan abonar a la articulación entre el sistema educativo y salud.

### **Acerca del acoso entre pares**

En este apartado realizaremos algunas precisiones acerca de la temática abordada en los talleres y en esta ponencia: el acoso entre pares. Según diferentes fuentes de información, una de las modalidades de violencia en las escuelas con mayor visibilidad es el acoso entre pares, también denominado bullying. De acuerdo con los datos aportados por un estudio realizado entre enero de 2021 y marzo de 2022, la Argentina se encuentra entre los países con más casos de bullying y cyberbullying del mundo, los maltratos aumentaron un 20% con respecto al informe de 2019 (Página/12, 2022). Se puede manifestar de diversas maneras, pero en todas existe una situación de maltrato y discriminación, ejercida por una o más personas que hostigan a otra, que perdura en el tiempo y se da bajo una relación asimétrica de poder (Zysman, 2013).

Ahora bien, es posible identificar ciertos marcos teóricos que consideran que el bullying se trata de una problemática aislada y lo relacionan con características individuales de las personas involucradas. De esta forma, estos enfoques caen en miradas estigmatizantes, patologizantes y criminalizantes de las infancias y juventudes. Por el contrario, se debe entender que las manifestaciones de violencia se producen debido a las relaciones o interacciones entre los sujetos y por contexto en el que estas se producen (Meirieu, 2008). El paradigma relacional propone que la violencia es un modo

de construir vínculos, es decir que no se trata de algo aislado, sino que es un fenómeno que se produce social e históricamente y responde a coordenadas propias de una época (Hernández, 2005). Sin la lectura de esas relaciones y del contexto, no es posible comprender integralmente y en toda su complejidad un episodio de violencia.

Por ende, el acoso entre pares es un fenómeno grupal en el que se da la agresión hacia una persona o grupo por parte de otros, de manera sistemática, sostenida en el tiempo y bajo una relación asimétrica. En efecto, la perduración del acoso y la relación asimétrica de poder son las características distintivas. Las agresiones pueden ser tanto físicas como psíquicas, evidentes pero también sutiles, pueden iniciarse en la escuela y extenderse hacia otros espacios en los que transitan los jóvenes y también al espacio virtual. En los talleres se mencionaron muchas situaciones de violencia que ocurrieron fuera del ámbito escolar (principalmente en salidas nocturnas), su repercusión en las redes sociales y el impacto en la cotidianeidad de la dinámica grupal escolar. Uno de los relatos de los jóvenes hacía alusión a la viralización de videos donde se exponía a algún joven en estado de ebriedad en la vía pública a la salida de un boliche. El acoso entre pares es un problema relevante en las escuelas argentinas, que afecta a un gran número de estudiantes de diversas edades e involucra de manera directa e indirecta a los adultos a cargo de la formación de los jóvenes, más allá del lugar, el horario de trabajo o el rol que asumen (Observatorio Argentino de Violencia en las escuelas, 2009).

Cabe destacar que, en la vida y en la escolaridad de las juventudes, el grupo de pares cumple una función de gran importancia en sus procesos de salud-enfermedad-cuidado. Ellos necesitan el reconocimiento de los otros, para garantizarse un lugar en el entramado grupal. Por este motivo, las situaciones de bullying afectan profundamente la salud emocional, psicológica, social e incluso física de la persona que es agredida (Kornblit y otros, 2007). Es un fenómeno grupal, ya que no sólo intervienen las personas que acosan y otras que son acosadas, sino también quienes presencian la situación de un modo más o menos activo.

En nuestro país contamos con un marco legal que establece que las relaciones libres de violencia son un aspecto central para las niñeces y juventudes. En este sentido, recuperamos la Ley de Educación Nacional N° 26.206 donde se pronuncia sobre la importancia de los vínculos en el ámbito educativo y de la construcción de espacios de convivencia democráticos. En su Artículo 1, establece que los fines y objetivos de la política educativa nacional son “asegurar condiciones de igualdad, respetando las diferencias entre las personas sin admitir discriminación de género ni de ningún otro

tipo". Además, en su Artículo 126, señala que los/as alumnos/as tienen derecho a "ser protegidos/as contra toda agresión física, psicológica o moral".

Asimismo, la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes establece en su Artículo 9 que "las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante o intimidatorio".

Desde el año 2013 contamos con la Ley de Promoción de la Convivencia y Abordaje de la Conflictividad Social en las Instituciones Educativas N° 26.892, que menciona entre sus objetivos "impulsar estrategias y acciones que fortalezcan a las instituciones educativas y sus equipos docentes, para la prevención y abordaje de situaciones de violencia en las mismas".

Tal como se señala a lo largo del escrito, las primeras experiencias de convivencia con otros, más allá de la familia, se dan en el ámbito escolar, por ende es necesaria una intervención para trabajar sobre otra manera de relacionarse entre pares. Se trata de contribuir en la conversión de la violencia en palabra, darle un sentido al conflicto que se está produciendo, ofrecer recursos para procesarlo y transformarlo en una oportunidad pedagógica.

Si bien no hay un único método para evitar una situación de agresión entre pares, resulta fundamental abordarla en dos sentidos: por un lado, en la promoción de vínculos solidarios, pluralistas y respetuosos de la diferencia; y por otro, de manera directa, una vez que el conflicto está instalado en las relaciones entre estudiantes. Estas intervenciones deben darse desde una perspectiva de derechos y dentro de un marco de corresponsabilidad de instituciones comprometidas con la formación de los jóvenes: educación, referentes de espacios deportivos u otros espacios comunitarios, salud, etc. Por lo expuesto anteriormente, se trabajará en el ámbito escolar, ya que es en la escuela en donde se produce la socialización secundaria en la que los jóvenes aprenden/desaprenden múltiples modos de relacionarse y de estar con otros.

### **La organización del taller**

A continuación, relataremos la planificación e implementación del taller llevado adelante en la escuela destinados a los cursos de 4° año por la demanda planteada desde el equipo directivo de la institución.

En ese marco, nos propusimos con estos encuentros problematizar el acoso entre pares y promover una convivencia escolar basada en vínculos democráticos e inclusivos. Para ello, se utilizaron diferentes técnicas, elegimos para la presentación una dinámica rompe-hielo que llamamos “los parecidos y opuestos”. Esta técnica nos permitió, a través de una propuesta lúdica, trabajar las diferencias entre compañeros, que todos somos iguales y distintos a la vez. Partimos de proponer que los estudiantes caminen sobre el espacio, y a medida que íbamos mencionando la consigna, debían juntarse con un compañere y chocar los 5, ó la cadera, ó el codo, ó el hombro. Las consignas fueron: “les que nacieron el mismo mes”, “les que tienen pelo corto”, “les que tienen el mismo color de zapatillas”, “les que viven en el mismo barrio”, “les que escuchan la misma música”.

La siguiente dinámica fue planificada para trabajar en subgrupos en un tiempo determinado con situaciones para analizar y debatir. Con el objetivo de fomentar la participación de los estudiantes y el intercambio acerca de la problemática del acoso entre pares. La dinámica se llamó “Dígalo con memes”, y consistió en dividir al curso en 4 grupos, entregamos carteles en blanco para que escriban dos frases vinculadas al bullying/ciberbullying, una a favor y una en contra. Les entregamos distintos memes impresos, y ellos tenían que elegir los que más representaban a cada frase que habían escrito.

Luego en plenario, se compartió lo trabajado en los subgrupos y se fomentó el debate con algunas preguntas orientadoras: ¿qué les transmite esta situación? ¿Conocen alguna persona que haya pasado por una situación similar? si ven algo así, ¿qué harían?, En esta situación, ¿qué lugar tienen quienes observan o pusieron “me gusta” a las agresiones? ¿Por qué creen que hoy se habla mucho del tema del acoso? ¿pueden hablar con alguna persona adulta cuando hay situaciones así (preceptor, docente, tutor, ma/padres, etc)? A partir de la puesta en común, se pudo trabajar sobre los vínculos en la escuela y la forma de resolver los conflictos entre pares, las dinámicas de acoso, el impacto de las redes sociales en la forma de vincularnos, bullying/ciberbullying y a quiénes recurrir cuando esto sucede. Además, expusimos la perspectiva de la salud integral que sostenemos como profesionales de Trabajo Social que nos desempeñamos en el sistema de salud.

Finalmente, les propusimos que en los mismos subgrupos piensen en acuerdos o normas de convivencia que promuevan vínculos democráticos, plurales e inclusivos en el

ámbito de la escuela. Llevamos un afiche que pegamos en el pizarrón y fueron pasando los estudiantes a escribir estos acuerdos.

Como reflexiones de los encuentros, dimos cuenta que los estudiantes pudieron comentar las formas en que se relacionan, surgieron las necesidades del grupo y pudieron desnaturalizar algunas prácticas, sentipensarse como sujetos activos y transformadores de su realidad. Fue una experiencia gratificante para quienes coordinamos los talleres, ya que nos movilizó y motorizó a seguir reflexionando acerca de la importancia de detenerse, observar las necesidades de los estudiantes, valorar las fortalezas y potenciar en encuentro con el otro, brindando estrategias que sostengan y que promuevan la construcción de espacios de convivencia más democráticos en el ámbito educativo.

### **Reflexiones finales**

A lo largo de este escrito nos propusimos transmitir una experiencia de intervención desde salud en el ámbito educativo, sobre una temática que se encuentra en boga actualmente, el acoso escolar. La propuesta del taller y las dinámicas lúdicas elegidas permitieron recuperar el protagonismo de los estudiantes, sus experiencias y vínculos entre pares.

Consideramos que, el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las juventudes desde una perspectiva integral nos lleva necesariamente a cuestionar la práctica médica hegemónica y a trabajar con la dimensión subjetiva, histórica y social. Se trata de un desafío arduo y complejo, donde la articulación entre instituciones resulta esencial para abordar problemas que emergen en espacios socioeducativos. La intervención del sector salud es parte de este engranaje, ya que genera un puente entre el derecho a la salud y a la educación de las juventudes.

En este sentido, la experiencia de los talleres nos permite pensar al ejercicio del Trabajo Social en procesos de intervención instituyentes y con estrategias pensadas con sujetos activos, que producen cambios en sus entornos. La promoción de vínculos solidarios, pluralistas, libres de violencias y basados en el respeto mutuo, marcan nuestro norte y la concepción de salud integral que nos hemos propuesto con el proyecto.

### Referencias bibliográficas

- Chicos.net. Docentes de la escuela secundaria. Basta de bullying. Disponible en: [https://www.bastadebullying.com/downloads/bdb\\_docentes\\_secundaria.pdf](https://www.bastadebullying.com/downloads/bdb_docentes_secundaria.pdf)
- Hernández, T. (2005) Descubriendo la violencia. En: Violencia, sociedad y justicia en América Latina. Buenos Aires, Argentina. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Kornblit, A. L. y otros (2007) Violencia en el ámbito de la escuela media. Cómo se manifiesta y con qué se vincula. VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2005).
- Ley 26.206 de Educación Nacional (2006).
- Ley 26.150 Nacional de Educación Sexual Integral (2006).
- Ley 26.892 de Promoción de la Convivencia y el Abordaje de la Conflictividad Social en las Instituciones Educativas (2013).
- Ley 26.877 de Representación Estudiantil (2013).
- Ministerio de Educación de la Nación (2014). Acoso entre pares: orientación para actuar desde la escuela - 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación (2021). Rotafolio: Salud integral en las adolescencias. Ciudad de Buenos Aires.
- Meirieu, P. (2008) Una pedagogía para prevenir la violencia en la enseñanza. Cátedra Abierta. Aportes para Pensar la Violencia en las Escuelas, N° 1, Buenos Aires, Ministerio de Educación.
- Margulis, M. (2015) Juventudo juventudes. Dos conceptos diferentes. Revista Voces en el fenix. N° 15. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <https://voce-senelfenix.economicas.uba.ar/juventud-o-juventudes-dos-conceptos-diferentes/>
- Observatorio Argentino de Violencia en las escuelas (2009) Violencias en las escuelas. Investigaciones, resultados y políticas de abordaje y preven-

ción. Disponible en: <https://www.educ.ar/recursos/adjuntos/descarga/23459/violencia-en-las-escuelas-investigaciones-resultados-y-polit?disposition=inline>

- Observatorio Argentino de Violencia en las Escuelas (2014) Acoso entre pares: orientación para actuar desde la escuela. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Educación de la Nación, 2014. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL004921.pdf>
- Página 12 (2022) En Argentina 7 de cada 10 niños sufren bullying y otras formas de violencia escolar. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/418943-en-argentina-7-de-cada-10-ninos-sufren-bullying-y-otras-form>
- Resoluciones del Consejo Federal de Educación 93/09 para el nivel secundario y 239/14 para los niveles inicial y primario.
- Resolución 217/14 del Consejo Federal de Educación Guía Federal de Orientaciones para la Intervención Educativa en Situaciones Complejas.
- Televisión Pública (2015) Presentes II: EMILIA. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=VAe4jQKNGag&ab\\_channel=Televisi%C3%B3nP%C3%ABlica](https://www.youtube.com/watch?v=VAe4jQKNGag&ab_channel=Televisi%C3%B3nP%C3%ABlica)
- Zysman, M. (2013) ¿Qué es bullying y qué no?. Disponible en <http://libresdebullying.wordpress.com/2013/06/17/que-es-bullying-yque-no/>

## PROMOVIENDO LA AGROECOLOGÍA EN LA APS. LA EXPERIENCIA DE HUERTA Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE DEL EQUIPO AMPLIADO DE SALUD COMUNITARIA DEL CESAC N° 10.

### **Autorxs:**

Díaz, María Mercedes;

Andreatta, Micaela;

Castiñeira, Marisol;

Narvaja, Nadia;

Lovrich, Sofía.

**Referencia institucional:** Área Programática del Hospital J.M Penna, CeSAC N°10.

---

### **Introducción**

La experiencia en la huerta en el CeSAC N° 10 se articula con el trabajo del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC), específicamente la comisión Huerta Comunitaria y Alimentación Saludable del mismo. Es un espacio de construcción de salud comunitaria en el barrio de Constitución, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, conformado por promotorxs de salud y otrxs trabajadorxs del centro de salud, tanto de planta como residentes, y de organizaciones sociales, en articulación con la comunidad.

Entre los objetivos de la comisión, destacamos el fortalecimiento de lazos sociales a través de la huerta, como espacio de aprendizaje sobre la naturaleza y sus procesos y la alimentación como dimensión central en la salud poblacional. En este marco, consideramos que construir y sostener huertas en contextos urbanos y, específicamente, en centros de salud del primer nivel de atención, implica poner en debate la soberanía sanitaria en articulación con la soberanía alimentaria. En este cruce, la agroecología posibilita el fortalecimiento de las redes comunitarias e interinstitucionales como es-



trategia de intercambio de saberes y promoción de la salud, frente al avance del modelo de los agronegocios cuyas consecuencias atraviesan todos los territorios.

### **Características del área de responsabilidad del centro de salud**

El CeSAC N° 10 está ubicado en Amancio Alcorta 1402 y su área de responsabilidad está delimitada por las calles Juan de Garay, Entre Ríos/Vélez Sarsfield y Paracas (vías del ferrocarril Roca). Es decir, comprende principalmente el barrio de Constitución (comuna 1) y parte de Barracas (comuna 4), ubicados en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Se trata de un territorio caracterizado por la circulación constante de personas, debido a que allí se encuentra la estación de trenes de Constitución que conecta la ciudad con el conurbano sur de la provincia de Buenos Aires, y donde además es un punto nodal de transporte en el que confluyen el subte y diversas líneas de colectivo que pasan por el metrobús. La población usuaria del CeSAC se caracteriza por ser mayormente adulta, aunque también se destaca la atención a niños y adolescentes. En cuanto a las personas que habitan y transitan en el área de responsabilidad, es variada, destacándose la presencia de personas travestis, trans y no binarias, lo cual evidencia la importancia de abordar los procesos de salud desde una perspectiva de diversidad que amplíe las prácticas más allá del binarismo y la hegemonía cis-heteronormativa.

También es característico que muchas personas adultas mayores se acercan a la puerta del CeSAC, dada la presencia del Centro de Día N° 1, ubicado en el mismo predio del centro de salud. Asimismo, otro factor a destacar es la presencia de varias organizaciones sociales que trabajan con temas relacionados con la salud comunitaria, a través de promotorxs de salud y de género que realizan acciones de promoción de la salud y acompañamiento a personas que viven en el territorio. Las características del mismo y las condiciones de vida explican las principales problemáticas de salud identificadas: concentración de hoteles-pensión e inquilinatos como formas precarias de vivienda, vulnerabilidad habitacional (hacinamiento, desalojos, situación de calle), deterioro físico del espacio público, contaminación ambiental, falta de trabajo y/o predominio de empleo precarizado, falta de espacios recreativos en condiciones adecuadas, consumo problemático de sustancias, personas en situación de prostitución, trata de personas, violencias de género, falta de acceso a una alimentación nutritiva y saludable.

### **Salud comunitaria y conformación de la comisión Huerta y Alimentación Saludable**

El EASC es un espacio de promoción de la salud comunitaria, conformado por varias comisiones de trabajo organizadas para abordar ciertas problemáticas relacionadas con la salud colectiva identificadas en el barrio. Esta identificación es resultado de una serie de encuentros en los que realizamos un mapeo colectivo a fines de 2021, en el que intercambiamos acerca de qué cuestiones consideramos necesario trabajar a nivel comunitario, desde la importancia y viabilidad. Luego de un año, a comienzos de 2023, como parte de la evaluación participativa del proceso de trabajo, hicimos otro mapeo y se reorganizaron las comisiones en torno a varios temas, siendo actualmente las siguientes: Recorridas Barriales y Distribución de Preservativos; Recreación; Género y Salud Sexual Integral; Comunicación Comunitaria, y Huerta y Alimentación Saludable, sobre la cual profundizaremos.

Entre las cuestiones sociales identificadas en el mapeo destacamos: problemáticas de salud mental sin respuesta, falta de acceso a alimentos saludables y precios justos y falta de recursos económicos, especialmente por parte de los comedores del barrio. A partir de este diagnóstico, fundamentamos el sostenimiento de la comisión Huerta Comunitaria y Alimentación Saludable, cuyas acciones se enmarcan en el enfoque de soberanía alimentaria y agroecología.

La modalidad de trabajo de la comisión consiste en la realización de un taller de “Huerta Comunitaria” que funciona dos veces por semana dentro del centro de salud, destinado a usuarixs del efector y miembrxs de la comunidad interesadxs. La actividad se basa en socializar y aplicar conocimientos al trabajo y cuidado en la huerta, acompañado de una reflexión sobre lo realizado. Un día a la semana se destina a la planificación y desarrollo de capacitación interna del equipo de la comisión sobre huerta y producción agroecológica, soberanía alimentaria, derecho a la alimentación, entre otras temáticas. A su vez, realizamos talleres sobre Alimentación Saludable en diferentes espacios pertenecientes a las organizaciones sociales que son también parte del equipo (por ejemplo, Frente de Organizaciones en Lucha y Frente Popular Darío Santillán), en comedores, junto con cocinerxs de lxs mismos.

La identificación y mapeo de las problemáticas mencionadas se relaciona con la hegemonía del modelo de los agronegocios en el sistema agroalimentario. De acuerdo con Gras y Hernández (2013), este modelo se sostiene en cuatro pilares: tecnológico, financiero, productivo y organizacional. Da cuenta entonces de las dinámicas capita-

listas recientes, como la financiarización de la economía, la transnacionalización del sector agroalimentario, el acaparamiento de tierras y los desarrollos tecnológicos y científicos. Asimismo, a partir del nuevo siglo, en el marco del desarrollo de las prácticas de este tipo de agricultura capitalista, se consolidó la biotecnología como modelo hegemónico, basada en el paquete semillas-agroquímicos-siembra directa y reconfigurando las relaciones de producción agraria (Perelmuter y Poth, 2009). La expansión de este modelo a través del avance de la frontera agropecuaria tiene como consecuencias concretas de pérdida de biodiversidad, la mercantilización de la alimentación, explotando los territorios para la producción de commodities destinados principalmente a la exportación, la concentración de la tierra, la falta de acceso a alimentos saludables, etc.

Frente a estas consecuencias, se propone la soberanía alimentaria como paradigma que amplía la mirada acerca de los problemas vinculados a la alimentación. En 1996, en la “Asamblea Mundial de la Alimentación” organizada por FAO se planteó la “seguridad alimentaria” como derecho de todas las personas a acceder a los alimentos. Sin embargo, este enfoque no contempla las causas de esta problemática ni cómo, quiénes y dónde son producidos los alimentos. Ante esto, la Vía Campesina propuso el concepto de “soberanía alimentaria” como “...el derecho de cada pueblo y de todos los pueblos a definir sus propias políticas y estrategias de producción, distribución y consumo de alimentos, a fin de garantizar una alimentación cultural y nutricionalmente apropiada y suficiente para toda la población” (Carballo González, 2018, p. 19).

Desde la soberanía alimentaria, entonces, es posible pensar en las consecuencias del modelo empresarial capitalista de producción agroalimentaria, entre las cuales se destaca la creciente contaminación del ambiente y de la población, a raíz del uso masivo e intensivo de agroquímicos tóxicos, también conocidos como “agrotóxicos”. Asimismo, estas consecuencias no se limitan a los territorios donde se ubican estas producciones, sino que se presentan en todos los lugares donde llegan esos productos, de manera que “sus resabios se hallan en los alimentos de consumo habitual en lo que llamamos “alimentos industrializados” o ultraprocesados, mercancías o comestibles” (Gorban, 2015, como se citó en Carballo González, 2018, p. 52).

La hegemonía de los agronegocios se entrelaza con la del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988), de manera que podemos pensar de forma articulada las soberanías alimentaria y sanitaria, como respuesta frente a las consecuencias del capitalismo en la salud ambiental y poblacional, pero también como propuesta de alternativas,

orientadas a la construcción y ejercicio de la autonomía. En esta línea, el trabajo en la comisión Huerta y Alimentación Saludable propone construir un espacio para el cuidado de la salud integral y comunitaria, promoviendo la reflexión crítica, la participación activa y el tejido de lazos sociales en torno a la agroecología. A su vez se propone como objetivos específicos: generar un proceso de reflexión crítica en torno a la producción y consumo de alimentos, haciendo hincapié en la soberanía alimentaria; promover la salud integral a través de la problematización de las pautas de consumo de alimentos y de la creación de un espacio de intercambio de saberes en torno a la agroecología; fortalecer la solidaridad y la co-responsabilidad entre lxs participantes de la huerta comunitaria y favorecer la articulación intersectorial y la construcción de saberes interdisciplinarios e interculturales.

En este sentido, la agroecología entendida como ciencia, práctica y movimiento social (Altieri y Rosset, 2018) pone en evidencia que la alimentación no es una mercancía sino un derecho humano, y que implica un proceso que no se limita a lo productivo, sino que está atravesado por varias dimensiones: social, política, cultural, tecnológica, científica, de género, territorial, histórica, ambiental, sanitaria, entre otras. Considerando el contexto actual de disputa territorial entre el agronegocio y otros sistemas alimentarios, como el campesino, indígena o de pequeñxs productorxs (Rosset y Martínez, 2016), la agroecología se complementa con la soberanía alimentaria y puede materializarse en propuestas concretas de alternativas, siendo parte de ellas las huertas urbanas y en centros de salud.

### **Reflexiones finales**

El espacio de la huerta en el centro de salud implica un proceso de trabajo que involucra varias tareas y sujetxs. Desde la conformación de una comisión dentro de un equipo más amplio, la articulación con organizaciones sociales tales como el Frente de Organizaciones en Lucha (FOL) y Frente Popular Darío Santillán (FPDS) e instituciones de salud mental de segundo y tercer nivel de atención, difusión a la comunidad y articulación intra-institucional, con otrxs trabajadorxs.

Asimismo, existen complejidades que expresan aprendizajes, tales como la dificultad de sostener espacios propios de formación sobre temas vinculados a la huerta agroecológica, como el cuidado de las semillas, la planificación y diseño hortícola, la asociación y rotación de cultivos, el compostaje, etcétera. Son temas identificados y sobre

los cuales reconocemos la necesidad de aprender colectivamente, para lograr un cuidado integral de la huerta y un diálogo de saberes que nos permita a todxs lxs participantes la posibilidad de conocer sus ciclos y necesidades.

Ante las consecuencias sociales, ambientales, alimentarias y sanitarias del modelo de los agronegocios, desde la salud comunitaria y en diálogo con la agroecología, consideramos que el trabajo colectivo en una huerta en un centro de salud es importante para la construcción de un posicionamiento alternativo. Nos referimos a la soberanía alimentaria y sanitaria, que en tanto proceso y proyecto colectivo permite abordar la integralidad de las transformaciones necesarias para hacer efectivo el derecho de los pueblos a la alimentación y a la salud integral.

El trabajo del equipo desde la perspectiva de salud comunitaria, permite trascender las prácticas asistenciales hegemónicas predominantes desde los efectores de salud, donde el saber pareciera provenir de lxs profesionalxs, favoreciendo así la circulación de los conocimientos territoriales y la modalidad de trabajo de forma participativa entre las distintas organizaciones sociales y vecinxs del barrio.

Consideramos que ambas perspectivas, llevan impresas una capacidad creativa y transformadora de la realidad, que implica un proceso de transformación y de disputa sobre las prácticas y sentidos de las mismas en el campo de la salud, en pos de lograr abordajes más integrales de la misma.

### Referencias

- Carballo González, C. (2018). Soberanía alimentaria y desarrollo: caminos y horizontes en Argentina (1a ed.), Mónadanomada.
- Gras, C. y Hernández, V. (2013). El agro como negocio. Producción, sociedad y territorios en la globalización. Editorial Biblos.
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Pág. 451- 464.
- Perelmuter, T. & Poth, C. (2009). Los caminos del conflicto: una mirada retrospectiva sobre el rol del Estado en el modelo biotecnológico agrario.
- Rosset, P. y Altieri, M. (2018). Los principios de la agroecología en Agroecología Ciencia y Política. (3 ed., pp. 31-73). Sociedad Científica Latinoamericana de Agroecología (SOCLA).
- Rosset, P. y Martínez, M. (2016). Agroecología, territorio, recampesinización y movimientos sociales Estudios Sociales, 25(47), enero-junio, pp. 275-299.

## **RESISTENCIA, COMPROMISO Y ORGANIZACIÓN: REFLEXIONES EN TORNO AL GRUPO DE VIVIENDA Y HÁBITAT DEL BARRIO DE LA BOCA**

### **Autora:**

Lic. Virginia Lobato -

Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”

Mail de contacto: virgilobato@gmail.com

---

### **Introducción**

El presente trabajo parte de la inserción en el Grupo de Vivienda y Hábitat del barrio de La Boca de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), como residente de segundo año de Trabajo Social del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”. Como objetivo general, se propone analizar las modalidades de intervención que lleva a cabo el mencionado grupo, desplegadas en el período de diciembre del 2022 a junio del 2023. Asimismo, se proponen tres objetivos específicos: identificar el marco legal que aborde la temática de vivienda y hábitat, caracterizar dicho grupo y reflexionar sobre las modalidades de intervención que llevan a cabo. En cuanto a la metodología, se adoptará un enfoque etnográfico. Es por ello que el presente escrito se constituye como un trabajo analítico. Para la realización del trabajo se llevó a cabo una entrevista abierta semi-estructurada a una nutricionista perteneciente al Grupo de Vivienda y Hábitat. Asimismo, se utilizarán registros de campo confeccionados en el transcurso de diciembre 2022 hasta junio 2023.

La problemática habitacional es comprendida como parte de los determinantes que hacen al proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado (PSEAC), a partir de lo establecido en la Ley Básica de Salud N°153 de la CABA. En el Artículo 3° de la misma, se comprende a la salud desde una mirada integral, vinculándola con la satisfacción de necesidades básicas tales como alimentación, trabajo, vivienda, entre otras. Por ende,

resulta indispensable que en los equipos de salud se comprenda la situación habitacional como parte estructural de nuestras intervenciones.

En particular, siguiendo a Hilda María Herzer (2017), el barrio de La Boca entre los años 1947 y 2001 perdió el 41% de su población, agudizándose en la década de 1990 a partir de renovaciones arquitectónicas que llevó adelante el GCBA. Con el correr de los años, dicha pérdida fue en aumento, y la presencia de novedosos actores en el barrio se vio fuertemente incrementada con la Ley N°4353/2012, la cual se desarrollará en el trabajo. En este sentido, desde hace años el barrio experimenta lo que se denomina como proceso de gentrificación, el cual se entiende como *“la expulsión de gente, prácticas y saberes de un territorio concreto a través de la reinversión de capital público o privado y la incorporación de una población con mayor capital económico o cultural”* (Sequera y Rodríguez, 2017, p. 122). Es decir, que dicho proceso implica que la identidad característica del barrio sea puesto al servicio del mercado inmobiliario, expulsando a les vecines que habitan en el barrio. Es frente a esta problemática que surge y se consolida, con los años, el Grupo de Vivienda y Hábitat, un claro ejemplo de resistencia, compromiso, y organización.

En relación a la estructura del trabajo, en el primer apartado se mencionarán las políticas públicas relacionadas a la temática de vivienda, que permitirán reflexionar sobre la problemática y comprender el funcionamiento del Grupo de Vivienda y Hábitat. En un segundo momento, se llevará a cabo una breve historización de dicho grupo y se profundizará en la dinámica y organización del equipo. En el tercer apartado se reflexionará, por un lado, sobre las modalidades de intervención que este grupo lleva a cabo en defensa de una vivienda digna. Por otro lado, también se hará una breve mención sobre los aportes desde el trabajo social. Para cerrar el trabajo, se expondrán las reflexiones finales, resaltando la importancia de la construcción de estos equipos frente al avasallamiento de políticas públicas que atentan contra el derecho a la vivienda digna.

### **Políticas públicas que ¿garantizan derechos?**

*Marco legal: desde lo macro a lo micro*

El derecho a la vivienda digna se legitima en diversos tratados internacionales como en la Constitución Nacional Argentina. En relación a los primeros, dicho derecho figura en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en su artículo 25,

apartado 1 *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial (...) la vivienda”*. Asimismo se garantiza en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), en donde los Estados Parte reconocen, en el artículo 11, el “derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia”. Por otro lado, en la Constitución Nacional Argentina (1994) el derecho a la vivienda se contempla en el artículo 14 bis, en donde se establece que *“el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable”*. Uno de los componentes de la seguridad social es el acceso a la vivienda digna. Para la profundización de este derecho, se sanciona la Ley N° 24464/1995, la cual tiene como objetivo facilitar las condiciones para el acceso a la vivienda.

En relación a la Constitución de CABA, en su Artículo 32, se establece el derecho a una vivienda digna y a un hábitat adecuado, dando prioridad a las personas de los sectores más vulnerables. Particularmente, en el barrio de La Boca la situación habitacional se encuentra en estado de emergencia, lo cual se contempla en la Ley N°2240/2006, conocida como Ley de Emergencia Urbanística y Ambiental. La misma declara la emergencia en lo que respecta a la vivienda, servicios, equipamientos, espacios verdes y actividades productivas que se encuentran dentro del polígono delimitado por Av. Regimiento de Patricios, Av. Martín García, Av. Paseo Colón, Av. Brasil y Av. Pedro de Mendoza. En su Artículo 4, establece la creación de la Unidad Ejecutora, la cual tiene como objetivo coordinar y ejecutar las acciones necesarias para el mejoramiento de los cinco aspectos mencionados más arriba.

Si bien existen, tanto a nivel nacional como jurisdiccional, leyes que garantizan el derecho a la vivienda, en el 2012 se sanciona la Ley N°4353/2012, denominada Ley del “Distrito de las Artes”. La implementación de dicha ley profundiza la situación de vulnerabilidad socio habitacional del barrio de La Boca, la misma fomenta las inversiones tanto de capitales privados como públicos en espacios del barrio que tengan como objetivo la promoción de disciplinas artísticas (visuales, musicales, literarias y escénicas) dentro del polígono que la Ley N°2240/2006 busca proteger. De esta manera, se agudiza la problemática de vivienda implicando un desplazamiento de los vecinos de sus viviendas para que las mismas queden a disposición del mercado inmobiliario, lo que ya se mencionó como proceso de gentrificación. Es así como se puede observar una coexistencia de dos leyes que son contradictorias entre sí: mientras una de las



leyes declara la emergencia socio sanitaria, la otra profundiza aún más la situación de vulnerabilidad que atraviesa el barrio de La Boca. En esta misma línea, la entrevistada (2023) comentaba:

*“Se detectó la emergencia habitacional, se creó una ley específica y no se puso en marcha. Eso es como la desidia de la desidia de la desidia, la falta de decisión política. Está esa herramienta, entonces la mayor parte de la energía está puesta en que esa herramienta funcione (...) es un camino de mucha paciencia”. (Entrevistada, 2023)*

Antes de continuar con los programas concretos que existen en la CABA, resulta pertinente hacer un paréntesis en relación a la Ley N°2240/2006. En el año 2019 el Grupo de Vivienda y Hábitat presenta un amparo para el cumplimiento de la misma, asimismo una de las integrantes del grupo forma parte de la Unidad Ejecutora de esta ley en representación de todo el grupo. La toma de decisiones y los temas a debatir, tanto en las audiencias por el amparo como en la Unidad Ejecutora, son charlados previamente en reuniones de equipo, explicaba la entrevistada (2023).

Ahora bien, retomando las políticas públicas de la CABA, en la actualidad no existen políticas integrales que acompañen a las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad habitacional. Como políticas paliativas, podemos encontrar tres programas del GCBA: la línea 108<sup>1</sup>, el Programa 690 y Nuestras Familias. En relación al primero, el cual se implementó recientemente, fue la incorporación de la opción 5, la cual está destinada específicamente a los vecinos del polígono que se encuentran en situación de desalojo. En cuanto a los otros dos programas, ambos se constituyen como “apoyos” económicos, los cuales tienen como objetivo “evitar nuevas situaciones de calle (...) fortaleciendo los ingresos”<sup>2</sup>. La diferencia entre los programas es que el primero está destinado tanto a personas como a familias, las cuales deben estar en situación de calle o que dicha situación sea inminente. Mientras que el programa Nuestras Familias está destinado únicamente a familias. En relación al Programa 690 los requisitos para ingresar son: informe social, DNI, negativa de ANSES, presupuesto de algún espacio para alquilar, entre otros. Uno de los requisitos incorporados, recientemente, es la obligatoriedad en la inscripción de cursos relacionados al “crecimiento profesional y personal”, algunos de ellos son: armado de CV, utilización de redes sociales para emprendedores, etc. Una de las trabas principales que presenta el programa

<sup>1</sup> Atención Social Inmediata del GCBA

<sup>2</sup> Página web del GCBA: <https://buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/familiasencalle#:~:text=y%20Nuestras%20Familias.-,Subsidio%20690,de%20desalojo%20u%20otras%20causas>

se relaciona directamente con la dificultad de conseguir presupuesto de alquiler, ya sea porque no hay disponibilidad en hoteles/pensiones, o porque no aceptan niños, o porque los precios de alquiler son muy elevados, el conseguir presupuesto resulta imposible. En relación a esto, una referente del grupo de vivienda manifiesta:

*“¿De qué sirve un amparo para el subsidio si no hay un techo real para que puedan vivir? No tenemos que perder el foco de que esa es la discusión que tenemos que dar”  
(Registro de campo, 28/03/2023)*

Es así como se puede observar que la situación habitacional de la CABA, particularmente en el barrio de La Boca, se encuentra en estado de emergencia, avalado por las leyes pero a la vez profundizado por las mismas.

#### *Grietas que se profundizan: Neoliberalismo tardío y pandemia COVID-19*

Desde la llegada del neoliberalismo tardío, la ciudad de Buenos Aires enfrenta un desfinanciamiento de la política pública y un vaciamiento de las instituciones. Varios autores coinciden en que dicha llegada se da en el 2015 con la asunción de la derecha a nivel nacional. Siguiendo a Bernazza Claudia (2016), el objetivo de este tipo de gobiernos es la reducción de la acción estatal a la utilización de tecnologías de administración, negando las relaciones de poder que allí se ponen en juego. De esta manera, lo que se propone es un Estado sin historia, donde se busca constantemente despolitizar la política, convirtiendo al Estado en un agente de gestión y administración en todos los ámbitos, incluido el sistema de salud. Un claro ejemplo de esto fue la degradación del Ministerio de Salud de Nación a Secretaría en el año 2018, medida tomada por el gobierno de Mauricio Macri. Si bien dicha decisión fue derogada en el año 2019 con la asunción del presidente Alberto Fernández, las consecuencias siguen repercutiendo hasta el día de hoy.

La crisis del sistema de salud que generó el neoliberalismo tardío, se profundiza gravemente con la pandemia COVID-19 en el año 2020. Específicamente, en la Argentina se adoptaron medidas que se fueron dando de manera escalonada, contemplando los focos de contagio. Es así como en un primer momento se decretó el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), en donde las salidas sólo estaban permitidas para trabajadores esenciales (profesionales de salud, personal de seguridad, comerciantes de farmacias/supermercados, entre otros), los cuales contaban con permisos

de circulación. En un segundo momento, dicha cuarentena se comienza a flexibilizar por regiones y por grupos poblacionales. Asimismo, se tomaron otras medidas para sostener la crisis producida por la pandemia en materia de seguridad social, como por ejemplo el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE). La pandemia dejó como resultado millones de muertes, profundización de las situaciones de vulnerabilidad de los sectores populares, un sistema de salud altamente debilitado, arrasamiento en los padecimientos de salud mental, entre otros.

### El barrio y lo colectivo

La problemática habitacional del barrio de La Boca se constituye como una problemática histórica y transversal en la vida cotidiana de los vecinos del barrio. Es así como a lo largo de los años, organizaciones, instituciones y vecinos se han ido organizando para dar respuesta a la misma. Una de las organizaciones con mayor referencia en el barrio es el Grupo de Vivienda y Hábitat, que forma parte de la multisectorial “La Boca Resiste y Propone” pero no siempre formó parte de dicha organización.

En sus comienzos el Grupo de Vivienda y Hábitat se “desprendió” de la Red Solidaria<sup>3</sup>. La necesidad de construir un espacio específico que trabajará la temática de vivienda surge como una respuesta colectiva frente a la situación de vulnerabilidad habitacional que atravesaba el barrio. Dicha necesidad se termina de consolidar con un hito que marca un antes y un después en la temática habitacional del barrio. En la esquina de Almirante Brown y Suarez se ubicaba la ex sucursal de un banco, la cual estaba habitada por más de 20 familias. En la madrugada del 10 de enero de 2009, se produjo un incendio al interior del banco que arrasó con todas las viviendas que allí habían sido construidas por las familias y fallecieron seis niños. Este acontecimiento dio lugar a un profundo malestar social debido a las condiciones habitacionales en las que se encontraban las familias, haciendo foco principalmente en la vulneración de los derechos de las infancias<sup>4</sup>. En relación a esta situación, la entrevistada explica:

*“Si bien ya venía la preocupación por la vivienda, eso fue un hito porque bueno, a partir de acá la coyuntura necesitaba que hiciéramos algo más organizado (...) Bueno, pero siempre como hito se nombra el incendio del*

<sup>3</sup> Espacio de participación y organización de diversas instituciones y organizaciones barriales que abordan principalmente las temáticas de infancias y salud.

<sup>4</sup> <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-118022-2009-01-11.html>

*banco, que si bien ya se venía laburando hizo que formalicemos esto".  
(Entrevistada, 2023)*

Actualmente, como mencioné más arriba, el grupo de vivienda forma parte desde el 2012 de la multisectorial "La Boca Resiste y Propone", pero no responde a dicha organización. El mismo posee sus propias líneas de acción, las cuales buscan interpelar a los diferentes niveles de poder del GCBA. En cuanto al poder ejecutivo, mediante medidas de visibilización tanto artísticas como sociales, el grupo exige por la implementación de políticas públicas que resguarden el derecho a la vivienda digna, como así también el cumplimiento de las políticas ya existentes. En relación al poder judicial, el grupo interviene acompañando a las familias en los procesos de los juicios por desalojo. Con respecto al poder legislativo, el grupo lo hace a través de la presentación de proyectos de leyes, como así también en la participación de la Unidad Ejecutora de la Ley N°2240. Asimismo, otra de las líneas de acción del grupo apunta a las intervenciones a nivel territorial, en donde acompañan y asesoran sobre desalojos, incendios, y también gestionan colectivamente refacciones que pueda necesitar una vivienda, para lo que organizan junto con los vecinos ferias americanas, rifas, venta de comida, entre otras. Teniendo en cuenta todas estas líneas de acción, podemos decir que el grupo de vivienda se consolida como un espacio en donde cada decisión es consensuada de manera democrática.

Con respecto a la dinámica del grupo, previo a la pandemia las reuniones se realizaban en espacios prestados por diversas instituciones/organizaciones, pero debido al ASPO las reuniones presenciales debieron ser suspendidas. Actualmente, el grupo lleva a cabo encuentros virtuales semanales. Esta situación provocó un cambio en la forma de llegada al barrio. Es así como la entrevistada (2023) sostiene que al contar con un espacio físico la gente se acercaba el día de la reunión, sin embargo hoy al realizar las reuniones de manera virtual, el contacto con los vecinos cuesta un poco más. Es por este motivo que destaca los encuentros por ejemplo de las ferias, las cuales se convierten en puntos de encuentro con el barrio.

El encuentro virtual semanal no es el único espacio de comunicación que tienen, asimismo comparten un grupo de WhatsApp en donde se van actualizando situaciones, se responden dudas, etc. Las principales temáticas de trabajo son: desalojos en proceso e inminentes, estrategias de visibilización sobre la problemática, cumplimiento de la Ley N° 2240, entre otras. Actualmente, el grupo se encuentra conformado por

organizaciones políticas y sociales, vecinos, referentes barriales e integrantes de los equipos de salud de los Centros de Salud y Acción Comunitaria N° 9 y 41, y del Centro Social. Esta composición demuestra la heterogeneidad de personas que participan, apostando, de esta manera, a un enfoque intersectorial.

### **Aprendizajes en procesos**

#### *De estrategias artesanales y lucha colectiva*

Las trabas mencionadas como la ineficacia de las políticas públicas, da lugar al surgimiento de estrategias artesanales por parte del grupo de vivienda, que se encarga de elaborarlas y llevarlas a cabo para hacerle frente a un Estado que vulnera. En el presente trabajo se entenderán dichas estrategias a partir de los conceptos de intervención profesional de Cazzaniga (2002) y Cavallieri (2008). En cuanto al primero, por un lado, Cazzaniga (2002), sostiene que la intervención profesional es una construcción artificial, la cual se construye desde la mirada de diversos actores en un tiempo y espacio determinado. Esto implica necesariamente que las intervenciones profesionales sean entendidas como procesos, pero proceso no entendido como algo dinámico y caótico sino como procesos organizados y planificados. Por otro lado, Cavallieri (2008) propone pensar a la intervención vinculada, desde su origen, al Estado y a las Políticas Sociales. Desde esta perspectiva, se comprende la importancia de articular los múltiples atravesamientos que poseen los sujetos, desde sus diversas trayectorias hasta el contexto económico-político.

Ahora bien, se denominan como artesanales ya que dicho trabajo remite a la producción consciente, cuidada y colectiva de un objeto. De esta manera, las estrategias artesanales se configuran como aquellas herramientas que surgen dentro de grupos para dar respuestas a diversas problemáticas cuando las respuestas institucionales son ineficientes. Dichas estrategias, retomando las categorías de intervención profesional, son pensadas como procesos situados y planificados.

Las estrategias que se van construyendo en el Grupo de Vivienda y Hábitat son pensadas y llevadas a cabo siempre en conjunto con las personas o los grupos familiares que se encuentran en situaciones de desalojo. Las mismas apuntan a conseguir más tiempo para que las personas puedan acceder al derecho a una vivienda digna. Algunas de las estrategias ya fueron mencionadas: las ferias y la venta de rifas son ejemplos claros para la recolección de dinero que se utiliza para arreglos en los conventillos. En esta misma línea, la entrevistada sostiene:

*“cuando hay que hacer acciones como así más de cooperación y solidarias, cuando alguna familia necesita algo puntual y se puede hacer, (...) son tareas, (...), que hay que elaborarlas muy artesanalmente para que sigan adelante, lleva mucho cuerpo, tiempo, energía” (Entrevistada, 2023)*

Sin embargo, dicho grupo también lleva a cabo diversas estrategias frente a las situaciones de desalojo. La principal herramienta que posee el grupo es conocer los mandamientos que dictan los juzgados, en los cuales se determina la sentencia de desalojo. Se disputa que todo lo que explicita el mandamiento se cumpla. Para ejemplificar, una de las situaciones más comunes que sucede es que no esté bien señalado en el mandamiento qué unidad funcional debe ser desalojada, ya que muchas veces, al interior del conventillo, las mismas no están bien señalizadas. De esta manera, el grupo de vivienda se organiza para asistir el día del desalojo y dar estas negociaciones, logrando retrasar el desalojo y conseguir más tiempo para las personas y/o grupos familiares. De la entrevista realizada se desprende la importancia de la comunicación entre los integrantes del grupo ante estas situaciones de desalojo, encontrarse presentes y disponibles son algunas de las medidas de cuidado que adoptan para el interior del grupo. Las estrategias señaladas son algunas de las diversas estrategias artesanales que realiza el grupo de vivienda, reivindicando lo territorial, la organización, y lo colectivo.

### **Trabajo Social en construcción**

Desde el trabajo social son diversos los aportes que se pueden realizar en relación a la temática de vivienda: acompañamiento y asesoramiento a las familias, participación de instancias colectivas y territoriales, pesquisar situaciones de salud crónicas o situaciones de vulnerabilidad en las familias -más allá de la situación habitacional-, entre otras. Una escucha activa, un “alojar” al otro a través de un lazo social tierno son algunas de las características principales que tienen que tener las intervenciones desde el trabajo social. Si bien desde la profesión hay mucho que aportar a la construcción de la demanda, de lo colectivo, comprendiendo la complejidad de la realidad desde una mirada crítica, es desde la experiencia del Grupo de Vivienda y Hábitat que, como profesionales de salud, se aprende sobre la organización territorial, el compromiso y la resistencia.

### Reflexiones finales

Como se fue desarrollando a lo largo del presente escrito, la problemática habitacional que enfrenta el barrio de La Boca se consolida como una de las mayores problemáticas que atraviesan las personas que residen en dicho barrio. Esta problemática es abordada desde la política pública a través de respuestas paliativas y fragmentadas, las cuales responden a los intereses de los grandes agentes inmobiliarios. Si bien existen diversos tratados internacionales, leyes y programas que buscan garantizar el acceso a la vivienda digna, en la realidad del barrio de La Boca más que un derecho, se convierte en un privilegio. Es frente a esta situación que el Grupo de Vivienda y Hábitat se organiza colectivamente para acompañar, contener y asesorar a los vecinos, mediante estrategias artesanales.

Resulta fundamental revalidar constantemente el trabajo que se lleva a cabo en los territorios, que surgen y se gestionan desde las propias demandas del barrio y de los vecinos. Acompañar y ser parte de esos procesos, como profesionales de la salud, es necesario para pensar en intervenciones integrales y horizontales.

Para finalizar el trabajo, a continuación se citará una frase de la entrevista, la cual refleja el sentimiento de lucha y refugio que representa el Grupo de Vivienda y Hábitat para sus integrantes:

*“Nos enojamos, volvemos, nos ponemos de acuerdo, vamos construyendo. Yo creo que no podría trabajar en este centro de salud con este nivel de vulnerabilidad, si no formara parte del grupo (...) si no pudiera participar de ese espacio buscaría el modo de participar, me acompaña a poder modificar algo de la realidad”. (Entrevistada, 2023)*

### Bibliografía

- Bernazza, C. (2016). Bienvenidos al pasado. Revista Perspectivas de Políticas Públicas. Vol.6, N°11:23-37.
- Cavallieri, M.S. (2008). Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas. Compartiendo Notas: el Trabajo Social en la Contemporaneidad, UNLA, Argentina.
- Cazzaniga, S. (2008). Trabajo social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. Salud e intervención en lo social, Espacio Editorial, Argentina.
- Herzer, H. (2017). Globalización y cambio en el sur de la Ciudad de Buenos Aires. Ciudadanías N°1, Buenos Aires.
- Murillo J. y Martínez C. (2010). Investigación etnográfica. Métodos de investigación educativa en ed. especial. UAM, Madrid.
- Sequera, J. y Rodríguez, T. (2017). Turismo, abandono y desplazamiento: mapeando el barrio de La Boca en Buenos Aires. Conference of Latin American Geography.

### Marco normativo

- Constitución Nacional Argentina (1994), Artículos N° 14 bis. Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (1996), Artículo N° 31
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) Asamblea General de las Naciones Unidas en París, 10 de diciembre de 1948. Artículo N° 25 Ley Básica de Salud N° 153 (1999) Ciudad de Buenos Aires.
- Ley Distrito de las Artes N° 4353 (2012) Ciudad de Buenos Aires
- Ley de Emergencia Urbanística y Ambiental N° 2240 (2007) Ciudad de Buenos Aires Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), Artículo N° 11.
- Ley Sistema Federal de Vivienda N° 24464 (1995) Argentina





Mesa "Intervenciones profesionales en el marco de la APSS".

Presentación de trabajos producidos por equipos interdisciplinarios, Residentes de Trabajo Social, Residentes Interdisciplinarios de Educación y Promoción de la Salud, y Promotoras de Salud de CeSACs.

## **OTRA(S) SALUD(ES) SON POSIBLES. RELATO DE LA EXPERIENCIA DEL EQUIPO AMPLIADO DE SALUD COMUNITARIA DEL CESAC N ° 10**

### **Autorxs:**

Sofía Lovrich (psicóloga CeSAC N°10) salud-comunitariacesac10@gmail.com ,

Melina Daniela Maffeo (residente de Trabajo Social) m.danielamaffeo@gmail.com ,

Emilia Doubik (residente de Trabajo Social) doubikemilia@gmail.com ,

Omar Battistessa (trabajador social CeSAC N°10).

---

### **Resumen:**

En la presente producción, se aborda una experiencia de organización colectiva desarrollada en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. La misma surge como resultado de luchas, demandas y disputas por parte de las organizaciones populares que habitan el barrio y como resultado de acciones coordinadas con el equipo de trabajo del efector mencionado. Asimismo, se pretende explicitar de qué modos se abordaron las problemáticas presentadas por estos actores colectivos e identificadas por lxs profesionales durante el escenario de la pandemia de COVID-19 y a partir del contexto inmediatamente posterior, lo cual puede denominarse como “post-pandemia”.

A modo de conclusión, se reflexiona acerca de los modos en los que estos procesos facilitaron el acceso a un mejoramiento de la calidad de vida de las personas (y actores colectivos), teniendo en cuenta los obstáculos que se presentaron para lograr dicho fin. Asimismo, se enfatiza sobre los aportes que tiene la organización comunitaria para dar respuesta a las demandas, sin desconocer la vital importancia que debe adquirir el estado para garantizar el derecho a la salud integral.

A su vez, a partir de los diagnósticos realizados, se identifica a la accesibilidad a la salud mental como un problema complejo, que requiere ser trabajado y repensando

en términos estructurales, sin ser reducible a la atención individual y la provisión de medicación.

Por último, se enfatiza acerca de la necesidad de continuar construyendo espacios de reflexión, debate y organización entre distintos agentes que habitan y recorren las instituciones de salud, conformando así redes de resistencia y espacios de toma de decisiones compartidas.

### Introducción

A partir del presente escrito nos proponemos compartir una experiencia de intervención comunitaria que lleva adelante un equipo de salud en el marco de la APS. Realizaremos una breve reseña de cómo se conformó dicho equipo y luego vamos a caracterizar el barrio dentro del cual se encuentra interviniendo. A su vez, vamos a desarrollar las principales líneas de trabajo, y por último, compartiremos a modo de cierre algunas reflexiones finales.

En el marco de la pandemia por COVID-19, las organizaciones sociales del barrio de Constitución, junto con trabajadorxs del CeSAC N°10, nos organizamos para formar la Red de Organizaciones de Constitución con el propósito de dar respuesta a las consecuencias de la emergencia socio-sanitaria. A partir de dicha articulación, se fue conformando el Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC), el cual está integrado por trabajadorxs del centro de salud y organizaciones sociales.

Desde el EASC nos proponemos trabajar con la población que habita, transita y/o trabaja en Constitución, a través de distintas líneas de abordaje. Cada año realizamos un diagnóstico socio-situacional a través de un mapeo colectivo, a los fines de identificar las problemáticas relevantes y viables sobre las cuales intervenir. Luego de seleccionar tales problemáticas, se definen comisiones de trabajo según cada eje temático y sus líneas de acción. A su vez, mantenemos una reunión mensual para intercambiar sobre estas y otras situaciones emergentes afines al trabajo comunitario.

### Impulso de la Red de Organizaciones de Constitución en contexto de Pandemia

En el marco de la pandemia por COVID-19, las organizaciones sociales del barrio junto con trabajadorxs del CeSAC N° 10, nos organizamos para formar la **Red de Organizaciones de Constitución**, con el propósito de dar respuesta a las consecuencias de la emergencia socio-sanitaria. A partir de esta práctica, se fue conformando el **Equi-**

**po Ampliado de Salud Comunitaria (EASC)**, integrado por trabajadorxs del centro de salud y organizaciones sociales del barrio.

La pandemia y la implementación de medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) tuvieron un fuerte impacto en la vida cotidiana de las personas. Durante el año 2020, en el barrio de Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), donde se sitúa esta experiencia, las organizaciones sociales experimentaron nuevas configuraciones en sus lógicas de trabajo por las manifestaciones más agravadas de la cuestión social, tales como: la interrupción o pérdida total de una fuente de empleo; la escasez de ingresos económicos; las situaciones de hacinamiento; múltiples barreras en la accesibilidad al sistema de salud y la dificultad en el acceso a recursos y medios necesarios para garantizar los cuidados y la higiene. Ante esta situación, debieron construir nuevas estrategias para acompañar a la población del barrio. En este contexto, trabajadorxs de salud del CeSAC N° 10 motorizaron la articulación con tales organizaciones para trabajar conjuntamente. De esta manera, se fue consolidando un equipo de trabajo llamado **Red de Organizaciones e Instituciones del barrio de Constitución**.

A raíz de esta articulación, se realizaron innumerables reuniones para coordinar postas de testeos para detectar COVID; seguimiento y acompañamiento en situaciones de salud de la población que el aislamiento complejizaba; logística y realización de postas de vacunación en el barrio; encuentros interinstitucionales (ej. ANSES) y diversas capacitaciones con promotorxs de salud y referentxs barriales, a través de las cuales se abordaron diferentes temáticas referidas a la salud integral, lo que se llamó y hasta la actualidad funciona como "Curso con promotorxs de salud".

Si bien en un comienzo la Red se organizó para pensar estrategias conjuntas para abordar problemáticas vinculadas a la pandemia, en el transcurso se nos fueron presentando otras situaciones complejas que nos empujaron a repensarnos como equipo y tratar de dar respuesta a otras demandas más allá del COVID. En este contexto, nos fuimos afianzando y consolidando un equipo de trabajo, el cual denominamos como Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC).

**El objetivo general del equipo consiste en promover el mejoramiento de las condiciones de salud del barrio Constitución a través de la construcción colectiva de acciones barriales.** En relación a esto, buscamos promover la articulación entre las diferentes organizaciones del barrio y lxs trabajadores del CeSAC N° 10; favorecer la ac-

cesibilidad al centro de salud; contribuir a la formación de una red de organizaciones del barrio de Constitución que realice acciones conjuntas y generar instancias de capacitación sobre temáticas relativas a los problemas del barrio, tanto para lxs miembros de la red como para lxs profesionales del centro de salud.

### **Caracterizando el barrio de Constitución**

En el marco de la Red de Organizaciones e Instituciones de Constitución se elaboró un informe, a partir de los datos del Consejo Económico y Social de Buenos Aires -CESBA- (2016)<sup>1</sup>, para conocer la realidad del barrio.

En relación al acceso a la vivienda, dicho informe da cuenta que el territorio se caracteriza principalmente por la inestabilidad habitacional (conventillos, inquilinatos, hoteles-pensión, casas tomadas y el habitar en la calle, a veces intercalando entre paradores y hogares). Estas modalidades de hábitat informal se encuentran principalmente localizadas en las Comunas 1, 3 y 4, comprendiendo el 57,3% del total de las viviendas con estas características.

Asimismo, destacan que la población que reside allí “alcanza a unas 103.963 personas, casi 46 mil hogares (donde más del 90% paga un alquiler), y representa al 10% de los inquilinos en la Ciudad” (CESBA, 2016, citado en Red de Organizaciones de Constitución). Si bien se carece de datos oficiales exhaustivos que reflejen las particularidades de estos lugares, las precarias condiciones de habitabilidad en las que generalmente se encuentran estos establecimientos ha sido denunciada históricamente por organizaciones sociales y organismos públicos.

Otra de las características es que se evidencia una fuerte presencia de personas en situación de calle, generalmente personas adultas, pero también se observan grupos de adolescentes en las proximidades de la estación de tren. Según el Informe preliminar del Censo Popular de Personas en Situación de Calle (2017)<sup>2</sup>, se pudieron identificar 215 adultxs y 27 niñas, niñxs y/o adolescentes. Si bien no hay cifras oficiales, la presencia de inmuebles ocupados es también algo característico dentro del barrio.

La pandemia agravó todas estas situaciones, dando cuenta de las desigualdades en la gestión de políticas de cuidado y prevención del COVID-19. Según datos del Análisis de

<sup>1</sup> resolución 101 2016 consejo economico y social de la ciudad de buenos aires

<sup>2</sup> Informe con los resultados del censo popular de personas en situación de calle realizado por organizaciones sociales (CABA) | Observatorio del Derecho a la Ciudad

Situación de Salud en la Ciudad de Buenos Aires año 2020 (2022)<sup>3</sup>, desde el año 2017 puede apreciarse claramente el incremento sostenido del porcentaje de la población en situación de pobreza, mostrando la mayor suba en el sector en situación de indigencia entre 2019 y 2020, donde las cifras casi se duplicaron pasando de un 6,1% a un 11,7% respectivamente. Es importante destacar que el porcentaje de población que sólo contaba con cobertura del sistema estatal de salud en 2020 fue del 18%. El 82% restante, estaba asociada a algún tipo de cobertura de obra social, prepaga o mutual. De la población que solo utiliza la cobertura de salud pública, las comunas del sur fueron representadas con un 31,9% de la población, es decir, entre cuatro y cinco veces más que la zona norte (por debajo del 7%). En este sentido, y teniendo en cuenta que la mayoría de la población del territorio cuenta únicamente con cobertura de salud pública, es necesario pensar acciones conjuntas entre el sistema público y las organizaciones sociales que garanticen el derecho a la salud integral.

### Diagnóstico situacional

Desde 2020 realizamos un diagnóstico socio-situacional, a través de un mapeo colectivo, para identificar las problemáticas relevantes y viables sobre las cuales intervenir. El uso de esta herramienta permite el relevamiento de problemáticas del territorio y se relaciona con la planificación-acción participativa, que no sólo implica una aproximación descriptiva para identificar sujetos y problemáticas, sino que comprende la participación activa de la comunidad. Por su parte, un mapeo no es el territorio ni contempla la dimensión subjetiva de sus procesos, sino que "es una práctica; una acción de reflexión en la cual el mapa es sólo una de las herramientas que facilita el abordaje y la problematización de territorios sociales, subjetivos, geográficos". (Risler y Ares, 2013, p.7)

En cuanto a las principales problemáticas que se identificaron, se destacan el deterioro físico y ambiental del espacio público; la contaminación ambiental; la vulnerabilidad habitacional (hacinamiento, desalojos, situación de calle); la falta de trabajo y/o predominio de empleo precario e inestable; la baja cantidad de establecimientos educativos; la falta de espacios recreativos para niños, adolescentes y adultos; las situaciones de consumo problemático de sustancias; personas en situación de prostitución; trata de personas; violencia de género; inseguridad alimentaria y malnutrición en niños y adultos, entre otras problemáticas.

<sup>3</sup> Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires – Año 2020

Luego de seleccionar y priorizar a las mismas, se definieron comisiones de trabajo según cada eje temático y sus líneas de acción. A su vez, se mantiene una reunión mensual para intercambiar sobre estas y otras situaciones emergentes afines al trabajo comunitario. Este año, las comisiones son: Recreación; Comunicación Comunitaria; Recorridas barriales y distribución de preservativos; Huerta y Alimentación Saludable; y Violencia de género y Salud Sexual Integral.

Al finalizar el año 2022 realizamos una evaluación de proceso con un análisis FODA. Como fortalezas ubicamos: la rotación de integrantes por comisiones de trabajo, que aporta una mirada de diversas trayectorias, intersaberes e interdisciplinaria; una mirada integral que permite abordar distintas temáticas con flexibilidad y creatividad; la consolidación y sistematización del trabajo por comisiones, promoviendo planificaciones, continuidad y seguimiento de las intervenciones.

En cuanto a las debilidades, como equipo identificamos: dificultad para medir el impacto de las actividades; incompatibilidad horaria del EASC y la comunidad; superposición de tareas por participar en distintas comisiones; poca difusión de las actividades del EASC al interior del CeSAC; falta de estrategias para convocar a otrxs trabajadorxs; falta de evaluaciones periódicas e insuficiente cantidad de participantes en algunas comisiones de trabajo.

Respecto a las oportunidades, encontramos: flexibilidad y apertura institucional del CeSAC; posibilidad de convocatoria/predisposición de las organizaciones; registro de actividades comunitarias; encuentros y jornadas hospitalarias y de prácticas comunitarias para dar a conocer nuestro trabajo.

De acuerdo a las amenazas, ubicamos: dificultades para articular al interior del CeSAC; falta de entrega de recursos en tiempo y forma; pérdida de espacios de ateneos; dificultad para conseguir espacio físico para reuniones; instancias burocráticas para ocupar el espacio público; postergación de actividades por factores externos; exigencia de la presencia de trabajadorxs de planta en las actividades extramuros.

### **Comisiones de trabajo del EASC**

Desde **la comisión de recorridas barriales y distribución de preservativos** este año se pensó en un rol de nexo con las otras comisiones. A través de la distribución de preservativos, se tiene la oportunidad de tener contacto directo con referentes barriales y personas que viven/transitan en el barrio. Además, esto permite identificar diversas

problemáticas para intentar abordarlas. Cuando se releva una necesidad sobre alguna temática en particular, se articula con otras comisiones de trabajo que puedan tomarla. Así, esta comisión está teniendo un rol clave en articular necesidades del territorio con las propuestas de trabajo de las comisiones del EASC.

A partir del último mapeo colectivo realizado en el 2023, se identificaron diferentes problemáticas entre las cuales volvió a surgir la falta de espacios de recreación para niños, adolescentes, jóvenes y adultos. En relación a esta problemática, surgió la **Comisión de Recreación**, a través de la cual nos proponemos promover el acceso a experiencias de Recreación para las personas que asisten, viven, transitan y/o trabajan en el área de responsabilidad del CeSAC N°10 y sus alrededores. Dentro de las acciones que pensamos realizar este año, nos encontramos actualmente articulando con instituciones y centros barriales con el fin de construir conjuntamente las propuestas recreativas.

Asimismo, desde la comisión de Comunicación Comunitaria durante el año 2022 estuvimos realizando columnas radiales sobre varias de las temáticas que trabajamos desde el EASC en FM Riachuelo, una radio de la zona. Nuestro propósito fue trabajar en conjunto y visibilizar todo lo que hacemos de manera articulada en el territorio. Sin embargo, este año decidimos ampliar la visibilidad de nuestras acciones de prevención por medio de la creación de contenidos en una cuenta en Instagram del EASC. Nuestro objetivo es crear una comunidad digital que pueda seguir las diferentes tareas que llevamos a cabo desde el equipo, nuestro enfoque y las problemáticas del barrio de Constitución.

La **comisión de Huerta Comunitaria y Alimentación Saludable** busca abordar el cuidado de la salud integral, promoviendo la participación activa y el tejido de lazos sociales en torno de la producción agroecológica de alimentos. Por un lado, la propuesta es realizar talleres semanales con instancias de intercambio de conocimientos, que luego aplicamos al trabajo productivo en la huerta del centro de salud y reflexionamos grupalmente sobre las actividades realizadas. Por otro lado, buscamos problematizar la producción y el consumo actual de alimentos e incluir la perspectiva de soberanía alimentaria a nuestras prácticas. Para ello, articulamos con organizaciones sociales (FOL y FPDS) con el fin de organizar talleres en los que podamos intercambiar saberes sobre alimentación y manipulación de alimentos en contexto de comedores.



Por último, desde la **comisión de Género y Salud Sexual Integral**, nos propusimos llevar adelante diferentes iniciativas en torno a las problemáticas de Violencia de Género y al acceso de información sobre Salud Sexual Reproductiva y no Reproductiva. Para esto, desarrollamos talleres en instituciones y organizaciones sociales que lo demandan, transversalizando la perspectiva de género.

### Reflexiones finales

Se puede referir que la experiencia relatada estuvo atravesada por procesos de orden estructural, que se expresaron en nuestra cotidianidad laboral de múltiples formas. En relación a ello, durante la primera etapa de la pandemia tuvimos que enfrentar los obstáculos propios de un sistema institucional signado por el Modelo Médico Hegemónico, centrado en la enfermedad desde una concepción biologicista y ahistórica pensada para dar respuestas a personas aisladas de su entorno y de los procesos sociales en los cuales se constituyen como sujetxs. En ese contexto, como equipo de salud, no contamos con las herramientas adecuadas para enfrentarla, por lo cual fue necesario construirlas. Esto provocó que se reforzaran los muros de la institución, generando aún más distancia con la población y centrando la atención en la identificación de potenciales portadores de COVID-19 entre los pacientes que llegaban al CeSAC. La herramienta metodológica fundamental fue el triage, al que se vio afectado casi todo el equipo de salud (procedimiento que también adquirió un carácter biologicista). En línea con esto, se puede inferir que el sistema de salud -bajo una lógica capitalista, sostenida y reforzada por la mercantilización de los servicios sanitarios- no logró desarrollar una estrategia integral, donde se destinen los recursos necesarios (públicos y privados) para enfrentar la pandemia. Bajo la lógica del capital los gobiernos (tanto el nacional como los provinciales, entre éstos el GCBA) sólo aspiraron a retrasar la llegada del pico de casos (y de muertes) para evitar el desborde de las unidades de urgencia y terapias intensivas de los hospitales generales. Las estadísticas de casos y de muertes a nivel nacional hablan por sí solas.

No obstante, como se trata de procesos que no son lineales, a partir de estos procedimientos se generaron nuevas lógicas de vinculación entre lxs trabajadores del CeSAC, quienes de algún modo trascendieron las paredes de los consultorios y comenzaron a encontrarse en los pasillos, el SUM y la sala de espera del CeSAC. Esto dio lugar a que pueda revertirse la dinámica de la fragmentación, propia del modelo asistencial imperante. Como resultado de esto, algunxs trabajadores consideraron que era necesario tomar un contacto más cercano con la comunidad, ya que de este modo se podría

conocer en profundidad de qué maneras la población con la que trabajamos vivenciaba los efectos de la pandemia. No obstante, en la mayoría de los casos, de estas actividades extramurales sólo participaban algunxs profesionales de planta permanente, siendo mayor la presencia de residentes e integrantes de organizaciones sociales.

Respecto a lo narrado, se concibe que la escasa convocatoria que se logró al interior del CeSAC -aún en una etapa en la que la tarea asistencial se había restringido a su mínima expresión- da cuenta de las propias limitaciones de un modelo fragmentado, centrado en lo individual, monodisciplinar e intramuros, que no pudo adaptarse activa y críticamente al nuevo contexto. Sin embargo, puede identificarse que existe un potencial intrínseco en los encuentros con lxs otrxs, los cuales desafían la individualidad y plantean la necesidad de colectivizar demandas, ideas y propuestas. De esta manera, se puede poner en cuestión el MMH, proponiendo otras perspectivas teórico metodológicas y un “nuevo” universo de alianzas para construir un colectivo y una experiencia radicalmente diferente. La salida al territorio habilitó el intercambio con un conjunto de actores sociales -fundamentalmente con organizaciones sociales- quienes garantizaron la presencia en el barrio, poniendo el cuerpo en condiciones sumamente propicias para la multiplicación del virus, con el consiguiente riesgo para su salud y sus vidas. Esto, aún desde antes de contar con los equipos de protección que luego serían exigidos y provistos por el Estado. En ese marco, se desplegaron un sinnúmero de estrategias de autocuidado por parte de lxs sujetxs, que en muchas ocasiones no obtuvieron respuestas por parte de las instituciones sanitarias, o las mismas fueron insuficientes para garantizar el acceso a una salud integral para la población.

Se puede sostener que se produjo una suerte de pasaje de la fragmentación a la articulación, propiciado por los vínculos previos que se tenía con las organizaciones sociales, el enemigo en común (la pandemia y la falta de respuestas adecuadas por parte de los agentes estatales) y el territorio compartido. Cabe destacar que, si bien se vehiculizó la construcción de un lazo social y colectivo con la red de organizaciones de Constitución, eso no implicó poder abarcar todas las problemáticas que se presentaban ni resolver las demandas de la población; pero sí colectivizar la participación y propiciar espacios de toma de decisiones conjuntas.

Se le brinda vital importancia a las estrategias desplegadas por los actores colectivos para enfrentar los mencionados acontecimientos. No obstante, no puede negarse que es menester que el Estado adquiriera un rol fundamental para garantizar los recursos necesarios para la intervención y el ejercicio de los cuidados de la salud integral.

Es por ello que propiciamos espacios de articulación con las áreas del GCBA encargadas de la implementación del Programa Detectar, participando en la definición de estrategias interventivas y en el control de la implementación del mismo. Si bien esto fue útil para optimizar el uso de los recursos, realizar correcciones en el rumbo de las acciones y evaluar los resultados, resultó insuficiente para revertir las deficiencias del programa, como no contar con los recursos materiales necesarios.

A medida que se fueron retomando las actividades habituales, durante el proceso que podríamos definir como “pospandemia”, pudimos percibir las consecuencias de la misma, que combinadas con las históricas deficiencias del sistema de salud, agravaron las condiciones generales de la vida de la población. En relación a esto, se destaca un incremento y complejización de las demandas por parte de la población precarizada que perdió su cobertura social. Si bien existe una vacancia de datos estadísticos a nivel nacional que expliciten los efectos de la pandemia en la salud de la población, existen razones para afirmar que las medidas de aislamiento, necesarias para reducir la propagación del virus, se convirtieron en factores de riesgo psicosociales.

Otra cuestión a destacar, es la irrupción cada vez más frecuente de situaciones de agresiones entre usuarios y trabajadores en el CeSAC. Las mismas, puede inferirse que suceden como resultado de los obstáculos que se presentan en relación, a la accesibilidad de turnos y medicación (sobre todo de psicofármacos). Lxs usuarios que se atienden en este y otros efectores, en vez de hallar respuestas adecuadas a las demandas que presentan, se ven expuestos a padecimientos y vulneraciones de sus derechos. Asimismo, esto también afecta a lxs trabajadores y su salud integral, implicando también afectaciones a su rutina laboral. Institucionalmente es complejo percibir estas situaciones como enmarcadas en un contexto general, de violencia creciente producida por la crisis y la desigualdad. En su lugar, en muchas oportunidades estas expresiones se perciben como hechos aislados o problemas personales de quien se acerca a “demandar”.

Según el diagnóstico realizado por el equipo, en el espacio con las organizaciones se identifica y prioriza, como un problema central, el acceso a la salud mental integral. Esta problemática se nos presenta, en una primera aproximación, como asociada a las deficiencias del sistema de salud para dar respuesta a la creciente demanda de asistencia psicológica, psiquiátrica y de medicamentos. Frente a los episodios cada vez más cotidianos de agresiones cruzadas entre usuarios y trabajadores, asociadas a la falta de medicación (en especial de psicofármacos), esta visión restringida de la

salud mental nos lleva a una “encerrona trágica” que es la de tener que elegir entre brindar una respuesta represiva/expulsiva o medicalizar aún más los tratamientos. No se niega que es necesario poner límite a situaciones que impliquen un riesgo para la integridad física de usuarios y trabajadores, ni tampoco que sea prioritario el acceso individual a los tratamientos y a la medicación; sino se concibe que urge la problematización crítica de los conflictos y de la salud mental en general para comprenderla en su complejidad y delinear formas de intervención que den cuenta de esa perspectiva. Desde ese enfoque, se considera que la salud mental debe transversalizar todas las comisiones de trabajo y ser tratada por el equipo en su conjunto.

Consideramos que la articulación entre trabajadores de las instituciones de salud pública y organizaciones sociales y populares propicia espacios de reflexión crítica y respuestas más estratégicas a los conflictos que se susciten. De este modo, se amplía la mirada y se abordan las problemáticas de forma conjunta y colectiva, sin que esto se encuentre exento de conflictos. Aún con desacuerdos, la articulación habilita la defensa de los derechos humanos y sociales -entre ellos el de la salud integral- y enriquece el debate por el diálogo de saberes al que da lugar (como en los procesos de planificación participativa que implementamos), permitiendo así, incrementar la capacidad de autogestión y la fuerza de los reclamos.

#### Referencias:

- Consejo económico y social de la Ciudad de Buenos Aires (31 de Agosto de 2016). Resolución 101-2016 <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/327593>
- Gerencia operativa de epidemiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2022) Análisis de situación de salud en Ciudad de Buenos Aires año 2020 <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-02/ASIS%202020.pdf>
- Observatorio del Derecho de la Ciudad (20 de Julio de 2017) Informe con los resultados del censo popular de personas en situación de calle realizado por organizaciones sociales de CABA <https://observatoriociudad.org/informe-con-los-resultados-del-censo-popular-de-personas-en-situacion-de-calle-realizado-por-organizaciones-sociales-caba/>
- Risler, J; Pablo A. (2013). Manual de mapeo colectivo : recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa / - 1a ed. - Buenos Aires : Tinta Limón.

## ¿QUIÉN NOS QUITA LO BAILADO? UNA EXPERIENCIA CULTURAL EN UN TALLER DIRIGIDO A PERSONAS MAYORES, EN UN CESAC DEL SUR DE LA CABA.

### Autoras:

Melina Daniela Maffeo (Residente de Trabajo Social, Cesac 10) [m.danielamaffeo@gmail.com](mailto:m.danielamaffeo@gmail.com),

Emilia Doubik (Residente de Trabajo Social, Cesac 10) [doubikemilia@gmail.com](mailto:doubikemilia@gmail.com),

Gabriela Oliva Nuñez (Trabajadora Social, Cesac 10) [equipogerontologico10@gmail.com](mailto:equipogerontologico10@gmail.com),

Elizabeth Fernández (Trabajadora Social, Cesac 10).

---

### Resumen:

En el presente trabajo se aborda una experiencia desarrollada en el marco de un taller de recreación y movimiento, en un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. El mismo es coordinado por un equipo gerontológico interdisciplinario compuesto por distintas disciplinas (Trabajo Social, Kinesiología, Medicina, Promotores de Salud y las residencias de Trabajo Social, Psicopedagogía y Educación y Promoción de la salud).

En este documento, se pretende trabajar el intercambio de saberes culturales, a partir del aprendizaje de danzas típicas de los países de origen de las/os participantes del grupo tales como Bolivia, Paraguay, Chile, Perú, Uruguay, Brasil y España. Además, se presentan datos sociodemográficos de la población en general y en particular de las personas mayores que residen en la Ciudad de Buenos Aires; dando cuenta de que el área de referencia de este Centro de Salud comprende la zona más empobrecida de dicha región.

A modo de conclusión, se comparten los aportes que dicha experiencia brindó a la salud integral de las personas mayores.

**Palabras claves:** personas mayores - recreación - saberes culturales

**Introducción:**

El presente trabajo surge de una experiencia que desarrollamos desde un Equipo gerontológico, en el marco del taller denominado “Recreación y Movimiento”. El mismo forma parte de otras actividades implementadas por este equipo en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N°10 (CeSAC N°10). Este efector depende del área programática del Hospital General de Agudos “José María Penna”, del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Se encuentra ubicado en la zona sur de la CABA en la comuna 4, que comprende los barrios de Barracas, La Boca, Parque Patricios y Nueva Pompeya. Es preciso señalar que la zona sur de la CABA presenta los indicadores más altos de necesidades básicas insatisfechas (NBI)<sup>1</sup> de la ciudad.

Según el Anuario Estadístico de la CABA de la Dirección General de Estadística y Censos 2022 (Ministerio de Hacienda GCBA)<sup>2</sup>, el 20% de la población de la CABA sólo cuenta con el sistema público de salud, mientras que en la comuna 4 este porcentaje asciende al 36,1%. Este dato puede estar indicando que aquí, más de un tercio de la población, se encuentra sin ocupación laboral o con empleo no registrado, que no les permite acceder a los derechos tales como el acceso a una cobertura de obra social y/o una jubilación.

Por otra parte, el 19,1% de los hogares de la CABA percibe ingresos menores a la canasta total de consumo<sup>3</sup>, mientras que en la comuna 4, aquellos cuyos ingresos no cubren la misma alcanzan al 35%.

Con respecto a las condiciones de la vivienda, se observa que en la misma comuna, los datos de hacinamiento (de dos a tres personas por cuarto) alcanza al 16,9% de los hogares y el hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto) es del 3,2%, mientras que para el total de CABA es de 8,7% y 1,3% respectivamente.

Los datos citados son sólo algunos indicadores de vulnerabilidad social de la población que habita el sur de la CABA, que superan los porcentajes de toda la ciudad.

<sup>1</sup> Las Necesidades Básicas Insatisfechas fueron definidas según la metodología utilizada en “La pobreza en la Argentina” (Serie Estudios INDEC. N° 1, Buenos Aires, 1984). Se dividen en cinco grupos: Vivienda de tipo inconveniente, condiciones sanitarias, hacinamiento, escolaridad y capacidad de subsistencia.

<sup>2</sup> [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2023/06/Anuario\\_estadistico\\_2022\\_web.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2023/06/Anuario_estadistico_2022_web.pdf)

<sup>3</sup> Incluye bienes y servicios que un hogar debe consumir durante el transcurso de un año. Al valor de la canasta de bienes y servicios mensuales, se agregan los gastos de adquisición o renovación de los bienes durables para el equipamiento de la vivienda, los productos y servicios para la salud y otros gastos que tienen características estacionales, como la indumentaria.

Argentina es un país envejecido, ya que cuenta con un 14,27% de su población mayor de 60 años. En nuestro país, la ciudad de Buenos Aires es el distrito más envejecido, con un 21,67% de mayores de 60 años. Es importante destacar que las personas mayores de 60 años y más, en el Área Programática del Hospital Penna, representan al 16,75% de la población total de dicha área, que corresponde a 29.738 personas. De este porcentaje, 6.431 personas (21%), son personas mayores de 80 años y más.

Respecto a la situación de vulnerabilidad social en las personas mayores, el Observatorio Porteño sobre la Situación Social (OPSIS, Abril 2015), señala que la población de 65 años y más con NBI en la CABA es del 2,1%, que se duplica para la comuna 4, representando el 4,4%. Esta proporción probablemente podría elevarse si se incluyera a las personas desde los 60 años.

#### **Fundamentación:**

A mediados del siglo XX comienza a aumentar la expectativa de vida y es en el siglo XXI que nos encontramos con un promedio de 79 años para las mujeres y casi 72 años para los varones en la República Argentina. Sí, cada vez vivimos más años, y a esto debemos entenderlo como un logro de la humanidad. Pero no nos basta sólo con alargar la vida, para ello es necesario tomar una serie de recaudos y cuidados en la salud, además de prevenir las enfermedades relacionadas con hábitos poco saludables. Los estilos de vida pueden entenderse como la forma general de vivir de una persona; así uno saludable comprende distintas condiciones y aspectos de la vida cotidiana, como sentirse bien con uno mismo y con los demás, tener condiciones socio-económicas dignas, disponer de lugares y oportunidades para la recreación y el movimiento, disfrutar de armonía familiar, alimentarse adecuadamente, sentirse incluido en su comunidad, entre muchas otras.

Existe una relación entre las principales causas de morbimortalidad de personas mayores de sesenta años (insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebro vasculares, neumonía, infarto agudo de miocardio, diabetes) y los estilos de vida. Éstas son evitables si realizamos acciones de cuidado de nuestra salud. Entendemos que los estilos de vida no son sólo elecciones individuales, sino que tienen que estar acompañados de políti-

---

4 El lenguaje no sexista, inclusivo y no binario, tensiona y deconstruye a las discursividades. Por ello, produce nuevos efectos de sentido y establece espacios inéditos del saber y de la legitimación de la diferencia. Cuando un sujeto utiliza la x y la -e, interviene su discurso con el fin de mostrar una objeción al binarismo femenino-masculino e incluir identidades que no se autoperceben desde esa lógica (Tosi, 2023).

cas públicas que garanticen los derechos de todos los ciudadanos, como el acceso a la salud, a la vivienda, a la cultura, a la recreación, al ingreso digno, entre otros.

Es por ello que, como equipo de salud, consideramos que nuestro accionar tiene que estar orientado por la concepción de la salud como un derecho social. Ello nos compromete a pensar en prácticas de carácter colectivo basadas en la interdisciplinariedad y con una concepción integral de la salud. La participación comunitaria es un medio fundamental en la formulación de estrategias de acuerdo a los intereses y necesidades de la propia comunidad, promoviendo el intercambio y la integración de los saberes.

Consideramos a la recreación y al movimiento como factores protectores del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y, particularmente en el proceso de envejecimiento, contribuyen a retrasar la disminución de las funciones/capacidades y a dar lugar a las potencialidades de cada persona.

Las actividades recreativas constituyen espacios de prevención, promoción y rehabilitación de la salud, ya que no sólo aportan al entretenimiento y disfrute (aspecto importantísimo para la salud de cada persona), sino que estimulan el conocimiento, acercamiento, establecimiento y profundización de vínculos, permitiendo el armado de una red de sostén y contención entre pares y con otros/as, que incrementan y mantienen la vitalidad de los sujetos. La actividad física produce beneficios para la salud de todas las personas. Contribuye a nivel físico aportando al mantenimiento del tono muscular, al uso de las articulaciones, al control de algunas enfermedades, a mejorar la coordinación y el equilibrio, y a mantener ágiles los sentidos. A la vez, también colabora con el equilibrio afectivo y con tener una actitud más positiva ante la vida.

Manna y Mandaradoni (2017) señalan:

*La estimulación a través de la recreación es el motor de un buen envejecer, ¿por qué? porque la recreación es una disciplina que combina el uso del tiempo libre (elemento que en la vejez toma especial relevancia) con el juego, actividad opuesta al sedentarismo, la depresión, el aburrimiento (factores de riesgo en la vejez). (p.26).*

Tales autoras mencionan que es importante realizar secuencias lúdicas que pongan en juego aspectos cognitivos, emocionales y sociales; con el objetivo de promover la



creatividad, la adaptación a los cambios propios de la vejez, estimular las funciones cognitivas -atención, asociación, fluidez verbal, orientación temporo-espacial, etcétera. En esta línea, es indispensable fomentar instancias que promuevan la reflexión y la creación de nuevos vínculos entre pares, que desarrollen un sentido de pertenencia y aprendizaje mutuo.

La socialización y la posibilidad de participar en grupos, implica sentirse contenido y crear nuevas redes de cuidado, encontrar con quién compartir y sentirse queridos. Estos espacios promueven bienestar tanto físico como psicológico. “re (emprender) actividades culturales, artísticas, recreativas, sociales, de formación, entre otros, abre la posibilidad de nuevos vínculos y desmitifica aquella idea de la vejez asociada con la soledad, la pérdida, el desamparo, la tristeza” (Iacub, 2015, p.110).

Aún hoy existe una mirada sobre la vejez, donde se la suele asociar a un déficit en la capacidad de las personas mayores. Por tal motivo, estos sujetos suelen ser vistos como personas infantilizadas, que carecen de autonomía e independencia. Es por ello que se las concibe como ciudadanos de carácter pasivo, y a raíz de todo esto las personas mayores experimentan un ejercicio recortado y limitado de varios de sus derechos, esencialmente de su libertad e igualdad.

Huenchuan (2013) expresa que el hecho de que las personas mayores sean percibidas como un grupo con especial vulnerabilidad, no ha contribuido a que se las reconozca como titulares de derecho. De esta manera, se ha avanzado más en garantizar necesidades básicas en la seguridad social y la salud, y hay consensos respecto a la necesidad de eliminar el maltrato; pero se observa menos reconocimiento y avances en otras dimensiones asociadas a la participación, autonomía y empoderamiento.

El paradigma que establece a las personas mayores como sujetos de derechos, busca desterrar estas concepciones en las que se las considera como objetos de cuidados. Desde aquí, estas cumplen un rol activo en su desarrollo. Es necesario reconocerles como agentes activos, participativos y con responsabilidad en la detección y evaluación de sus necesidades. En resumen, es primordial reconocer el principio de autonomía de las personas mayores, por lo que deben ser caracterizadas como sujetos de derecho, respetadas y escuchadas en su singularidad.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) es la herramienta jurídica en la que queda plasmado este paradigma. Nuestro país fue uno de los 5 primeros en suscribirla. El objetivo de la

misma es que todas las personas mayores disfruten de sus derechos y libertades, en condiciones de igualdad y se integren y participen en la sociedad. Los países que firmaron esta Convención se comprometen a crear leyes y realizar acciones para asegurar los derechos y libertades de las personas mayores.

Los principios sobre los que se basa la convención son:

- eliminar la discriminación a las personas mayores
- asegurar la igualdad entre todas las personas
- promover la dignidad, autonomía e independencia de las personas mayores
- promover la participación e integración social de las personas mayores
- defender los derechos y libertades de las personas mayores
- valorar los aportes de las personas mayores a su comunidad
- garantizar la seguridad de las personas mayores
- asegurar el cuidado y la atención de las personas mayores.

#### **Descripción de la experiencia:**

El Taller de recreación y movimiento es un dispositivo destinado a personas mayores de sesenta años, con modalidad de taller grupal y de participación abierta que funciona desde el año 2014. El objetivo es aportar a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas mayores y retrasar la disminución de las capacidades funcionales. El mismo tiene una frecuencia semanal y sistemática, por lo cual se sostiene durante todo el año.

Se desarrollan propuestas de actividades lúdicas y recreativas que impliquen movimiento corporal y desafíos cognitivos, teniendo como eje fundamental el concepto de salud integral y la participación comunitaria, ubicando a las personas mayores en un rol activo.

Del espacio participan aproximadamente entre quince y veinte personas cada semana, cuyas edades oscilan entre los 60 y los 80 años. La mayoría reside en el barrio en el que se encuentra el CeSAC, otras viven en barrios cercanos. Les asistentes son de diferentes nacionalidades: argentina, peruana, boliviana, chilena, paraguaya, uruguaya, brasileña y española.

En julio de 2022, en el marco de los festejos por el Día de la Independencia de la República Argentina, se propuso desde el equipo bailar en forma conjunta una chaca-

ra (una danza típica de Argentina). Como parte del encuentro, se conversó acerca de las fechas de independencia de los diversos países de los cuales son originarias las personas que participan del taller, compartiendo procesos históricos particulares y comunes, así como modos de festejo. A partir de dicho intercambio, varias personas mayores descubrieron que había otros/as participantes que compartían sus orígenes, abriendo el diálogo respecto a las zonas particulares en las que cada una de ellas había nacido, crecido y vivido antes de migrar hacia Argentina. Allí surgió la idea y el proyecto de que las vejeces pudieran compartir y enseñar las danzas típicas de sus países de origen, a fin de que el resto del grupo aprendiera a bailar nuevos ritmos. El equipo coordinador evaluó que era una instancia oportuna para revalorizar las tradiciones y saberes culturales de cada integrante del grupo.

Durante tres meses cada persona o grupo de personas que compartían nacionalidad, prepararon sus danzas. Estas actividades se asumieron, teniendo como principales objetivos:

- Fomentar espacios de inclusión social para personas mayores y promover la utilización saludable del tiempo libre.
- Revalorizar los saberes y los aportes de las personas mayores a su comunidad.
- Promover la participación, asumiendo un rol protagónico en la transmisión de las tradiciones culturales
- Impulsar a que la familia y la comunidad reconozcan a las personas mayores como sujetos de derecho y no como objetos de cuidado

En este sentido, desde el equipo se las acompañó para encontrar herramientas de transmisión de saberes al resto del grupo: por ejemplo, se desglosaron los distintos pasos de cada baile y se fueron ensayando cada uno de modo pausado, se acudió a plataformas digitales para seleccionar la música, entre otros.

El encuentro comenzaba con una descripción histórica de la danza en cuestión y qué expresaba la misma. A su vez, las personas mayores traían y lucían accesorios de la vestimenta típica de sus respectivos países. De esta manera, les participantes aprendieron a bailar “La morenada”, de Bolivia; Pío pío, de Perú; polca paraguaya; la cueca chilena, pasodoble español; samba de Brasil, tango y candombe rioplatense de Argentina y Uruguay.

Cuando se completaron las danzas, surgió el interés de investigar sobre otras de la región latinoamericana y se intentaron poner en práctica. Entre ellas, también se bailó cumbia colombiana y chamamé, de la región noreste de Argentina.

El 1º de octubre del 2022, en el marco del Día Internacional de la Personas Mayores, se realizó la exposición de todas las danzas, invitando a familiares de las personas mayores y a toda la comunidad a presenciar lo trabajado durante tres meses. El festejo se realizó en la plaza del barrio, con una decoración colorida.

Consideramos que la construcción de este espacio permitió entre otras cuestiones: el aprendizaje de trabajo en equipo con pares y coordinadores, el reconocimiento de los aportes y saberes culturales de las personas mayores, la valorización de la diversidad cultural de los países de nuestra región latinoamericana y la formación y consolidación de una perspectiva gerontológica por parte de distintos integrantes del equipo de salud.

### **Aproximaciones finales:**

A modo de reflexión, y de acuerdo a nuestra experiencia en el dispositivo descrito, consideramos relevante destacar que la conformación de estos espacios fomentan y garantizan la inclusión social de las personas mayores, la creación de vínculos significativos, el derecho al ocio, la actividad física, la incorporación de hábitos saludables, y que tales cuestiones hacen a la salud de las personas mayores, concebida de manera integral.

La interacción grupal permitió la construcción colectiva de una nueva actividad destinada a compartir saberes culturales de cada participante del grupo y no sólo fue valioso por ser compartido con pares, sino también porque se incluyó a otros agentes sociales. Consideramos que la experiencia presentada generó un impacto positivo en las personas mayores, en la comunidad y en sus familias, ya que pudieron observarlas y reconocerlas en un rol protagónico y activo en la transmisión de conocimientos tradicionales.

Como resultado, el encuentro con otros implica también una transformación de sí mismos y desafía a los roles sociales tradicionales pensados para las vejeces y vinculadas esencialmente al abuelazgo y la pasividad. Los procesos de participación de esta población permiten considerar a las vejeces en su pluralidad, con potencia transformadora y posibilidad de acción. Esto supone una concepción de derechos en relación a esta etapa etaria, ya que aspira a confrontar con aquellas miradas asociadas a la improductividad: las viejas y los viejos no trabajan, se encuentran jubilados o realizan tareas no remuneradas, pero adquieren otros roles sociales de importancia y son activos en su comunidad.

En relación al importante papel de los vínculos como camino hacia el bienestar de las personas, resulta interesante traer las palabras de Segato (2018) cuando expone la existencia de dos modos de concebir la humanidad:

De una forma esquemática es posible decir que existen dos proyectos históricos en curso en el planeta, orientados por concepciones divergentes de bienestar y felicidad: el proyecto histórico de las cosas y el proyecto histórico de los vínculos, dirigidos a metas de satisfacción distintas, en tensión, y en última instancia incompatibles. El proyecto histórico centrado en las cosas como meta de satisfacción es funcional al capital y produce individuos, que a su vez se transformarán en cosas. El proyecto histórico de los vínculos insta a la reciprocidad, que produce comunidad. Aunque vivamos inevitablemente de forma anfibia, con un pie en cada camino, una contra-pedagogía de la crueldad trabaja la conciencia de que solamente un mundo vincular y comunitario pone límites a la cosificación de la vida.(p.16)

En función de todo lo planteado, consideramos relevante resaltar la importancia de promover, ofrecer, implementar y sostener desde el ámbito de la salud y con una mirada gerontológica dispositivos grupales con modalidad de taller insertos en el territorio.

Más allá del objetivo puntual que busque alcanzar cada dispositivo y de la temática particular que aborde, es imprescindible que exista una preocupación por el favorecimiento de vincularidad entre los miembros del grupo. Debe ser un espacio en el que se tienda a la continuidad en la participación, en donde se estimule el conocimiento de los/as otros/as. Estos dispositivos deben ser inclusivos, deben aceptar y trabajar sobre la diversidad de miradas, de pensamientos, de historias, de culturas. Deben tener una perspectiva integral de la salud, que tienda a lo intersectorial, que obviamente se inscriba en el paradigma de las personas mayores como sujetos de derechos.

En palabras de Segato (2018) será indispensable trabajar en implementar en territorio estrategias que tiendan a plasmar un proyecto histórico de los vínculos, en donde se inste a la reciprocidad y a producir comunidad, en oposición a la cosificación de la vida y de las personas, y como un modo de seguir trabajando por una sociedad para todas las edades.

## Referencias

- Bonazzola, P (2010). Sistema de Salud y Territorio. Ciudad de Buenos Aires..
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015). OEA. Junio de 2015.
- Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2022). Anuario estadístico. [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2023/06/Anuario\\_estadistico\\_2022\\_web.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2023/06/Anuario_estadistico_2022_web.pdf)
- Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Hacienda de CABA (2016) Información Censal 2010 por Área Programática de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2016/07/informacion\\_censal\\_2010\\_por\\_area\\_programatica\\_de\\_salud\\_2016\\_07.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2016/07/informacion_censal_2010_por_area_programatica_de_salud_2016_07.pdf)
- Huenchuan, S (2013). Los derechos de las personas mayores. Aspectos teóricos. Materiales avanzados de estudio y aprendizaje. CELADE. CEPAL.
- Iacub, R. (2015) Todo lo que usted siempre quiso saber sobre su jubilación y nunca se animó a preguntar. Paidós.
- INDEC (1984) La pobreza en la Argentina. Serie Estudios INDEC. N° 1, Buenos Aires.
- Ley N° 153. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, CABA, 25 de febrero de 1999.
- Manna, M; Mandaradoni, G. (2017) Juegos y dinámicas para la estimulación cognitiva de adultos mayores. Bonum.
- OPS (2011) Atención General de la Persona Adulta Mayor en Atención Primaria de la Salud. Protocolo 2, República del Paraguay.
- OPSIS, Observatorio Porteño de la Situación Social (2015), Situación de los adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de Estadísticas y Censos. Ministerio de Hacienda del GCBA. [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir\\_2015\\_852.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir_2015_852.pdf)
- Rita, S (2018). Contra-pedagogías de la crueldad. Primera Edición. Ciudad de Buenos Aires. Prometeo Libros.
- Tosi, C (2023) "El lenguaje inclusivo como derecho. Una propuesta frente a los discursos prescriptivos sobre la lengua". Revista Descentrada, Universidad Nacional de La Plata. 7 (1). 2-8. <https://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/dese202/16945>

## LA COMUNIDAD HACE SALUD: EL ROL DE LES PROMOTORES DE SALUD EN EL MARCO DE LA APS

### **Autores:**

Romina Martínez (Promotora de salud) ;

Silva Franco (Promotor de salud);

Villagra Nicolás (Promotor de salud).

**Referencia institucional:** CeSAC 10, CABA.

---

### **Introducción:**

El presente escrito se realizó con el objetivo de relatar y a la vez poner en manifiesto la experiencia de promotorxs de salud en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 10, ubicado en Av. Amancio Alcorta 1402, Comuna 4 de CABA. El CeSAC es perteneciente al barrio de Barracas, aunque nuestro ejercicio se dirige también al barrio de Constitución. También invitar a lectores hacia una propuesta de repensar uno de los pilares en los que está basada la salud comunitaria, que es la promoción de la salud.

### **Objetivos:**

Visibilización e importancia de la figura y el rol de los promotores de salud en APS y el conocimiento de la experiencia de promotores de salud, antes y después de la inserción laboral en el CeSAC N°10.

### **Promoción de la salud**

#### **Desarrollo:**

La promoción de la salud es más que una perspectiva, es un proceso político, social y cultural con una alta amplitud de abordar y abarcar acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud, enfocándose en el contexto social, ambiental (o del entorno) y económicas con la búsqueda de la salud de las comunidades a través de la educación, prevención y la promoción en diferentes áreas de los derechos básicos de la vida, como el acceso a los sistemas públicos sanitarios.

En la promoción de la salud se reconoce la salud como un concepto de proceso y no de estado, es una variante constante en la vida de las personas, centrándose en los factores o determinantes y emergentes que contribuyen a la variación del proceso de forma desfavorable.

Para Carrillo, la educación sanitaria debía realizarse a través de todos los medios de difusión y ser auténticamente popular, en un lenguaje llano y al alcance de todos, hasta coloquial, si que quiere decir. Tal como él sostenía: “frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”.

La promoción de la salud busca intervenir positivamente sobre los factores condicionantes del proceso de la salud, con la participación de la comunidad decisiva sobre las prioridades, acciones, elaboración y puesta en marcha de estrategias sobre las problemáticas que son transversales a salud y a la vida cotidiana de las personas, desarmando el concepto de paciente e incorporando a la persona, ahondando en lo colectivo sin olvidar la percepción integradora de la individualidad democrática en la elección directa participativa sobre la construcción de la salud y sus indicadores.

La declaración de Alma Ata, de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, confiere:

*“La participación de la comunidad es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitarios.” (1978, p.57)*

El modelo desarmador del culturalmente aprobado modelo médico hegemónico (el cual es este, la salud comunitaria) es más inspirador, integral y participativo, con la intersectorialidad acompañando codo a codo, contiene una gran negatividad: la cultura de la participación social, el fatalismo, por ejemplo, el cual está acompañado de la búsqueda de intereses concretos sobre el contexto crudo de la actualidad, la supervivencia.

### **Rol de promotores de salud:**

#### **¿Qué es y qué actividades realizan los promotores de salud?**

Promotorxs de salud es, ante todo, promovedores de la participación comunitaria en salud. La participación comunitaria en salud supone la obtención de información y el consecuente fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención, la facilita-



ción de ámbitos de trabajo con actores sociales que tienen incidencia en las decisiones de la comunidad y el manejo de herramientas y habilidades para el trabajo dentro de ella, como la promoción de políticas en salud planificadas desde la comunidad y la mejora en la accesibilidad a los servicios del sistema de salud y en la comprensión de su forma de funcionamiento. Abundamos en el mejoramiento de la articulación entre los actores involucrados y los distintos niveles institucionales y el fortalecimiento del trabajo en red. El incremento del compromiso de los diferentes actores sociales en el cuidado de su salud y la comunidad.

Los promotores realizan actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud a través de acciones educativas en salud, contribuyendo a la detección de la demanda oculta y a la especificación de la demanda espontánea, favoreciendo el acceso de la población a las acciones y servicios de salud, promoción social y protección de ciudadanía. La demanda oculta se vincula con aquella población que no puede acceder al sistema, la demanda espontánea refiere a la población que, ante dolencia o inquietud busca un apoyo/ayuda en su problemática. Con actuación en apoyo a las personas y los colectivos comunitarios, identificando las situaciones más comunes de riesgo en salud, participando en la orientación, acompañamiento y educación popular en salud, poniendo en acción conocimientos sobre prevención y solución de problemas relativos a la salud, movilizándolo prácticas de promoción de la vida en comunidad y de desarrollo de interacciones sociales.

Una persona que se constituye como promotora de salud ayuda a conocer métodos para el cuidado de las personas, facilitando el acceso o acercamiento a las instituciones (tanto instituciones sanitarias como otras, ej: Defensoría del Pueblo) y a la vez en viceversa. Aportando desde la promoción de la organización y a la vez que se promueva la comunicación comunitaria, con el conocimiento del barrio, a los vecinos y las necesidades del territorio.

#### **Recreando el rol:**

La situación de pandemia por COVID 19 y la implementación de las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) tuvieron un fuerte impacto en la vida cotidiana de las personas, recrudesciendo las condiciones de vida que estructuralmente existen en el barrio de Constitución: insuficiencia o inexistencia de ingresos asociadas al incremento de la desocupación y la precarización laboral, dificultades para acceder a recursos para la subsistencia y a los servicios sanitarios y educativos, incremento exponencial de las familias en emergencia habitacional por amenaza de

desalojo y situación de calle, aumento de las situaciones de violencia de género favorecidas por la permanencia obligada en condiciones de hacinamiento crítico, etc. En este marco, las organizaciones sociales del barrio, junto con trabajadorxs del CeSAC 10, se organizaron para formar la Red de Organizaciones de Constitución, con el propósito de dar respuesta a las consecuencias de la emergencia sociosanitaria; logrando intervenir en las decisiones sobre cómo accionar en la territorialidad y facilitar a los habitantes el acceso a testeos, vacunas y que no se pierda la comunicación entre diferentes actores. Instancias de gran importancia de la participación e implicación comunitaria en las elecciones sobre los derechos básicos de cada persona, como la transversalidad que tiene la salud sobre la vida diaria.

A partir de esta práctica, se fue conformando el Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC), integrado por trabajadorxs de organizaciones sociales y del centro de salud. Con esta conformación, se practica el análisis situacional del barrio, buscando la viabilidad de poder ejercer una práctica de abordaje para cada cual. Como resultado, logramos una distribución entre diferentes comisiones, en la que cada una de ellas aborda una problemática específica.

#### **EASC:**

##### **De enero a agosto de 2022**

- Seis (6) talleres/encuentros de diagnóstico y planificación participativa.
- Comisión Biblioteca Ambulante: Seis (6) talleres de biblioteca ambulante en organizaciones sociales (para adultxs y niñxs).
- Comisión Comunicación Comunitaria: Tres (3) columnas radiales.
- Comisión Alimentación Saludable: Tres (3) talleres de alimentación saludable para una organización social (FOL, Frente de Organizaciones en Lucha).
- Comisión Recorridas: Contacto mensual con los 40 nodos de la red de distribución de preservativos para provisión de insumos e intervención ante problemáticas emergentes.
- Cuatro (4) talleres en el marco de capacitaciones con promotorxs de salud y de género de organizaciones sociales
- Quince (15) reuniones del EASC.
- Curso promotorxs en conjunto con el CeSAC n°16

La pandemia nos permitió encontrarnos de diferentes maneras como la virtualidad, y redescubrirnos en un nuevo rol, el cual denominamos promotorxs de salud, realizando y pensando diferentes acciones junto a profesionales de la salud e individuos

de la comunidad, con el fin de dar respuestas a las demandas que surgían en la comunidad, desde la prevención y promoción de la salud, identificadas en el diagnóstico. Por eso nos parece de suma importancia destacar la implicancia de la sociedad frente a la toma de acciones en los determinantes sociales que hacen al proceso de salud-efernidad-atención-cuidado.

#### **De septiembre 2022 hasta la actualidad:**

Uno de los logros de este modelo de trabajo colectivo fue la inserción de promotorxs de salud hacia la “formalidad” laboral dentro del sistema de salud, innovando constantemente el propio rol frente a nuevos desafíos dentro de la institución y en equipos de trabajo que ya estaban consolidados.

Uno de esos desafíos es el abordaje e inserción dentro del equipo gerontológico, en el cual por medio de diferentes actividades se busca promover y tratar de garantizar el acceso a la inclusión social, la autonomía, territorialidad, lazos sociales, derechos en adultes mayores, etc. Algunas actividades que se llevan a cabo para lograr responder sobre estos ejes son las caminatas saludables semanales, talleres semanales (Recreación y movimiento, Estimulación de la memoria). Estos espacios permiten generar sentido de pertenencia tanto para quienes asisten como para quienes coordinan.

#### **EASC 2022/23:**

Desde la *comisión de recorridos barriales y distribución de preservativos* se pensó en un rol más de nexo con las otras comisiones. Es decir, al salir con la tarea de distribuir preservativos se tiene la oportunidad de tener un contacto directo con referentes barriales y personas que viven/transitan en el barrio. Visto esto como la posibilidad de ir relevando demandas y a su vez, llevando propuestas de distintas temáticas, como el abordaje de prevención de dengue en el territorio.

Cuando se releva una necesidad sobre alguna temática en particular, se articula con otras comisiones de trabajo que puedan tomarla. Así, esta comisión está teniendo un rol clave en articular necesidades del territorio con las propuestas de trabajo de las comisiones del EASC.

A partir del último mapeo colectivo realizado en el 2022/23, se identificaron diferentes problemáticas entre las cuales volvió a resurgir la falta de espacios de recreación para niñxs, adolescentes, jóvenes y adultxs. De esta forma es que la Comisión de Biblioteca Ambulante amplía y redefine sus objetivos para dar respuesta a dicha problemática,

surgiendo así la *Comisión de Recreación*. Nos proponemos promover el acceso a experiencias de Recreación para las personas que asisten, viven, transitan y/o trabajan en el área de responsabilidad del CeSAC N°10 y sus alrededores.

Dentro de las acciones que pensamos realizar este año, nos encontramos actualmente articulando con instituciones y centros barriales con el fin de construir conjuntamente las propuestas recreativas.

Asimismo, desde la *comisión de Comunicación Comunitaria* durante el año 2022 estuvimos realizando columnas radiales sobre varias de las temáticas que trabajamos desde el EASC, en FM Riachuelo, una radio de la zona. Nuestro propósito fue trabajar en conjunto y visibilizar todo lo que hacemos de manera articulada en el territorio. Sin embargo, este año decidimos ampliar la visibilidad de nuestras acciones de prevención, por medio de la creación de contenidos en una cuenta en Instagram del EASC. Nuestro objetivo es crear una comunidad digital que pueda seguir las diferentes tareas que llevamos a cabo desde el equipo, nuestro enfoque y las problemáticas del barrio de Constitución.

La *comisión de Huerta Comunitaria y Alimentación Saludable* busca abordar el cuidado de la salud integral, promoviendo la participación activa y el tejido de lazos sociales en torno de la producción agroecológica de alimentos. Por un lado, la propuesta es realizar talleres semanales con instancias de intercambio de conocimientos, que luego aplicamos al trabajo productivo en la huerta del centro de salud y reflexionamos grupalmente sobre las actividades realizadas. Por otro lado, buscamos problematizar la producción y el consumo actual de alimentos e incluir la perspectiva de soberanía alimentaria a nuestras prácticas. Para ello, nos encontramos articulando con organizaciones sociales (FOL y FPDS) con el fin de organizar talleres en los que podamos intercambiar saberes sobre alimentación y manipulación de alimentos en contexto de comedores.

Por último, desde la *comisión de Género y Salud Sexual Integral*, nos propusimos llevar adelante diferentes iniciativas en torno a las problemáticas de Violencia de Género y al acceso de información sobre Salud Sexual Reproductiva y no Reproductiva. Para esto, desarrollamos talleres en instituciones y organizaciones sociales que lo demandan, transversalizando la perspectiva de género.

**Reflexiones finales:**

Durante el período sanitario de emergencia quedó demostrado notablemente que la actividad de los promotores de salud, formados por distintas organizaciones sociales, contribuyó de una gran inmensidad a disminuir los efectos devastadores en el barrio popular de Constitución. Se desarrollaron tareas sin otra motivación más que el compromiso con la comunidad y con la población más vulnerable.

El proceso realizado durante el presente año ha permitido consolidar, dentro de la Red de Organizaciones de Constitución, un núcleo de organizaciones diferenciadas por su elevado nivel de compromiso en la implementación de un trabajo territorial desde la perspectiva de salud integral. Consideramos además que la presencia de los promotores de salud pertenecientes a dichas organizaciones sociales se constituye en una instancia mediadora entre éstas y el CeSAC y un rol estratégico para el cumplimiento de las tareas de cuidado y promoción de la salud en el ámbito territorial.

De aquí resalta el resultado imperioso de la necesidad de que la actividad que desempeñamos tenga el reconocimiento y a la vez que no se pierda la consolidación que se ha construido en años. Este trabajo mancomunado de la figura o rol es fundamental a la hora de mejorar y contribuir la accesibilidad a los derechos de manera efectiva y eficiente de la comunidad, ya que intensificamos al cuidado íntegro de la salud, siendo la primera línea de comunicación del sistema de salud hacia las personas y a la vez de la comunidad hacia los profesionales de la salud.

*“Cualquier persona que promueva la salud integral, es promotora de salud”*

**Bibliografía:**

- Manual de promoción de la salud : experiencias provinciales / Daniela Meley y Carolina
- Casullo. - 1a ed. - Buenos Aires : Ministerio de salud de la nación, 2010.
- Carrillo R. La salud del pueblo depende de diversos factores indirectos del pueblo. En: Política sanitaria argentina [Internet]. Remedios de Escalada: De la UNLa, Universidad Nacional de Lanús; 2018.
- . Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, 1978. p.57-59.



“Activismos urgentes hoy”. Mesa central y cierre de las Jornadas a cargo de Maia Epstein (Trabajadora del HGAPP, docente y Secretaria General de la APSS), Lucy Cavallero (Militante feminista del Colectivo Ni Una Menos, Doctora en Ciencias Sociales), Claudia Korol. (Integrante del Equipo de Educación Popular Pañuelos en Rebeldía y de Feministas del Abya Yala) y Leonor Rojas (Militante Social Miembro de la Directiva Nacional de la Federación de Cooperativas Autogestionarias MOI).

..."aquí trataremos de una de las instancias más relevantes de las Jornadas. La de las mesas simultáneas, que implicaron el diálogo directo entre asistentes y expositores que habían puesto a consideración del Comité Académico sus propios trabajos. Quienes han deseado y han hecho las reelaboraciones pertinentes para la publicación de sus artículos, conforman esta compilación. Entonces, este libro es una instancia más de armado colectivo, de conformación de un solo de cuerpo de distintas experiencias, relatos, análisis, interrogantes y sistematizaciones de la intervención en el ámbito socio-sanitario. Si bien las posiciones de los autores son diversas, heterogéneas y hasta contradictorias entre sí, consideramos son representativas del debate profesional contemporáneo"...

## **SOBERANÍA SANITARIA EN DISPUTA**

**REFLEXIONES Y LUCHAS DEL TRABAJO  
SOCIAL Y LOS EQUIPOS DE SALUD**