

“Salud pública y Derechos Humanos, escenario actual y resistencias”

Agosto 2025



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL
CABA

Salud pública y derechos humanos, escenario actual y resistencias / Paula Ricciardi ... [et al.] ; Compilación de Paula Ricciardi ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social, 2025.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-26269-4-5

1. Salud Pública. 2. Trabajo Social. 3. Hospitales. I. Ricciardi, Paula II. Ricciardi, Paula, comp. CDD 361.3

ÍNDICE

Presentación	P. 4
“Salud pública y derechos Humanos, Escenario actual y resistencias”	P. 6
Elige tu propia aventura: Debate sobre el accionar profesional y las decisiones de los/as pacientes en la internación hospitalaria	P.10
Enfermedad oncológica y acceso al tratamiento. Algunas notas sobre el sufrimiento en tiempos de abandono estatal.	P. 17
Repensando la entrevista de Trabajo Social en época de políticas libertarias: Reflexiones sobre una experiencia de trabajo en salud.	P. 24
Procesos de externación en salud mental: un desafío en la coyuntura actual. Reflexiones en la construcción de estrategias en el DIRA1 y SAC2 de un hospital monovalente.	P. 30
Tensionar redes en tiempos turbulentos	P. 38
Construir salud en la intemperie: breve análisis del acompañamiento a personas en situación de calle desde un equipo de salud.	P. 46
Producir cuidados en épocas de neoliberalismo: una experiencia de formación de promotores ESI en escuelas secundarias.	P. 55
Problematizando la atención sobre consumos problemáticos en un hospital general de agudos desde una perspectiva de derechos.	P. 66

Presentación

En el debate sobre los servicios de salud, el acceso a las instituciones y los derechos fundamentales de nuestra población, es crucial escuchar las voces de aquellos que, desde su experiencia y cercanía con los problemas sociales, logran entender la complejidad de las realidades que enfrentamos. Como Consejo Profesional, asumimos la responsabilidad de difundir las ideas y reflexiones de nuestros colegas que desempeñan sus prácticas en diversos ámbitos, entendiendo que esta es una tarea fundamental para nuestra institución. Consideramos que las herramientas de difusión, como la Revista Con-Textos, publicaciones, conversatorios, entre otras, facilitan el intercambio de saberes y la creación de redes profesionales que enriquecen la práctica y el conocimiento colectivo.

En el contexto actual de recrudescimiento del avance neoliberal y su impacto sobre los derechos fundamentales de nuestra población, el intercambio de ideas y la colaboración interdisciplinaria se presentan como herramientas esenciales para enfrentar los desafíos que atravesamos como sociedad. Por ello, en esta oportunidad, queremos dar espacio a las reflexiones de nuestras colegas del Hospital Piñero, cuyas perspectivas, enfoques y propuestas, desde el ámbito de la salud pública, enriquecen el debate y abren nuevas posibilidades para mejorar el acceso, la calidad y la equidad en la atención sanitaria.

La publicación que hoy presentamos es el resultado de los trabajos, debates y reflexiones surgidos en el marco del curso anual “Salud Pública y Derechos Humanos, Escenario actual y resistencias” organizado por las Trabajadoras Sociales de ese querido Hospital. La difusión de sus ideas no solo contribuye al fortalecimiento del conocimiento colectivo, sino que también tiene como objetivo consolidar redes de trabajo como un paso crucial para transformar las políticas públicas y las realidades que afectan a nuestra comunidad.

Esta labor de difusión se enmarca dentro de una línea de trabajo impulsada por la gestión de nuestro Consejo Profesional, desde el cual además de promover actividades de capacitación y difusión,

lleva adelante un arduo trabajo de articulación y participación en la construcción del proyecto de especialidad. Estas acciones son solo algunas de las tareas asumidas que buscan, en última instancia, la profesionalización y el reconocimiento del trabajo específico que realizan nuestros colegas en el ámbito de la salud pública.

Agradecemos profundamente a los colegas del Hospital Piñero por permitirnos ser parte de este reto colectivo, que debe involucrar al Estado, a las distintas disciplinas que se desarrollan en el ámbito de la salud, a las organizaciones civiles y a la sociedad en su conjunto, con el fin de garantizar el acceso real a la salud como un derecho fundamental para todo nuestro pueblo.

Laura Di Bella

Presidenta

Consejo Profesional de Graduados
en Trabajo Social CABA

“Salud pública y Derechos Humanos, escenario actual y resistencias”

Equipo: Lic. Ricciardi Paula, Lic. Molina Alejandra,
Lic. Tranmar Karina, Lic. Castiglia Laura
Servicio Social del Hospital General de Agudos P. Piñero.

“Salud pública y Derechos Humanos, Escenario actual y resistencias”

Equipo: Lic. Ricciardi Paula, Lic. Molina Alejandra, Lic. Tranmar Karina, Lic. Castiglia Laura

Servicio Social del Hospital General de Agudos P. Piñero.

La planificación del curso anual “*Salud Pública y Derechos Humanos, Escenario actual y resistencias*” surgió en el período electoral del 2023, momento de incertidumbres y desconcierto frente a un escenario que se avecinaba complejo para los sectores trabajadores y empobrecidos. La elección de un candidato que planteaba abiertamente priorizar el mercado en detrimento de las políticas públicas, educativas, científicas y sanitarias, nos llevó a poner en discusión aspectos del trabajo cotidiano que eran percibidos y problematizados, pero sin contemplar en profundidad el sentido anti estatal que se configuraba con fuerza en la sociedad y el deterioro de las condiciones de vida que se estaba alcanzando. La crítica inmediata hacia estos aspectos no tardó en llegar: habíamos naturalizado la precariedad institucional para la gestión cotidiana de nuestras intervenciones profesionales, la estructuralidad de las condiciones informales de vida y las consecuencias de una post pandemia que se vislumbraba en la agudización de problemáticas estructurales.

El desconcierto, la incertidumbre, y la necesidad de encontrar una explicación y un horizonte en la situación actual, fueron motor para armar un espacio de encuentro mensual en el Hospital donde tuvimos invitada/os experta/os en distintas temáticas, permitiéndonos encaminar la búsqueda de un sentido político y práctico sobre el quehacer profesional frente a un escenario que implica transformaciones cualitativas e históricas en las instituciones públicas y en la sociedad en general. El espacio se convirtió en una instancia donde circuló el diálogo, la incomodidad y la producción de interrogantes que enriquecieron teórica y metodológicamente los análisis sobre la actualidad y las instituciones donde se inscribe el Trabajo Social.

El curso consistió en seis encuentros temáticos bajo la apuesta de pensar la realidad desde distintas esferas y propició momentos de análisis sobre la articulación e interseccionalidad de problemáticas que abordamos en la práctica cotidiana. Principalmente trabajamos sobre situación de calle y vulneración de derechos humanos, sistema de protección de derechos de niñeces y adolescencias, consumo problemático de sustancias, salud mental-procesos de desmanicomialización, y análisis sobre el impacto en las condiciones de vida y de salud integral ante el recorte de políticas públicas. La/los invitados fueron trabajadores de distintos campos de inserción profesional, entre ellos docencia e investigación (Dr. Pablo Semán, Dra. Jorgelina Diorio, Dra. Julieta Grinberg), profesionales que compartieron sus experiencias de trabajo y proyectos comunitarios (Equipo interdisciplinario de Casa Comunitaria Heredia, audiovisual “Dejar Romero” del Hospital Monovalente Melchor Romero junto con su director Mouján Alejandro y el equipo interdisciplinario del hospital, Karina Valobra, abogada y militante de la Red del Bajo Flores) junto con la presentación por Macarena Sabin Paz del informe “Salud en Agonía” realizada por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) sobre el recorte de las políticas públicas sociales y sanitarias.

En Noviembre de 2024, organizamos en el último encuentro la puesta en común de las producciones escritas de las colegas. Concluimos que fue un acierto continuar apostando a espacios de formación y seguir construyendo herramientas que nos permitan enriquecer el análisis social para la intervención profesional. La producción del presente dossier es una expresión colectiva, donde las compañeras comparten sus trabajos no sólo como un acto de denuncia frente al avance del neoliberalismo de ultra derecha en Argentina, sino también como publicación que expresa aportes teóricos-prácticos dentro del campo de la salud pública, recuperando acciones comunitarias, individuales e institucionales que alimentan la construcción de horizontes que nos ayuden a encauzar el camino hacia la humanización y la transformación ante tanta crueldad.

Los trabajos abordan distintas esferas, entre ellas el sufrimiento como herramienta conceptual para el análisis en las intervenciones,

experiencias de enfermar y recibir diagnósticos amenazantes para la vida ante un contexto de suspensión de entrega de medicación, reflexiones sobre los desafíos al momento de realizar entrevistas en la demanda espontánea, experiencias de trabajo en el campo de la salud mental, consumos problemáticos y la producción de corresponsabilidad en el campo de las niñeces y adolescencias a partir de experiencias situadas de trabajo articulado entre los distintos actores e instituciones existentes.

Agradecemos al Consejo Profesional de Trabajo Social de CABA la posibilidad de dar a conocer los trabajos elaborados para el cierre del curso. Nos da mucha satisfacción que pueda conocerse el trabajo cotidiano y la apuesta a un posicionamiento ético-político de la/os compañera/os que ante el ataque reafirman la construcción colectiva y el lazo solidario como formas de resistencia.

Equipo organizador:

Lic. Ricciardi Paula

Lic. Molina Alejandra

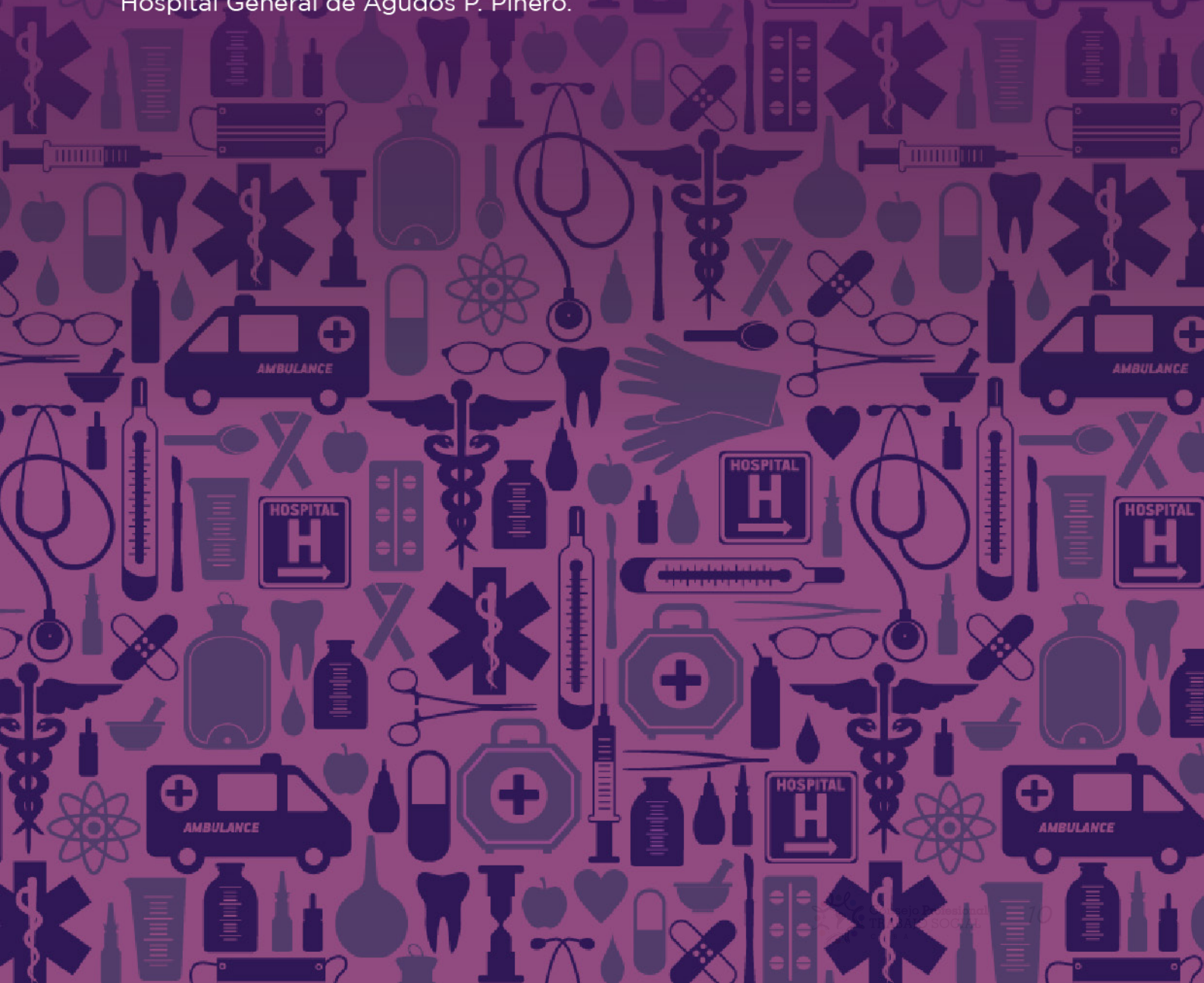
Lic. Tranmar Karina

Lic. Castiglia Laura

Servicio Social del Hospital General de Agudos P. Piñero.

Elige tu propia aventura: Debate sobre el accionar profesional y las decisiones de los/as pacientes en la internación hospitalaria

Virginia Cunzolo - Lic. en Trabajo Social (UBA), Mg. en Antropología Social (UNSAM), Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Miembro del equipo de planta permanente interconsulta de clínica médica de adultos, Hospital General de Agudos P. Piñero.



Elige tu propia aventura: Debate sobre el accionar profesional y las decisiones de los/as pacientes en la internación hospitalaria

Introducción

En el marco del curso anual del Servicio Social del Hospital P Piñero este escrito se propone problematizar respecto de la internación hospitalaria de personas adultas, el modo en que dialogan y entran en tensión la decisión del/la paciente con el accionar profesional. Asimismo, se enmarca en desarrollos argumentativos que quien escribe se encuentra realizando para otros trabajos.

Resguardar el derecho y la voluntad del paciente es una obligación que asiste a todas las instituciones de salud y que se encuadra en la ley de derechos del paciente y su relación con los profesionales e instituciones de salud (ley 26.529). Sin embargo, las dimensiones que en la institución pueden evaluarse en pos de su obligación frente al derecho a la autonomía de la voluntad pueden oscilar entre el conflicto y la contradicción.

¿Sabés lo que es que nadie te venga a ver?

La pregunta que subtitula este desarrollo corresponde a un paciente adolescente internado en una sala de clínica médica hospitalaria a la espera de que diversas instituciones decidan su destino.

No resulta una novedad que ciertos motivos de internación que se manifiestan con síntomas clínicos tienen como causantes otras problemáticas como por ejemplo el consumo de sustancias o el deterioro generalizado; y a su vez, tienen su anclaje en las precarias condiciones de vida de las personas. Cuando motivos vinculados a las condiciones de vida conducen a una internación hospitalaria, es frecuente que se vea obstaculizado o demorado también el egreso de la internación y el modo en que se producirá. La indicación de tratamientos y derivaciones se ve dificultada si entra en tensión con el sostenimiento de la vida cotidiana, o al

menos deberá adecuarse al sostén de la rutina (que es, a menudo, la prioridad de las personas) (Cunzolo, 2022). Ahora bien, los ribetes particulares de aquellas situaciones pueden conducir a la intervención de distintas instituciones y a la vez, pueden poner en tensión el accionar profesional.

Situaciones como las que mencionamos se caracterizan porque los/as pacientes aguardan en el hospital algún tipo de alternativa de parte de las instituciones. Empero, es frecuente que la alternativa deba concernir no sólo la atención médica sino también a diversos aspectos de la vida cotidiana que eclosionan al momento de la internación. Dónde va a ir a vivir, a qué cuidados puede acceder o qué tratamientos podría hacer la persona, suelen ser las variables a atender.

En relación a ello, desde el hospital se convoca a la intervención de diversas instituciones de política pública o social a fin de encontrar alternativas viables. La cuestión a plantear es entonces cuáles alternativas se tornan viables y bajo qué argumentos. Tampoco es una novedad que en materia de políticas sociales, resultan escasas sino inexistentes aquellas que ofrecen alternativas integrales. De manera que, las alternativas se restringen a las que se pueden diseñar en instituciones de política pública específicas, como lo es un hospital (Cunzolo, Rada Schultze, 2021).

En ese sentido, podemos reflexionar acerca de que cuando los recursos de la política pública y social resultan escasos, la centralidad que toma “la autonomía de la voluntad” puede verse alterada. El hospital es una de esas instituciones en las cuales el Estado muestra su rostro humano. Una “zona gris”, donde el Estado y la sociedad se conectan (Plotkin y Zimmermann, 2012). Es por ello que resulta pertinente considerar ciertas características de las políticas sociales contemporáneas.

Michener (2023) analiza la relación entre la política social y los derechos civiles en la actualidad. Entiende que, frente a la escasez sistemática de políticas sociales y sus recursos, la asistencia jurídica actúa como un sustituto. Recurrir a la asistencia jurídica y al reclamo legal se convierte en un tipo de práctica y funcionamiento, ya no en una excepción. Por el contrario, la autora denomina “codelivery” a esta modalidad en que la política social se ejecuta y reclama mediante la judicialización.

A su vez, Fassin (2016) analiza el fenómeno por el cual la política contemporánea tradujo en todos sus dispositivos las desigualdades sociales en términos de sufrimiento psíquico. Aquello forma parte de una configuración compasional y ofrece como respuesta casi exclusiva a los problemas de las clases populares una escucha de su malestar. Configura lo que denomina gobierno humanitario. Tal fenómeno pone en escena el despliegue de sentimientos morales en las políticas contemporáneas, en las instituciones, dispositivos y acciones que se ejecutan para administrar y regular la existencia de los seres humanos. Así, incluso en términos discursivos se elige hablar de sufrimiento y compasión antes que de interés y de justicia, en lo concerniente a situaciones de pobreza de enormes grupos de la sociedad. Y, en nombre de la compasión se legitiman las acciones declarándolas humanitarias. A su vez, señala una paradoja: la política que busca la compasión colectiva haciendo énfasis en la vulnerabilidad y fragilidad de las/os más pobres, deviene en una política de la desigualdad. Mientras la apelación a los sentimientos morales es una política de solidaridad en el reconocimiento de otras/os, al mismo tiempo que se convierte en una política de desigualdad que no constituye una ampliación de derechos.

En situaciones de la atención hospitalaria como las que planteamos los argumentos teóricos citados toman sentido reflejando el accionar o las posibilidades de atención. Las opciones en algunos casos oscilan, en otros combinan, el accionar judicial y la escucha humanitaria como una de las únicas alternativas de atención en la desigualdad. Es tal vez de esta manera que podemos explicarnos la existencia de múltiples instituciones interviniendo por un/una paciente sin por ello reducir el tiempo de su internación o lograr alternativas acordes a los deseos y/o necesidades de la persona. En casos como el de quien es dueño de la pregunta que subtitula este apartado, 7 instituciones y equipos de diversas áreas de política (considerando entre ellas las de resguardo de los derechos de niños/as y adolescentes, las de salud de las diversas jurisdicciones intervinientes, las del área de justicia pero no sólo un juzgado sino también aquellas que supervisan e intiman a que las instituciones de otras áreas cumplan sus obligaciones, las instituciones vinculadas al contralor de las internaciones involuntarias por salud mental) intervinieron al mismo tiempo, hicieron reuniones y debatieron sobre lo que era mejor en pos de

los derechos del paciente. Debatieron hasta que el debate se tornó divague, debatieron hasta que el paciente se cansó de experimentar lo que es “que nadie te venga a ver” y se fue del hospital por sus propios medios.

La demora en las decisiones y acciones a menudo tiene que ver con la falta de recursos disponibles. Falta de recursos que resulta contradictoria con la cantidad de equipos y áreas que se reproducen en las instituciones, con objetivos que parecen cercanos a los de la política humanitaria, a saber: mediar entre equipos de instituciones y ser “facilitadores”, realizar un acompañamiento cercano y la escucha, entre otros. El problema aparece cuando la escucha o la intervención de múltiples instituciones que no llegan a una alternativa viable, son las únicas disponibles.

Es aquí cuando podemos retomar el uso/interpretación que desde los equipos profesionales se hace sobre la autonomía o decisión del/la paciente. En casos como los mencionados usualmente desde los equipos se habla o debate sobre la importancia de respetar las decisiones del paciente en relación a irse sin esperar una derivación, hacer o no un tratamiento, entre otras. En ese sentido, desde los equipos nos planteamos que si el paciente desea irse es fundamental respetar su decisión y resguardar su derecho de voluntad, que si se niega a hacer un tratamiento se debe respetar su decisión. No obstante, podemos preguntarnos en qué contexto y marco se toman esas decisiones o cuán autónoma es la voluntad que se está evocando. A su vez, podemos preguntarnos entre qué alternativas está decidiendo la persona y si, en efecto, constituyen alternativas. Cuando la vida se desarrolla en condiciones de extrema precariedad, cuando la situación previa a la internación a la que la persona “decide” volver es la situación de calle, por ejemplo; cuando las decisiones están enmarcadas en un tiempo de espera y de soledad en la internación que no encuentra respuestas; cuando las alternativas se reducen a retornar a la vida en condiciones de precariedad o ir a vivir a una institución de asilo; podríamos detenernos a considerar entre las dimensiones para evaluar el respeto a la decisión del/la paciente cuáles son los condicionantes que las atraviesan. Respecto de los sentidos que toman las políticas contemporáneas, consideramos que dentro de la agencia estatal que constituye el hospital, existen diversos aspectos que condicionan la construcción de problematizaciones que gobiernan la institución (Bacci 2014).

La intención de plantear estos aspectos busca que recurrir a la decisión y autonomía de las personas respete su derecho sin convertirse en un recurso frente a la falta de recursos. Puede a veces, resultar una tentación de los equipos profesionales, o quizás un argumento justificatorio, frente a la falta de alternativas integrales o que ataquen las problemáticas de fondo (vivienda, tratamiento integral de salud, ingresos, cuidado) recurrir al respeto de la decisión del paciente. En ocasiones, ese argumento puede estar oscureciendo el tiempo de espera que lleva la persona, o que las alternativas que se le ofrecen pueden no presentarse como una mejora en su calidad de vida (por ejemplo en el caso de quienes rechazan una institución de asilo como alternativa). Por otro lado, tal argumento puede funcionar para resolver la situación cuando la política social no lo hace. Entonces, podemos preguntarnos si las alternativas son las mejores para la persona o son las únicas posibles para que egresen del hospital.

El derecho a la autonomía de la voluntad entonces puede convocarnos a mayores desafíos. Aquellos que nos permitan considerar que la internación hospitalaria provoca una eclosión en la vida de las personas. Por lo tanto requiere que las instituciones intervinientes le otorguen tal relevancia, y asimismo, le den sentido a la bisagra que puede constituir en tales trayectorias de vida. La autonomía del/a paciente nos conmina también a respetar el derecho a la información, y a brindar el tiempo y los espacios suficientes para que las personas decidan. Y, a su vez, a que los equipos comprendan de qué modo y qué argumentos involucran esas decisiones. Evaluar qué alternativas estamos proponiendo y por qué motivos, y a la vez, en virtud de qué razones evocamos los derechos a la decisión y la autonomía, resulta un desafío ineludible en un contexto dominado por la política humanitaria y judicial.

Reflexiones finales

La multiplicidad de instituciones intervinientes en diversas situaciones de la internación hospitalaria muestran que la burocracia del estado puede reproducirse frente a la escasez de recursos. Es tal vez como una vía de la política humanitaria o del “codelivery”, que si bien se convirtió en la regla no sustituye la función de las

políticas sociales. En ese sentido, frente a la intervención de los equipos profesionales de esas diversas instituciones con los/as pacientes se produce a menudo una tensión entre las alternativas disponibles, el accionar profesional y la decisión y autonomía del/la paciente. Aquello impone la responsabilidad y el desafío de comprender qué implican las decisiones de las personas y qué condicionantes las atraviesan.

Bibliografía

BACCI, C. (2014) *Analysing Policy. What's the problem represented to be?* Malaysia: Pearson Australia.

CUNZOLO V, RADA SCHULTZE, F (2021). El "riesgo" de envejecer. Ts. Territorios-REVISTA DE TRABAJO SOCIAL, (5), 33-50. Recuperado a partir de <https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/ts/article/view/1035>

CUNZOLO, V. (2022). *La gestión del malestar como saber experto. Tesis de maestría en Antropología Social.* IDES/IDAES-UNSAM.

FASSIN, D. (2016): *La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente.* Buenos Aires. Prometeo.

MICHENER, J. (2023). *Legal Aid and Social Policy: Managing a Political Economy of Scarcity.* ANNALS, AAPSS, 706.

PLOTKIN, M; ZIMMERMANN, E. (2012) (compiladores). *Los saberes del Estado. Volumen I.* Buenos Aires. Edhasa.

Enfermedad oncológica y acceso al tratamiento. Algunas notas sobre el sufrimiento en tiempos de abandono estatal.

Lorena Pratto - Lic. en Trabajo Social (UBA). Magíster en Antropología Social (IDES-IDAES/UNSAM). Trabajadora Social de planta permanente del Hospital Gral. de Agudos P. Piñero. Integrante del Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Enfermedad oncológica y acceso al tratamiento. Algunas notas sobre el sufrimiento en tiempos de abandono estatal.

Presentación

En los primeros meses del año 2024, el Gobierno Nacional anunció la reestructuración de la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE), el área estatal encargada-entre otras cuestiones- de la provisión de medicamentos oncológicos para personas con cobertura exclusiva del sector público de salud. Dicha reestructuración, sustentada en un supuesto proceso de “saneamiento” de las cuentas y licitaciones por sospechas de corrupción, fue en los hechos una paralización del organismo, que mantuvo sus puertas cerradas durante varias semanas.

Más ampliamente, esta llamada reestructuración se dio en el marco del proceso de ajuste y achicamiento del Estado iniciado en diciembre de 2023. Este proceso es presentado por los voceros gubernamentales como el camino al éxito y la prosperidad económica: desde este punto de vista, “lo estatal” y “lo gratuito” son aspectos fuertemente cuestionados, ubicándolos comocausa de dificultades y desequilibrios económicos en el país. Consecuentemente, quienes trabajan en el sector público también resultan cuestionados, bajo acusaciones de “no trabajar”, de haber accedido a sus puestos laborales por “favores políticos”, de ser “ñoquis”.

La noticia sobre el cierre y paralización de la Dadse cobró cierta notoriedad en los medios de comunicación, y en algunos de ellos comenzaron a presentarse testimonios de personas que no lograban acceder a sus medicamentos a pesar de haber iniciado sus trámites en tiempo y forma, viendo suspendidos sus tratamientos. La falta de respuesta oficial a las solicitudes, la incertidumbre respecto a la continuidad del organismo y el temor

frente a una muerte provocada por la coartación del acceso a la medicación fueron algunos de los tópicos que las personas expusieron en sus relatos televisados. En esos mismos días, los medios de comunicación reflejaron también la judicialización de algunos casos, sobre todo a través de organizaciones y asociaciones de pacientes que presentaron recursos de amparo con el fin de garantizar una respuesta inmediata a sus solicitudes. Al mismo tiempo, comenzó a hablarse de personas fallecidas a causa de la falta de entrega de drogas oncológicas.

En este escrito me propongo esbozar algunas reflexiones acerca del impacto de la política de restricción en el acceso a medicamentos oncológicos en las experiencias de las personas bajo tratamiento por cáncer. Para ello, recupero parte de mi quehacer como trabajadora social en el Hospital Piñero, especialmente en la atención de usuaries con enfermedades oncológicas en el dispositivo de Demanda Espontánea del Servicio Social y en el equipo interdisciplinario de Cuidados Paliativos. A partir de algunos aportes conceptuales provenientes del campo de la antropología de la salud, y especialmente de la recuperación del concepto de experiencia de enfermedad como vivencia encarnada de determinadas condiciones sociales (Alves, Rabelo y Souza 1999, Alves 2006, Das y Das 2007) me interesa plantear que la política de restricción en la entrega de drogas oncológicas -tanto en sus maneras de enunciación como de ejecución- constituye una forma de violencia estructural que da lugar a específicos modos de sufrimiento de los sujetos afectados.

En el hospital

Las consultas respecto a la situación de los trámites iniciados ante la Dadse no tardaron en llegar al ámbito hospitalario, tanto en la atención desarrollada por el equipo de Cuidados Paliativos, como en el dispositivo de Demanda Espontánea de Trabajo Social. En algunos casos, se trataba de personas que habían iniciado solicitudes de forma reciente ante el organismo y se hallaban sin respuesta, pero además, sin posibilidad de consultar su situación dado que las oficinas de la Dadse se encontraban cerradas. En otros casos, eran personas recientemente diagnosticadas con cáncer, que aún no habían tenido que recurrir a ese organismo,

pero que iniciaban sus trayectorias de atención con el miedo cierto a no lograr acceder nunca a sus medicamentos. En una ocasión, encontrándome en la atención de la Demanda Espontánea del hospital, una persona se acercó directamente a consultar qué acciones podía tomar si no obtenía sus drogas, a pesar de que aún su médico no le había realizado ninguna indicación formal de quimioterapia. Las consultas por abogados o asesoramiento jurídico gratuito también tuvieron lugar. En definitiva, y más allá de sus contenidos específicos, en aquellas semanas fue frecuente que las consultas a Trabajo Social de las personas en tratamiento oncológico estuvieran cargadas de sensaciones de angustia, temor e incertidumbre respecto al acceso cierto a los medicamentos. Las noticias vistas por televisión fueron tematizadas reiteradamente en estas consultas.

Enfermedad, incertidumbre y sufrimiento

Recibir el diagnóstico de una enfermedad oncológica supone un impacto innegable en la vida de las personas. Puede pensarse como un quiebre biográfico (Bury 1982), una ruptura en el mundo de la vida que conduce a una reconstrucción de ese mundo (Good 2005). La asociación del cáncer con ideas de deterioro y muerte resulta frecuente, y las sensaciones de temor, angustia e incertidumbre acompañan gran parte de las trayectorias de los sujetos que lo padecen. Pero además, quienes reciben un diagnóstico de este tipo deben iniciar recorridos institucionales específicos en búsqueda de la medicación oncológica que posibilite la realización de los tratamientos. En este sentido, transitar oficinas, completar formularios y esperar respuestas también hacen parte constitutiva de sus experiencias de enfermedad.

El concepto de experiencia de enfermedad remite a un proceso variable, que incluye los medios y modos en que los individuos y grupos sociales responden a un determinado episodio de enfermedad (Alves 2006). Esta experiencia se produce en espacios y tiempos particulares, y en la trama de relaciones sociales que las personas transitan en su cotidianidad. Es en estas tramas cotidianas que se configuran significados en torno a los padecimientos, se realizan elecciones y se ponen en juego prácticas específicas de

cuidado y atención, siendo entonces que “*actuar, ser afectado, pensar y sentir son fenómenos que transitan juntos en el desarrollo de los procesos de enfermedad y tratamiento*” (Alves, 2014:11). Desde este punto de vista, la noción de experiencia de enfermedad remite directamente al cuerpo como fundamento de la inserción de los sujetos en el mundo, tratándose de un cuerpo situado a partir del cual somos irremediabilmente *seres en situación* (Alves, Rabelo y Souza 1999).

El enfoque sobre la experiencia de enfermedad que estamos planteando supone comprenderla entonces como vivencia “encarnada” (Alves, Rabelo y Souza 1999). En otras palabras, las condiciones políticas, económicas, institucionales y sociales no son meros “contextos”, sino que toman cuerpo, se hacen carne en sujetos históricos particulares: en sus afecciones y daños, en sus posibilidades terapéuticas y sus resultados. Así, la experiencia de enfermedad puede constituirse como una lente a través de la cual aproximarnos a los modos en que ciertas condiciones de vida se corporifican en sujetos sociales concretos, en sus modos de enfermar, atenderse, vivir y morir (Das y Das 2007). Cabe preguntarnos, entonces, ¿qué formas de experiencia pueden configurarse a partir de la restricción abierta en el acceso a los medicamentos esenciales en el tratamiento de una enfermedad como el cáncer? ¿Qué impactos genera la declaración pública de defensa de estas acciones por representantes gubernamentales, aun cuando esa defensa se presente como parte del “saneamiento” de las cuentas públicas, el ahorro fiscal o la “lucha contra la corrupción”? ¿Qué hacen las personas cuando parece que no hay siquiera una oficina donde averiguar el estado de un trámite? ¿Cómo modelan las propias expectativas y posibilidades terapéuticas los relatos televisados de la catástrofe de aquellos otros que temen por su vida por no contar con su medicación? ¿Cómo hacer tangible el daño y el sufrimiento frente a las demoras, dilaciones o directamente la falta de respuestas?

Lejos estamos de pretender aquí responder a estas preguntas. En todo caso, simplemente proponemos recuperar esas experiencias de temor, incertidumbre y desestructuración de la vida cotidiana con la enfermedad en estas condiciones sociales a la luz de la noción *desufrimiento*. Pero no nos referimos al sufrimiento en tanto

una expresión individual o *sentimentalizada*, ya que ello podría llevarnos, como bien alertan Kleinman y Kleinman (1995), a diluir y despolitizar un problema que tiene sus orígenes y repercusiones en la relación individuo-sociedad. Nos referimos a un sufrimiento que es el resultado de los daños devastadores que la fuerza social inflige en la experiencia humana, al sufrimiento originado por la violencia estructural que asume diversas y variadas formas: pobreza, racismo, sexismo o violencia política (Castro y Farmer 2003).

Diferentes tiempos y sociedades producen ciertos tipos de sufrimiento, que son experimentados en el cuerpo (Víctora 2011). En estos tiempos en que los discursos gubernamentales aparecen signados por la celebración del abandono del otro y el arrojo cruel al “salvarse solo”, y que ello va de la mano con un recorte abrumador en el sector sanitario¹, recuperar la noción de sufrimiento como categoría teórica y política puede ayudarnos a quienes trabajamos en salud a dotar de sentidos nuestras acciones. Sentidos que nos alerten de cualquier intento por individualizar el problema o sus “soluciones”. Sentidos que nos conecten con las búsquedas creativas y colectivas, aun en momentos en que la realidad se nos vuelve abrumadora e inasequible.

La Dadse reabrió sus puertas, pero resulta difícil dimensionar el daño provocado: no sabemos qué pasó con los tratamientos y las vidas de las personas afectadas por su “reestructuración”, ni podemos reconstruir en qué medida las demoras y dilaciones han afectado el curso de los tratamientos. La situación del sector salud para el año 2025 no es promisorio, los recortes y restricciones -todo indica- seguirán. Quienes trabajamos en salud sabemos que nos toca “estar ahí” en momentos difíciles. Vemos sufrir, acompañamos el sufrimiento, intentamos producir cuidado frente al sufrimiento. El modo en que nos hacemos presentes en las trayectorias de atención de las personas con las que trabajamos puede dejar marcas importantes en sus experiencias de enfermedad. Más que nunca, abracemos nuestro papel activo en la producción de salud en nuestras instituciones, cuidemos, alojemos, tejamos alianzas, reforcemos equipos y resistamos, como un desafío directo contra el abandono y la crueldad abierta y celebrada.

¹ Según un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), en el primer semestre de 2024 hubo al menos tres medidas gubernamentales que impactaron directamente en la salud de la población: la eliminación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), la desfiguración en el aumento de los precios de medicamentos y la caída en la venta con receta, y la suspensión de la Dadse. Para un desarrollo del tema véase: Salud en Agonía. Las medidas del gobierno y sus consecuencias en nuestras vidas. Informe del CELS. 2024.

Bibliografía

Alves, P. (2006) *A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica*. Cuadernos de Saúde Pública 22 (8): 1547-1554

Alves, P (2014) *Narrativas de itinerarios terapéuticos e doenças crônicas*. Trabajo presentado en la 29° Reunión de Antropología, Natal/RN.

Alves, P., Rabelo, M e Souza, I. (1999) *Introdução Ao. E Experiência de doença e narrativa*, 11-39. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bury, M.(1982) *Chronic illness as biographical disruption*. Sociology of health & illness, 4(2), 167-182.

Castro, A. y Farmer, P. (2003) *El SIDA y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima*. Cuadernos de Antropología Social 17: 29-47.

Das, V. y Das, R. (2007). *How the body Speaks. Illness and the lifeworld among the urban poor*. En Biehl, J., Good, B., Kleinmann, A. (edit.) *Subjectivity: Ethnographics investigations*, 66-97. Berkeley: University of California Press.

Good, B. (1994) *El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico*. En *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, 215-246. Barcelona: Bellaterra

Kleinman, A. y Kleinman, J.(1995) *Suffering and its profesional transformation: toward ethnography of interpersonal experience*. En Kleinman, A. *Writing at the margin*. Berkeley: University of California Press.

Víctora, C. (2011). *Sufrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia*. RECIIS 5 (4): 3-13

Otras fuentes de consulta

“Salud en agonía.Las medidas del gobierno y sus consecuencias en nuestras vidas. Informe del Centro de Estudios Legales y Sociales. Primer semestre de 2024.

“Crisis en el organismo que entrega medicamentos para pacientes con enfermedades graves”. Diario Página 12, 29 de abril 2024.

“Recortes en salud: siguen sin llegar medicamentos para cientos de pacientes”. Diario Perfil, 30 de marzo de 2024.

Repensando la entrevista de Trabajo Social en época de políticas libertarias: Reflexiones sobre una experiencia de trabajo en salud.

Ayelén Gallini - Licenciada en Trabajo Social (UBA)



Repensando la entrevista de Trabajo Social en época de políticas libertarias: Reflexiones sobre una experiencia de trabajo en salud.

Este trabajo se realiza a un año de que Javier Milei, a través del partido La libertad Avanza, ganara las elecciones presidenciales. Durante este año, se han implementado múltiples políticas económicas de corte neoliberal, además de recortes en la inversión estatal en diversas áreas, incluyendo la política sanitaria. Entre los eventos más significativos, podemos referir que este año se degradó el Ministerio de Salud Nacional a Secretaría, se discontinuó el funcionamiento de la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE), se eliminó la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), se desreguló la medicina prepaga. Estas medidas, entre otras, han fomentado el abandono de tratamientos médicos y dificultado (aún más) el acceso a la salud de la población argentina. (Informe 1er semestre 2024 CELS).

Sin embargo, hasta el momento, según los datos de las encuestas de consultoras públicas y privadas, el gobierno nacional sigue gozando de un alto grado de aceptación popular y aprobación de sus medidas. Pablo Serman (2003) entiende el momento político actual como el efecto de una disputa histórica que se impone como síntesis de transformaciones históricas que han socavado las bases de la democracia en Argentina. A nivel popular, existe un cuestionamiento que no solo atañe a la economía, sino también al Estado, a la política y a los arreglos sociales que median entre el Estado, la sociedad y el mercado. Desde los medios de comunicación hegemónicos, se promueve una fuerte resolución de problemáticas desde el mercado y a nivel individual. Específicamente, en el ámbito relacionado con la salud, se profundiza el concepto de “consumidor de salud”. Tal como señaló Celia Iriart (2017), en otros momentos históricos proliferan estrategias comunicacionales que muestran

la necesidad de transformar a los pacientes/usuarios en clientes/consumidores. Este contexto coloca a los/as trabajadores/as de salud, que entendemos la salud como un derecho humano, en un estado de perplejidad y necesidad de repensar nuestras prácticas. Mi espacio de trabajo es el Centro de Salud y Acción Comunitaria 31 (CeSAC 31), ubicado en Bajo Flores, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Siguiendo a Bertussi (2023), podemos afirmar que “la apuesta por la producción de cuidado en salud en los distintos territorios en los que se produce la vida—cuidado contextualizado, mucho más allá del cuerpo biológico—debe tener en cuenta la singularidad de los usuarios y las circunstancias específicas de la vida en los territorios” (p. 97). Por lo tanto, contextualizaré brevemente las características del territorio en el cual trabajo.

El CeSAC 31 está ubicado en una de las laterales del Barrio Richardelli (ex Villa 1-11- 14). Según el último censo disponible, realizado en 2018, en ese barrio habitaban 40.058 personas. Se caracteriza por una fuerte predominancia de comunidades bolivianas, paraguayas y peruanas. La construcción en el barrio es en altura, con acceso a viviendas a través de pasillos sin luz ni ventilación. Se puede observar un acceso claramente deficitario a servicios públicos: más del 90% de las viviendas tiene acceso informal a luz, agua, desagües cloacales y utiliza garrafas. Solo el 25% de la población en edad económicamente activa tenía trabajo en relación de dependencia formal en 2018, mientras que el resto de la población estaba desempleada, subempleada o en la informalidad. Predomina el trabajo en la producción textil, ya sea en talleres o domicilios particulares, con características de informalidad y explotación laboral. En relación con la atención de salud, dicho censo establece que el 68% de la población se atendía en hospitales públicos, el 18% en obras sociales y el 13% en CeSACs.

En los alrededores del Barrio Richardelli se encuentran cuatro conjuntos habitacionales: Barrio Illia 1 y 2, y Barrio Rivadavia 1 y 2, que comparten características socioeconómicas con el Barrio Richardelli y, junto a este, conforman el “Triángulo de Bajo Flores”. Este territorio también se caracteriza por la presencia de muchas organizaciones sociales, comedores comunitarios, la fuerte presencia de la Iglesia Católica “Madres del Pueblo” y múltiples instituciones de dependencia estatal.

Podemos asumir que la situación socioeconómica del barrio es aún peor que en 2018, ya que, según el informe del primer semestre de 2024 de la Encuesta Permanente de Hogares realizada por el INDEC, la población argentina por debajo de la línea de pobreza ha ascendido al 52,9%, y los hogares bajo la línea de pobreza alcanzan el 42,5%. Dentro de este conjunto, se distingue un 13,6% de hogares en situación de indigencia.

A su vez, para quienes trabajamos en el barrio, es palpable la agudización de la crisis social, dado que somos receptores “de primera línea” de las problemáticas sociales del barrio, y cada vez contamos con menos recursos para dar respuesta a las mismas. En el espacio de atención de Trabajo Social del CeSAC 31, he observado que en los últimos meses están llegando usuarias y usuarios que, aunque ya concurrían al centro de salud, no solicitaban atención de esta disciplina. Comprendo que estas demandas provienen de una clase media baja, recientemente empobrecida, que por primera vez se encuentra en la necesidad de solicitar acceso a políticas sociales para cubrir sus necesidades básicas. Esta demanda, por parte de los usuarios, muchas veces se presenta como una solicitud de “ayuda” que expresa sentimientos de angustia y frustración. Al mismo tiempo, manifiestan que perciben injusticias en las políticas de subsidios, lo que vincula con la irresponsabilidad en el manejo de dinero público y/o actos de corrupción.

Por lo tanto, observo que la demanda a Trabajo Social se presenta como una acción que va en contra de su cosmovisión sobre lo que debe ser, la cual, siguiendo a Serman (2003), está vinculada a un “impulso individualista”. Este autor describe dicho impulso como “las ansias de desarrollo interior, la realización y superación personal, la idea de autonomía—encarnadas en afirmaciones como ‘a mí no me vas a decir lo que tengo que hacer’ o ‘a mí nadie me regaló nada’—o en la necesidad de expresarse con libertad, desplegar las propias potencialidades, asegurarse perspectivas de futuro e incluso auto percibirse como una unidad económica” (p. 4). Este individualismo es el resultado de transformaciones sociales que pusieron al mercado en el centro y de cambios culturales que potenciaron el valor de la subjetividad y la singularidad, en contraposición a cosmovisiones más comunitarias para resolver

problemas sociales. A su vez, la idea de que “el Estado no sirve” o “el Estado no me ayuda” se valida cuando las respuestas a esa demanda son pobres o nulas (por ejemplo, falta de vacantes en comedores, escasez de políticas sociales de transferencia de ingresos o requisitos de ingresos a los programas sociales que no son compatibles con las situaciones de las personas que demandan, o con la realidad del barrio).

En este punto, la entrevista de Trabajo Social se presenta como un espacio desafiante, ya que la base teórica que sustenta la profesión, vinculada a la perspectiva de derechos y la intervención estatal, se convierte en un discurso vacío de sentido para parte de la población con la que trabajamos. Estas circunstancias nos pueden llevar a pensamientos fatalistas o a repensar el espacio de la entrevista.

Entiendo que, en este contexto, es relevante retomar conceptos centrales en la corriente de Salud Colectiva. Emerson Merhy entiende que los procesos de trabajo en salud se componen de “trabajo muerto” y “trabajo vivo”. El primero engloba todos los productos o medios que son fruto del trabajo previo y se utilizan como herramientas o materia prima (en este caso, podemos englobar las políticas públicas de las que se sirve una entrevista de trabajo social). El segundo se refiere al trabajo creativo y desafiante (donde se incluye el encuentro entre el trabajador social y el usuario). En relación con la conjunción entre el trabajo vivo y el trabajo muerto, Bezerra, analizando la obra de Merhy, expresa: “Estos dos componentes están presentes en el trabajo en salud de manera diferente a otros sectores, ya que existe una centralidad del trabajo vivo en la producción del encuentro entre el trabajador y el usuario en el ámbito de los cuidados en salud, que no puede ser captada en su totalidad por el trabajo muerto, bajo pena de empobrecimiento del cuidado, y con el trabajo enajenado, producir sufrimiento y frustración en el trabajador” (p. 14, Bezerra y otros, en Merhy, 2023).

De aquí podemos deducir que la entrevista de trabajo social no debe verse sólo circunscripta a la respuesta en relación al acceso a una determinada política pública. Por el contrario, podemos pensar la entrevista como un espacio de encuentro y reflexión,

capaz de crear procesos de subjetivación. Siguiendo a Merhy (2023), son estos procesos los que encierran el pensamiento como creación, sugiriendo líneas de fuga. Este espacio de encuentro, en la situación analizada, implica encontrarse con otro/ otra que está analizando la realidad de un modo distinto al que generalmente lo hacemos los/as trabajadores/as sociales. Crear un espacio de diálogo real implica el desafío de poder escuchar y alojar sin sancionar ni convalidar acríticamente, y tampoco caer en la tentación de decirle “al otro lo que tiene que hacer o pensar”, algo propio de nuestra construcción cultural como “profesionales”, anclados en patrones propios de la modernidad y la colonialidad. Merhy (2023) nos invita a tener una “duda radical” sobre la capacidad de imponer al otro nuestras ideas y a renunciar a la pretensión de crear para el otro significados y sentidos sobre sí mismo, al considerar que ese otro “no” tiene la capacidad de conocerse a sí mismo. El autor nos propone la cautela como método, entendiendo que el otro no solo tiene otra manera de significar las cosas, sino que, efectivamente, es un constructor de un mundo—otro como existencia.

Entiendo que estos conceptos pueden ayudarnos estos espacios de encuentros un espacio válido tanto para los/las usuarias como para los/las trabajadoras/os. Sin renunciar paralelamente a seguir apostando a la construcción de redes a nivel territorial y a nivel político, en tanto colectivo de Trabajadores/as sociales.

Bibliografía

Bezzerra y otros (2023) “Micropolítica del Trabajo en salud: contrabando de ideas para explotar los pensamientos sobre la salud y para hacer las prácticas más Intensas” en “Micropolítica del Trabajo en Salud” compilador E. Merhy. Ed. Redeunida. Brasil.

Iriart C y Merhy E “Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico” 2017 Ed. Revista Interface-Comunicación en Salud

Informe CELS (primer semestre 2024) “Salud en agonía: las medidas de gobierno y sus consecuencias en nuestras vidas” ed. CELS – Centro de Estudios Legales y Sociales.

Serman Pablo “Esta entre Nosotros: ¿De dónde sale y hasta dónde puede llegar la extrema derecha que no vimos venir” 2023 . Ed. Siglo XXI

Página web de INDEC: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-46>

Procesos de externación en salud mental: un desafío en la coyuntura actual. Reflexiones en la construcción de estrategias en el DIRA¹ y SAC² de un hospital monovalente.

Romero Yasmin - Lic. en Trabajo Social (UNLP). Residencia de Trabajo Social en el PRIM del CIC “El Rocío” en Florencio Varela (2016-2019) . Actualmente Trabajadora Social en el Hospital Dr.A. Korn de Melchor Romero y Coordinadora Docente en Residencia del Hospital HIGA Simplemente Evita, La Matanza Km 32.

Sagardoytho Antonela - Lic. en Trabajo Social(UNLP). Docente en la FTS-UNLP. Residencia (2015-2017)y Jefaturas (2018/2019/2020) Actualmente Trabajadora Social en el Dispositivo DIRA del Hospital Dr.A. Korn de Melchor Romero. Suplente de guardia de Salud Mental en Hospital P.Piñero, CABA.



Procesos de externación en salud mental: un desafío en la coyuntura actual. Reflexiones en la construcción de estrategias en el DIRA¹ y SAC² de un hospital monovalente.

Introducción

El presente trabajo tiene como intención reflexionar y problematizar en torno a los procesos de externación, seguimiento y sostenibilidad de los apoyos requeridos con personas que cursan institucionalización prolongada³ en el DIRA e internación en el SAC por salud mental, en uno de los monovalentes de la provincia de Buenos Aires⁴, teniendo en cuenta la coyuntura socioeconómica actual. Por lo que es importante fortalecer aquellas herramientas teóricas, conceptuales y metodológicas que posibiliten comprender las problemáticas que se presentan en el cotidiano, de modo tal de poder dar respuestas contextualizadas e integrales.

Nos posicionamos desde una perspectiva crítica, contemplando las categorías de salud integral y salud mental comunitaria, las cuales requieren asumir el desafío de incorporar a los procesos de

institucionalización prolongada³ en el DIRA e internación en el SAC por salud mental, en uno de los monovalentes de la provincia de Buenos Aires⁴, teniendo en cuenta la coyuntura socioeconómica actual. Por lo que es importante fortalecer aquellas herramientas teóricas, conceptuales y metodológicas que posibiliten comprender las problemáticas que se presentan en el cotidiano, de modo tal de poder dar respuestas contextualizadas e integrales.

Nos posicionamos desde una perspectiva crítica, contemplando

1 Dispositivo intermedio para residencias con apoyo.

2 Servicio de Atención en Crisis, sala de internación de varones cis.

3 Se entiende por Internación prolongada en este escrito, una larga estadía de meses o años en las salas DIRA y SAC, las cuales presentan diferencia en cuanto a la población usuaria (crónica/crisis) sin embargo, en ambas nos encontramos con grandes obstáculos para pensar estrategias de externación en el contexto actual.

4 Hospital "Dr. Alejandro Kron"- Melchor Romero

las categorías de salud integral y salud mental comunitaria, las cuales requieren asumir el desafío de incorporar a los procesos de atención las dimensiones políticas, sociales, económicas, históricas y subjetivas que atraviesan las personas como parte de un colectivo y en un momento histórico determinado. Así también desde el enfoque de derechos humanos como eje transversal a las prácticas que desplegamos.

Nos enmarcamos a partir de la ley nacional de salud mental y el Plan de adecuación que plantea el Hospital, basado en el proceso de cierre de manicomios al que adhiere la Provincia, “Buenos Aires libres de manicomios”.

El desafío de la externación en el dispositivo con internación prolongada En el marco de la “desmanicomialización” a la que apunta la Ley de Salud Mental promulgada en 2010, es decir al cierre del manicomio como institución patologizante, de encierro y de vulneración de derechos humanos. La sustitución del modelo manicomial es una obligación que ha asumido el Estado en su marco normativo vigente y la externación es la estrategia privilegiada para alcanzar ese objetivo. Esto plantea retos específicos en los casos de personas con largos períodos de internación sobre las que recae con más peso la desidia institucional. Estas trayectorias requieren de un mayor esfuerzo del Estado para posibilitar su salida del manicomio y su vida en comunidad.

En esta línea ubicamos que, en el desmantelamiento del modelo manicomial el sistema de salud no es el único ámbito que debe generar respuestas para apuntalar externaciones progresivas en condiciones dignas y sustentables. La salud está estrechamente ligada al goce de otros derechos humanos (a la identidad, a la salud, a un ambiente de libre de violencia), a los derechos sociales

(vivienda, trabajo, seguridad social, etc.) y los derechos políticos (acceso a la justicia, a la participación en elecciones, a la no discriminación, etc.) por lo que las barreras que impiden el disfrute pleno de aquellos derechos cobran relevancia.

Por lo que es de suma importancia, fortalecer la estrategia de promoción en salud, enfocándose en la importancia de

desarrollar procesos participativos a partir de la creación de redes de contención comunitaria, promoviendo los procesos de transformación hacia una comunidad más inclusiva.

Sin embargo, resulta un gran desafío, la adecuación de los recursos asilares hacia roles comunitarios de atención ambulatoria en estrategias de continuidad de cuidado por parte de los equipos de externación, ya que implica enunciar que la lógica manicomial, verticalista, individualizante y autoritaria no se materializa sólo en la estructura edilicia y objetiva de los hospitales en los que formamos partes, sino principalmente en la arquitectura subjetiva de los profesionales involucrados.

El arrasamiento institucional en los cuerpos de las personas es tal que trabajar las AVD⁵ implica iniciar un nuevo hábito, trabajarlo, fortalecerlo y darle continuidad cotidianamente, siendo un proceso complejo y desafiante. En los cuerpos de las personas que atraviesan internaciones prolongadas en salud mental de más de 20 años, el nivel de apoyo requerido en su vida cotidiana es alto. A partir de lo cual la proyección en su externación requiere de apoyos constantes, recurso humano que no abunda en la institución, teniendo en cuenta también que no todos están formados y capacitados para el trabajo en la comunidad, la importancia y necesidad de la adecuación de recursos asilares a roles comunitarios que impliquen estrategias de cuidado por parte de los equipos de externación.

Procesos de intervención en el Servicio de Atención en Crisis (SAC).

Siguiendo con la reflexión anterior, es de suma importancia, mencionar que dentro de los procesos de externación en el hospital monovalente, se encuentra el Servicio de Atención en Crisis, en donde nos encontramos con la ardua tarea disciplinar e interdisciplinaria de construir estrategias de intervención que se aproximen a la concretización de los derechos de la población usuaria. No obstante, dichos procesos se encuentran atravesados por las determinaciones sociales de la población, es decir por

⁵ Actividades de la vida diaria.

condiciones materiales de vida precarias que afectan el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados.

Tal es así que, la coyuntura actual impacta en la vida cotidiana de la población usuaria en cuanto a un aumento en la precarización material y subjetiva en la cotidianeidad, reflejada principalmente en depresión, consumo problemático, intentos autolíticos, entre otras. Cabe destacar que los discursos conservadores y meritocráticos del gobierno oficial, perjudica a toda la población, pero particularmente a la perteneciente a la franja etaria productiva (dentro de la división social del trabajo) en tanto, las posibilidades en el acceso al mercado laboral, recae en la responsabilidad individual de la misma. Tal como lo expresa Serman (2023; P. 29) dentro de los discursos progresistas, se sostiene que el progreso personal y familiar, la subsistencia cotidiana contra la adversidad, no se deben a la acción del Estado, sino a la voluntad propia. Dicho contexto nos invita a reflexionar, en cuanto a cómo impacta la coyuntura actual en la cotidianeidad de la población usuaria del servicio de atención en crisis. El escaso acceso al mercado laboral informal de varones cis, tiene como contrapartida un aumento en el consumo de múltiples sustancias, intentos autolíticos, entre otros, producto de la frustración por no lograr cumplir con el rol asignado por el sistema capitalista y patriarcal como proveedor de recursos materiales. Tal como expresa Esquivel (2012; p. 172), las labores domésticas y el cuidado de los miembros del hogar están fuertemente asociadas a imágenes tradicionales que las asocian con un rol y una inclinación 'natural' de las mujeres. Mientras que, de acuerdo a este imaginario tradicional, el 'auténtico' trabajo es asociado con la ocupación remunerada que realiza el varón proveedor en la esfera pública.

Asimismo se destaca que, dentro de la división sexual del trabajo, las mujeres -madres, han tenido un mayor ingreso al mercado laboral informal, por medio de la realización de tareas de cuidado hacia terceros, venta ambulante y de limpieza, entre otros, lo que se podría suponer que los estereotipos y roles sociales, han cambiado provocando una crisis subjetiva y material al paradigma tradicional/patriarcal anterior. Lo mencionado anteriormente nos invita a reflexionar sobre, cuáles serían los impactos subjetivos que generan las dificultades en el acceso al mercado laboral, en

varones cis, frente a un contexto de precariedad económica y política actual.

A su vez, el recorte presupuestario en las políticas públicas y sociales perjudican las estrategias de externación, ya sea por la falta de red , instituciones y equipos de salud mental, como en la posibilidad de adquirir subsidios que garanticen mínimas condiciones de vida para la satisfacción de las necesidades básicas. Las intervenciones son pensadas de manera “artesanal” lo que conlleva a acompañar los procesos de egreso sobrepasando los límites del quehacer profesional, tanto en realizar trabajo en territorio como en la extensión del horario laboral, provocando al decir de Castrogiovani, “la precariedad de nuestras vidas”.

A modo de reflexión...

Como profesionales de salud consideramos importante continuar aportando éticamente a los horizontes de construcción de salud mental comunitaria, sin dejar por ello de problematizar la distancia actual que oscila entre las condiciones ideales de adecuación a la ley y las condiciones reales en que los/as usuarios/as y los/as trabajadores/as nos encontramos actualmente protagonizando los procesos de atención y subsistencia dentro y fuera del hospital. Creemos que la construcción colectiva seguirá siendo la salida, más aún en la actualidad, en tiempos de arrasamiento de derechos, donde emerge como característica un modelo de país liberal en lo económico y conservador en lo político social, siendo que las medidas adoptadas por este gobierno impactan en los sectores que “viven del trabajo” pertenecientes al sector precario dentro del sistema capitalista. Reflexionamos que esta coyuntura obliga a los trabajadores a elaborar respuestas paliativas, y sobre todo artesanales. Lejos de pensar en la promoción de derechos, trabajamos constantemente en la urgencia de garantizar respuestas mínimas con lo posible, que es cada vez más escaso. Por lo tanto, si entendemos la salud mental como un proceso determinado histórica y socialmente ¿cómo se puede conservar la salud mental en condiciones de constante vulneración de derechos, frente a la coyuntura actual? ¿Cómo proyectar externaciones sin tener garantizadas las necesidades básicas para vivir en sociedad?. En consecuencia, nos encontramos con grandes dificultades para

el desarrollo de estrategias que permitan habitar nuevamente la sociedad debido a la precariedad económica para solventar los gastos mínimos de alimentos y vivienda lo que genera la permanencia de personas en internaciones prolongadas sin motivos terapéuticos y se las segrega en un sistema de marginación plagado de barreras para la adquisición de autonomía y posibilidad de vivir en comunidad.

Asimismo consideramos que ambos dispositivos tienen en común dificultades/obstáculos en los procesos de externación debido al contexto socioeconómico y político, el cual afecta de manera material y subjetiva tanto en la subsistencia en una cotidianeidad precaria, como en las redes de apoyo afectivas debido al agotamiento y cansancio en los vínculos. Tal es así que, para ambos aspectos, nos encontramos disciplinarmente con el desafío diario de construir estrategias integrales y comunitarias, que posibiliten la reconstrucción de sus redes de apoyo afectivas, como así también, en la gestión/asistencia de recursos materiales que solventen mínimamente algunas carencias de la vida cotidiana. Sin embargo, uno de los interrogantes que frecuentemente problematizamos en las intervenciones es, ¿qué tipo de estrategias podemos desarrollar en pos de favorecer la autonomía de la población usuaria, cuando las posibilidades en concretizar las necesidades básicas se encuentran coartadas por políticas sociales y públicas que fragmentan y focalizan cada vez más las necesidades de la población ?

Por lo expuesto y en pos de fortalecer el abordaje integral en Salud Mental es necesario convocarnos a pensar nuevas formas de intervenir, nuevas prácticas, que rompan con los viejos dogmas y paradigmas, dando lugar a pensar en alternativas que efectivicen la ley de Salud Mental en la práctica cotidiana.

Resulta fundamental comprender que desmanicomializar implica un compromiso interdisciplinar, intersectorial, y necesariamente de base en los territorios, porque la salud mental es un tema de todos.

Bibliografía

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Psicoperspectivas, individuo y sociedad. VOL. 13, Nº 2.

Castrogiovanni, N; Simonotto E; Viedma , G: "La precariedad en nuestras vidas. pensando el Trabajo Social desde sus condiciones de trabajo". consejo profesional CABA.

Cels. Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio.

Esquivel, V. Faur,E. Jelin, E. Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. 1a ed - Buenos Aires : IDES 2012

Ley Nacional de Salud Mental 26657

Plan Integral de Adecuación (2020). Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "Dr.Alejandro Korn".

Rovere, M. (2001). Idas y vueltas en la (des)regulación del sistema de obras sociales en Argentina. Revista APORTES para el Estado y la Administración Gubernamental.

Semán, P. (2023) "Introducción. La piedra en el espejo de la ilusión progresista" en Está entre nosotros: ¿De dónde sale y hasta dónde puede llegar la extrema derecha que no vimos venir?. Siglo XXI Editores, Argentina.

Tensionar redes en tiempos turbulentos

Daniela Aladro - Lic en Trabajo Social (UNLAM)

Marisol Mancini - Lic. en Trabajo Social (UBA)

Equipo de interconsulta de pediatría, Hospital General de Agudos P. Piñero



Tensionar redes en tiempos turbulentos

Introducción

En palabras sencillas podemos decir que formar redes en salud puede ser pensado como unir puntos de manera intencional y organizada para crear una trama superadora, un tejido que de soporte a la complejidad de esta realidad de manera integral. En palabras de Rovere (2006,41-43) las redes “son formas de articulación multicéntricas”, la red asume lo heterogéneo de sus componentes y “permite imaginar heterogeneidades organizadas”. Una red por lo tanto, está compuesta por aberturas en la trama, donde fluye el aire, la información, las tensiones, los obstáculos, las especificaciones del rol de cada integrante, las frustraciones, los enojos, las alegrías, los límites, las emociones, en definitiva los vínculos entre personas. Ahora ¿Qué sucede cuando esa trama es tan abierta que deja de ser sostén? ¿Quiénes reciben el impacto negativo de la política pública actual caracterizada por recortes presupuestarios, la crueldad hacia los vulnerables y la falta de cumplimiento de las normas, leyes y tratados internacionales que garantizan su cuidado? La respuesta coloca a las infancias como uno de los grupos más vulnerables y receptores de las consecuencias de esta crisis, por lo que es posible preguntarse ¿qué podemos hacer como equipos de salud con los recursos limitados que contamos? ¿Qué estrategias podemos desarrollar para sostener el tejido de protección de NNyA? ¿cómo evitar la revictimización de las infancias en estos tiempos turbulentos de crueldad y precariedad de la vida?

La intervención como trabajo en red

Nuestra práctica diaria se desenvuelve en la sala de internación de la unidad de pediatría de un hospital general de agudos de la zona sur de la CABA. En este sentido, el equipo de pediatría realiza interconsultas con el equipo interconsultor formado por servicio social y pediatría, cuando requiere de apoyos y la

expertise de profesionales para la atención integral de la salud del niños,niñas y adolescentes (NNyA). Las situaciones que se abordan se centran en vulneración de derechos a las infancias, que es posible desagregar en situaciones de maltrato infantil, abuso sexual contra NNyA, negligencia parental, problemáticas socioeconómicas, etc.

En el ámbito hospitalario estos pacientes usualmente suelen denominarse como “pacientes sociales”. Desde este escrito, se opta por sostener la nominación de vulneración de derechos, como un posicionamiento ético político, anclado en el concepto de salud integral y en la defensa de los derechos de NNyA, a fin de exponer la realidad que atraviesan las infancias en las internaciones como medida de protección, cuando los tiempos de internación se prolongan aún en condiciones de alta clínica, a la espera de resolución de su situación. Esta prolongación en el tiempo provoca la revictimización y vulneración de derechos de las infancias. Para ser más claros, no son niños/as con padecimientos biológicos que requieran una internación prolongada para su cuidado. Son infancias que padecen el descuido de la sociedad actual, una sociedad fragmentada que tiende al individualismo y al “sálvese quien pueda”. Son NNyA en quienes impacta negativamente el recorte de presupuestos en las instituciones que deben protegerlos, quienes reciben las consecuencias de las precarias condiciones laborales de los trabajadores del sistema de protección de derechos. Y a este panorama, es preciso sumar el impacto negativo de las transformaciones en las redes de sostén de las familias, caracterizadas por la fractura del lazo social como característica epocal.

En este contexto, resulta necesario mencionar el marco normativo que brinda la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes sancionada en 2005, en la que se establece la corresponsabilidad como un eje fundamental para garantizar el cumplimiento de los derechos de las infancias como sujetos de derechos. La corresponsabilidad se refiere a la participación de la familia, la sociedad y el Estado en la atención, cuidado y protección de NNyA. Es decir, que el trabajo de proteger y garantizar el pleno desarrollo de las infancias en el marco legal actual, es por definición un trabajo en red.

Es por ello, que este trabajo se propone desarrollar la idea de que tal vez en los tiempos turbulentos en que vivimos, no se trate de construir o trazar nuevas redes, sino de tensionar las existentes para que esa trama pueda soportar los obstáculos, las tensiones y las frustraciones del mundo adulto en pos de garantizar el ejercicio de derechos y cuidados de las infancias.

Redes en salud: vínculos, trabajo vivo y margen de agencia

Mario Rovere (1996), reconocido sanitarista argentino, desarrolla con el foco puesto en las relaciones sociales, un concepto vincular en el que las redes de salud constituyen formas de articulación multicéntrica que conectan a las personas a través de vínculos solidarios, atendiendo a la heterogeneidad. Es decir, las redes son sistemas abiertos de intercambio, multicéntricos, heterárquicos y vinculares, que permiten interacciones entre sus integrantes potenciando recursos y favoreciendo la creación de nuevas alternativas, la resolución de conflictos y la satisfacción de necesidades.

Sin embargo, en el contexto actual, las dinámicas de precarización de diferentes esferas de la vida configuran procesos de vulnerabilidad múltiples para amplias capas de la sociedad (Longo, Lenta, Veloso y Zaldúa, 2024) en las que se incluyen no solo las padecidas por las NNyA y sus familias, sino que se agregan las situaciones de los trabajadores y trabajadoras que formamos parte del Sistema de Protección de derechos de NNyA, caracterizada por la precariedad de las condiciones laborales, el incremento de la complejidad de las situaciones de intervención, el aumento de la cantidad de las situaciones a cargo, el vaciamiento de la políticas de protección hacia las infancias, la mercantilización de los servicios de salud, etc, lo que incide globalmente en la calidad de las prácticas que desarrollamos.

Ante este panorama caótico, turbulento y de desánimo generalizado, es necesario regresar nuevamente a la pregunta ¿qué podemos hacer con lo que sí tenemos? Y la respuesta no creo que sorprenda a nadie. Es preciso y urgente volver hacia lo humano y el bien común, ¿cómo? volviendo la mirada y el trabajo hacia las redes, apostando a tensionar esas tramas, a potenciar los

vínculos y la creatividad sin renunciar a reclamar por las condiciones de vida, de trabajo, por los derechos que fuimos perdiendo como sociedad en el camino.

Y en este sentido, entendiendo la singularidad de cada situación y el trabajo diferencial que realizan los equipos que componen la red de protección, es posible tomar el concepto de trabajo vivo, aporte del campo de la Salud Colectiva, para repensar las estrategias que puede desarrollar la red en pos de garantizar y proteger los derechos de las infancias. En este orden de ideas, el trabajo vivo en acto es aquel que se da en el momento de la interacción, del encuentro y que no puede prefabricarse ni estereotiparse, éste se rige por lo que ocurre y circula entre las personas implicadas (Benet, Merhy y Pla, 2016). Franco y Merhy (2011) sostienen que el trabajo vivo en acto puede generar procesos creativos que den lugar a múltiples maneras de cuidar, dado que cada trabajador de la salud actúa de un modo singular en la producción del cuidado, aunque se encuentren bajo la misma directriz normativa. Es decir, que las prácticas de cuidado están mediadas por la singularidad de cada sujeto, dado que cuando los trabajadores se encuentran en situación de trabajo, en relación directa con los usuarios, son ellos/as quienes definen cómo se desarrolla ese proceso de producción de cuidado.

Traspolando el concepto de trabajo vivo en salud a las interacciones entre los diferentes componentes de la red, podemos pensarnos como productores de ese trabajo vivo en la interacción con las diversas instituciones que conforman la red del Sistema de Protección de Derechos de las Infancias. Además, es posible enriquecer esta mirada con los aportes de Rovere (2006) que postula que la red es el lenguaje de los vínculos, es un concepto fundamentalmente vincular. Por lo tanto, si el lenguaje de la red son los vínculos mediados por las interacciones entre personas y como parte de la red tenemos cierto margen de agencia para poder definir cómo vamos a vincularnos y producir cuidado en esos intercambios, poder desarrollar una forma más humana, sensible, respetuosa y comprensiva de interactuar en la red, es la estrategia más cercana y de incidencia directa que tenemos los trabajadores y trabajadoras para potenciar los recursos existentes en estos tiempos.

El duelo por la intervención ideal: entre exigencias y nuevas estrategias.

Regresando a la práctica cotidiana, es preciso mencionar que una internación prolongada trae consigo impactos negativos en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014) de las infancias, como resultado es posible observar la revictimización y vulneración de los derechos de NNyA internados. La internación llega a las infancias como una interrupción brusca y total de la vida cotidiana: discontinuidad del ciclo escolar, limitaciones en la socialización, la ausencia de lugares adecuados para el juego, la desorganización de las familias en relación a las tareas de cuidado, etc. Ante esta nueva realidad, cada NNyA responde desde su singularidad de diversas maneras, con hostilidad, sobreadaptación, con temor, inquietud, etc. En este marco la función del trabajo interdisciplinario del equipo de salud, será ubicar estas manifestaciones y propiciar la subjetividad de cada NNyA como sujeto de derecho (Aladro, Barro, Cuch, Eandi, Garcia, Marco, Mancini, Mollevi y Tranmar, 2024).

Ahora bien, como equipo de salud, formamos parte de la red de instituciones, organismos y organizaciones que conforman el Sistema Integral de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes: Escuelas, Consejo de Derechos de NNyA, Defensorías Zonales, Ministerio Público Tutelar, Juzgados, Servicios Locales, Admisión de Hogares, Acompañantes hospitalarias, Acompañantes terapéuticas, etc. Dentro de nuestro campo de acción como trabajadores de salud y parte de la red del Sistema de protección, podemos observar que la articulación interinstitucional ha aumentado su tamaño considerablemente pero ha erosionado su capacidad de poder sostener las necesidades de los NNyA como sujetos de derechos en los tiempos turbulentos que estamos atravesando. En el trabajo interdisciplinario Vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes. Una problemática de salud pública. Experiencia en una sala de Pediatría de un Hospital general de agudos de la zona sur de la CABA (Aladro, Barro, Cuch y otros, 2024) se ha podido identificar diversas estrategias interinstitucionales realizadas por el equipo de salud a fin de evitar demoras en la intervención que revictimicen a los NNyA con los

que trabajamos, que muchas veces exceden las competencias de los trabajadores de salud del hospital: reiteración de informes escritos de actualización, ampliación de la búsqueda de la red vincular de los NNyA, sugerencia de estrategias de egreso, firma del acta acuerdo en el hospital, convocatoria a los equipos de los organismos de protección de derechos a realizar entrevistas in situ en el efector, intervenciones con los acompañantes hospitalarios, etc. Cabe entonces la pregunta, si las redes ya existen, si son un modelo probado y conceptualizado hace tiempo en el sistema de salud, que podemos hacer para mejorarlas? ¿más comunicación e intercambio entre actores, más mesas de diálogos interinstitucionales? ¿Qué nuevas estrategias podemos desarrollar como integrantes de la red, sin renunciar a exigir más recursos, presupuesto, capacitación y mejoras en las condiciones laborales ? ¿Cómo pensar alternativas creativas más allá de la carencia?

Concluir para continuar cuestionando la realidad

Tal vez en estos tiempos turbulentos se trate de refugiarse en lo existente, de alimentar desde una perspectiva más sensible los vínculos, los intercambios para poder evidenciar que lo que hacemos, nuestro trabajo, tiene como finalidad poder garantizar que las infancias puedan desarrollarse en plenitud como sujetos de derecho. Tal vez, “parar la pelota”, juntarnos, pensar y problematizar el contexto actual sea la forma de resistencia que tenemos los equipos en este contexto turbulento. Tensionar las redes para que sigan siendo sostén, apropiarnos y cargar de sentido al trabajo vivo que encaramos como productores de procesos de cuidado, evidenciar el estado de situación de las infancias para seguir exigiendo su protección, reinventar articulaciones, extender la invitación a la participación activa, superar la queja y recordar el deseo que nos motivó a trabajar en pos de las infancias. En este contexto, se vislumbra entonces todo lo referido anteriormente, como nuestro campo de acción concreto en el cual podemos incidir y mediatizar la política pública en una trama territorial que actualice las formas de intercambio y resistencias en pos de garantizar el ejercicio de derechos y cuidados de las infancias.

Bibliografía

Aladro, D., Barro, f., Cuch, J., Eandi, N.,, Garcia, M., Marco, S., Mancini, M., Mollevi, F., & Tranmar, K. (2024, 9-13 de Septiembre). Vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes. Una problemática de salud pública. Experiencia en una sala de Pediatría de un Hospital general de agudos de la zona sur de la CABA. En las XXXIX Jornadas Multidisciplinarias del Hospital G.A. Parmenio Piñero y su Área programática.

Benet, M., Merhy, E. E., & Pla, M. (2016). Devenir cartografía. *Athenea Digital*, 16(3), 229-243.

Crojethovic, M., & Ariovich, A. (2015). Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina. *Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología*, 8(24), 38-50.

Franco, T. & Merhy, E. (2011): El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 7(1), 9-20.

Longo, Roxana; Lenta, María Malena; Veloso, Verónica y Zaldúa, Graciela (2024) Redes intersectoriales en salud y construcción de lo común en tiempos críticos; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; *Anuario de Investigaciones*; 30; 7-2024; 369-376

Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 21(1), 217-224.

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

Rovere, M. (2006) *Redes En Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. Segunda Edición corregida y aumentada. El Agora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud "Juan Lazarte".

Construir salud en la intemperie: breve análisis del acompañamiento a personas en situación de calle desde un equipo de salud.

Lic. Benfatti Nadia - Lic. en Trabajo Social (UBA). Residente de 2do año, Hospital P. Piñero

Lic. Coloca Dulce - Lic. en Trabajo Social (UBA). Residente de 3er año, Hospital P. Piñero

Lic. Recloux Laila - Lic. en Trabajo Social (UBA). Jefa de Residentes, Hospital P. Piñero

Lic. Sisto Eliana - Lic. en Trabajo Social (UNLu). Residente de 2do año, Hospital P. Piñero

Construir salud en la intemperie: breve análisis del acompañamiento a personas en situación de calle desde un equipo de salud.

Introducción

El presente trabajo surge como producto final del curso del Servicio Social del Hospital P. Piñero, en el marco de la Residencia de Trabajo Social del mismo efector. A partir de los encuentros temáticos sobre “Salud Pública y Derechos Humanos: Escenario actual y resistencias” y de la experiencia de un abordaje territorial, es que el tema elegido cobra especial relevancia. Se propone un análisis sobre la práctica de un equipo de salud en el acompañamiento a personas en situación de calle.

En un primer momento, se recuperan algunos datos vinculados a la población que se encuentra en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires, que de alguna manera refleja la ausencia de políticas públicas integrales dirigidas a esta problemática.

A continuación, se aborda el trabajo que realiza un equipo de salud, a partir de un análisis situado que permite comprender los aspectos específicos de su intervención. Finalmente, se reflexiona sobre el impacto y la complejidad que esta tarea tiene en la construcción de salud en la intemperie, y lo que implica el desafío de atravesar las barreras institucionales.

Situación de calle: breve reseña del contexto actual

Para comenzar, resulta importante mencionar que a pesar de que cada vez hay más personas en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires, no existen datos oficiales que registren la cantidad real de población que se encuentra en esta circunstancia o con riesgo de estarlo. Por un lado, las cifras publicadas en el último Censo Nacional, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) del año 2022 registra un total de 903 personas en situación de calle en la CABA. En Abril de 2023, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires llevó a cabo su propio

relevamiento y obtuvo como resultado que hay 3.511 personas en situación de calle, entre quienes efectivamente están en la calle y quienes pernoctan en los dispositivos oficiales.

Por su parte, en línea con la Ley Nacional N° 27.654 de situación de calle y familias sin techo, distintas organizaciones de la sociedad civil con el apoyo de universidades e instituciones, realizan anualmente un informe de Relevamiento Nacional de Personas en Situación de Calle (ReNaCalle). En su última publicación (diciembre de 2023) informaron que había 8.028 personas en situación de calle en el distrito porteño. La falta de concordancia entre los datos demográficos relevados por las distintas instituciones y los que surgen del ReNaCalle, como así también la falta de datos que evidencien las condiciones de vida de esta población, se encuentra en línea con la ausencia de políticas públicas integrales y efectivas para garantizar sus derechos.

En consonancia, es notable la mirada que construye el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para con esta población, considerándola indeseable y desechable. Recientemente se ha difundido una campaña en redes sociales llamada “Orden y Limpieza”¹, donde se visualizan imágenes con personas en situación de calle, y luego de operativos llevados a cabo por personal del área de Espacio Público, se observa en otras imágenes la vía pública vacía, con mensajes que hacen referencia a la limpieza realizada. Asimismo, se destaca el aumento de situaciones de violencia a las que se ve expuesta esta población, en sintonía con el acrecentamiento de discursos de odio que fomentan la exclusión. Por ejemplo, se han difundido en medios de comunicación, diversas situaciones que reflejan violencia física y verbal por parte de otros ciudadanos, hacia personas en situación de calle. Vivir en la calle tiene implicancias subjetivas para las personas que deben convivir con el prejuicio, el maltrato y la discriminación que de ello se desprende.

Acerca de un equipo de salud que acompaña a personas en situación de calle

Dentro de la CABA existen 47 Centros de Salud y Acción Comunitaria, insertos en distintos barrios. En la zona sur es donde

¹ Operativo “Orden y Limpieza” GCBA, 2024:

https://www.instagram.com/reel/C6Ep9hnLA99/?utm_source=ig_web_copy_link

y no estatales existentes en el territorio donde se encuentra el CeSAC” (Rall, Pelagagge y Delville, 2022, p. 1).

se concentra la mayor cantidad de estos efectores, área con los índices socioeconómicos y sanitarios más desfavorables. En uno de ellos desarrolla sus actividades el equipo denominado “Proyecto Calle”, que orienta su accionar hacia la población en situación de calle y uso de drogas. Su objetivo principal es generar referencia y “facilitar la accesibilidad de esta población al sistema de salud y a la red de recursos estatales

El equipo está integrado por una terapeuta ocupacional, una trabajadora social, una promotora de salud y un médico generalista, cuya dinámica de trabajo incluye una recorrida semanal por distintos puntos del barrio. A pesar de que se intenta sostener recorridos habituales para establecer referencia con quienes ranchean allí, y brindar los servicios del CeSAC, el trayecto puede ir variando o eventualmente ser modificado en función de la coyuntura y el termómetro que indican los relatos de quienes se contactan. En cada salida se ofrece agua y preservativos a modo de promoción, que muchas veces sirve como puntapié inicial de conversación con las personas.

En una de estas recorridas el equipo conoció a Eugenio², un hombre de apariencia adulto mayor, que se encontraba en cuclillas sobre un paredón de acceso a uno de los pasillos del barrio. Desde su lugar y sin levantarse, consultó sobre los días y horarios en los que funcionaba el Centro de Salud. Eugenio manifestó sentirse mal y no poder caminar. Se le ofreció acercarse al CeSAC para poder recibir una atención más acorde, pero no accedió. Expresó haber tenido experiencias de internaciones previas por problemas de salud y relató malos tratos. Se lo orientó en relación a los derechos que lo asisten y se insistió en la importancia de que pudiera acercarse a algún efector de salud para poder recibir atención, en caso de continuar con el malestar.

Luego de este episodio, a partir de los datos que había brindado, el equipo pudo acceder a su historia clínica y obtener más información. Este hombre tenía 50 años de edad, aunque presentaba un gran deterioro físico. Se encontraba atravesando diferentes enfermedades crónicas como tuberculosis y VIH, por lo que requería atención y tratamiento inmediato. Había realizado además distintos tratamientos por su situación de consumo.

Durante las semanas siguientes el equipo intentó contactarlo. Finalmente, cuando logró dar con él, se reiteró la importancia de que pudiera acercarse a algún efector de salud. Relató haber pasado por una internación reciente de la que se fue por alta voluntaria, y a la media hora de estar en la calle nuevamente, haberse arrepentido.

Su situación de salud era delicada, por lo que se le ofreció asistir al CeSAC para desde allí poder llamar al SAME y ser trasladado al Hospital del área y así retomar tratamiento. Eugenio² se negaba a la propuesta, reconocía que necesitaba estar a resguardo y recibir medicación, pero para la sorpresa del equipo, su mayor preocupación tenía que ver con las circunstancias de falta de higiene en las que se encontraba. No quería acercarse en esas condiciones a ninguna institución. Hacía al menos una semana permanecía acostado sobre unas mantas en el piso y el deterioro de salud que transitaba no le permitía siquiera levantarse para hacer sus necesidades biológicas básicas.

El sentimiento de impotencia del equipo ante esta situación, fue impactante. Luego de una larga charla en la que se trabajó sobre la importancia de recibir asistencia, Eugenio aceptó acercarse al CeSAC, donde se le brindó ropa limpia y las instalaciones del baño para higienizarse. También le preocupaba poder dar aviso a un familiar, para lo que se le brindó la posibilidad de contactarlo. Al poco tiempo fue trasladado en ambulancia al Hospital del área, y al día siguiente a un Hospital especializado, donde permaneció durante tres meses hasta estabilizar su cuadro. A lo largo de su estadía en la institución se mantuvo contacto con la Trabajadora Social que realiza su seguimiento para conocer su evolución, poder planificar y coordinar acciones en conjunto al momento de su externación. Desde allí se decidió articular con un dispositivo comunitario dependiente del Hogar de Cristo, para el seguimiento de sus enfermedades crónicas. Además se trabajó en su ingreso a un parador cercano, con la intención de que pudiera acercarse a diario a desayunar y almorzar, generar vínculo de cercanía y referencia, a los fines de garantizar la continuidad de sus tratamientos.

² El nombre de pila de la persona fue modificado a los fines de preservar su identidad.

Actualmente sigue alojado en el parador y es acompañado en el cuidado de su salud integral. A pesar de que su situación de salud es frágil, las diversas intervenciones y acciones conjuntas de distintos equipos de trabajo han sido orientadas en que transite su vida con la mejor calidad posible, haciendo hincapié en el sostenimiento y la garantía de sus derechos.

Construir salud en la intemperie

Para aproximarnos a desarmar algunas dimensiones que atraviesan a las personas en situación de calle, tomamos lo trabajado por Di Iorio (2023) en relación a las categorías de invisibilización-hiper visibilización. Por un lado, la invisibilización hace referencia al ocultamiento de la vida cotidiana, organizada en usos que se consideran inadecuados para el espacio público; y por otro, la hiper visibilización da cuenta de las violencias que recaen sobre esta población, ejercida por los sistemas de control, resultando naturalizadas. Las personas que se encuentran en situación de calle, atraviesan procesos de vulneración y expulsión de los espacios en su vida cotidiana, acrecentados por discursos que dan lugar a la construcción de identidades estigmatizadas.

Esto se ve reflejado, como hemos mencionado con anterioridad, en la falta de un registro de relevamiento oficial adecuado que permita el desarrollo de políticas públicas integrales. Al mismo tiempo, la campaña de “Orden y Limpieza” del Gobierno de la Ciudad expresa prácticas “de expulsión higienista, cuyo objetivo parecería ampliar el consenso social que evita el cuestionamiento sobre la producción social de desigualdad” (Di Iorio, 2023, p. 65). En relación a la trayectoria de vida de Eugenio es posible identificar que la misma está signada por diversas violencias vinculadas, por ejemplo, a malos tratos dentro del sistema de salud, vulneración socioeconómica, procesos de desafiliación de las redes socioafectivas, que se expresan en una salud fragilizada con diferentes malestares, afectaciones a nivel subjetivo y un claro impacto en su cuerpo. De esta manera, “la subjetividad se convierte en la ‘muerte viviente’ habitando los escenarios de violencia, donde el cuerpo queda expuesto, mancillado, humillado por la violencia que ha aprendido a tolerar e incluso a ejercerse sobre sí mismo” (Cervini, 2012, p. 8).

En este sentido Di Iorio (2023) afirma que la población en situación de calle se confunde con el paisaje urbano, “se borran sus historias, se patologizan sus prácticas y se invisibilizan los procesos socio-históricos y político-ideológicos por los cuales se configuraron como un grupo social singular: singularmente expulsado y estigmatizado, argumento legitimador de prácticas de violencia y de expulsión social” (p. 66). La situación en la que fue encontrado Eugenio da cuenta de ello, al haber permanecido durante días al interior del barrio, con malestar y padecimiento respecto a su salud, sin haber recibido asistencia inmediata. Esta misma autora toma a Butler (2020), para pensar la vulnerabilidad y la dependencia desde una perspectiva relacional y no como una condición individual, dando lugar a reconocernos dentro de la estructura social y en conjunto con otros. Poniendo de relieve además, la necesidad de sistemas de apoyo y cuidados. En este sentido el equipo que integra el “Proyecto Calle” organiza los abordajes orientándolos en función de reconstruir vínculos sociales que han sido deteriorados, desplegando estrategias que tomen en cuenta la singularidad de cada persona.

En el caso de Eugenio, acompañar se ha vuelto de vital importancia. El accionar del equipo en la escucha atenta, la co-construcción de estrategias que respeten sus deseos e intereses, ha resultado fundamental para acompañar su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Según Candil y Macías (2020), acompañar “implica la consideración de tiempos diferentes, y la realización de tareas, acciones y prácticas donde el/la otro/a es quien marca el ritmo; en este estricto sentido puede establecerse un puente entre acompañar y cuidar a otros” (p. 60). Acompañar conlleva gestionar nuestras emociones, deseos y frustraciones anteponiendo al otro. Entendemos que el horizonte radica en movernos de lo ideal hacia lo posible, contemplando las singularidades dentro de lo estructural.

El trabajo del equipo del “Proyecto Calle” en el marco de un efector de salud, evidencia la potencia de la construcción artesanal. Pese a que el proyecto se encuentra institucionalizado, no se constituye como expresión de los lineamientos de la política pública o de la política sanitaria. Sino que se conforma a partir de la identificación

de una problemática territorial que no se encontraba contemplada dentro del trabajo del Centro de Salud. Si bien esta experiencia es un pequeño aporte y no garantiza el pleno acceso al sistema de salud, resulta significativa en términos de generar impactos positivos en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas que acompaña. Tal como afirma Di Iorio (2023) se nos impone el desafío de encontrar otros acompañamientos, que contemplen la singularidad de vivir en la intemperie, los tiempos de quienes viven en la itinerancia y las intersecciones que conlleva.

Reflexiones finales

La caracterización y el análisis acerca de la problemática de situación de calle en la ciudad, requiere necesariamente pensarla desde la complejidad. Son múltiples las dimensiones que atraviesan a esta población. Aún así, es posible mencionar que existe un vínculo inexorable entre el vaciamiento de políticas públicas que se suscita tras la crisis socioeconómica que nos encontramos atravesando, incrementada a partir del cambio de gestión (tanto a nivel nacional como local) y el aumento de personas en situación de calle; como así también la proliferación de diversas violencias a las que se ven expuestas.

Mediante el análisis desarrollado, es posible identificar la relevancia de construir abordajes desde la territorialidad que contemplen la singularidad y las implicancias de vivir en calle. Construir salud en la intemperie significa pensar estrategias que trasciendan los límites materiales y simbólicos que imponen las instituciones. La intemperie que atraviesa a la población en situación de calle, también marca la praxis cotidiana del equipo “Proyecto Calle”. Este trabajo, aún con tensiones y conflictos, se convierte en un acto de resistencia, que construye salud desde la escucha, el respeto y la dignidad, desafiando las barreras que impone la lógica institucional.

La iniciativa de construir abordajes para la población en situación de calle dentro de un equipo de salud, pone de manifiesto el potencial del trabajo colectivo y el posicionamiento ético-político de los trabajadores, que se contrapone a la modalidad de atención individualizada impuesta por el sistema de salud. En un contexto

de vaciamiento de las políticas públicas, la construcción de redes interinstitucionales y comunitarias cobra especial relevancia y se constituye en un impulso orientador hacia intervenciones saludables, que recuperen lo valioso de trabajar con otros; y que aboguen por la defensa y el fortalecimiento de lo público como horizonte y como parte del quehacer para los equipos de salud.

Bibliografía

Candil, Ana ; Macias Carminia (2020). "Consumos problemáticos de drogas de mala calidad. Aportes a los procesos de intervención del Trabajo Social". Instituto de Capacitacion y Estudios Profesionales. catspba.org.ar.

Censo de la Ciudad de Buenos Aires (2022). Disponible en: https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos_caba

Cervini, Alvin; Cunzolo, Virginia (2012). "El lenguaje del cuerpo entre el entramado institucional y la violencia estructural". Revista Margen N 66.

Di Iorio, Jorgelina (2023). "Intersecciones entre salud mental y situación de calle: una aproximación desde la perspectiva de derechos humanos." Revista Cuestión Urbana. Año 7. Nro.13.

Ley Nacional de Situación de calle y familias sin techo N 27654 (2021).

Rall, Pablo; Pelagagge, Florencia y Delville, Marina (2022). "Proyecto Calle: una experiencia de abordaje territorial e interdisciplinario (CABA)". Presentado en 9na Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos - Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte.

Relevamiento Censal de Personas en Situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires. (2023). Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2023/06/ir_2023_1771.pdf

Relevamiento Nacional de Personas en Situación de calle - ReNaCalle (2023). Disponible en: https://renacalle.ar/wp-content/uploads/2024/03/Renacalle-2023-Anexos-CABA_compressed.pdf

Producir cuidados en épocas de neoliberalismo: una experiencia de formación de promotores ESI en escuelas secundarias.

Bianchi, Maria Florencia - Licenciada en Trabajo Social (UBA). Equipo de interconsulta Maternidad y Obstetricia, Hospital General de Agudos, P. Piñero.

LARACHE CAROLINA - Licenciada en Trabajo Social (UBA). Equipo interconsulta de clínica médica de adultos y equipo territorial del Hospital General de Agudos P. Piñero.

MONTEVERDE, ROMINA - Licenciada en Trabajo Social (UBA), Equipo de interconsulta de obstetricia y maternidad, equipo territorial y equipo de adolescencias, Hospital General de Agudos P. Piñero.

PODESTA, KARINA - Licenciada en Trabajo Social (UNLAM), Equipo de interconsulta de obstetricia y maternidad y equipo territorial, Hospital General de Agudos P. Piñero

RICCIARDI, PAULA - Licenciada en Trabajo Social (UNLAM) Equipo de interconsulta de clínica médica de adultos, equipo territorial y equipo de adolescencias, Hospital General de Agudos P. Piñero.

Producir cuidados en épocas de neoliberalismo: una experiencia de formación de promotores ESI en escuelas secundarias.

Introducción

La siguiente producción fue realizada en el marco del Curso de Postgrado “Salud Pública y Derechos Humanos: Escenario actual y resistencias” organizado por el Servicio Social del Hospital P. Piñero en el corriente año. Las autoras, asistentes del curso mencionado, nos desarrollamos laboralmente en el Servicio social de dicho Hospital en CABA. Desde diferentes equipos disciplinarios e interdisciplinarios, trabajamos cotidianamente con usuaries adolescentes en las salas de internación y programas de atención de consultorios externos. Es así, como cotidianamente nos encontramos con adolescentes en situaciones de vulnerabilidad, expuestos a muchos riesgos y con escasas y/o insuficientes respuestas de sus adultes referentes y escasas respuestas por parte de las dependencias gubernamentales que deben brindarles protección y cuidado. En su mayoría podríamos decir que se trata de pibes “arrasades”, atravesando problemáticas varias, con derechos vulnerados, y cuyos discursos oscilan entre la soledad y el padecer, hasta la sobreadaptación dentro de esas cotidianidades.

Como profesionales del equipo de salud procuramos alojar y acompañar dichos padeceres, intentando articular y/o convocar a otros (referentes adultes, de escuelas, Cesacs, profesionales de otras disciplinas, u organismos de protección de derechos correspondientes) presentándose dificultades y frustraciones recurrentes.

Como contraparte, el Programa Territorial llevado a cabo desde el Servicio Social en el año 2023, sentó las bases para el surgimiento de una propuesta de trabajo desde una mirada de promoción y prevención de la salud integral. Fue así, que realizamos un proyecto de trabajo junto al equipo de Salud Escolar en las escuelas

secundarias del área programática desde una perspectiva de derechos y salud. Para ello, se diseñó e implementó un proyecto de capacitación para trabajar con les estudiantes Promotores ESI de escuelas secundarias del área a cargo del Hospital, de manera de poder generar un espacio de escucha, diálogo conjunto y formación, trabajando conceptos que hacen a su rol como promotores, la escucha activa, la perspectiva de derechos y de salud integral en el marco de encuentros de intercambio y construcción colectiva. En los siguientes párrafos ampliaremos lo hasta aquí presentado, y analizaremos la importancia de generar y sostener espacios de encuentros, intercambios y referencia, que permitan generar lazos entre les pibes y el sistema de salud.

Desarrollo

Como profesionales del equipo de salud insertas en un Hospital público en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, visualizamos que en los últimos años se vió disminuida la capacidad de respuesta y acompañamiento que el Gobierno de la Ciudad brinda a la población en general, y a les adolescentes en particular.

Como muestra de ello, programas territoriales dependientes del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (de ahora en más CDNNYA) como “Fortalecimiento de Vínculos”, así como el “Programa Adolescencia” y “Programa A la par” (por mencionar solo algunos) sufrieron amplios retrocesos de sus condiciones estructurales iniciales, a través de modificaciones en sus proyectos y objetivos originales por modificaciones dentro de las direcciones y gestiones, y la reducción de sus presupuestos y equipos de trabajo.

Asimismo, a partir del 2023 por decisión de Jorge Macri se eliminó la autonomía del CDNNYA, el cual pasó a estar a cargo del Ministerio de Desarrollo Humano, a partir de lo cual el organismo de control de las políticas públicas que protegen los derechos de niños, niñas y adolescentes (de ahora en más NNYA) en CABA pasó a depender de quien tiene que ser controlado.¹

Es preciso mencionar que por ejemplo en el caso del programa

¹ Fuente: https://www.tiempoar.com.ar/ta_article/ciudad-consejo-de-la-ninez/

A la par, se redujeron los equipos técnicos especializados y produjeron convenios con organizaciones sociales y evangélicas, a fin de que los acompañamientos “a las mujeres embarazadas y puérperas en situación de vulnerabilidad”, la realizan mujeres “voluntarias/ad honorem y sin necesidad de ninguna formación disciplinaria particular” encargándose un reducido equipo técnico de “coordinar y supervisar” dichos acompañamientos en las diferentes zonas de la CABA. Asimismo, en el caso del Programa Adolescencia las becas que motivaban a los pibes a participar se vieron reducidas con el contexto inflacionario actual con un claro desfase monetario. Por estos y otros factores, los programas decrecieron su capacidad de respuesta quedando muy desdibujados sus objetivos iniciales.

Si bien como fue planteado, estas dificultades se vienen observando desde hace años (principalmente desde que el Gobierno del pro se hizo cargo de la CABA) el contexto actual se encuentra atravesado por *“un liderazgo y organización política de derecha radical (...) una fuerza que en síntesis, entrelaza la protesta contra el presente y la resignificación de la libertad en una apuesta que se intersecta con las versiones actualizadas y más agresivas del neoliberalismo contra las dimensiones sociales de la democracia y contra las dimensiones liberales de la república”* (Semán, 2023).²

La direccionalidad de las políticas que está llevando adelante el gobierno de turno, tiene una marcada tendencia hacia el desfinanciamiento del Sistema de Protección Integral de Derechos de NNYA, sumado a la ejecución de políticas neoliberales que privilegian otros intereses.

Si bien la Ciudad de Bs As fue pionera a través de la Ley 114 en la protección de derechos de NNYA, actualmente asistimos a un fuerte retroceso en materia de protección y garantía de derechos que parecería no tener ningún costo a nivel social. Por un lado, las políticas de niñez y familia evidencian profundas dificultades que se expresan en insuficientes y fragmentadas respuestas por parte de instituciones, programas y organismos gubernamentales correspondientes; quienes intervienen en la mayoría de las veces, sin brindar respuestas acordes a las necesidades y problemáticas

² Semán, P. (2023) “Introducción. La piedra en el espejo de la ilusión progresista” en *Está entre nosotros: ¿De dónde sale y hasta dónde puede llegar la extrema derecha que no vimos venir?*. Siglo XXI Editores, Argentina

singulares de cada niño, adolescente y familia.

Por otro lado, esta nueva direccionalidad de las políticas, a nivel nacional, se cristaliza concretamente en la desarticulación y desfinanciamiento de programas como el Plan Nacional de Embarazo No Intencional en la adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación, dirigido particularmente a les adolescentes.

Dado lo expuesto creemos que en la actualidad ha habido una pérdida de la perspectiva de Derechos sobre las infancias en general. A pesar de este oscuro panorama, a nivel nacional y también a nivel local en la CABA, contamos con organizaciones sociales, comunitarias, políticas y por los derechos de las niñeces con larga trayectoria y recorridos de luchas que han permitido generar la Ley 144, la Ley 26061, así como también han embanderado las campañas en contra de la baja de edad de punibilidad, por nombrar algunas de ellas.

En este sentido, merece la pena recordar que la Ley de Protección de Derechos de NNYA define el interés superior, y también plantea que las políticas públicas deben tener como uno de sus principales objetivos la creación y promoción de redes intersectoriales locales como prioridad absoluta de los gobiernos, apoyada en el concepto de corresponsabilidad. El derecho a la salud, garantizando el acceso a los servicios de salud, la asistencia integral, campañas de promoción, y la atención prioritaria de NNYA. El derecho a opinar y ser oído, que sus opiniones sean tenidas en cuenta conforme el grado de madurez y desarrollo. Así mismo, en el marco de la Ley se crea el Sistema Integral de protección de derechos, que tiene como fin la preservación o restitución del disfrute y ejercicio de derechos vulnerados. Por su parte, la Ley 114 plantea la remoción de obstáculos que limiten la igualdad y libertad, e impidan el pleno desarrollo de NNYA. Garantiza el derecho a la protección de la salud, a través de la atención sanitaria preventiva. También expresa el derecho de NNYA a ser oídos cuando se trate de sus intereses o en cuestiones relativas a sus derechos.

En medio de este contexto político y social, como trabajadoras del servicio social del hospital, insertas en diferentes salas de internación, programas de consultorios externos y equipos

interdisciplinarios de trabajo, nos encontramos e intervenimos con adolescentes atravesados e inmersos en problemáticas muy complejas que les exponen a situaciones de extrema vulnerabilidad. Situaciones de abusos y maltratos, maternidades tempranas (elegidas?), interrupciones legales de embarazos y diversos eventos obstétricos, consumos problemáticos de sustancias, trastornos de la alimentación, parejas y vínculos familiares violentos, autolesiones e intentos de suicidios, bullying y situaciones de acoso escolar, problemáticas de salud (mental) no atendidas, adolescentes con excesos de responsabilidades (cuidados de hermanos menores, empleos precarios, ser les responsables casi exclusivos de las tareas del hogar) de escolarización temprana, conflictos familiares por identidades y orientaciones sexuales no habilitadas, exposición a riesgos en las redes sociales, entre otras.

A raíz de estas cotidianidades y tomando como referencia la exposición de la Dra. Valobra³ podemos caracterizar, a grandes rasgos, la situación actual como de *“crisis del sistema de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes.”* El desgaste de las instituciones de referencia, la falta y ausencia de políticas de promoción y acompañamiento, basadas desde la escucha activa, el deterioro de los lazos sociales, hacen que les adolescentes se vean expuestos a riesgos, presenten sus derechos vulnerados y en ocasiones, incurran en delitos. A nuestro entender también, la falta de diseño de trabajo no estandarizado a mediano y largo plazo, por los organismos competentes genera que gran parte de les adolescentes intervenidos por el sistema de protección integral pasen por el sistema penal adulto, y/o ingresen sus hijos en el circuito de dicho sistema de protección; siendo la mayoría de las veces, ellos juzgados y criminalizados por “no estar capacitados de ejercer su maternidad/paternidad.”

Por lo general estas trayectorias de vida terminan en una situación de multi intervención desde diferentes organismos e instituciones, como defensorías, servicios locales, juzgados, con intervenciones y acciones fragmentadas, dicotómicas, con falta de programas con perspectiva de derechos en territorio, que no tienen en cuenta sus procesos vitales, deseos, posibilidades, recursos y dinámicas familiares, etc. Por lo contrario, visualizamos intervenciones muy

³ Karina Valobra, Abogada y Miembro de la Red de Docentes, Familias y Organizaciones del Bajo Flores de la Mesa de articulación de Niñez y Adolescencia en Argentina.

extremas y sancionatorias, donde los organismos competentes no acompañan más que desde una mirada ocasional, culpabilizadora y punitivista. Dejando a la luz, la ausencia de políticas integrales de acompañamiento familiar no estandarizadas, de fortalecimiento de los adultos y la red de apoyo y sostén de estos niños y adolescentes, entre otras cosas.

A todo esto se suma el contexto de crisis general que profundiza las situaciones delictivas en los territorios, y se acrecientan los riesgos para los chicos; desapariciones de niños y adolescentes en los barrios; niños y adolescentes varones víctimas del gatillo fácil o del crimen organizado (se constituyen en la venta, mulos y protección de los jefes); incremento de niños y adolescentes en general con desescolarización temprana y ausencia de redes de contención institucionales, con incursión temprana en el consumo de sustancias de manera problemática, con exposición a situaciones de trata, esclavización, abusos y maltratos.

En un informe realizado por la Defensoría de NNYA de la Nación a cargo de Marisa Graham, se señala que los adolescentes de 15 años son los más desprotegidos en materia de seguridad social, ya que no pueden recibir prestaciones sociales como por ejemplo la “tarjeta alimentar” ni el “Progresar”.⁴

Por lo antes expuesto, desde el Servicio Social del Hospital Piñero surgió la necesidad de complementar nuestra atención cotidiana a los adolescentes desde una perspectiva de inserción y acercamiento a ellos desde otro lugar, por fuera del padecimiento, las crisis y/o la enfermedad. Fue así, que desde la perspectiva de derechos consensuada con el Programa de Salud Escolar surgió la propuesta de trabajo de promoción y prevención con adolescentes asistentes a escuelas secundarias del área programática del hospital. La articulación entre el Programa Salud Escolar y las escuelas- Promotores ESI responde a generar un vínculo entre el Sistema Educativo y el Sistema de salud para generar lazos y propuestas de trabajo en conjunto.

El proyecto consiste en el acercamiento a su ámbito cotidiano, como es la Escuela, con el objetivo de ser una vía de escucha de sus voces (escucha activa), propuestas y deseos para motivar

⁴ Presentación de la Defensoría de niños, niñas y adolescentes de la Nación ante la Comisión Familias, niñez y juventudes de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Abril 2024

sus acciones como protagonistas y replicadores de conceptos varios como “Promotores ESI.” Que puedan ser actores y actrices sociales protagonistas de sus historias. Fue así que trabajamos fuertemente en la construcción de ámbitos teóricos prácticos de reflexión y análisis de la realidad, visión y derechos, que habilitan a construir dinámicas de trabajo compartidas. A si mismo, permitió generar lazos y acercamientos de los adolescentes con diferentes profesionales del nosocomio que participaron en actividades realizadas tanto en el hospital, como en las escuelas.

“El acceso a la salud implica un ejercicio colectivo y requiere ser pensado en interrelación con otros derechos por lo que es fundamental considerar, cuando hablamos de acceso, a todas las personas involucradas. En ese sentido, las adolescencias no pueden quedar fuera. Las intervenciones en salud deben estar basadas en la participación activa de adolescentes y jóvenes, sus opiniones deben ser escuchadas y tenidas en cuenta. Entendemos la participación juvenil como eje clave en el acceso de adolescentes al ejercicio de su salud. Es fundamental acompañar las acciones tendientes a ampliar el acceso a través del desarrollo de diferentes modelos participativos. Promover el acceso a la salud es también promover el ejercicio de la ciudadanía.

Los adolescentes pueden comprometerse activamente en las decisiones que les afectan y son quienes tienen la mejor comprensión acerca de sus propias realidades, necesidades y deseos. Incluirlos permite que las intervenciones respondan a sus necesidades reales, les empodera para la exigibilidad de sus derechos.”

Creemos que una de las cuestiones que nos movilizó a formar equipo y apostar al trabajo con los promotores tuvo que ver con la necesidad de crear propuestas diferentes para problemas complejos que se nos presentaban en la asistencia diaria, un proyecto que implicó observar y revisar nuestras prácticas, algunas de ellas rutinizadas, y volver a hacernos preguntas e interrogarnos acerca del para qué de nuestro trabajo en salud con adolescentes.

En ese sentido, podemos recuperar el concepto de la integralidad en la producción de salud tal como plantea Merhy cuando plantea

que “*Cuando no reconocemos en el otro a un ser deseante que apuesta a otros modos de vida, que tiene deseos y proyectos diferentes a los nuestros y a aquellos determinados por las “buenas prácticas”, a veces los profesionales diseñamos planes de cuidado ineficaces, proyectamos prescripciones que muchas veces no son seguidas, criminalizando los deseos*”⁵. Así, nuestras acciones hacen eco en el vacío, y nuestra propia voz reverbera sin que exista alguien que escuche. En esa falta de diálogo, dejamos de aprender con el otro, reproducimos en lugar de producir y eso tiene su impacto en la posibilidad de generar un cambio. Esto conlleva a sostener en el tiempo un trabajo reiterativo, tibio, o incluso frío. Un trabajo rutinario que provoca insatisfacción, en el quehacer profesional, siendo esta una de las causas que conducen al burnout, lo cual impacta directamente en los usuarios. Un trabajo que no ve en el otro nada más que problemas que deben ser extirpados, que no ve la potencia y el poder del otro. Un trabajo que no produce encuentro, o incluso produce malos encuentros. Ese es el desafío central. Apostar a que la vida del otro vale la pena, y que la vida del otro nos enriquece como trabajadores.

Continuando con lo planteado por este autor, el mismo plantea que “*hemos visto que esos buenos encuentros tienen grandes posibilidades de producirse en los lugares no tradicionales de cuidado, en los que la integralidad encuentra la potencia necesaria para concretarse en acciones*”⁶

Otros espacios posibles: “*Lo que ha permitido en muchas situaciones la inventiva del trabajo en salud, especialmente en lo que se produce fuera del espacio de las unidades de los servicios de salud, en los territorios en los que transcurre la vida*”⁷

“*En el encuentro con el otro usuario, trabajador, gestor, en la discusión colectiva, aprendemos y, a menudo, conseguimos reconocer en nuestra práctica cosas buenas y cosas malas que no habíamos percibido antes*”⁸

Merece la pena mencionar que, a lo largo de los encuentros, algunas de las problemáticas que observamos en la atención hospitalaria emergieron como preocupación en la voz de los pibes. A modo de

5 La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil”. Clarissa Terenzi Seixas, Emerson Elias Merhy, Rossana Staevie Baduy, Helvo Slomp Junior

6 Idem

7 Idem

8 Idem

ejemplo: en relación al vínculo con sus referentes adultos, un pibe expresó “yo no les cuento mis cosas porque ya tienen muchos problemas, para que sumarles más”; y otro mencionó “que te digan cosas en la calle es incómodo, pero más doloroso es que te lo digan las personas que quieres.”

Así, en las capacitaciones realizadas a lo largo del corriente año, con 4 escuelas secundarias, visualizamos adolescentes participativos, ávidos de intercambiar, con preocupaciones respecto a situaciones con las que se topan frecuentemente en sus casas, en los barrios o en las escuelas mismas. Surgieron referencias respecto de la soledad, la importancia de los amigos, y la escasa red de adultos de confianza.

Conclusiones

A partir de lo expuesto, consideramos que en el contexto actual de cambio de direccionalidad del gobierno, donde emergen y se consolidan políticas neoliberales, nos encontramos en un momento de profunda crisis social e institucional. La ruptura de lazos sociales, y el desfinanciamiento de programas y políticas profundizaron la crisis en el Sistema de Protección integral. Por décadas se ha venido trabajando en este Paradigma, tanto desde organismos, ONG, y con militancia, el cual desde la sanción de la ley 26061 se ha fortalecido institucionalmente, y aun así los obstáculos y conflictos en su implementación han sido moneda corriente visualizado en las prácticas cotidianas escasez de recursos, precarización de los trabajadores, falta de capacitación y dificultades en la articulación institucional de todos los sectores efectores intervinientes, desde entonces.

Actualmente con las decisiones que ha tomado y toma el gobierno de turno, ha acrecentado los conflictos y por ende ha agravado sus consecuencias. Si bien, organismos como el CNNYA continúan interviniendo y “velando por los derechos de NNYA”, brindan respuestas mecanizadas, fragmentadas, insuficientes, culpabilizadoras y muchas veces descontextualizadas de las realidades que atraviesan adolescentes y referentes. Solemos decir “todo es un como si.”

Se visualiza desdibujado el principio de corresponsabilidad citado por la convención y la ley nacional. La falta de prácticas en el trabajo para la autonomía progresiva y la decisión política de financiar políticas acordes a los diagnósticos realizados por los organismos y entidades competentes. Ante estas situaciones creemos importantísimo idear y sostener proyectos que permitan generar lazos y alojar a los adolescentes desde otro lugar. Generando espacios de escucha, de intercambios, y referencia con el sistema de salud. Un proyecto que va contra la lógica que se intenta delinear desde las gestiones, dado que se habilita la referencia y contrarreferencia entre las escuelas y el equipo de salud, promoviendo la autonomía progresiva, ejercitando la toma de decisión, la participación, como ejes fundamentales para el ejercicio de ciudadanía.

Cabe mencionar que aun siguen vigente las leyes nacionales y provinciales que sostiene legalmente y son base para este sistema, recordando que el mismo establece y articula políticas y programas para la niñez y adolescencia vinculado a todos los sectores y órdenes gubernamentales determinando responsabilidades específicas para cada uno de ellos en torno a la garantía y cumplimiento de los Derechos de NNYA.

Bibliografía

Semán, P. (2023) "Introducción. La piedra en el espejo de la ilusión progresista" en Está entre nosotros: ¿De dónde sale y hasta dónde puede llegar la extrema derecha que no vimos venir?. Siglo XXI Editores, Argentina

Ministerio de Salud de la Nación (2023) Lineamientos para el abordaje de la salud integral de adolescentes en el primer nivel de atención. Fascículo 1 "Salud Integral" y Fascículo 7 "Participación Juvenil".

Presentación de la Defensoría de niños, niñas y adolescentes de la Nación ante la Comisión Familias, niñez y juventudes de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Abril 2024

"La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil". Clarissa Terenzi Seixas, Emerson Elias Merhy, Rossana Staevie Baduy, Helvo Slomp Junior

Ley 26061 Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes

Ley 114 Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires

"El gobierno de la Ciudad eliminó la autonomía del Consejo de la Niñez" Tiempo Argentino, 19/12/2023. Disponible en: https://www.tiempoar.com.ar/ta_article/ciudad-consejo-de-la-ninez/

Problematizando la atención sobre consumos problemáticos en un hospital general de agudos desde una perspectiva de derechos.

Marina Vezzetti - Licenciada en Trabajo Social (UBA). Docente de la Cátedra de DD HH y Salud Colectiva de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara

Problematizando la atención sobre consumos problemáticos en un hospital general de agudos desde una perspectiva de derechos.

Introducción

La Ley de Salud Mental 26.657 (2010), es la expresión del Paradigma de Derechos Humanos en Salud Mental. Supuso un cambio en la forma de ver, pensar y abordar la salud mental y las personas con dichos padecimientos, grupo históricamente segregado, estigmatizado y privado de su condición de humanidad.

La importancia de la ley en tanto marco normativo, reside en expresar estándares mínimos de dignidad, derechos a la vida, a la libertad personal, a la igualdad, a la seguridad jurídica, sin discriminación a cumplimentar desde nuestras prácticas en salud. También de contextualizar los padecimientos dentro de una perspectiva sociopolítica e histórica de la atención en salud.

Promueve una atención psicosocial integral, centrada en la persona, con trabajo interdisciplinario e intersectorial, con enfoque comunitario, colaborativo y coordinado.

En su artículo 4 promueve, *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”*

En su artículo 5 dispone que el diagnóstico en SM no presume riesgo de daño *“...Se parte de la presunción de capacidad de todas las personas”*. En este sentido el Código Civil también establece que las limitaciones de la capacidad jurídica son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona.

De esta manera queda establecido el derecho de lxs usuarixs de sustancias psicoactivas a la toma de decisiones autónomas sobre

su propio cuerpo y la propia vida, a buscar atención sanitaria integral y oportuna, señalando una respuesta socio institucional que priorice los espacios asistenciales y de derechos sociales en salud por sobre la judicialización o penalización.

En su artículo 4 se explicita la decisión del cierre de los espacios de atención monovalentes, y la atención de SM y adicciones en los establecimientos generales de salud. En el artículo 14, expresa que la opción de la internación por salud mental se presenta como última alternativa y deberá ser lo más breve posible, no pudiendo extenderse por razones sociales.

El/la juez/za controla, no ordena ni la externación ni la internación, son los profesionales de salud quienes ejercen este gran poder de definir una medida restrictiva de la libertad y que, por lo tanto, reviste una gran responsabilidad profesional.

Caracterización

Desde la inserción en un hospital general de agudos de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, el consumo problemático de sustancias se evidencia como una problemática de salud prevalente en la población que concurre a los distintos servicios. Se expresa como un problema de salud atravesado por condiciones de desigualdad económica, de clase, de género, de grupos etarios, de etnia, de pertenencia territorial, como así también de inequidad en la accesibilidad a los servicios públicos y a los DESC de educación, alimentación, medio ambiente, vivienda y trabajo. En relación al escenario asistencial, se expresan distintas dimensiones de problemas para lograr intervenciones en salud integral con las personas que consumen sustancias psicoactivas y cursan internaciones por motivos clínicos y/o por salud mental: El deterioro económico de los pacientes y sus familias; la falta de cobertura médica social y previsional, los recortes en políticas públicas y la saturación del sistema de salud post pandemia; conducen directamente a la dificultad para lograr estrategias de externación integrales, que se sostengan y eviten la prolongación de las internaciones y las reinternaciones.

El recorte en políticas públicas limita las posibilidades de respuesta

para las situaciones de personas más vulnerables. Se evidencia una falta de dispositivos para la atención en lo local de la Comunidad. A la inaccesibilidad geográfica, para aquellas personas con consumo y en calle que no circulan por la institución hospitalaria; se suma a la existencia de prácticas expulsivas y estigmatizantes que se sostienen en nuestras instituciones sanitarias; por prejuicio, por falta de capacitación en la temática y nuevamente por falta de recursos adecuados para trabajar la problemática.

Por otra parte, la caracterización del trabajo en el hospital está marcado, por un lado, por fuertes relaciones interpersonales, por otro, por la fragmentación propia del trabajo hospitalario; con baja opción por el trabajo en equipos interdisciplinarios. Lo anterior se atribuye generalmente a la falta de formación para el trabajo en equipo desde las carreras de grado.

Existe el concepto hegemónico de medicina curativa, donde se evidencia la supremacía del modelo médico sanitario, desconociendo otras concepciones del proceso salud-enfermedad, de los padecimientos subjetivos y colectivos en salud mental. Las intervenciones desde un inicio se muestran aisladas en interconsultores con mayor o menor nivel de intercambio mutuo sobre evaluaciones según especificidad.

La resolución clínica del episodio agudo, que fue motivo y criterio de la internación, resulta el principal objetivo de las salas del hospital hacia sus pacientes. En su mayor parte, la persona reconoce contar con historial de consumo, usualmente no logra considerarlo un problema, hasta luego de trabajar y reflexionar mucho. Es imprescindible para el proceso anterior contar con tratamiento farmacológico, tiempo y acogida institucional para la desintoxicación. Los referentes familiares si visualiza el consumo como un problema y lo reseñan como el detonante de conductas de auto exposición a riesgos físicos, de violencia, agresión o delictual que también son trayectorias en instituciones donde dichas experiencias muestran antecedentes que inciden en la actual internación y las propuestas que pudieran ser opción.

Una vez que es definida el “alta institucional”, la vacancia de instituciones intermedias de alojamiento, convivenciales que den

respuesta institucional de cuidado integral frente a la problemática de la falta de vivienda y la fragilización de los lazos de contención socio familiares, resulta un nudo crítico para la gestión de turnos, evaluaciones y derivaciones que se garanticen oportunamente, más allá de la internación a puertas cerradas. Una vez más, las deficiencias del actual estado de situación de la política pública y de la seguridad social, con escasa oferta de servicios, señalan la persistencia del mandato sociocultural alrededor del cuidado como asunto privado de las familias.

Las medidas de aislamiento preventivo durante la emergencia sanitaria han visibilizado lo imprescindible de actividades cotidianas, consideradas como secundarias o banales, pese a ser básicas para la reproducción social y biológica de sujetos y grupos como son las tareas de crianza y de cuidado. Es central también desde la perspectiva de género reflexionar cómo se redistribuyen, si es que lo hacen, esas tareas al interior de los distintos grupos familiares y si nosotros como agentes de salud reforzamos dicho mandato.

Por otra parte, se observa que persiste en nosotrxs como equipos de salud, una evaluación el riesgo que prima frente al arrasamiento de la persona; muchas veces buscamos resguardar su vida, dar tiempo a una vuelta del sujeto con el cual acordar una opción terapéutica que en oportunidades se logra pero que no debe perder de vista la perspectiva de la decisión autónoma para que pueda tornarse en una perspectiva de la práctica profesional tutelar.

Es necesario preguntarnos y encontrar el límite en cada caso hasta dónde guía nuestra intervención un pensamiento normativo, abstencionista de la sustancia y de tratamientos en dispositivos restrictivos (solicitud de consignas policiales para evitar el abandono del hospital dentro de la medida de la internación involuntaria o la derivación a comunidades terapéuticas a puertas cerradas.

Por último, existe una baja articulación de las redes sociales, compuesta por los actores de las instituciones, de las familias y de los espacios colectivos recreativos en el afuera del hospital.

Desafíos para la intervención:

Cómo interpretamos en la Ley SM, la persona que consume sustancias psicoactivas no tiene un status menor desde la premisa de la dignidad del sujeto de derecho.

El sistema de salud y sus agentes deberán abstenerse de interpretaciones morales sobre lxs usuarixs de sustancias psicoactivas, debiera asumir aquello que se expresa como impacto negativo de una práctica, una forma de conducirse frente a las distintas circunstancias del sujeto, que deterioran su salud integral. Aquí, según Sasha Acervo, los interrogantes podrían ser:

¿Qué límites adquieren las internaciones por diagnóstico de consumo de sustancias psicoactivas y riesgos para sí y para terceros en hospital general de agudos?

¿Cómo y en función de qué se evalúa el riesgo para sí y para terceros en situaciones de consumo problemático de sustancias?

En situaciones de extrema vulnerabilidad y violencia ¿cuándo empieza a contar la voluntad de la persona internada, que transita su vida en condiciones de riesgo?

Para ello el equipo de salud debiera adquirir nuevas competencias que conduzcan a prácticas profesionales transformadoras para sí mismos y para las personas que consultan, torciendo trayectorias marcadas por la oscilación entre la expulsión y el tutelaje y una perspectiva de respeto por los derechos humanos de nuestros pacientes con fuerte acento en intervenciones de exigibilidad de derechos hacia las instancias judiciales e institucionales responsables de dar respuestas integrales y oportunas.

El modelo de reducción de riesgos y daños es aquel conjunto de ideas, conocimientos y estrategias de intervención orientadas a reducir las consecuencias negativas sobre ciertos comportamientos humanos en el contexto de consumo de sustancias.

Sin excluirse de estas tensiones, desde el trabajo social buscamos ampliar la perspectiva de intervención en salud con acciones de atención que incorpore a los objetivos de “cura” del hospital de agudos, aspectos relativos al CUIDADO INTEGRAL Y DE RESPETO DE DERECHOS.

- Perspectiva interseccional y contextualizada.
- Acceso a justicia y a identidad
- Acceso a MAC
- Trabajo sobre los vínculos familiares, referentes afectivos y comunitarios.

El acompañamiento diario en sala busca disminuir el malestar subjetivo/psicológico, de despersonalización, por la suspensión de cotidianidad, lazos afectivos y de socialización.

Recabar y ponderar como parte del equipo tratante y registrar en la historia clínica información diversa sobre la evaluación de vínculos familiares y de referencia afectiva, trayectorias vitales y terapéuticas, condiciones de infraestructura de los barrios y vivienda, las articulaciones realizadas con programas y equipos de los centros de Atención Primaria u otros sectores de la política pública en territorio como justicia, promoción social, educación, etc; son también estrategias para romper con estrategias unívocas reubicando en la diversidad las oportunidades de cada situación. Otro objetivo es contribuir al incremento y optimización de la información disponible actualizada, acerca de la oferta de dispositivos existente para el abordaje del consumo problemático de sustancias para favorecer la implementación de modalidades de trabajo en red.

Conclusiones

Surge como imprescindible establecer una relación con lxs usuarixs más horizontal y empática basada en la escucha abierta y respetuosa de decisiones y creencias. Respecto de las indicaciones, si acuerdan con ellas según su percepción subjetiva actual y si cuentan con las condiciones para realizarlas.

Es fundamental continuar tejiendo redes y fortaleciendo vínculos de trabajo interdisciplinario más afines a los mencionados objetivos contrahegemónicos en el hospital.

En el seguimiento conjunto, en reuniones semanales de pase de paciente, en espacios de capacitación permanente; ejercitar la

disposición a la escucha, reconocer los límites de los instrumentos de cada disciplina; buscando co-construir un saber compartido, en un trabajo en equipo que incluya la mirada y la palabra de lxs usuarixs es sentido para esta tarea.

Algunas experiencias de planificación de acciones en conjunto, son la elaboración de trabajos y participación como expositores en jornadas hospitalaria, el armado de un chat con con actualización diaria de eventos relacionados a la evolución del paciente para la división de pendientes, tareas y responsables; la evaluación y elaboración de informes interdisciplinarios para instancias judiciales intervinientes, etc.; dan posibilidad de encuentros periódicos que profundicen y difundan “nuevas significaciones” sobre la tarea hospitalaria para abordar el consumo problemático.

Bibliografía

Ley Nacional de Salud Mental 26657 (2010)

Cáceres Carmen (2017) "Derechos Humanos en Salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental" ADESAM - Buenos Aires.

Damian, C. Arrieta (2017) Que es la reducción de riesgos y daños? En: un libro sobre drogas. Cap. 3 "100 años de malas decisiones" ¿Qué es lo que está mal y que podemos mejorar? Editorial El gato y la caja. Buenos Aires.

Sasha Acerbo (2022) "Consumo Problemático de Sustancias internaciones agudas y desafíos en la intervención de situaciones complejas"

