



Cuadernos VI

Salud y Trabajo Social: procesos de intervención y organización colectiva

Laura Paradela - Valeria Redandi | Compiladoras

Colección Digital Documentos para el ejercicio
profesional del Trabajador Social

CiTS

Serie Cuadernos

Salud y Trabajo Social procesos de intervención y organización colectiva

Laura Paradela
Valeria Redondi
Compiladoras



COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Cuadernos VI

Salud y Trabajo Social. Procesos de intervención y organización colectiva

Comité editorial:

Marta Cimarosti, Laura Paradela, Valeria Redondi, Laura Riveiro y Andrea Oliva
(ICEP - Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales)

Compiladoras:

Laura Paradela
Valeria Redondi

Salud y trabajo social : procesos de intervención y organización colectiva / Eve Simonotto ... [et al.] ; compilado por Redondi Valeria ; Laura Paradela. - 1ª ed. - La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2019.
Libro digital, PDF - (Documentos para el ejercicio profesional del Trabajo Social. Cuadernos ; 6)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-4093-17-2

I. Trabajo Social. 2. Derecho a la Salud. I. Simonotto, Eve. II. Valeria, Redondi, comp. III. Paradela, Laura, comp.
CDD 362

Está permitida la reproducción parcial o total de los contenidos de este libro con la mención de la fuente. Todos los derechos reservados.

Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires

Calle 54 # 742 Piso 3° (1900) La Plata - Bs. As.

Tel-Fax (0221) 427-1589 - E-mail: info@catspba.org.ar - www.catspba.org.ar

Autoridades del Colegio de Trabajadores Sociales de la provincia de Buenos Aires

CONSEJO SUPERIOR

Mesa Ejecutiva:

Presidente: MARIA JOSE CANO
Vicepresidente: MANUEL WALDEMAR MALLARDI
Secretario: MARCELA PATRICIA MOLEDDA
Tesorero: MARIA DOLORES APRAIZ

Vocales Distrito Azul:

Titular: JULIA ANDREA MENDEZ
Suplente: ANDREA ANTONIA OLIVA

Vocales Distrito Bahía Blanca:

Titular: GUILLERMINA ELIZABETH ALANIZ
Suplente: LEANDRO JAVIER GAUNA

Vocales Distrito Dolores:

Titular: CLAUDIA MIRIAM CHIMINELLI
Suplente: -

Vocales Distrito Junín:

Titular: ROMINA ANDREA BORAGNO
Suplente: MARIA LIS PEDEMONTE

Vocales Distrito La Matanza:

Titular: ANDREA DEL VALLE MEDINA
Suplente: -

Vocales Distrito La Plata:

Titular: SILVIA VIRNA QUENTREQUEO
Suplente: VALERIA ANDREA REDONDI

Vocales Distrito Lomas de Zamora:

Titular: MARTA SUSANA MONTE
Suplente: MONICA EDITH ETCHEVERRY

Vocales Distrito Mar del Plata:

Titular: MIRIAM MABEL SICOLI
Suplente: ANDRE ESTEFANIA GISELE

Vocales Distrito Mercedes:

Titular: CAROLINA VICTORIA DI NAPOLI
Suplente: -

Vocales Distrito Moreno-General Rodríguez:

Titular: MARCELO ANIBAL ECHAZARRETA
Suplente: MARIANO EDUARDO COLOMBO

Vocales Distrito Morón:

Titular: JORGELINA ALEJANDRA CAMILETTI
Suplente: -

Vocales Distrito Necochea:

Titular: RUBEN CARLOS FERNANDO DEL MURO
Suplente: LILIAN MARCELA SAMMARONI

Vocales Distrito Pergamino:

Titular: MARÍA JESÚS RICARDO
Suplente: ROSANA ANDREA ALVAREZ

Vocales Distrito Quilmes:

Titular: SILVIA ACOSTA
Suplente: CLAUDIO PALAZZO

Vocales Distrito San Isidro:

Titular: SUSANA ESTHER RECIO
Suplente: LAURA INES CANEPA

Vocales Distrito San Martín:

Titular: CECILIA CRISTINA COHEN
Suplente: SILVIA ALEJANDRA COUDERC

Vocales Distrito San Nicolás:

Titular: MARIA EUGENIA PINI
Suplente: CARINA SILVIA CHAVES

Vocales Distrito Trenque Lauquen:

Titular: CAROLINA OUTON
Suplente: MARIA DÉBORA JUSTINO

Vocales Distrito Zárate-Campana:

Titular: MIGUEL NICOLAS LOPEZ
Suplente: ANALIA GABRIELA REYNOSO

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Vocales titulares:

Marisa Beatriz SPINA
Maria Carolina MAMBLONA
Estela Maris RODRIGUEZ VEDIA
Viviana Beatriz IBAÑEZ
Nicolas Rosario Gabriel FUSCA

Vocales Suplentes:

Maria Ines PIETRANGELI
Betina Luciana MATEOS

Índice

6 **Presentación**

8 **Prólogo**

PARTE I PROCESOS DE TRABAJO Y ORGANIZACIÓN COLECTIVA

12 **Feminismo Popular: Experiencias y Aportes de la Campaña Nacional Contra las Violencias Hacia las Mujeres** - Campaña Nacional contra las Violencias hacia las Mujeres

30 **Resistencia organizada de lxs trabajadorxs y derecho a la salud** - Marta Márquez

43 **El trabajo en red en las problemáticas complejas en torno a la tuberculosis** - Red de trabajador@s sociales interviniendo en tuberculosis

55 **Intersticio de tiempo: “la covisión como paréntesis necesario para enriquecer la autonomía profesional”** - Micaela Grisolio, Andrea Landeira Pieroni, Bruno Petruzza, Evelina Simonotto

PARTE II REFLEXIONES Y ESTRATEGIAS EN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN SALUD

67 **Estrategias interdisciplinarias para el abordaje del VIH/SIDA. Una mirada desde la Salud Pública en la coyuntura actual** - Residencia PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias) de Berisso

76 **A.P.S, Género y Trabajo Social. Una experiencia de intervención interdisciplinaria** - Residencia PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias) de Mar del Plata

84 **Reflexiones sobre la formación profesional en el campo de la Salud Pública** - Valeria Carosella

98 **Aproximaciones teórico-prácticas de experiencias de trabajo asistencial en Salud Mental** - Ruth Franco y Manuela Rancatti

108 **Lo social en cuestión. Verbalizar el con-texto: expresiones e intervención(es) en Salud Mental** - Matías Papa

115 **Determinación social de la salud, Trabajo Social en Brasil y el trabajo en hospitales** - Marina Monteiro de Castro e Castro y Laura Marcelino Leal

Presentación

Como parte de una política institucional que tiene como objetivo no sólo promover una mayor difusión de materiales bibliográficos, sino fundamentalmente la producción escrita sobre la intervención profesional, a partir del déficit existente, dadas las particularidades que asume nuestra profesión en el entramado de las relaciones sociales, compartimos desde el Colegio de Trabajadorxs Sociales de la Provincia de Buenos Aires, una nueva publicación de la Colección Digital Documentos para el ejercicio profesional del Trabajo Social.

De este modo y en consonancia con la reciente publicación de la Colección Debates en Trabajo Social “Salud y Trabajo Social. Procesos de intervención y Organización Colectiva por el Derecho a la Salud”, socializamos la presente compilación coordinada por las colegas Valeria Redondi y Laura Paradela. La génesis de las distintas producciones que se incluyen se encuentra en la convocatoria abierta “Trabajo Social y Salud: experiencias colectivas en el ámbito de la salud pública” coordinada por el Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales (ICEP), garantizando, de este modo, un proceso plural que recupera las voces de colegas de distintas ciudades de nuestra provincia; convocatoria pública y abierta dirigida al colectivo profesional, con la intención de potenciar intercambios, reflexión, debate y profundización de conocimientos y, consecuentemente, fortalecer procesos organizativos, tan necesarios, para continuar rechazando aquellos mecanismos precarizadores del ejercicio y la autonomía profesional, de la mano del avasallamiento de las garantías del derecho a la salud pública en particular.

Tal como hemos afirmado, la relación histórica del Trabajo Social con los procesos de salud-enfermedad-atención, remite a problematizar uno de los campos ocupacionales de mayor trayectoria en nuestro territorio, como así también uno de los aspectos que más interpela la vida cotidiana de la población con la cual trabajamos.

En un contexto de políticas sanitarias regresivas, producto del ajuste, desfinanciamiento y dependencia externa, con injerencia de las corporaciones, el FMI y demás organismos multilaterales, se agudizan aquellos procesos teniendo como correlato mayor precarización y/o flexibilización laboral, además de avasallar gravemente las garantías del derecho a la salud pública, con un fuerte impacto no sólo en las condiciones de intervención profesional sino también de vida, de grandes sectores de la población.

Frente a ello, en el marco de las distintas acciones institucionales que se vienen desarrollando, donde se destaca la participación del “Movimiento por el Derecho a la Salud”, en esta ocasión socializamos producciones que se gestaron en diferentes espacios y buscan visibilizar las luchas y disputas por la defensa como también por el avance de los derechos sociales y el propio ejercicio profesional del Trabajo Social en el ámbito de la salud pública.

La Plata, 12 de julio de 2019

Mesa Ejecutiva del Colegio de Trabajadorxs Sociales

María José Cano – Presidenta

Manuel W. Mallardi – Vicepresidente

Marcela P. Moleda – Secretaria

Dolores Apraiz – Tesorera

Prólogo

Para el Colegio profesional esta nueva publicación tiene como propósito reunir producciones que recuperan la diversidad de experiencias de trabajadoras/es sociales que se desempeñan en el ámbito de la salud. Y por lo tanto se reafirma en una decisión ético política de nuestra organización profesional que se articula con expresiones organizativas del movimiento de la sociedad.

A través de estos artículos y en sintonía con el libro *“Salud y Trabajo Social: procesos de Intervención y organización colectiva por el derecho a la salud”* perteneciente a la Colección *Debates en Trabajo Social*, socializamos contribuciones y reflexiones que han sido gestados en la trama misma donde se despliegan nuestros procesos de trabajo.

En esta edición de la Serie **“Cuadernos”** se encontrarán con diez producciones que transitan por diversas reflexiones sobre la situación contemporánea de la salud, tanto en clave de las condiciones y proyectos de intervención del Trabajo Social como de los aportes de organizaciones, que recuperan procesos históricos de luchas gremiales y sociales.

El primer artículo da cuenta del recorrido de la **Campaña Nacional contra las Violencias hacia las Mujeres** (CNCVM), del proceso de lucha y organización que surge desde este espacio de construcción feminista, de clase y territorial. Las conclusiones son aportes que tienen por finalidad transformar las condiciones patriarcales y de explotación en que se reproduce la vida de mujeres, lesbianas, travestis y trans, en especial de sectores populares.

En segundo término, **Marta Márquez**, en **“Resistencia organizada de lxs trabajadorxs y derecho a la salud”** realiza un interesante recorrido por el sistema de salud argentino, en el que centra su atención en las políticas desplegadas durante los años cuarenta del pasado siglo, hasta arribar al origen de la asociación de los profesionales de la salud. (CICOP). Aquí se detiene para caracterizar esta organización gremial y los desafíos actuales.

Por su parte, **la Red de trabajador@s sociales interviniendo en la tuberculosis** presenta la trayectoria de este colectivo profesional. Analiza la problemática de la tuberculosis como manifestación de la cuestión social y rescata la dimensión ético política del Estado. Asimismo, aborda el proceso de adherencia vinculado a la accesibilidad al sistema de salud.

Continúan las trabajadoras sociales de las Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) del Partido de Berisso. Las colegas recuperan una experiencia de trabajo, en el artículo que se titula **“Estrategias interdisciplinarias para el abordaje del VIH/SIDA. Una mirada desde la Salud Pública en la**

coyuntura actual". El mismo tiene por objetivo repensar la construcción interdisciplinaria en el abordaje de la problemática de VIH-SIDA desde el espacio de consejería que funciona en el Hospital "Dr. Larrain".

En quinto lugar, en la producción denominada **"Intersticio de tiempo: la covisión como paréntesis necesario para enriquecer la autonomía profesional"** se reconstruye el proceso por el cual transitaron trabajadorxs sociales de las Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) del Partido de Lanús. Al interrogarse sobre la propia práctica, presentan los aportes de la covisión con relación a la ampliación de la autonomía profesional.

Seguidamente, integrantes de la Residencia Integrada Multidisciplinaria (PRIM) de Mar del Plata, se proponen en el trabajo **"A.P.S, Género y Trabajo Social. Una experiencia de intervención interdisciplinaria"** realizar un aporte a la intervención del Trabajo Social desde la Estrategia de Atención Primaria, a través del análisis del "Dispositivo Integral e Interdisciplinario de Atención a la Mujer en periodo de Puerperio".

En **"Reflexiones sobre la formación profesional en el campo de la Salud Pública"**, Valeria Carosella presenta las características que adquiere la experiencia de trabajo con formación en servicio de la Residencia en Salud y comparte reflexiones e inquietudes a partir de la práctica docente en conjunto con las/os distintas/os profesionales que han ido transitando este espacio de trabajo en formación.

Continúa el artículo **"Aproximaciones teórico-prácticas de experiencias de trabajo asistencial en Salud Mental"** en el cual las colegas de la Residencia en Salud de Trabajo Social del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna" de Bahía Blanca, se proponen compartir una serie de interrogantes y propuestas, –por cierto, no acabadas–, con la intención de aportar a la problematización de las prácticas profesionales en salud mental.

La siguiente producción, también proviene del campo de la Salud Mental, denominada **"Lo social en cuestión. Verbalizar el con-texto: expresiones e intervención(es) en Salud Mental"**. Matías Papa se plantea algunos interrogantes: ¿Cuál es el social de intervención en Salud Mental? ¿Nuevas formas de expresión de la cuestión social? ¿En qué contextos se presentan? ¿Con que marcos y/o dispositivos institucionales se cuenta para dar respuesta? ¿Qué relación se puede pensar entre la salud/salud mental, lo social, lo público y lo político de estos contextos?

Finalmente, Marina Monteiro de Castro e Castro y Laura Marcelino Leal, desde Brasil, en su artículo: **"Determinación social de la salud, Trabajo Social en Brasil y el trabajo en hospitales"** afirman que el debate sobre la determinación social es esencial para comprender la relación entre las condiciones de salud y los procesos societarios. A partir de esta afirmación, concluyen que se torna necesario un análisis integral de la realidad por parte de las/os profesionales de la salud, para no reproducir una lógica que, muchas veces, culpabiliza a los sujetos por su condición social.

Agradecemos a lxs profesionales que participaron de la convocatoria compartiendo sus producciones. Al mismo tiempo queremos invitar a todxs a participar en nuevas convocatorias materializando sus intervenciones y reflexiones.

Porque apostamos al conocimiento colectivo y no mercantilizado a disposición de lxs trabajadorxs que venimos resistiendo en nuestro cotidiano laboral, creemos que sólo con organización colectiva, consolidaremos experiencias de trabajo y de lucha hacia un mundo justo y humano. Va en este sentido: **“Cuadernos en Salud”**, proceso de escritura, de organización, trabajo y reflexión; que se inscribe como acto de resistencia, nos reúne y nos colectiviza.

Laura Paradela y Valeria Redondi

Parte I

Procesos de trabajo y organización colectiva

- 12** **Feminismo Popular: Experiencias y Aportes de la Campaña Nacional Contra las Violencias Hacia las Mujeres** - Campaña Nacional contra las Violencias hacia las Mujeres
- 30** **Resistencia organizada de lxs trabajadorxs y derecho a la salud** - Marta Márquez
- 43** **El trabajo en red en las problemáticas complejas en torno a la tuberculosis** - Red de trabajador@s sociales interviniendo en tuberculosis.
- 55** **Intersticio de tiempo: “la covisión como paréntesis necesario para enriquecer la autonomía profesional”** Micaela Grisolio, Andrea Landeira Pieroni, Bruno Petruzza, Evelina Simonotto

Feminismo Popular

Experiencias y Aportes de la Campaña Nacional contra las Violencias hacia las Mujeres

Campaña Nacional contra las Violencias
hacia las Mujeres

INTRODUCCIÓN

El presente artículo busca dar cuenta del recorrido de la Campaña Nacional Contra las Violencias Hacia las Mujeres (en adelante, CNCVM) con el fin de visibilizar y compartir el proceso de lucha y organización que surge desde este espacio de construcción feminista, de clase y territorial de importante inserción en la provincia de Buenos Aires, La Plata y Ciudad Autónoma de Buenos Aires principalmente.

En la primera parte realizamos la presentación y caracterización de la CNCVM, dando cuenta de nuestro posicionamiento como parte del movimiento feminista, de mujeres, lesbianas, travestis y trans, y desde una perspectiva de clase. Asimismo, enfatizaremos en nuestras reivindicaciones como espacio político.

Luego, se detallan algunos de los ejes centrales que desde nuestra colectiva fuimos trabajando durante los seis años de existencia que tenemos, tales como: organización feminista, territorial y de clase ante la violencia machista y patriarcal; salud pública y nuestro derecho al aborto legal, seguro y gratuito; abuso sexual en las infancias: tode niñe tiene derecho a una infancia libre de ASI; campaña contra la violencia machista en los medios masivos de comunicación y denuncia del sistema judicial racista y patriarcal, a lo que decimos: ante la justicia patriarcal organización feminista, clasista y anticolonialista (Caso Reina Maraz).

Por último, se reflexiona sobre estos ejes. Las conclusiones son aportes basados en la experiencia de lucha y organización para transformar las condiciones patriarcales y de explotación en que se reproduce la vida de mujeres, lesbianas, travestis y trans, en especial de sectores populares. Y que dan cuenta de un proceso dinámico, de transformación y aprendizaje colectivo, sororo y feminista.

NO TE DES POR VENCIDA, NI AÚN VENCIDA

Construyendo la CNCVM desde los territorios

El movimiento feminista y territorial de mujeres, lesbianas, travestis y trans continúa organizándose en contra de las violencias y opresiones patriarcales,

misóginas, colonialistas, capitalistas. Crece desde abajo, desde nuestros territorios. Esos territorios que enfrentan luchas cotidianas y que revelan las más crudas consecuencias del sistema capitalista, patriarcal y colonial.

En el año 2012, más de treinta organizaciones y compañeras independientes decidimos unir nuestras resistencias, nuestras formas de buscar soluciones y nuestras experiencias para ser más y más fuertes. Apostamos a construir la Campaña Nacional Contra las Violencias Hacia las Mujeres (CNCVM), entendiéndola como una herramienta de lucha para enfrentar de forma colectiva al capitalismo, colonialismo y patriarcado, sistemas que nos oprimen y asesinan.

En aquel momento, estábamos organizadas en agrupaciones territoriales, en grupos de mujeres en distintos barrios, algunas en nuestros espacios de trabajo, otras en organizaciones estudiantiles o artísticas. Y veíamos como un gran problema que, al abordar las cuestiones ligadas a las violencias de género, siempre había un techo: el de los pasillos del barrio, las paredes de las aulas, la ausencia de políticas públicas integrales o las miradas desconfiadas y descreídas, de incompreensión sobre las violencias y cómo se reproducen y profundizan cuando las intersectamos con las condiciones de clase y opresión colonialista.

La CNCVM nació para visibilizar las violencias hacia las mujeres, lesbianas, travestis y trans, para sacarlas al espacio público, denunciarlas, que empiecen a sentirse en los cuerpos de todas las personas y dejen de ser vistas como “problemas personales” o de desviadas. Buscamos “sacar los trapitos al sol” en contraposición a “los trapos sucios se lavan en casa” como acto emancipatorio, sanador, propuesta de salud colectiva y entre nosotras. A esta altura, como parte de los procesos previos de cada organización que conformó la Campaña, habíamos entendido que de la violencia (de todas las violencias) no salimos solas, sino acompañadas. Y que eso se vuelve más potente cuando se amplifica en organización. Allí, el padecimiento se transforma en acción colectiva transformadora. Y esta fue la apuesta.

En la actualidad, la CNCVM funciona en provincia de Buenos Aires (regionales Oeste, Sur, Norte y La Plata), en CABA, en Tucumán y en Mendoza¹. Pasaron muchas cosas en estos seis años. Somos cada vez más las que en todo el mundo nos organizamos cotidianamente para eliminar las violencias. Nos acompañamos entre compañeras, creamos redes en las que nos hacemos más fuertes y poderosas, enfrentamos a instituciones machistas y copamos las

¹ La Campaña Nacional Contra las Violencias Hacia las Mujeres está integrada por: Regional Caba (Independientes, Frente de Organizaciones de Base-FOB, Frente Juvenil Hagamos Lo Imposible-HLI, Frente de Organizaciones en Lucha- FOL, Indomites, Pañuelos en Rebeldía, Coordinadora Contra la Represión Policial e Institucional-Correpi, Corriente Social y Política Marabunta, Venceremos-Partido de Trabajadorxs); Regional Sur (Independientes, Mariposas de Villa Paris, Espacio cultural, político y social La Casita de Guernica, Agrupación Político Pedagógica y Sindical Che Docente, Frente de Organizaciones en Lucha-Fol, Frente Juvenil Hagamos Lo Imposible-HLI, Corriente Social y Política Marabunta, Venceremos-Partido de Trabajadorxs); Regional Norte (Independientes, Ñanderoga, Isleñas en lucha, Frente de Organizaciones en Luchas-FOL, Corriente Social y Política Marabunta); Regional Oeste (Independientes, Frente de Organizaciones en Lucha-FOL, Agrupación Víctor Choque Ate, Mundanas, Caracolas, Corriente Social y Política Marabunta, Frente Universitario de Luján y Espacio de Lucha Territorial Río Bravo agrupadxs en Subversión, Agrupación Docente La Bordó, Agrupación Estudiantil El Agite en HLI, Agrupación Estudiantil Oíme, Mujeres Ferroviarias); Regional La Plata (Arde Pandora, Frente de Organizaciones en Lucha-FOL, Corriente Social y Política Marabunta); Regional Tucumán (Independientes, Comisión de Géneros de Colectivo Cultural El baldío, Corriente Social y Política Marabunta); Regional Mendoza (Movimiento Popular la Dignidad, Agrupación Feminista Aqueelarre, Frente de Organizaciones en Lucha-FOL, Venceremos-Partido de Trabajadorxs).

calles con nuestros cuerpos. En este proceso de lucha, vamos sumando experiencias; también, construimos herramientas desde abajo.

En este intercambiar experiencias, saberes y estrategias, potenciamos articulaciones existentes y dimos impulso a nuevas formas de coordinación y acción. Así, la Campaña fue creciendo y fortaleciéndose. En cada territorio se divisaba una urgencia latente de tejer lazos, de juntarse, canalizando la rabia que produce la violencia ejercida hacia cualquiera de nosotras.

Con lucha y organización decidimos rebelarnos a los roles que se nos asignaron, porque esos roles son fundamentales para la reproducción de la vida y el funcionamiento del engranaje del sistema capitalista. Con rabia y dolor tomamos las calles para gritar fuertemente basta de femicidios y transfemicidios. Acompañamos a quienes transitaron por situaciones de violencia, a familiares de desaparecidas, aquellas que son víctimas de las redes de trata. No hubo lluvia ni frío que pudo ganarnos en las vigiliadas durante el debate por la legalización del aborto porque entendemos que somos nosotras quienes debemos decidir sobre nuestros cuerpos. Dimos batalla a las políticas de ajuste y despidos propiciados por los gobiernos de turno, en los que mujeres, lesbianas, travestis y trans somos las más afectadas.

La Campaña apostó a disputar el sentido común machista también debatiendo en medios masivos de comunicación y siempre, siempre, en las calles exigiendo por nuestros derechos. Toda esa potencia, nos refuerza el sentido de unidad. Cuando, en contextos y realidades tan crueles, gritamos que “juntas somos poderosas” sabemos que es posible y necesario abolir el patriarcado.

Avanzamos en interpelar a los tres poderes del Estado, para que sus funcionarios se hagan responsables de tomar medidas concretas y garantizar derechos. Y trabajamos para visibilizar, no simplemente las dramáticas consecuencias de las violencias, sino sobre todo poner sobre la mesa reivindicaciones, propuestas y posibilidades de acciones.

Reivindicamos el poder revolucionario de la acción colectiva. Entendemos que es preciso fortalecernos y organizar nuestros dolores y broncas. Estando con otras, en el encuentro, en la calle damos batalla a las múltiples opresiones. Es por ello, que desde la Campaña buscamos aportar al proceso de reflexión y visibilización de las diversas violencias que padecemos en los espacios por los cuales transitamos. Queremos que empiecen a hablarse y problematizarse en las calles, en las plazas, en los lugares de trabajo, en los centros de salud, en los medios de comunicación, en nuestras casas.

Juntamos nuestras fuerzas para enfrentar este sistema de violencia y opresión desde este espacio de construcción política, horizontal y rebelde. Seguimos apostando a este feminismo organizado que transita un proceso de ampliación de la organización y las luchas colectivas. Estamos plenamente convencidas que la revolución crece desde abajo y es por ello que continuaremos encontrándonos en las calles en contra del capitalismo, del colonialismo y del patriarcado. ¡Van a caer! ¡Vamos a vencer!

No estamos solas. Estamos organizadas

La Campaña se inscribe dentro del movimiento y las luchas históricas del movimiento feminista, de mujeres, del movimiento piquetero, de la construcción asamblearia, la lucha estudiantil y los movimientos por la libertad sexual, queer, LGTTTBI. La integramos organizaciones, colectivos e individualidades conformadas por mujeres, lesbianas, bisexuales, travestis, putos, trans y varones disidentes; es decir: todo colectivo que se sienta oprimido por la violencia de género, patriarcal y heterosexista.

Somos una campaña porque creemos que el trabajo y lucha conjunta nos puede enriquecer y potenciar a cada organización y/o colectivo que forme parte de ella, y porque con una estrategia común, articulada y organizada, desde abajo y a la izquierda, es que vamos a instalar las fuerzas territoriales necesarias, para hacerle frente a las distintas violencias. Por ello, es necesario luchar no solo para que se efectivicen las leyes, sino también contra el sentido común y contra la cultura dominante, contra el patriarcado y el capitalismo.

Hablamos de “las violencias”, porque no es una sola, o no se manifiesta de una forma unívoca. Las violencias hacia las mujeres, lesbianas, travestis y trans no son sólo física, psicológica y/o simbólica en términos individuales, sino que también incluyen violencias estructurales como el hambre, la desocupación, el trabajo no registrado, la pobreza, la desigualdad de posibilidades, el maltrato institucional, que a su vez nos impiden elegir y tomar nuestras propias decisiones. Porque las violencias son un problema social que, si no lo trabajamos, no transformamos.

Retomamos las violencias reconocidas por la Ley Nacional 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada en 2009, pero las re-significamos porque las formas de ejercer esas violencias son múltiples: la cosificación y mercantilización de nuestros cuerpos, la reclusión de nuestra vida al ámbito doméstico, la penalización y clandestinidad del aborto, el maltrato institucional (en hospitales, comisarías, cárceles, juzgados, escuelas), la exclusión a derechos por ser migrantes, los golpes, la humillación, los celos, los abusos sexuales, los asesinatos -femicidios-, la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual o laboral. En este sentido es que en el proceso de dominación, las violencias hacia las mujeres, lesbianas, travestis y trans se naturalizan y las formas de resistencia intentan silenciarse.

La decisión de llamarnos “Campaña Nacional Contra las Violencias hacia las Mujeres” y no “contra la violencia de género” o simplemente “las violencias” se funda en dos motivos: por un lado, la categoría “género” se fue lavando, despolitizando, invisibiliza a las destinatarias de la violencia; y, por otra parte, nombrar a las mujeres en forma explícita fue una decisión estratégica para lograr masividad y para cuestionar una porción gigante de la violencia que ocurre sobre las mujeres, en primer lugar por ser mujeres. Mencionamos violencias “hacia las mujeres”, pero luchamos contra la dominación y la opresión patriarcal de todas las personas no varones (en el sentido de varón hegemónico masculino). Nuestra Campaña lucha contra las violencias que sufrimos las mujeres, lesbianas, bisexuales, travestis y trans - que se compone a su vez por más identidades -.

Vamos construyendo el camino hacia un mundo más justo, de perso-

nas de todos los géneros, mujeres y hombres libres. Confiamos en esta Campaña como herramienta de lucha, que servirá para combatir las relaciones de poder desiguales, de explotación y opresión, y en ese camino logrará contagiar, expandir, diseminar la fortaleza que nos une a miles y millones de mujeres, lesbianas, travestis y trans en nuestro país.

Las reivindicaciones de la Campaña se sintetizan en catorce puntos, que definen y organizan nuestras acciones:

1. Acceso a recursos para prevención de las violencias y asistencia en los casos de emergencia.
2. Implementación efectiva de las leyes, reglamentaciones y protocolos ya existentes.
3. Denunciamos los femicidios y crímenes de odio.
4. Repudiamos toda expresión de violencia sexual.
5. Basta de justicia sexista y patriarcal.
6. Por el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos. Por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito.
7. Fin de las violencias médica y obstétrica.
8. Por una educación no heteronormativa y no opresiva, con perspectiva crítica de género.
9. Exigimos el desmantelamiento de las redes de trata.
10. Luchamos contra la violencia económica. Violencia laboral. Feminización de la pobreza.
11. Contra todo tipo de expresiones de lesbotrans-odio.
12. Contra toda expresión de odio, discriminación a las diversidades culturales y racismo.
13. Por una comunicación no sexista.
14. Rompamos el silencio contra el abuso sexual infantil.

El abordaje de estos catorce puntos en el accionar cotidiano busca denunciar, pero también transformar desde un lugar poco frecuente cuando se abordan las violencias: el de protagonistas activas, potentes y poderosas. En la Campaña Nacional contra las Violencias hacia las Mujeres decidimos correr los discursos victimistas que ponen el acento en los sufrimientos y la opresión del patriarcado. No porque no haya víctimas en las violencias que denunciamos, ¡claro que las hay! Sino porque lo que buscamos es revertir esa posición. Por eso, reivindicamos el juego y la alegría como herramientas pedagógicas de transformación. Reivindicamos la autodefensa. Reivindicamos el poder revolucionario de la acción colectiva.

En la cartilla de presentación de la Campaña, sintetizamos este posicionamiento: “Violencias visibles e invisibles. Brutales y sutiles. Cotidianas y esporádicas. Públicas y privadas. Impulsivas y premeditadas. Violencias todas racionales, porque tienen explicación: la necesidad del patriarcado de controlar y disciplinar los cuerpos insumisos. Disidentes. Rebeldes. Nuestros cuerpos. Un control que intenta expandirse y reforzarse, desesperado recurso del machismo. Desesperado, porque la emancipación avanza”.

Estamos convencidas que cuando lo colectivo se produce, y cuando eso que se produce está signado por el movimiento subjetivo de “víctima” a militante, lo que ocurre es que la potencia protagónica de la transformación nos vuelve poderosas. Y ese movimiento se sintetiza en la frase: “No estamos solas. Estamos organizadas”.

CONTRA LA PRECARIZACIÓN DE NUESTRAS VIDAS

Juntas somos poderosas

Cuando desde movimiento feminista de mujeres, lesbianas, travestis y trans planteamos que el capitalismo y el patriarcado tienen que caer juntos, hacemos referencia a la explotación y opresión de nuestros cuerpos y al interjuego nefasto de ambos sistemas que nos oprimen, objetualizan, vulneran.

En ese sentido, repudiamos la doble y triple explotación de las mujeres, lesbianas, travestis y trans por nuestra condición de clase y de género. Somos nosotras quienes buscamos estrategias para sobrevivir a las múltiples injusticias; somos quienes cumplimos jornadas laborales dentro y fuera de nuestro hogar. Somos invisibilizadas dentro del mercado laboral percibiendo un salario menor al de los varones, atravesando situaciones de precarización y acoso laboral perpetuado desde la lógica de poder. Asimismo, nos encontramos con dificultades para acceder a puestos de mayor jerarquía y cuando ello sucede, somos menospreciadas. Por otro lado, también somos explotadas fuera del mercado laboral ya que la realización del trabajo doméstico no es remunerado, es constante, y somos nosotras quienes solamente lo realizamos. Este es un trabajo que no se paga y, a su vez, habilita una mayor reproducción de la fuerza de trabajo ya que somos las encargadas de cuidado, alimentación y sostén.

Desde la CNCVM participamos de la lucha en defensa de los derechos de mujeres, lesbianas, travestis y trans de la clase trabajadora. Es por ello que nos organizamos y acompañamos, entre otras, a las compañeras trabajadoras de la Línea 144 de atención de violencia de género (en conflicto durante todo el 2018 por intentar organizarse, con varias compañeras despedidas y otras enfermas producto de las pésimas condiciones de trabajo) y a las trabajadoras del Municipio de San Miguel despedidas en agosto del 2018 por garantizar el acceso a interrupciones legales de embarazo. Repudiamos enfáticamente la precarización, el ajuste y persecución de las trabajadoras, quienes cotidianamente se enfrentan al recorte de recursos estatales, despidos, condiciones edilicias y de trabajo deplorables. Es la nefasta política pública que vulnera nuestros derechos; que nos persigue políticamente y pretende deslegitimar la lucha por condiciones dignas de trabajo.

Es esa política de vaciamiento, ajuste y explotación la responsable de las muertes de Sandra y Rubén, vicedirectora y auxiliar docente de la Escuela Primaria N° 49 Nicolás Avellaneda, del partido de Moreno, conurbano bonaerense, quienes perdieron su vida el 2 de agosto de 2018 por una explosión en la escuela. Se trató de una clara inoperancia del Estado, que miró para un costado ante el reclamo de mejoras edilicias y pedidos de respuestas por las fugas de gas.

Porque el ajuste es violencia; porque el trabajo informal y sin derechos es violencia; porque ganar menos por hacer el mismo trabajo que los varones es violencia; porque el trabajo esclavo de las mujeres migrantes también es violencia; porque el acoso laboral es violencia; porque nuestras condiciones de vida precarizadas son violencia, desde la Campaña seguimos organizadas, exigimos nuestros derechos y continuamos denunciando las violencias y desigualdades hacia las trabajadoras.

Femicidio en manos del Estado: ¡¡Laura no se murió, Laura vive en la lucha!!

Laura Iglesias se desempeñaba como trabajadora social del Patronato de Liberados de Miramar, partido de la Costa. En mayo de 2013, cuando realizaba una entrevista a domicilio en el marco de su trabajo, fue asesinada. Ese femicidio fue posible por su doble condición de trabajadora precarizada y de mujer.

A partir de la lucha y organización incesante de su familia, compañeras del Patronato de Liberados y el movimiento feminista, de mujeres, lesbianas, travestis y trans, logramos que el femicida Esteban Cuello sea condenado a prisión perpetua. No obstante, sostenemos enérgicamente que no actuó solo y que la causa debe ser esclarecida: las fuerzas represivas del Estado junto a la justicia misógina y patriarcal son los cómplices de este hecho. ¡Sin toda la verdad, no hay Justicia!

Desde la Campaña sostenemos firmemente que no queremos que nuestros cuerpos sean la política pública de este Estado machista y patriarcal. Es por eso que continuamos organizadas y luchando contra este sistema misógino y perverso que nos explota, ajusta, precariza y mata. A cinco años del femicidio de Laura, bajo la consigna “Que la política pública no sean nuestros cuerpos”, el 29 de mayo de 2018 frente al Congreso Nacional, participamos de un conversatorio sobre “Precariedad laboral, salud laboral y género”. Allí participaron trabajadoras del Hospital Posadas, del INTI, del Patronato de Liberados, capacitadoras de la ESI y una sobreviviente de un taller clandestino de costura.

La decisión de generar un conversatorio, a la que se llegó en el marco de las reuniones organizativas compartidas por la agrupación de trabajadoras Patronato de Liberados en Lucha, la Agrupación Víctor Choque de ATE, junto a La Roja del Colectivo de Trabajo Social de CABA, la CNCVM, Marabunta y ATE Desde Abajo tuvo que ver con la posibilidad de relevar en forma colectiva las herramientas con que contamos ante la violencia laboral. Con salir de ese lugar de víctimas y posicionarnos en el de protagonistas de los procesos de transformación.

Y encontramos muchas herramientas: romper el silencio y el individualismo

de cada quien en su tarea; empezar a hablar del malestar; juntarnos con las compañeras de trabajo y empatizar; no caer en culpabilizar a la compañera que trabaja “menos” o “mal” sino identificar esto como una expresión del malestar; corrernos del lugar de “heroínas” que pueden sustituir la precariedad de la política pública con sus cuerpos para ubicar las responsabilidades políticas y de las gestiones; visibilizar y hacer saber a otras organizaciones, a la población, a los medios masivos de comunicación sobre las injusticias, precariedades y violencias; intentar sumar al sindicato; ir construyendo medidas de fuerza; establecer formas de cuidado sororo y colectivo entre compañeras, en cada lugar de trabajo, frente a la violencia institucional del Estado.

VIOLENCIA MACHISTA EN LOS MEDIOS

Alertas y Activas

Como parte de nuestros puntos fundacionales, el número 13 es “Por una comunicación no sexista”. Es por eso que en 2017 comenzamos una campaña que llamamos **Alertas y Activas**: Basta de violencia machista en los medios de comunicación.

Esta campaña se desprende a su vez de una decisión colectiva, de dar respuesta, visibilización y denuncia al discurso de los medios hegemónicos que repiten, ejercen y, sobre todo, apañan, las diferentes formas de violencia machista. El discurso de la descalificación, la difamación y la condena propicia no sólo la revictimización, sino la reafirmación discursiva, social y cultural de que nosotras/es somos culpables de la violencia machista que vivimos.

El ejercicio de la misoginia y el machismo en los medios de comunicación representa el reaseguro y la reafirmación de un modelo de varón hegemónico, dominante, violento, propietario y cosificador de nuestros cuerpos, de nuestras vidas. Es por eso que tan poco se sabe de nombres de feminicidas, pero mucho sobre la vida que llevaban cada una de las mujeres, lesbianas, travestis y trans asesinadas por el sólo hecho de su condición de género.

Nuestra campaña contra la violencia machista en los medios apuntó no sólo a visibilizar estas prácticas violentas en los medios, sino a poner en tela de juicio y denuncia el tratamiento de las noticias, de la información y a responsabilizar al Estado por no implementar aquellas leyes que debieran garantizar nuestra protección. En vísperas del 32 Encuentro Nacional de Mujeres (Chaco, 2017) editamos la cartilla **“Estrategias para revertir la violencia mediática”**. Allí planteamos:

“No somos víctimas. Somos protagonistas. No somos objetos sexuales. Somos cuerpos poderosos. No somos la foto de la crónica roja. Somos las tetas al viento, libres y alertas. No somos sus puntos de rating. Somos nuestras propias voces activas en cada territorio”.

Y retradujimos los catorce puntos de reivindicaciones de la CNCVM a ejemplos de mitos y machismo en los medios masivos de comunicación, con recomendaciones de cómo deberían ser las coberturas periodísticas para una

comunicación no sexista. Sólo para darnos una idea, denunciemos:

“Cuando la noticia dice... *“Puede ser que el asesinato sea un mensaje mafioso al padre, le pusieron el desecho del cuerpo de su hija en la CEAMSE, como él es especialista en reciclado, entonces el mensaje al padre es “Sos una basura”.*

Nosotras contestamos: **Denunciamos los feminicidios y crímenes de odio.** Apelar al suspenso y argumentos truculentos desdibuja el femicidio como crimen del patriarcado y como forma de disciplinar a las mujeres y a lgbtiq.

Cuando la noticia dice... *“Las Melinas. Ninguna le teme al alcohol y a la noche (...) La muerte de Melina tras una noche que incluyó drogas y sexo a la salida de un boliche”.*

Nosotras contestamos: **Repudiamos toda expresión de violencia sexual.** En lugar de plantear una moral del amedrentamiento “no deberían salir solas”, las preguntas de la prensa podrían apuntar a porqué existe una cultura de la violación y cómo modificarla, visibilizar los pactos entre varones y promover el respeto de las mujeres, lesbianas, travestis y trans. .

Cuando la noticia dice... *“Luis Otero se despide de su segmento en el Noticiero Trece, “Y en el día de Juana de Arco, un saludo a todas las Juanas”. Silvia Martínez Cassina cierra tratando de ser simpática: “Sí, y que siga la lucha”. Ojo con la lucha, Silvia, mirá que la Juana de la que hablan terminó quemada en la hoguera”.*

Nosotras contestamos: **Por una comunicación no sexista.** Muchas veces señalamos las formas que desde la comunicación segregan a las existencias no heterosexuales o que marcan con estereotipos a las mujeres y lgbtiq. También hay sexismo cuando es silenciada, corregida y descalificada la opinión de una periodista por su condición de mujer y por su opinión a favor de la lucha de las mujeres”.

A pesar de que la Ley 26.485, de Prevención y Erradicación de la violencia de género, y la Ley 26.522 de Servicios de Comunicación Audiovisual (varios de sus artículos suspendidos en la actualidad), estipulan la sanción a diferentes formas de discriminación y violencia de género en los medios de comunicación, son escasos los hechos que demuestran su real aplicación.

Consideramos, en este sentido, que el Estado y los organismos encargados de la aplicación de estas leyes son responsables del dejar hacer, de no sancionar y alentar a que más representantes misóginos tomen los micrófonos y las redacciones, para perpetuar la violencia machista.

El Estado no se encuentra ausente: no dictaminar, no implementar las leyes que sirven de mínima protección para nuestras identidades, significa tener una presencia desde la ausencia, desde el dejar hacer. Y esta práctica es propia de un Estado que no sólo es patriarcal, sino misógino, racista y clasista.

Desde la CNCVM presentamos un pliego con cinco reivindicaciones para lograr una comunicación no sexista:

- Que se incluyan fuentes especializadas en género, con perspectiva feminista –como es el caso de las organizaciones populares de mujeres- en programas radiales y televisivos, especialmente los periodísticos.
- La realización de capacitaciones serias y profundas en horarios de trabajo para periodistas que cubren noticias sobre violencia.
- La inclusión en temáticas de género y derechos como asignatura obligatoria y básica en las currículas de las escuelas de periodismo y carreras de comunicación.
- Que los medios denunciados ante la Defensoría del Público o el Inadi destinen un tiempo equivalente a contenidos no sexistas en el mismo día y horario en que ejerció violencia mediática.
- Que las multas sean de cobro efectivo para los medios de comunicación masivos y periodistas que promuevan la cosificación y la violencia hacia las mujeres y que lo recaudado se destine para fortalecer programas de prevención y asistencia integral de la violencia.

Melina: “Una fanática de los boliches que abandonó la secundaria”

Seguramente este titular del diario Clarín (13/09/2014) nos quedó marcado en el dolor de un nuevo femicidio en nuestro país. Para la mayoría de los medios hegemónicos, Melina Romero fue la propia culpable de su femicidio. Mucho se supo de su vida, pero poco del entramado de violencia que sufrió y de sus feminicidas. Así la colaboración machista, garantiza la protección de la identidad de los ejecutores mientras se difama y se hostiga a quienes sufrimos violencia machista.

El titular de Melina, fue el más conocido pero no el más burdo. Fue arduamente trabajoso para diversos colectivos del movimiento feminista, de mujeres, lesbianas, travestis y trans que los femicidios dejen de llamarse “crímenes pasionales” y salieran de la sección de policiales. No es la pasión lo que nos mata. Es la violencia machista.

Por ese motivo, en el marco de un acampe ante el entonces Consejo Nacional de las Mujeres, un grupo de compañeras de la CNCVM realizamos un repudio en la puerta de Radio 10 a Pedro Baby Echecopar, cuando tras el femicidio de Micaela García vociferó al aire en su programa “El ángel del mediodía”: *“Si tu hija de doce años sale mostrando las tetas y haciendo trompita, hay una provocación. No es casual que de repente aparezcan tantos violadores. El problema no son los violadores. El problema es la provocación”*.

Tras el escrache, Echecopar hizo públicos los nombres y números de celular de las voceras de prensa de la Campaña e incentivó a sus oyentes a hostigarlas, como un modo de subir la escalada de agresiones contra el movimiento feminista organizado. El posterior bombardeo de mensajes y llama-

dos misóginos a los teléfonos de las compañeras se enmarca en un contexto general de aumento de las violencias y retracción de políticas públicas: cada 24 horas hay femicidio o trevesticidio, el aumento de las redes de trata está avalado por las fuerzas de seguridad y la justicia patriarcal libera abusadores y encarcela a mujeres por abortar.

En los meses siguientes, desde la Campaña nos movilizamos al Inadi, a la Defensoría del Público y el Ente Nacional de Comunicaciones (Enacom), los organismos competentes encargados de garantizar una comunicación no violenta y poner freno al ejercicio de las grandes corporaciones periodísticas, que bajo la lógica del rating y la ganancia promueven la violencia. Presentamos la denuncia contra las violencias machistas en los medios, y exigimos una respuesta inmediata contra el accionar violento e ilegal de Baby Eche copar. Además, iniciamos acciones legales contra el conductor y nos movilizamos a Tribunales hasta que logramos que se tome el caso.

Ante nuestra campaña de visibilización no sólo de la violencia machista en los medios, sino de sus representantes, recibimos todo tipo de contra-respuestas. La difamación, el hostigamiento y amenazas. No fue fácil el camino, pero ante un Estado que no nos brindó respuestas, logramos la solidaridad y la sororidad de diversas organizaciones, colectivos feministas y medios alternativos que nos acompañaron. Eche copar fue condenado a fines de diciembre de 2018 por otro acto de violencia mediática hacia una referente del movimiento de mujeres. Y esperamos que lo mismo ocurra con la CNCVM.

Ante la misoginia y la cultura patriarcal, heteronormativa, los feminismos, colectivos de mujeres, lesbianas, travestis y trans, encontramos las formas de organizarnos, de dar respuestas colectivas, de denunciar y actuar para crear nuevos paradigmas, para trazar caminos comunes de habitabilidad, cuidados y resistencias. Así lo demostramos el 20 de diciembre de 2018 con una Jornada artística en las puertas de Canal 13/ TN bajo el lema #MiraComoNosPonemos Basta de violencia machista en los medios, que se originó a partir de la denuncia pública y judicial por violación contra el actor Juan Darthes realizada por la actriz Thelma Fardín con el acompañamiento de Actrices Argentinas.

En el comunicado de prensa que difundimos para la jornada señalamos: No queremos más propaganda de odio hacia nuestras vidas y cuerpos, que nos sigan cosificando, ni tampoco “entreternos” con programas que enarbolan la cultura de la violación. Luego de la iniciativa de las Actrices Argentinas, que como trabajadoras de la cultura promovieron un sacudón de sensibilidad en todos los territorios, las abrazamos y denunciamos la justicia patriarcal, los machos, las patronales misóginas y los medios de comunicación que multiplican la misoginia y la criminalización hacia nosotres”.

Allí denunciamos: “Las corporaciones mediáticas –como sucede con el Grupo Clarín, La Nación, Perfil y otros- miden su rating en base a la “espectacularización” de la intimidad y el no-cuidado de aquellxs que denuncian violencias machistas, a quienes los revictimizan y criminalizan. Queremos una comunicación feminista”.

En el documento destacamos que “se ha avanzado en informar sobre las líneas de atención ante la violencia de género, sin embargo, esos programas encargados de prevenir, sancionar y erradicar la violencia machista están vacía-

dos, hubo cientos de despidos y les trabajadores se encuentran en una situación de precarización laboral con poquísimos recursos. Denunciamos la falta de intervención en políticas públicas y hacemos responsable al Instituto Nacional de las Mujeres a cargo de Fabiana Túñez”.

Y reclamamos: “Basta de producir contenido machista y patriarcal en Canal 13, Ideas del Sur y en todos los medios de comunicación. Sin complicidad de productores machistas, no hay posibilidad de contenidos machistas en los medios”. Por tal es que denunciamos el accionar y la complicidad de Marcelo Tinelli y a Adrián Suar, por el contenido misógino de sus producciones; a Guillermo Lobo por practicar el abuso sexual en las infancias; a Juan Darthés por abusador y violador.

Sabemos que el entramado de violencias machistas tienen su reaseguro en la afirmación mediática que nos culpabiliza por ser víctimas. Es decir, el resultado que un varón nos agrede de diferentes formas, según los medios de comunicación, está relacionado directamente a nuestro comportamiento (qué hicimos, cómo estábamos vestidas, qué vida tenemos, a qué hora salimos) y no al actuar cultural y socialmente misógino que tiene al patriarcado como organizador de nuestra sociedad. El castigo para nosotras/es no sólo es sufrir violencia machista, sino que también debemos soportar la difamación y discriminación en los medios de comunicación, como otras formas de disciplinamiento que buscan nuestro silencio.

Ante un Estado que nos condena por ser mujeres, lesbianas, trans o travestis, migrantes, pobres, trabajadoras; ante la violencia machista en los medios de comunicación que nos difaman, nos violentan, nos discriminan, nos re-victimizan; nosotras nos mantenemos ALERTAS y ACTIVAS. Organizándonos colectivamente, rompiendo los cercos informativos, destacando la labor de aquellas/es trabajadoras de prensa que trabajan desde una perspectiva de género, generando lazos y respuestas, organizándonos en las calles, visibilizando toda forma de violencia machista, acompañándonos.

Alertas y Activas también simboliza que no nos callamos más, que nuestro silencio no es opción, porque estamos juntas Y JUNTAS SOMOS PODEROSAS.

ACCIONES ANTE LA (IN)JUSTICIA PATRIARCAL

Si tocan a una respondemos todas

Desde el inicio mismo de la Campaña una tarea central, indispensable y bastión es acompañar a mujeres cuestionadas por la justicia patriarcal. En el año 2013 fue a las hermanas Jara, en prisión desde hacía meses acusadas de acuchillar a un vecino. El vecino, había intentado violarlas; pero ese dato no surgía. Ellas eran muy jóvenes, pobres, y volvían de madrugada a su casa cuando fueron interceptadas por el acosador, quien desde hacía tiempo las molestaba. Desde la CNCVM intervenimos con movilización popular, expansión feminista, un fuerte trabajo sobre los medios de comunicación para presentar una perspectiva legitimadora del derecho a la autodefensa de las mujeres ante los ataques machistas. Y tuvimos mucha presencia en cada instancia judicial. Hasta

que las hermanas Jara fueron liberadas.

En estos seis años fueron muchas las situaciones de injusticia patriarcal que acompañamos. Pero aquí queremos presentar la más significativa, por todo lo que nos transformó como Campaña y por todo lo que transformó: la historia de Reina Maraz. Ella nació en Bolivia Avichuca (Bolivia), perteneciente al Pueblo Kichwua. Su lengua de origen es el quechua, no habla español. A los 22 años fue obligada por su pareja Limber Santos a venir a Argentina. La violencia de múltiples formas y la ofrecía para pagar deudas.

En 2010 fue detenida y privada de su libertad sin entender por qué, sin que nadie le explicará en su lengua qué estaba sucediendo. En 2014 la justicia patriarcal, machista, misógina, clasista y colonialista, la condenó a perpetua sin pruebas, por el asesinato de su pareja.

El proceso judicial penal de Reina expresó y reprodujo hasta el hartazgo las múltiples violencias machistas posibles y la condenó por ser mujer, migrante y pobre. Pero también en simultáneo hubo otro proceso: el de la organización del movimiento del feminismo, mujeres, lesbianas, travestis y trans. Asumimos el desafío de luchar por la libertad de Reina, de demostrar su inocencia y para que el caso sea tratado con perspectiva de género. Y lo logramos.

El cautiverio estatal. La condena de Reina

En 2010 Reina Maraz fue detenida sin pruebas y acusada de la muerte de su marido Limber Santos. Embarazada pasó 7 meses en una comisaría y luego fue trasladada a la Unidad 33 de Los Hornos en La Plata, donde sin asistencia, nació su tercer hijo. Estuvo retenida sin saber por qué y sin poder comunicarse en su lengua de origen.

Recién en diciembre de 2011 mediante una visita de monitoreo del Programa de Inspecciones de la Comisión Provincial por la memoria, Reina pudo contar, por primera vez, su historia y conocer el motivo de su detención. A través de una intérprete reconstruyó su historia, pudo romper con el silencio que también fue parte de la condena.

Así es como cuenta que vino a Buenos Aires amenazada por su esposo, que su cuerpo fue moneda de pago de las deudas contraídas con Tito Vilca, un vecino y amigo de Limber. Luego de varios días sin que apareciera su marido, Reina fue a hacer la denuncia policial. A los dos días la policía fue a buscarla comunicándose en castellano y ella sin entender el español, asintió con la cabeza. La policía tomó ese gesto como una confesión y la detuvo acusándola del asesinato de su marido quien aparece muerto en un horno de ladrillos.

Reina tuvo que esperar 3 años para que el Tribunal Oral Criminal N°1 de Quilmes -integrado por Silvia Etchemendi, Marcela Vissio y Florencia Gutiérrez - le explicará su situación procesal en su lengua materna. Luego de un juicio plagado de prejuicios racistas y patriarcales, en noviembre del 2014, Reina fue condenada a prisión perpetua, bajo una sentencia que desconoció la condición quechua parlante, el contexto de violencia machista en la que vivía y su condición de pobreza que le impidió afrontar los gastos de una defensa.

Con la insistente organización y contra la injusticia patriarcal logramos que Reina tuviera voz, que el silencio se rompa. Y su relato crudo, fue recién escuchado en noviembre de 2016. Seis años de lucha constante, de un silencio impuesto.

En el marco de una audiencia para la revisión de su condena, Reina contó en su idioma junto con una intérprete, la historia de su vida obligada a vivir en la pobreza extrema, a la violencia verbal, psicológica y física que ejercía su pareja Limber Santos.

Vivió en Florencio Varela, en una pieza sin baño. Limber trabajaba en una fábrica de ladrillos y junto con Tito se iban a las bailantas de Liniers o desaparecían por varios días. Una madrugada, Tito llegó sin Limber y le dijo a Reina “tu marido tiene una deuda conmigo” y la violó. Ese día Limber regresó a las dos de la tarde. “¿Por qué mandaste a Tito? ¿Por qué no me avisaste lo que pasaba? reclamó ella. La respuesta de Limber fue golpearla hasta dejarla inconsciente. El último día que vio a su marido, se habían levantado a la madrugada para preparar la plata que Limber le llevaría a su hermana. Ella lo ayudó a ponerla en el zapato hasta que irrumpió Tito y se agarraron a las trompadas con Limber. Esa fue la última vez que Reina vio a su pareja. Tito fue también preso, pero murió antes del juicio.

En la audiencia de esa tarde de noviembre, el defensor pidió la absolución de Reina Maraz. Sin embargo el fiscal mantuvo que Reina era responsable de los hechos y pidió que se califique como homicidio simple. Sin embargo aquí hay varios triunfos: logramos que Reina pudiera hablar, que tuviera una intérprete y que el fiscal reconociera que ella fue víctima de violencia física, verbal, emocional y psíquica.

El miércoles 21 de diciembre de 2016 los feminismos, el movimiento de mujeres, lesbianas, travestis, trans, migrantes, trabajadoras, todas logramos la libertad de Reina Maraz y el 24 de noviembre de 2017 logramos la absolución definitiva.

No estamos solas: Estamos organizadas

Desde la CNCVM, como parte del feminismo organizado, estuvimos a su lado en diferentes dimensiones. En su día a día, garantizando el acceso a su salud, a la educación de su hija, a la subsistencia, fortaleciendo su propia voz,, visibilizando su historia en las calles. En las organizaciones y medios de comunicación nacionales e internacionales, articulando su proceso legal, junto a las abogadas de la Comisión por la Memoria.

Fue la sororidad de sus compañeras migrantes que día a día acuerparon su proceso y se hermanaron en su historia, sintiéndola como propia; la que logró que Reina pudiera declarar ante el Tribunal de Casación y contar su historia con la fortaleza de lengua originaria ante los funcionarios judiciales el 22 de noviembre de 2017.

La historia de Reina es la de muchas mujeres migrantes y no migrantes que cotidianamente somos invisibilizadas y violentadas por la sociedad, los medios de comunicación hegemónicos, la Justicia y un Estado que en distintas esferas reproduce y hace política de un discurso que niega nuestros derechos.

¡Reina somos todas! Ante la justicia patriarcal, machista, misógina, clasista y colonialista nosotras advertimos que ¡No estamos solas, estamos organizadas!

¡Mana sapayguchu kasaygu nogayguga kalituygu sumajninmanta unisgas jasaygu!
¡Juntas somos poderosas!

ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA

Yo sí te creo

El abuso sexual en las infancias (ASI) es una de las formas más graves y menos habladas del maltrato infantil: 1 de cada 5 niñas fueron abusadas en la infancia. Esto muestra que el ASI es más común de lo que creemos, ya que es parte del entramado de violencias machistas del sistema patriarcal que organiza los disciplinamientos hacia nosotras/es desde que somos pequeñas/es.

Desde la Campaña planteamos: Defender a las niñas. Proteger a las denunciantes. Avanzar en las investigaciones. El abuso sexual en la infancia no prescribe

Es una forma de violencia naturalizada que tiene origen en una cultura y en una sociedad patriarcal que promueve la violación y el abuso, como herramienta disciplinadora y ultrajante. Como otro método de ejercer las violencias machistas, implica una relación asimétrica de poder, donde hay una relación de dominio y control, de vulnerabilidad, amenaza e indefensión. Otra característica es el silencio y el ocultamiento, que es la pesada carga que lleva la niña que fue abusada. También opera como el máximo ejemplo de la violencia hacia niñas y está íntimamente ligada a otras formas de violencia machista. Mientras tanto, sólo 1 de cada 1000 abusadores es condenado.

Es por eso que durante 2018 trabajamos sobre la campaña **“Les niñas no mienten”**. Exigimos la imprescriptibilidad del delito de abuso sexual en la infancia, programas de atención para niñas, niños y adolescentes, como también formación especializada y con perspectiva de géneros a quienes son funcionarias/es de los ámbitos de la justicia, la salud y la educación, y formación especializada para quienes escuchan y reciben las denuncias.

Desde la CNCVM sostenemos que la imprescriptibilidad del delito de abuso sexual es fundamental; es en estos casos que el patriarcado se inmiscuye de una forma tajante y disciplinadora mediante discursos amenazantes y acciones violentas y, por lo tanto, es complejo romper con el silencio. No obstante, somos cada vez más las que ya no callamos; las que con dolor y rabia ponemos en palabras lo sucedido y nos posicionamos: fuertes, seguras e insumisas. Somos las que estamos denunciando a los abusadores, esos que durante años nos obligaron a callar. Lo hacemos, apoyadas por otras que sostienen y acompañan. Y, al hacerlo, también sabemos que nos enfrentamos a la justicia patriarcal, esa que defiende abusadores y revictimiza a quienes denuncian.

Es en esta lucha cotidiana, compleja pero persistente, donde estamos convencidas que: ¡Nuestra revolución no defiende abusadores! ¡No les tenemos miedo!

La ESI como autonomía sobre nuestros cuerpos y herramienta para romper silencios

Sostenemos firmemente que es preciso la concreta implementación de la Ley N° 2110 de Educación Sexual Integral (ESI) en las escuelas, sean públicas o privadas y, como tal, es el Estado y el clero los responsables de que ello no se lleve a cabo.

En vinculación al ASI, la ESI es fundamental para les niñas y jóvenes ya que pueden contar con docentes con quienes puedan problematizar vínculos y situaciones vivenciadas, despejar dudas y miedos, como así también, se les puede brindar un espacio afectivo de sostén y escucha.

Asimismo, desarrollar la ESI, habilita espacios de formación, de desconstrucción de mitos y permite conocer nuestros derechos sexuales y reproductivos, acceder a información sobre nuestros cuerpos y métodos anticonceptivos; como así también, reconocer el disfrute como parte de la sexualidad y deseo.

SALUD

La salud es un derecho, no un privilegio

Miles y miles de mujeres, lesbianas, trans y travestis somos expulsadas del sistema de salud basado en la exclusión y sometido al vaciamiento de recursos. No sólo estamos afectadas/es por la precariedad de nuestra vida y por las desigualdades que genera este sistema, sino que además podemos evidenciar que las políticas de exclusión capitalistas no sólo nos golpean por una cuestión de clase, sino por una cuestión de género.

El entramado entre capitalismo y patriarcado funciona de manera tal, que no sólo nos vemos expuestas a condiciones de vida precarias, a la violencia económica, sino también a otras formas de violencia machista que nos afectan en el punto central para el desarrollo de una vida plena: la salud pública.

La baja accesibilidad que sufrimos las mujeres, lesbianas, travestis y trans a espacios de salud, la falta de perspectiva de género en la atención en la salud pública y los diferentes daños que eso causa no sólo sobre nuestros cuerpos sino también en nuestra psiquis, son las consecuencias cotidianas que nos marcan a lo largo de nuestra vida.

La invasión corporal, la desatención ante enfermedades o infecciones prevenibles, el desmantelamiento de espacios y centros de salud públicos y gratuitos vinculados a nuestra salud sexual y reproductiva, es a su vez, parte del entramado de violencias machistas que dañan nuestra libertad, dignidad e integridad física y psíquica.

Durante el 2018, en lo que respecta a la salud como derecho y no privilegio, desde la CNCVM tomamos como eje de trabajo la problemática de salud pública en relación a la lucha por nuestro derecho al aborto legal, seguro y gratuito.

EL SILENCIO NO ES SALUD

Las estadísticas son alarmantes, el aborto es la principal causa de muerte materna en Argentina: 29.000 abortos en situación de clandestinidad por mes, es decir 985 por día, es decir 41 por hora.

Mientras que el Estado, la justicia patriarcal y el clero debaten si es “ético” o no contemplar la legalización de los abortos, nosotras abordamos qué es un derecho que implica la implementación de otros derechos: la Educación Sexual Integral y con perspectiva de géneros para decidir, anticonceptivos gratuitos y no sólo para mujeres para no abortar y aborto legal para NO MORIR.

Respecto a nuestro derecho a no abortar en la clandestinidad y en condiciones inhumanas, desde la CNCVM también abordamos esta problemática que nos afecta, que nos mata, desde una perspectiva de derechos: derecho a la maternidad deseada, derecho al acceso a la Educación Sexual Integral, derecho al disfrute, al deseo, a contemplar la anticoncepción como una práctica posible, y derecho a condiciones saludables, no clandestinas cuando solicitamos abortar.

La salud es un derecho fundamental para garantizar la integridad de las personas en todos sus aspectos, ya sean físicos, psíquicos, emocionales, sociales, culturales o económicos. Es una responsabilidad política garantizar el pleno cumplimiento de tal derecho, de lo contrario, violenta, vulnera y pone en riesgo la vida de la población.

Desde la CNCVM al trabajar sobre la violencia machista en Salud, denunciaremos los recortes estructurales que llevaron adelante los diferentes gobiernos nacionales, provinciales y locales. Lejos de la ampliación de presupuesto, la reducción del Ministerio de Salud a una simple Secretaría como modelo de “modernización del Estado” no es otra cosa que la expresión más cruenta que nos golpea directamente a nosotras/es mujeres, lesbianas, travestis y trans.

El desmantelamiento y vaciamiento de las políticas públicas destinadas a garantizar nuestros derechos, la reducción de presupuesto y recursos, y los despidos a trabajadoras/es que atienden las demandas de la población, son ejemplo de ello.

De este modo, en este contexto general de ajuste, somos las mujeres, lesbianas, travestis y trans de la clase trabajadora las/les más afectadas/es por estas medidas, por ser doble y triplemente explotadas/es y porque somos mayoritariamente quienes transitamos por los hospitales y centros de salud.

Particularmente el cierre del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable para prevenir embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual, incumpliendo con leyes vigentes, pone en evidencia la actuación del Estado patriarcal, misógino y machista, que expone al conjunto de nuestras/es cuerpos/es a múltiples factores que potencian el riesgo a procesos de enfermedad y ponen en riesgo nuestras vidas.

La mortalidad por abortos en situación de clandestinidad son alarmantes. Muertes por abortos inseguros, inhumanos, que son evitables. Sin embargo lo que se ha demostrado hasta ahora, es la criminalización hacia las personas con capacidad de gestar que deciden interrumpir el embarazo: si no es mediante la muerte es mediante la condena a la cárcel.

Mientras tanto, la política de salud pública, se encuentra atada no sólo a los bajos presupuestos sino también a las creencias oscurantistas del clero religioso. El impedimento de las prácticas avaladas por el Código Penal, el Protocolo Nacional de Interrupción Legal del Embarazo y el Fallo F.A.L también es una muestra no sólo de cómo el sistema de salud funciona desde una mirada machista, sino de una justicia patriarcal y un Estado misógino.

La salud es un derecho, no un privilegio.

Educación sexual integral para decidir, Anticonceptivos para no abortar y Aborto Legal, Seguro y Gratuito para no morir.

CONCLUSIONES

Somos partícipes del movimiento feminista de mujeres, lesbianas, travestis y trans que continúa acrecentándose en los territorios. Compartimos experiencias; nos expresamos; tomamos las calles; nos organizamos ya que entendemos que es importante recuperar las voces acalladas, generar redes desde cada espacio en donde transitamos; reflexionar y elaborar colectivamente herramientas de organización que tengan como finalidad la lucha en contra de las opresiones.

En estas instancias de articulación como CNCVM fuimos generando encuentros de formación y debate, jornadas de visibilización, como así también, transitamos la lucha a nivel territorial desde nuestra impronta feminista y de clase.

Impulsar un poder popular y feminista implica tener en cuenta las opresiones que devienen de la desigualdad hacia las mujeres, lesbianas, travestis y trans. Dicha desigualdad es un instrumento utilizado por el poder patriarcal y capitalista. Es por ello que frente a la avanzada neoliberal y conservadora, desde la CNCVM continuaremos organizando nuestra resistencia y lucha, en las calles, en las casas, en nuestros territorios. ¡¡Juntas somos poderosas!!

Resistencia organizada de lxs trabajadorxs y derecho a la salud

Marta L. Márquez¹

Introducción. La salud desde la perspectiva de derechos

En la Argentina el derecho a la salud aparece claramente consagrado en el apartado “Declaraciones, convenciones y pactos complementarios de derechos y garantías” de la Constitución Nacional. Así, el artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que

1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (Constitución de la Nación Argentina, 1994:53)

El derecho a la salud no puede ser tomado de manera aislada. De hecho, forma parte del *corpus* que engloba derechos económicos, sociales y culturales. La desigualdad de ingresos, por mencionar sólo un indicador, es un determinante social de la salud, según concluyen numerosos estudios al respecto. En Argentina ya lo había señalado Ramón Carrillo en 1946, dos años antes de que la Declaración Universal de los Derechos Humanos fuera adoptada por la Asamblea General de la ONU, el 10 de diciembre de 1948.

Como otros derechos consagrados, tanto nacional como internacionalmente, el resguardo de su cumplimiento pleno y efectivo sólo es posible con la voluntad política de quienes ejercen el poder de turno, la asignación efectiva de recursos, el monitoreo permanente y los modos en que los pueblos construyen sus reclamos, los sostienen en el tiempo y disputan el territorio de su ejercicio.

¹ Licenciada en Trabajo Social, Presidenta de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP). Trabajadora Social en Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de San Fernando y en el Hospital “Dr. Enrique E.F. Erill” de Escobar.

En este sentido es necesario recuperar en lo concreto la perspectiva de la salud como un derecho humano y no sólo como un discurso ético y moral, sobre todo a la luz de lo que atravesamos como país en la década de los 90, la implementación del Plan Nacer a partir del año 2005 y luego el Plan Sumar en 2012, la adhesión como país a la Cobertura Universal de Salud (CUS) firmada en el año 2014 y la profundización de estas políticas a partir de la llegada de la alianza Cambiemos al poder en diciembre del 2015: el predominio de un modelo minimalista en el diseño y ejecución de las políticas sociales en general y de la salud en particular.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna.
- Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

(Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14, año 2000)

Un derecho fragmentado en subsistemas

En Argentina coexisten tres subsistemas de salud, cada uno con sus características e intereses: el público, el de la seguridad social y el privado. El primer problema que presenta esta configuración tiene que ver con la heterogeneidad reinante en su interior, puesto que la fragmentación de las instituciones que la componen se constituye en su rasgo distintivo. A la vez, su falta de coordinación y articulación impide la conformación de un “sistema formal” de salud y ello atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura (Bisang y Cetrángolo, 1997).

El subsistema público se divide, a su vez, entre la Nación, las Provincias y los Municipios. Durante los años 90 la descentralización puesta en marcha transfirió a las provincias la mayor parte de los establecimientos sanitarios hospitalarios y el primer nivel de atención quedó en manos de las administraciones municipales de cada provincia. Esta configuración actuó, y aún actúa, de alguna manera, en detrimento del modo de planificar políticas para el sector, contribuyendo a reproducir la inequidad social. Así, las jurisdicciones con mayores ingresos y presupuestos están en condiciones de brindar mejores servicios a la población sobre la que tienen responsabilidad. Los escasos programas na-

cionales deben ser negociados con cada autoridad local para su financiamiento e implementación. El Ministerio de Salud Nacional ha perdido paulatinamente su rol rector en la materia, reduciéndose aún más a partir de haber sido transformado en Secretaría bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social por el decreto 801/2018.

El subsistema correspondiente a la seguridad social se encuentra, a su vez, dividido en las obras sociales sectoriales (provinciales, de las fuerzas armadas, judiciales), las obras sociales nacionales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales de Jubilados y Pensionados (PAMI). Es un subsistema de seguro social obligatorio a partir de los ingresos de los asalariados en relación de dependencia y los respectivos aportes patronales. En 1993 este subsistema fue desregulado, permitiendo la transferencia por decisión voluntaria del trabajador o trabajadora de parte de los fondos a empresas de medicina prepaga, generando aún mayor heterogeneidad e inequidad. También es importante señalar que gran parte de lo recaudado en este ámbito ha ido a engrosar el sistema privado en detrimento del público y algunos sindicatos con mayor poder adquisitivo se convirtieron, en la práctica, en dueños de clínicas o empresas de medicina prepaga.

El tercer subsistema corresponde a los aseguramientos privados o empresas de medicina prepaga, de adhesión voluntaria. Su marco regulatorio se estableció en el año 2011, a través de la ley 26682 y su reglamentación por el decreto 1993. Este subsistema cubre a la población de mediano o alto poder adquisitivo, que detenta, en muchos casos, una doble cobertura.

Tabla N1 | Población según cobertura de Salud (2017) –(Informe CA.DI. ME 2017:3)

Financiador	Población bajo cobertura	Porcentaje
Obras Sociales Nacionales*	15.476.822	35.1%
INSSJP (PAMI)*	5.078.082	11.5%
Obras Sociales Provinciales**	7.102.685	16.1%
Cobertura Pública***	14.000.000	31.8%
Medicina Prepaga****	5.798.000	13.2%
Población 2017 (proyección INDEC)	47.456.328	107,7%
	44.044.811	100%

Nota: El exceso en cantidad y porcentaje de población denota el porcentaje de doble cobertura * Superintendencia de Servicios de Salud, enero de 2017 ** COSSPRA enero de 2017 *** Estimado con datos INDEC (2010) y evolución poblacional **** Datos estimados para octubre de 2016 (Estudio Dr. Morgens-tern & Asociados).

Esta fragmentación y su consecuente inequidad no estuvieron presentes, sin embargo, en la fundación del sistema de salud ni en los planes de quienes lo concibieron.

Historizar la perspectiva de derechos

Ramón Carrillo: La revolución de la capacidad instalada

No es posible hablar de salud pública y del derecho a la salud en la Argentina sin hacer referencia a Ramón Carrillo y su concepción integral de la salud. En mayo de 1946, tres meses después de su triunfo electoral, Juan Domingo Perón le encargó la organización de la recientemente creada Secretaría de Salud Pública, que reemplazó a lo que era, hasta allí, la Dirección Nacional de Salud Pública e Higiene. Así, luego de más de sesenta años, la Salud Pública dejó de depender del Ministerio del Interior y pasó a estar bajo la dirección de la presidencia de la Nación. En 1949 obtuvo una mayor autonomía administrativa, al convertirse en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación.

La administración de los hospitales en nuestro país había estado hasta entonces a cargo de las Sociedades de Beneficencia. Fue a partir de la implementación de los Planes Quinquenales y de los Planes de Salud elaborados por el ministro Ramón Carrillo que quedaron bajo la órbita del Estado. El gobierno argentino dedicó una sección especial a la sanidad e higiene públicas en el Primer Plan Quinquenal, con el propósito de proveer asistencia universal unificada y gratuita para todos los ciudadanos que lo necesitasen, y creó, para tales fines, el Fondo Nacional de Salud Pública.

En los presupuestos programáticos del nuevo Ministerio de Salud Pública los principios de universalidad e integralidad fueron definidos como fundamentos del futuro sistema. Sin embargo, el devenir de la situación política y los intereses en pugna impusieron límites severos a su efectiva vigencia. Incluso el subsistema público distó de ser único y de obedecer a una unidad de comando, debiendo competir por funciones y recursos con dos referentes significativos en la estrategia de ampliación de la base política de sustentación del partido gobernante: la Fundación Eva Perón y el movimiento sindical. La Fundación Eva Perón tomó a su cargo la planificación y construcción de servicios como una actividad paralela e independiente de la del Ministerio de Salud. Por su parte, los sindicatos más poderosos y mejor organizados encontraron en el gobierno una respuesta a las inquietudes asociadas con la cobertura de atención médica, estimulando así la actividad mutualista de origen gremial.

Ramón Carrillo expuso en sus obras “Plan Analítico de Salud Pública 1946” y “Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958” la clasificación de la medicina en asistencial (pasiva), sanitaria (defensiva) y social (activa, dinámica y preventiva), entendiendo el rol del Estado en materia de salud como “Una asistencia individual y familiar eficiente, continua y completa, con gratuidad para la población que la necesite, con libre elección del médico por el paciente, en la que los profesionales actúen para la comunidad ofreciendo sus servicios mancomunados, según la demanda de prestaciones y buscando el equilibrio entre las necesidades médicas de la población” (Dirección de Información Parlamentaria de la Cámara de Diputados de la Nación, p.3). Para llevar adelante sus objetivos, entre 1946 y 1954 se construyeron 234 hospitales, 60 Institutos de Especialización, 50 Centros Materno-infantiles, 16 escuelas Técnicas, 23 Laboratorios y centros de Diagnóstico, 9 Hogares-escuela y Unidades Sanitarias en todas las provincias. Se realizaron campañas integrales para eliminar endemias, logrando así la erradicación

del paludismo. Se redujo la mortalidad infantil a la mitad. Se impulsó la formación política de los trabajadores de la salud, promoviendo la medicina social y dignificando la enfermería. En palabras de Floreal Ferrara, Carrillo llevó adelante “la revolución de la capacidad instalada” (Svampa, 2010:31).

También fue pionero en la decisión de abastecer a las reparticiones del Ministerio y al público de ciertos medicamentos de sencilla elaboración a bajo costo, fomentando igualmente la producción pública de medicamentos a través de la creación de EMESTA, Especialidades Medicinales del Estado.

Aquel comienzo auspicioso para la salud pública en la Argentina, con sus errores y sus limitaciones, no tuvo en las sucesivas gestiones un desarrollo y un correlato que fuera digno de aquellos inicios. Ramón Carrillo dejó, a su alejamiento del gobierno y posterior y temprana muerte en el exilio, huellas que imprimieron en el imaginario popular el paradigma de que los servicios públicos de salud deben ser sostenidos con fondos estatales y es el Estado el único capaz de garantizar la equidad para todos y todas, independientemente de la condición socioeconómica individual. Por otro lado, la política sanitaria debe ser concebida dentro de una política general; en suma, un proyecto de país. “Los problemas de la medicina, como rama del Estado, no podrán ser resueltos si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede existir una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría” (Carrillo, 1951:35).

Floreal Ferrara: La participación popular

El sistema público de salud, tal como lo había concebido Carrillo, tuvo en la muy breve gestión de Floreal Ferrara como Ministro de Salud en la Provincia de Buenos Aires un jalón acotado en tiempo y en localía, pero que también, desde la perspectiva de derechos, avanzó en la idea de una salud al servicio del pueblo.

Floreal Ferrara repensó a Ramón Carrillo. Si para Carrillo lo esencial fue la construcción de las estructuras del Estado para proveer la salud en todo el territorio nacional, para Ferrara el eje estuvo puesto en la participación popular para la construcción de la salud. Su primer paso en la gestión pública fue entre 1973 y 1974, ocupando la cartera de Salud durante la gestión del gobernador Oscar Bidegain, en el medio de conflictivos días de enfrentamientos dentro del peronismo.

Una vez recuperada la democracia, Ferrara impulsó la formación del Movimiento por un Sistema Integrado de Salud, entre 1983 y 1986. Cuando Antonio Cafiero asumió la gobernación en 1987 lo nombró Ministro de Salud provincial, cargo que ocupó desde diciembre de ese año hasta abril de 1988. Puso en marcha entonces los planes *Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud* (ATAMDOS) y *Sistema de Atención Progresiva de la Salud* (SIAPRO). Cada equipo ATAMDOS estaba formado por un médico, una enfermera, un administrativo, un trabajador social, un psicólogo y, cada dos equipos, un odontólogo. Se trataba de pequeñas unidades sanitarias participativas que tenían a cargo unas 300 familias, entre 1200 y 1500 personas. Atendían entre ocho y diez horas en cada centro. Los cargos de los profesionales eran de dedicación completa, con retención de título y todos cobraban lo mismo que el minis-

tro. Lo novedoso fue darle a la participación popular organizada, a través de asambleas barriales, poder de decisión en las estrategias a implementar en cada lugar, partiendo de conceptualizaciones que definían a la salud como conflicto y lucha en contraposición a bienestar y adaptación.

La experiencia del ATAMDOSno tuvo suficiente tiempo en su implementación y desarrollo, fue resistido en parte por la comunidad hospitalaria y tuvo fallas que el propio Ferrara reconoció: no había un programa, una teorización para la participación popular; la capacitación de los equipos fue escasa y no se pudo resolver el acceso a los medicamentos. Luego de su renuncia el programa siguió hasta setiembre de 1988.

La salud en manos del Estado, el equipo multidisciplinario, la jerarquización del primer nivel de atención, la necesidad de dedicación a tiempo completo y salarios dignos fueron huellas que quedaron, otra vez, en el acervo de quienes fueron parte de la experiencia, ya sea como trabajadorxs o como población local. Estos proyectos tuvieron sobre la salud pública como derecho otra mirada, otra intención: la de incluir a la comunidad en la puesta en marcha de una perspectiva diferente e integradora.

La salud y las leyes del mercado

Invertir en salud

Fue a inicios de los años 90 que, en el contexto mundial, los grandes organismos de crédito pusieron a la salud en foco, reformulando los proyectos para países en desarrollo con financiamiento externo y apuntando a cuatro áreas específicas: descentralización hospitalaria, desarrollo de recursos humanos, red de información en salud y estrategias de promoción y protección. La reformulación implicó que los proyectos se centraran en la reforma de las instituciones estatales de atención médica, dando origen a la autogestión hospitalaria y la desregulación de las obras sociales.

El documento del Banco Mundial de 1993 “Invertir en Salud” tuvo como objetivo reducir el gasto público, trasladando las leyes del mercado y habilitando los negocios de los sectores privados. En la práctica, las consecuencias de la utilización de la propuesta del Banco Mundial fueron la focalización, la descentralización de la atención de salud sin otorgar los recursos correspondientes, el debilitamiento del Estado como organizador social y el deterioro en la calidad de vida de los sectores marginados. “Paulatinamente se transforma el sentido común en torno a la concepción del proceso salud/enfermedad/atención. La salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Esto produce un cambio de sentido fundamental, ya que la salud deja de ser un bien público para convertirse en un bien privado” (Laurell, 1995; Testa, 1997, citado en Iriart, Merhy, Waitzkin, 2000:97). Este cambio en el sentido común también formó parte de las experiencias vividas por la población, tanto en el acceso a los servicios de salud como en otras áreas de la vida colectiva. El desfinanciamiento al que

fue sometida la salud pública, la pérdida del rol rector del Ministerio Nacional por el traspaso a las provincias de las instituciones hospitalarias, la municipalización de la atención primaria, trajo como consecuencia una pauperización de los servicios que degradó la perspectiva de derechos y profundizó el carácter asistencial de la atención pública de salud.

En el plano del trabajo esta fue una época de degradación de las relaciones laborales, con la precarización a través de los contratos temporarios, de locación de obra y de servicio, instalados a nivel estatal y en las instituciones de salud pública como otro modo de empobrecer la atención brindada a la población. Aparecieron también las “becas” como forma de ingreso al Estado, prolongadas en el tiempo y que, taxativamente, “no configuran relación de empleo público” (Ginés González García, Decreto 5724/89). Con idéntico modelo de precarización laboral el mismo Ginés González García en su gestión al frente del Ministerio de Salud de la Nación, puso en marcha en el año 2004 el Programa Médicos Comunitarios, una capacitación en servicio para profesionales del primer nivel de atención, con sucesivas cohortes, cuyas dificultades llegan hasta nuestros días. En diferentes provincias y en municipios bonaerenses aún quedan profesionales que, bajo esa forma de contratación, padecen retrasos en los pagos de sus salarios y afectación en sus derechos laborales más elementales. El Programa, por su parte, nunca cumplió la función para la cual se lo puso en marcha.

Luego de la aguda crisis social y económica del 2001, la situación del país en general decayó, inscribiendo huellas dolorosas en sus habitantes. La situación de precariedad en todos los ámbitos generó un fuerte impacto sobre las condiciones de vida de las poblaciones. A su vez, esta crisis trajo fuertes consecuencias en las instituciones estatales que, con menos recursos, tuvieron que afrontar una mayor demanda.

Plan Nacer, Plan Sumar, Cobertura Universal de Salud

Las huellas de los 90, sus planes focales, los preceptos de “Invertir en Salud” y un contexto socioeconómico desfavorable pusieron en marcha, otra vez a instancias del Banco Mundial, un claro ejemplo de seguro para las poblaciones más pobres y una transferencia de recursos de acuerdo a los resultados, otra vez un concepto ajeno al ámbito sanitario y propio de los mercados: el Plan Nacer, al que luego se le agregó el Plan Sumar. El gobierno de Néstor Kirchner puso en marcha la primera fase del Plan Nacer en nueve de las provincias más pobres de Argentina en 2005 y en la segunda fase, en 2007, bajo la presidencia de Cristina Fernández de Kirchner, introdujo el programa en las 14 provincias restantes y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El objetivo fue “brindar cobertura a embarazadas y niños/as hasta los 6 años” y luego, en el 2012, ampliarlo al Plan Sumar para incorporar “niños/as y adolescentes hasta los 19 años y mujeres hasta los 64 años” (Ministerio de Salud de la Nación, Programa Sumar una ampliación del Plan Nacer, 2012).

Los mecanismos de financiamiento basados en resultados del Plan Nacer permitieron crear dos niveles de incentivos, a saber: uno entre el Gobierno nacional y los Gobiernos provinciales, y el otro entre los Gobiernos provin-

ciales y los centros de salud. Los Gobiernos provinciales recibieron pagos por capitación del Ministerio de Salud de la Nación sobre la base del número de beneficiarios inscriptos en el Plan Nacer y el logro de metas específicas correspondientes a los indicadores sanitarios. Los centros de salud recibieron de los Gobiernos provinciales remuneración según el número y la calidad de los servicios que hubieran prestado. Estos centros de salud gozaron de un grado considerable de autonomía en cuanto a la decisión de cómo usar los incentivos del financiamiento basado en resultados. Algunos pagaron bonificaciones a los agentes de salud, en tanto que otros reinvertieron los fondos en el centro para introducir mejoras en la infraestructura y la prestación de servicios.

La cobertura de ambas poblaciones, tal como corresponde a un derecho de rango constitucional, estaba ya asegurada en las instituciones públicas sin necesidad de implementar planes focales que, además, generaron infraestructuras administrativas sobredimensionadas. La mejora en los indicadores sanitarios no ha sido, desde su implementación, seriamente evaluada y se ha generado, nuevamente, una inequidad entre efectores de salud al transferir fondos sin monitoreo ni control adecuado.

Con estos antecedentes llegamos al 2014, año en que Argentina adhiere formalmente, como estado parte, a la implementación de la Cobertura Universal de Salud (CUS) en el marco de la Organización Mundial de la Salud. El gobierno de la alianza Cambiemos avanza en esa adhesión con el Decreto de Necesidad y Urgencia número 908/16, partiendo de la falacia de que existía una población que carecía de cobertura para la atención de su salud.

En contraposición a la salud como un derecho de rango constitucional, la CUS habla de aseguramiento o contrato que financia la demanda, con un Estado que incentiva la privatización de los servicios públicos, actuando como gestor y con una clara limitación en cuanto a la cobertura posible de ofrecer. La estrategia, que ya fue puesta en marcha en otros países como México y Colombia, no ha arrojado resultados de impacto favorable en la salud de la población, sino todo lo contrario.

En agosto de 2018 el Ministerio de Salud de Nación fue convertido en Secretaría, subsumida bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, hecho que significa un retroceso de 70 años en materia sanitaria. La decisión, tomada en el marco de la afectación de otros Ministerios, refuerza en este caso, además, el carácter asistencialista de la salud pública, otorgándole menos presupuesto, limitando su carácter de rectoría y cerrando programas en áreas sensibles de prevención y promoción de la salud. Por cierto, en la trayectoria recorrida durante todos estos años, y particularmente a partir de las reformas de los 90, el Ministerio había perdido gran parte de sus funciones como tal, pero esta decisión constituyó un golpe de gracia difícil de revertir.

Los presupuestos aprobados, tanto en Nación como en la Provincia de Buenos Aires, en los últimos dos años son de los más bajos que se registran para el sector, con graves falencias estructurales: desguace de efectores emblemáticos como el Hospital Nacional Posadas, recursos humanos mal pagos que desarrollan su trabajo diario en malas condiciones tras años de desinversión y ausencia en las agendas públicas. Sin embargo, pese a este panorama poco alentador, el sistema público de salud argentino aún resiste.

Resistencias de la sociedad organizada

Frente a los ataques virulentos que ha sufrido y padecido el sistema público de salud a lo largo de los años, de los que intentamos dar cuenta en un breve pantallazo, los hospitales y centros de salud aún subsisten como públicos, son gratuitos y continúan brindando, con recursos escasos e insumos a todas luces insuficientes, una atención de salud lo más universal posible a quienes transcurren por sus efectores. Esto es así independientemente de la situación socioeconómica, la nacionalidad, el lugar donde se habita, la composición familiar, los géneros, las edades y otras variables que podríamos enumerar.

En parte se trata de que, desde aquel cambio de paradigma que significó transformar la Sociedad de Beneficencia como administradora de la “salud para pobres” en hospitales y centros de salud dependientes del Estado con la salud como derecho, fue difícil erradicar del imaginario popular la concepción de que la salud es una cuestión de Estado y es el Estado quien debe garantizarla.

Luego del impacto de la Gran Depresión de 1929, pero especialmente a partir del primer gobierno peronista en el inicio de la segunda posguerra, en Argentina el Estado adquirió una fuerte presencia tanto en la regulación de la economía como en el proceso productivo mismo con la creación de un gran número de empresas estatales. Argentina es uno de los países latinoamericanos donde el estado de bienestar tuvo una gran expansión desde mediados del siglo XX: se impulsó la extensión de la cobertura del sistema previsional, el desarrollo de los esquemas de salud, de la seguridad social, la expansión de la política habitacional y el desarrollo de la infraestructura pública en las áreas de salud y educación.

Bajo las diferentes administraciones, mientras se redujo el compromiso de la sociedad con el gasto público en finalidades económicas, el esfuerzo social relativo volcado en el gasto público social no sólo no decayó sino que creció. Sólo la crisis del 2001/2002 provocó un quiebre de esta tendencia. De esta manera, cuando finalmente se redujo el gasto público fue más como consecuencia de la profunda crisis que provocó el modelo neoliberal y no por la decisión política de su instauración en sí. Como observa Isuani, “Podemos afirmar que el estado de bienestar argentino no tuvo caída en la proporción del producto que utilizó ni se empobreció más que la sociedad a la que pertenece y además no experimentó cambios significativos en su estructura” (2004:4).

Las estrategias de focalización, descentralización y privatización del gasto social destinado a la salud que hemos descripto en forma somera avanzaron sobre la concepción del estado de bienestar, pero no lograron destruirlo totalmente. La atención de salud como derecho continúa fuertemente anclada en la sociedad argentina, cuyas complejidades, atravesadas por procesos de democratización, han resistido mayores avances en ese sentido.

La salud, junto con la educación pública, forman parte indisoluble en Argentina de los llamados “gastos de ciudadanía”, entendiendo como tal que tienen derecho al usufructo de ambas todos los habitantes de un país en su condición de ciudadanos y se la financia mayoritariamente con los recursos que brindan los impuestos y rentas generales. De ello se desprenden conceptos como

“ciudadanía social”, es decir el status que se concede a los miembros de pleno derecho de una comunidad (Marshall, Bottomore, 1998).

Fueron las presiones políticas de algunos sindicatos y organizaciones sociales las que impidieron que se avance con transformaciones privatizadoras de la profundidad operada en el terreno de las empresas públicas de producción de servicios. Además, esas dificultades en privatizar el estado de bienestar han sido causa de una cierta cultura que asigna a las políticas sociales los atributos de un derecho que el Estado debe garantizar. Así, “el funcionamiento de la democracia, que no impidió el desmantelamiento del estado keynesiano, probó ser un antídoto fenomenal para los intentos de avanzar en la contracción del estado de bienestar” (Isuani, 2004:25)

Estas características del estado de bienestar en Argentina también han tenido a algunas de las organizaciones de lxs trabajadorxs como grandes resistentes a su transformación profunda; en síntesis, más allá de la desfinanciación que se ejerce cotidianamente, la salud y la educación públicas gozan, como derechos, de una vigencia que dificulta cualquier avance en cambios estructurales y profundos.

Entre esas organizaciones que resisten tomaremos como ejemplo el caso de CICOP.

La experiencia de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP)

La Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, surgió al calor de las luchas a partir de la recuperación de la democracia, con diferentes intentos de conformar una organización que representara los intereses de lxs profesionales universitarios de la salud, superando las cuestiones y los intereses corporativos. En principio, la organización funcionó como una Comisión InterHospitalaria dentro del ámbito de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA). En el año 1988, luego de un conflicto muy importante en el Hospital Municipal Santamarina de Esteban Echeverría, se decidió avanzar hacia una conformación diferente. El 2 de julio de 1988, fecha que ha sido fijada como la de la fundación del gremio, la Comisión emitió la Declaración de Avellaneda que hablaba de “La vigencia de un movimiento gremial, participativo y democrático...” (Declaración de Avellaneda, 1988).

CICOP agrupa en la actualidad a 15.000 trabajadorxs de distintas profesiones universitarias que se desempeñan en el ámbito de la salud pública a nivel provincial, municipal y nacional. Nacida como Comisión Interhospitalaria del Conurbano y Provincial, que conforman la sigla CICOP por la que se la conoce, es el gremio mayoritario de su ámbito de actuación.

La organización debió transitar procesos de lucha políticos y de intereses para convertirse en gremio, iniciando caminos diferentes y a veces contrapuestos en relación a las antiguas asociaciones profesionales (académicas en su mayor parte), las corporaciones y los colegios profesionales, particularmente el Colegio Médico. Para tal fin fue necesario pasar del status de profesionales imbuidos de la concepción de ejercicios liberales, altamente individualistas, para

formar parte de la clase trabajadora, participando en unidad de acción con otras organizaciones en defensa de los derechos laborales en su conjunto y ejerciendo una solidaridad activa con otros trabajadorxs y sus conflictos.

Por otro lado, desde sus mismos inicios, el gremio tomó la defensa de la salud pública y de los derechos de la población como un postulado básico. Así lo consagra su estatuto en el artículo segundo: “Los objetivos fundamentales de la entidad son la promoción irrestricta de las condiciones laborales, sociales, sanitarias, económicas, técnicas, culturales y recreativas de sus asociados, a través de la defensa de los derechos profesionales de los mismos. Asimismo, la promoción del **derecho a la salud** de la comunidad a través de la defensa del carácter público, gratuito e igualitario de los hospitales...” (Estatuto Sindical de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Pcia. de Bs. As., artículo 2).

Esto lo llevó a participar en los Foros Sociales y Sanitarios en las peores crisis de los años 2000-2001, haciendo alianzas con la comunidad y fomentando asambleas de pacientes y trabajadorxs. En el año 2001 tuvo activa participación en las movilizaciones multisectoriales, dando cuenta de la resistencia popular en contra del ajuste sobre lo público en general, sobre la clase trabajadora y los sectores más vulnerables de la población.

En el año 2004, por el voto directo de sus afiliadxs, ingresó a la Central de los Trabajadores (CTA), concretando así el espíritu de unidad que estaba en los orígenes mismos de su fundación.

Impulsó en esos años, como organización de base, la conformación a nivel nacional, de la Federación Sindical de Profesionales de la Salud (FESPROSA), que finalmente se funda en diciembre de 2005. CICOP es actualmente la regional más numerosa de la Federación.

La defensa irrestricta del equipo de salud, poniendo en un plano de igualdad a todos los profesionales universitarios que lo integran, tal como lo consagra la ley 10471 de Carrera Profesional Hospitalaria, ha sido un baluarte cuya plena vigencia CICOP viene sosteniendo activamente. Fue parte de la lucha y de la historia de la organización su rechazo al intento del gobernador Duhalde, en 1995, de reemplazar ese ordenamiento por la ley 11759, que no sólo preveía la descentralización y autarquía de los hospitales provinciales sino también la precarización de su personal. La ley finalmente fue archivada en 1998 sin que se hubiera podido hacer efectiva. La lucha se dirime todavía, con avances y retrocesos, en cada uno de los municipios donde el gremio tiene representación efectiva.

Frente al intento de puesta en marcha de la estrategia de la Cobertura Universal de Salud (CUS), CICOP conformó en 2017, junto con otros gremios, colegios profesionales y organizaciones sociales, el Movimiento por el Derecho a la Salud, tanto a nivel nacional como en la Provincia de Buenos Aires. Participó activamente de la organización multisectorial de la Marcha Federal por el Derecho a la Salud llevada a cabo en la Ciudad de Buenos Aires el 4 de octubre de 2018.

También es una fortaleza del gremio su empeño en la construcción de un modelo sindical diferente, democrático, pluralista e independiente. Así lo prueba su mecanismo de toma de decisiones en asambleas seccionales en todos los hospitales y centros de salud, con mandatos que se llevan luego a los Congresos de Delegados, máximo organismo deliberativo, resolutorio y de conducción.

“El Congreso General de Delegados (...) es la máxima instancia democrática de la entidad sindical, ya que expresa la voluntad de los afiliados del conjunto de la organización y sus resoluciones son obligatorias para todos los afiliados” (Estatuto de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, art. 94). Por otro lado, la renovación de sus dirigentes en elecciones generales tiene lugar cada dos años y así se ha venido sosteniendo a lo largo de sus escasos 30 años de vida como organización.

CICOP sostiene que la lucha por los derechos de los y las profesionales de la salud se encuentra indisolublemente ligada a la plena vigencia del derecho a la salud como concepto integral para toda la población.

A modo de conclusión

El derecho a la salud de los habitantes de nuestro país no está garantizado *per se*. Intentamos dar cuenta, en forma somera, de las bases sobre las cuales está fundado, qué ataques de diferente índole ha sufrido a lo largo de su historia y qué resistencias han encontrado las políticas que intentaron e intentan su desguace, su pauperización, su restricción.

Sin dudas, toda política sanitaria debe enmarcarse necesariamente en un proyecto político mayor de cuya construcción y desarrollo somos responsables como ciudadanos. En ese proyecto la clase trabajadora tiene que asumirse protagonista, ampliando sus horizontes. En los últimos años, particularmente en nuestro país, constituye un ejemplo a seguir el movimiento de mujeres, transversal, amplio, e intergeneracional, retomando las luchas históricas, movilizadxs y en la calle.

Por otro lado, la noción de ciudadanía debe ser repensada más allá del conjunto de derechos y deberes que la constituye, en la modalidad que propone Pierre Ronsanvallon, esto es incorporando como constitutiva la relación con los otros, el carácter de conciudadanos. Es la dimensión de la ciudadanía como forma social. (Ronsanvallon, 2011).

El desafío es trabajar en la construcción cotidiana de esa ciudadanía. Las organizaciones de lxs trabajadorxs necesitan asumir ese compromiso a fin de exigir al Estado, con las herramientas y métodos de lucha que se den democráticamente, la garantía de una salud pública universal, gratuita, accesible y de calidad al servicio del pueblo.

Referencias bibliográficas

Abuelafia, E; Berlinski, S; Chudnovsky, M; Palanza, V; Ronconi, L; San Martín, M. y Tommasi, M. (2002). *El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal*. Centro de Estudios para el Desarrollo.

Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la provincia de Buenos Aires. (2007). *Estatuto Sindical*. Buenos Aires.

- Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Eudeba, Buenos Aires.
- Banco Mundial.(2013). *Argentina Plan Nacer: Resultados concretos para la madre y el niño*,
- Banco Mundial.(1993). *Invertir en Salud*.
- Belmartino, S. (2005) “Una década de reforma de la Atención Médica en Argentina”, en *Salud colectiva* (online), vol. I, n.2, UNLA, Lanús.
- Bisang, R; Cetrángolo, O. (1997). *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*. CEPAL, Buenos Aires.
- CA.DI.ME.2017. *Informe Técnico de la Cámara*. Buenos Aires.
- Carrillo, R. (1947). *Plan Analítico de Salud Pública 1947*. Secretaría de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires.
- _____, R. (1951). *Teoría del Hospital*. Eudeba Obras Completas, Buenos Aires.
- _____, R. (1951) *Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Buenos Aires.
- Iriart, C; Merhy, E. E y Waitzkin, H. (2000) .“La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma”, en *Cad. Saúde Pública* (online), vol. I6, n. I, San Pablo.
- Isuani, E. A. (2004). “El Estado de Bienestar Argentino: un rígido bien durable”, artículo, Buenos Aires. Disponible en http://catedras.fsoc.uba.ar/isuani/Isuani_EB_Argentino.pdf
- Maier, B. (2010). *La salud y la enfermedad en la Ciudad PRO*. Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini, Buenos Aires.
- Marshall, T y Bottomore, T.(1998). *Ciudadanía y clase social*. Alianza, Buenos Aires.
- Rosanvallon, P.(2012). *La sociedad de iguales*. Manantial, Buenos Aires.
- Svampa, M, (2010). *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: Conversaciones con Floreal Ferrara*. Biblioteca Nacional, Buenos Aires.

El trabajo en red en las problemáticas complejas en torno a la tuberculosis

Red de trabajador@s sociales
interviniendo en Tuberculosis¹

***“...ni en el hospital, ni en el centro de salud,
la punta del compás está en la población”***

Mario Rovere

Introducción

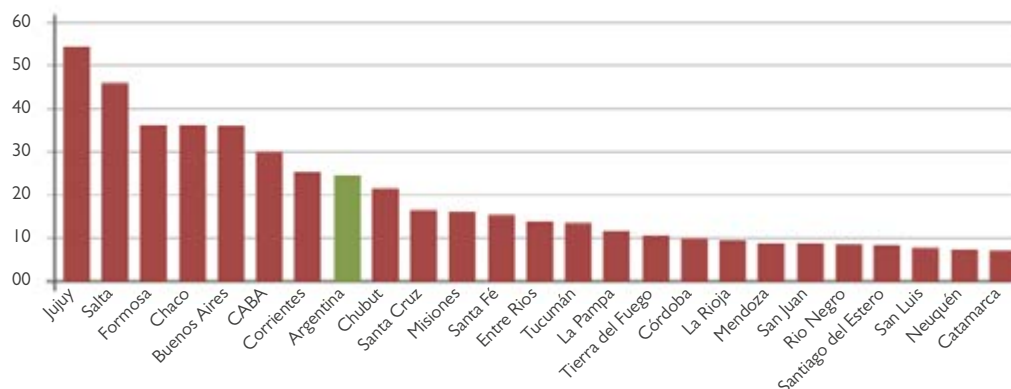
Según el informe de la OMS en el año 2015², la tuberculosis (en adelante TB), junto con el VIH, es una de las principales causas de mortalidad en el mundo. En el marco de las prácticas profesionales en salud, se visualiza que quienes padecen tuberculosis, se encuentran atravesados por múltiples determinaciones sociales, culturales, económicas, etc. Siendo esta enfermedad una clara manifestación de dichas determinaciones.

En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad en el mundo. Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año. En Argentina, según el último reporte del Programa Nacional de Control de Tuberculosis en el año 2017 se notificaron 10.466 casos, con una tasa de 23,76 casos/100.000 habitantes.

¹ Lic. Silvana Agüero - Instituto Vacarezza (Matrícula Provincial N°8796), Lic. Laura Fernández Vecchio - Hospital Piñero, Lic. Cecilia Montenegro - Hospital Santojanni, Lic. María Capelli - Hospital Tornú, Lic. Viviana Visintin - Hospital de Quemados, Lic. María Claudia Balenzano - Cesac 1 -, Hospital Piñero, Lic. Valeria Ávila - Hospital Penna, Lic. María Sol Mulone - Hospital Penna, Lic. Susana García Peñaloza - Cesac 24 - Hospital Piñero, Lic. Marcela Quiroga - Hospital Alvarez, Lic. Luciana Angueira - Centro de Salud Villa Fiorito - Lomas de Zamora, Lic. Georgina Vespertino - Hospital Muñiz, Lic. Carla Lavagnino Cesac 22 - Hospital Durand, Lic. Natalia González Cesac 4y5 - Hospital Santojanni, Lic. Maia Chernomoretz - Programa Nacional de Tuberculosis

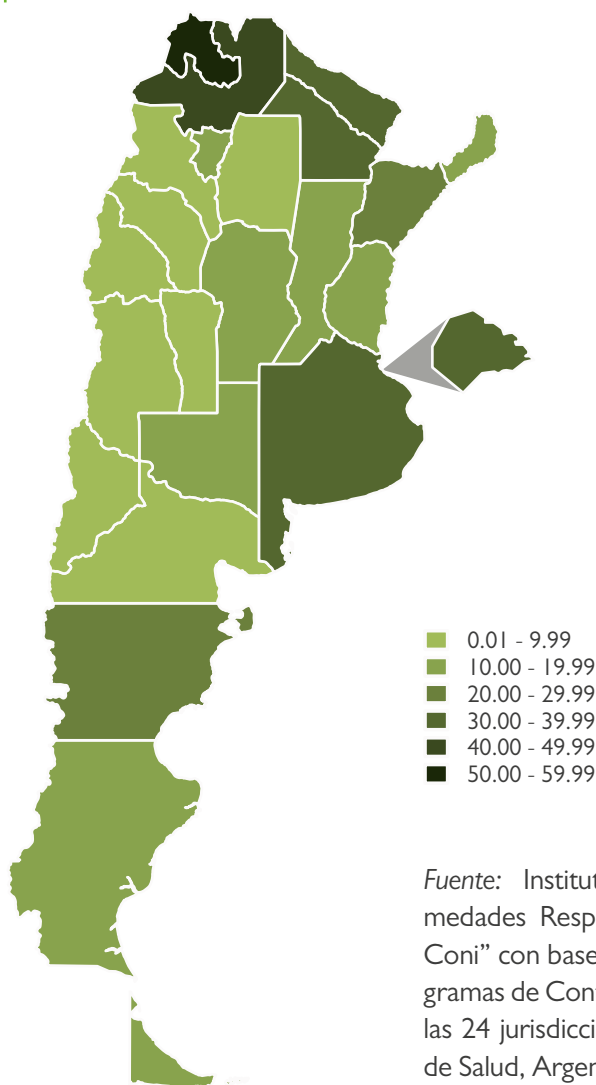
² OMS, Informe Mundial sobre tuberculosis 2015

Grafico N1 Tasas de TB entre los casos nuevos y recaídas por jurisdicción. Argentina, 2016.



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre tuberculosis en la Argentina N° 1. Año I - Marzo 2018

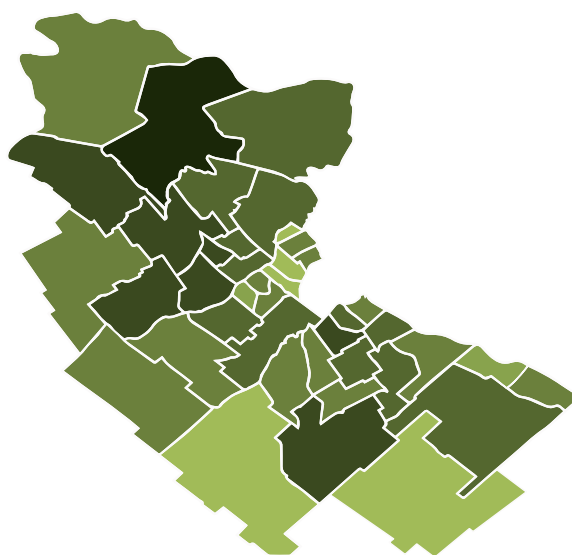
Grafico N2 Tasas de TB entre los casos nuevos y recaídas por jurisdicción. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni” con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

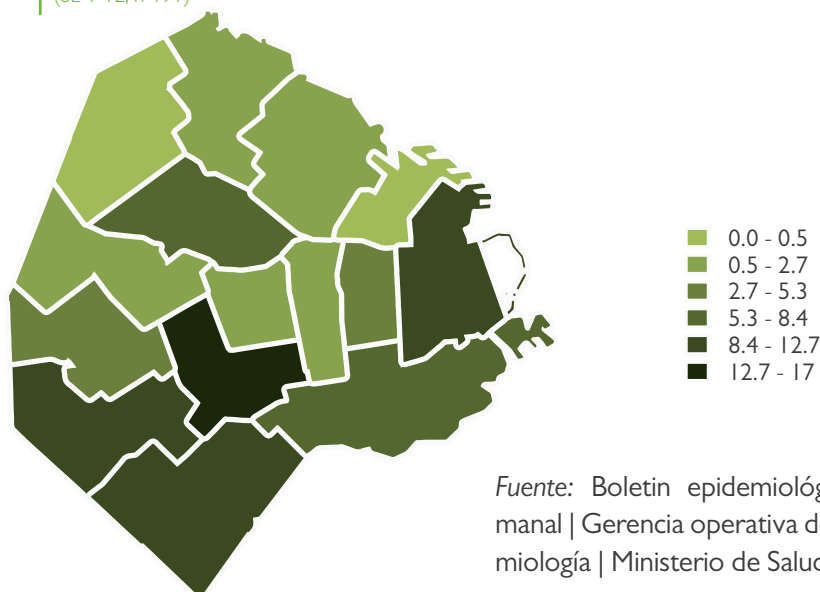
Las provincias con mayor incidencia continúan siendo Jujuy, Salta y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA, compuesto por CABA y los 40 partidos del primer y segundo cordón de la Provincia de Buenos Aires).

Lejos de su desaparición, las tasas de notificación del año 2017 de los nuevos diagnósticos en AMBA demuestran que la enfermedad continúa presente, instalada con mayor profundidad en determinadas zonas, donde se observa una mayor concentración poblacional e índices de desigualdad. Según los datos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS) en dicho año la tasa de incidencia en la Provincia de Buenos Aires de 35,7 y en AMBA de 40,1.



Cabe aclarar que la provincia de Buenos Aires se compone por 12 Regiones Sanitarias de las cuales **4 de ellas representan aproximadamente el 80% de los casos notificados, localizándolos en las regiones V, VI, VII y XII.**

Grafico N3 | Tasas de notificación de casos de TBC por 100.000 habitantes residentes de CABA. 2018 (SE I-12; n-191)



Fuente: Boletín epidemiológico semanal | Gerencia operativa de epidemiología | Ministerio de Salud CABA

En el año 2017 en CABA se registraron 1.176 casos, con una tasa de 38,2 x 100.000 habitantes. Estas cifras indican que la ciudad junto a las provincias de Salta y Jujuy presentan las tasas más elevadas del país.

Respecto a la distribución de casos dentro de la Región de CABA encontramos que las comunas 7, 8 y 9 (Zona Sur) presentan tasas superiores a la media del país (Boletín BES 85, Ministerio de Salud de CABA).

En este histórico escenario, desde el colectivo profesional de trabajador@s sociales del sector salud surgió en el año 2007 la necesidad de construir un espacio de encuentro con la finalidad de problematizar las cuestiones presentes en la atención (o des- atención) de esta enfermedad, en relación a las representaciones y las prácticas sanitarias, y las políticas públicas que la atraviesan.

La red de trabajador@s sociales interviniendo en tuberculosis está conformada por profesionales que se desempeñan en hospitales, centros de salud y programas vinculados a la tuberculosis, mayoritariamente de Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense.

El presente documento se propone recuperar la experiencia de la Red; y dar cuenta del proceso a partir del cual se han ido ampliando los objetivos de la misma, que actualmente se centran en visibilizar la problemática de la tuberculosis y su complejidad e instalarla en la agenda pública.

Fundamentación

Recuperar experiencias de trabajo implica necesariamente repensar el quehacer profesional, las perspectivas desde las cuales se interviene y los proyectos profesionales en disputa. En esta línea, se partirá de algunas categorías de análisis, que darán sustento al relato de la experiencia a presentar.

Desde el lugar de la disciplina de Trabajo Social, se concibe a la cuestión social como el objeto sobre el cual se estructura e incide la práctica profesional³ (Iamamoto, 2003). En esta línea, el ejercicio profesional está atravesado por una dimensión ético política, que da sustento a proyectos socio profesionales colectivos.

En la atención a las personas con tuberculosis, se observan todas las manifestaciones de la cuestión social, tales como extrema pobreza; desempleo; empleo precario; explotación laboral; consumo de sustancias tóxicas; violencia institucional y precariedad habitacional, entre otras. Estas manifestaciones atraviesan la situación de padecimiento de la enfermedad, a las que se suman las exigencias que impone el sistema de salud para alcanzar la cura y evitar nuevos contagios: sostener un tratamiento regular y prolongado.

Las posibilidades que las personas tienen de cumplir los requisitos de este tipo tratamiento se definen en relación con las cuestiones subjetivas, socio-económicas y culturales, en tanto esta enfermedad irrumpe y altera su cotidiana. Esta lógica es fundamental para comprender y abordar las cuestiones vinculadas a este padecimiento y constituye un objetivo primordial en la tarea diaria de

³La cuestión social es desarrollada por José Paulo Netto, como un conjunto de problemas económicos, sociales políticos culturales e ideológicos, que delimitan la emergencia de la clase obrera (Netto, 2003)

l@s trabajador@s sociales, incorporando un abordaje diferenciado del modelo biologicista en salud “...los que proponen nuevos paradigmas, sugieren que una nueva ciencia se encuentra en desarrollo, demandando nuevas categorías propias y nuevas formas de análisis. Hace un tiempo en el campo de la salud colectiva, diversos autores proponen nuevos análisis de políticas de salud ante las complejidades y la nueva construcción del objeto de la investigación epidemiológica...” (N. Almeida Filho, 2001).

Frente a estas complejidades es imposible pensar que el abordaje de esta problemática pueda realizarse desde un ejercicio profesional individual, por lo tanto la práctica disciplinar pensada desde las redes es fundamental. En palabras del sanitarista Mario Rovere “...la esencia del trabajo en red es la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los participantes” (Rovere, 1999). El trabajo en redes es un aporte en la búsqueda de nuevas respuestas a los interrogantes que se presentan en la atención.

*Para la generación de una red es imprescindible
que exista una finalidad explícita, de interés para las instituciones
y las personas que han de conformarla.”*

Mario Rovere

HISTORIA Y CONSTRUCCIÓN DE LA RED

Puntos de partida

En el año 2007, desde los servicios sociales de algunos hospitales y centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se decide convocar a l@s trabajador@s sociales referentes del Programa de Tuberculosis de los distintos efectores, a fin de generar un espacio de encuentro e intercambio sobre el tema. La convocatoria tuvo y tiene una importante respuesta - creciendo en la participación ampliada de la Provincia de Buenos Aires - y en octubre de dicho año se constituye la *Red de trabajador@s sociales interviniendo en tuberculosis*.

A lo largo de estos años se fueron pensando objetivos, acciones y propuestas para sostener la red, acordando los siguientes objetivos generales: generar un espacio de encuentro para l@s trabajador@s sociales de los distintos efectores del Ministerio de Salud del GCBA relacionados con la promoción, prevención, atención y tratamiento de la tuberculosis a fin de repensar la práctica cotidiana; y unificar criterios de intervención para contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por TBC y por el otro contribuir a la visibilización de la tuberculosis en la agenda pública como enfermedad prevalente que requiere de un abordaje integral.

Para la aproximación a estos objetivos se plantean los propósitos de favorecer dispositivos de atención interdisciplinaria que faciliten la accesibilidad al sistema y la adherencia al tratamiento, así como favorecer la articulación entre los distintos efectores de salud y otras organizaciones, de gobierno y no gobierno

(ONG), para garantizar el tratamiento integral de las personas.

En pos del cumplimiento de estos objetivos, es fundamental incluir acciones que involucren a la comunidad, a través de estrategias de promoción de la salud y prevención de la tuberculosis y generar un espacio de capacitación permanente para los integrantes del equipo de salud.

Para el acercamiento a estas propuestas, la Red realiza reuniones mensuales en días y horarios predeterminados, estableciendo un cronograma anual. La convocatoria es permanente y la participación es voluntaria, “...una advertencia de los administradores respecto de la construcción de organizaciones en red es que se procure no normatizarlas ni regularlas demasiado, a fin de no caer nuevamente en esquemas burocráticos rígidos, perdiendo las cualidades de la flexibilidad y la voluntariedad que caracteriza a las redes”. (M. Rovere, 1999). En estos encuentros se comparte el diagnóstico de la situación de cada efector respecto las distintas modalidades de trabajo; abordaje de problemáticas complejas y accesibilidad a los recursos.

Las dimensiones ético políticas de la red

La Red como espacio colectivo es un actor activo en las Políticas Públicas, sumamente importante a la hora de pensar la intervención, para trascender las situaciones puntuales que se presentan día a día en la atención, y problematizar la atención asistencial de la tuberculosis, junto al conjunto profesional.

Por otro lado supone una decisión ético-política de **hacer visible esta enfermedad** en espacios colectivos de trabajo y/o discusión disciplinar o interdisciplinar, favoreciendo el intercambio de experiencias y conocimientos y reflexionando sobre los aspectos de la cuestión social que impactan en la salud de los sectores más vulnerables y vulnerados de la población, que son mayoritariamente los que padecen TBC.

En cuanto al análisis colectivo, se entiende que es prioritario garantizar el acceso al tratamiento a través de la provisión gratuita de los medicamentos; la atención en equipos interdisciplinarios de salud; la articulación interinstitucional e intersectorial; el acceso a los recursos que garanticen la atención adecuada (como estudios de diagnóstico bacteriológico, radiológicos, análisis de sangre, controles por especialistas médicos, etc) y también el acceso a recursos que acompañen y garanticen la reproducción material (ya que se compromete la vida laboral y social).

El llamado “abandono de tratamiento” o “pérdida de seguimiento” registra porcentajes cercanos al 20 o 30 por ciento respecto del total de tratamientos. Estas cifras no reflejan los subregistros ni los datos desconocidos, lo cual conduce a pensar que los porcentajes de abandonos son aún mayores. Siguiendo las indicaciones de la OMS las principales estrategias para reducir este abandono que promueve el sistema de salud, están orientadas a la supervisión de los tratamientos. Los términos de abandono de tratamiento exigen un debate, en su reemplazo, resulta adecuado hablar de adherencia, ya que abarca al sujeto, al equipo de salud y al Estado como garante de derechos.

Implica un proceso de trabajo con el sujeto, donde intervienen las responsa-

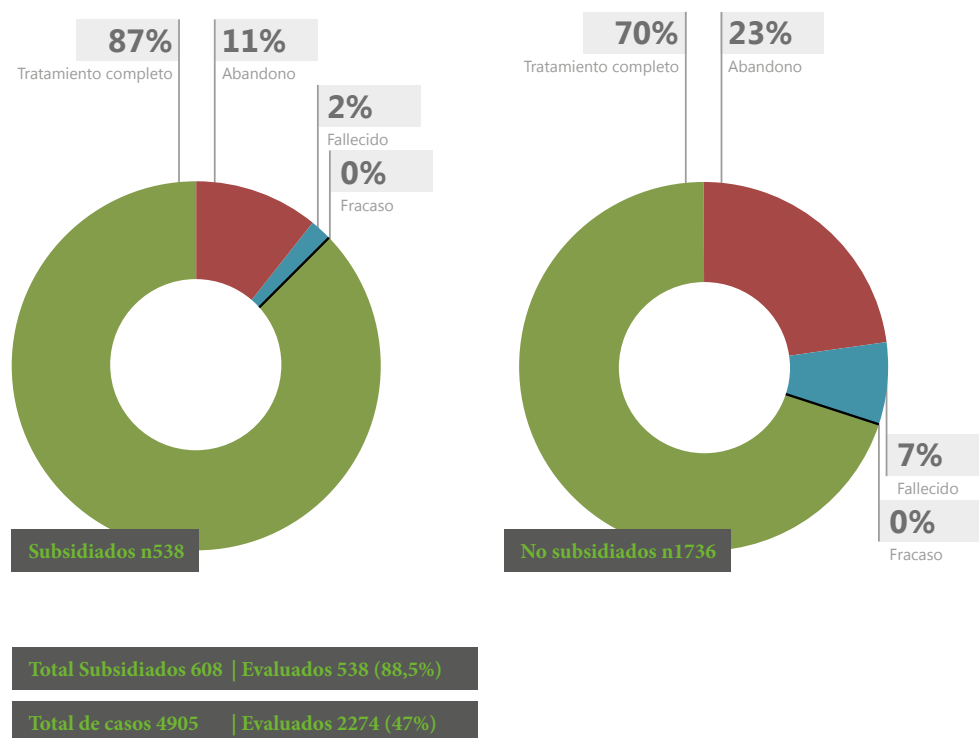
bilidades del equipo de salud, la propia organización del sistema de salud, y el rol del Estado como garante de políticas públicas para la reproducción material diaria de las personas - en este caso- que atraviesan una enfermedad con las características de la TBC.

En relación a las políticas públicas, cabe aclarar que algunas provincias de la Argentina cuentan con una legislación que plantea el amparo económico a las personas con TB durante el tratamiento (Ley 10.436 en provincia de Buenos Aires).

A continuación, se expone la evaluación del impacto de la aplicación de dicha ley en el tratamiento de personas con TB en un trabajo realizado desde el Programa Provincial de control de la TB donde se puede observar que las personas que acceden a los beneficios de la Ley son pocas en relación al total de casos notificados.

Por otro lado, a partir del intercambio en la Red se visualizan dificultades en la implementación de esta ley, tales como la demora en el cobro del subsidio, obstaculizando el objetivo de acompañar el tratamiento y promover la adherencia.

Grafico N2 | Evaluación tratamientos para tuberculosis.
Año 2015, según subsidio Ley 10.436



Desde la Red se viene problematizando esta situación y se convocó a las autoridades correspondientes para que den respuestas.

En este marco, en el ámbito de la CABA, una de las acciones promovidas desde la Red fue la presentación del **Proyecto de Ley N°1688- D- 13-Selser**, en el año 2013, para establecer un subsidio de carácter universal destinado a las personas que padecen tuberculosis como soporte económico que favorezca las condiciones materiales necesarias para sostener el tratamiento. Inicialmente en el 2010 desde la Red se contacta algunos miembros de la Comisión de Salud de la Legislatura del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con el objetivo de instalar en agenda pública la temática. Se hace especial insistencia en los pedidos para que se reglamente la ley de subsidio de transporte libre y gratuito para las personas que realizan tratamientos prolongados. Es lamentable, pero no hubo avances en la reglamentación, caducando las posibilidades de implementarse.

En el año 2012 se reiteró el pedido de subsidio ante la comisión, luego de varias reuniones con el Legislador a cargo de la Comisión de Salud, se elaboró y se presentó un borrador del proyecto⁴ –trabajado en conjunto entre el Legislador y la Red- que llegó a discutirse en la legislatura en varias oportunidades, en las que esta Red fue invitada a participar como cuerpo colegiado.

Por otro lado, y ante el rechazo de dicho proyecto de Ley, durante el periodo 2016/2017 se intentaron alternativas de acceso a otros recursos materiales que acompañen la adherencia al tratamiento. Para ello se realizaron reuniones ante representantes del Ministerio de Desarrollo Social, y de Salud de la CABA, sin tener respuesta favorable hasta el momento.

Espacios de promoción y difusión

Desde esta red se impulsó el diseño y la elaboración de material informativo para las personas que padecen tuberculosis; sus contactos y la población en general. Para la existencia de este material, se realiza un constante seguimiento en el proceso de Producción en la Imprenta de la Ciudad para poder distribuirlo a todos los efectores de salud de CABA. Además, se realizan acciones de educación para la salud, reforzándolas en el día internacional de la Lucha contra la TBC. Se llevan a cabo talleres de difusión en hospitales, centros de salud, instituciones barriales, etc. Se participa en programas de radios comunitarias y se distribuye material informativo. Además, se impulsa el encuentro con la Comisión de Salud de la Legislatura de CABA por la propuesta de promulgar una Ley para un subsidio para tod@s l@s pacientes en tratamiento.

Espacio para la capacitación y la gestión

Desde la red se organiza y lleva a cabo consecutivamente jornadas y encuentros de intercambio algunos disciplinares y otros abiertos a los equipos de

⁴Proyecto de Ley N°1688- D- 13- Selser.

salud interesados en la temática. En el año 2012 se realizó el “Primer encuentro de la Red de trabajador@s sociales en Tuberculosis, Reflexiones en torno a la temática de la tuberculosis”; en 2013 las II Jornadas de la Red “Reflexiones desde la Intersectorialidad en torno a la tuberculosis”; en 2014 las III Jornadas de la Red “Reflexiones en torno a los equipos de salud en el abordaje de la Tuberculosis” y en 2015 las “Jornada de trabajo de los equipos de salud sobre el abordaje de la Tuberculosis”.

Por otro lado, los encuentros mensuales, son espacios de capacitación interna dada por la presentación de ateneos, la reflexión sobre el rol del trabajo social dentro del Equipo de Salud, la exposición de profesionales especialistas en la temática (área de investigación, jurídico, etc.). Se participa además en espacios de formación profesional (cursos, jornadas, congresos) y se presentan trabajos científicos y artículos referidos a la temática.

Desde 2008 se presentan trabajos en las Jornadas Científicas de la Red de TBC del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires organizadas por la Asociación de Médicos Municipales.

En esta red, las acciones de gestión se enmarcan por un lado en la participación en el Confederal Nacional de TBC: Año 2011 Provincia de Santa Fe y en el año 2012 CABA, y por el otro en la permanente convocatoria a las distintas Regiones Sanitarias del Conurbano para concurrir al espacio de encuentro mensual, a la vez que se confecciona una guía de referentes institucionales del Programa de Tuberculosis. Además, se interviene en la articulación tanto con la Red de Médicos a través de la participación de una/dos integrantes de la Red en las reuniones bimestrales del Programa de TBC, y también con distintos consulados como los de Bolivia y Paraguay.

“...con imaginación y astucia, siempre es posible ir abriendo fisuras en los muros de la ciudadela que nos condena a la incomunicación y nos hace difícil o imposible el acceso a las multitudes...”
Eduardo Galeano

PARADIGMAS EN LA INTERVENCIÓN

Ejercitando el concepto de adherencia

Desde esta red se comenzó a pensar en la importancia del concepto de adherencia en relación al tratamiento de una enfermedad compleja como la tuberculosis, y se le dio un marco dentro del proceso salud enfermedad atención, tomando como principio fundamental la concepción de la salud como un derecho humano y al Estado como responsable de garantizarla.

Se considera, por un lado, que la enfermedad enfrenta a las personas afectadas con un quiebre en la organización de su cotidiano, frente al cual es necesario desarrollar nuevos procesos de organización y reorganización y por el otro, que el paradigma del “saber médico” constituye una fuente importante de significación y sentido en la biografía de las personas que demandan asistencia médica. A partir de estos supuestos se toman los ejes de análisis proceso salud enfermedad

atención y accesibilidad en el marco del derecho a la salud. Respecto al proceso salud enfermedad atención, se lo interpreta -juntamente con Eduardo Menéndez (1991)- desde una perspectiva relacional, que recupera los procesos históricos y considera que todo campo socio – cultural no es homogéneo, sino que en el mismo se constituyen relaciones de hegemonía/ subordinación y operan procesos transaccionales que favorecen la cohesión-integración.

El eje que se relaciona con el concepto de accesibilidad, se lo vincula como facilitador de la adherencia y como forma de poner en práctica el derecho a la atención de la salud en la práctica cotidiana. Se considera a este, como uno de los ejes en que el Trabajador Social basa su intervención. Este colectivo profesional, comparte la mirada con Stolkiner, quien entiende la accesibilidad como la construcción de un vínculo entre los sujetos y los servicios.

Considerando que en la adherencia interviene la particular inserción que cada persona tiene en su entorno familiar, laboral y económico, es importante destacar la responsabilidad que le compete al sistema de salud como facilitador de accesibilidad al mismo. Por tal motivo una de las propuestas de la Red es conformar equipos interdisciplinarios donde la intervención del trabajo social se inicie desde el momento del diagnóstico de tuberculosis, favoreciendo un espacio de contención, información, reflexión y acompañamiento a la persona en situación de tratamiento.

Por otro lado, como Red se ha trabajado en la actualización de las “Normas de Servicio Social” realizadas desde el Programa de Control y Tratamiento de la Tuberculosis de la Ciudad de Buenos Aires en la década del 80, momento socio histórico muy distinto al actual.

En este sentido, se generó al interior de la Red un proceso de reflexión y construcción conjunta, con la posterior elaboración de las “Propuestas para la intervención del/a trabajador/a social en el Programa de Tuberculosis”. Dicho documento fue compartido y presentado ante colegas de distintos efectores del ámbito de la salud, y trabajado en un encuentro disciplinar abierto al conjunto de trabajador@s sociales, organizado por la Red, para generar intercambios y reflexiones colectivas en torno a las propuestas elaboradas.

Estas propuestas intentan dejar atrás una lectura de la problemática que responsabilizaba a los/as sujetos/as ante la enfermedad según sus posibilidades de cumplimiento de los tratamientos, donde la intervención profesional se vinculaba a una perspectiva de control social de dichos/as sujetos/as.

En el documento actual se otorga relevancia a la tarea realizada en torno a las propuestas de intervención, que plasman un posicionamiento ético político compartido como profesionales de trabajo social, en torno a la problemática y abordaje de la TBC, visibilizando el rol profesional dentro de los equipos de salud y el aporte a los mismos respecto de los condicionantes que inciden en los procesos de salud enfermedad atención y cuidado. Las propuestas se elaboraron, además, con el objetivo de brindar herramientas a l@s profesionales que se insertan en diferentes espacios de trabajo en torno a la problemática de la TBC.

Arribando a posibles conclusiones

Desde el colectivo profesional que conforma esta red se sostiene que a partir de la experiencia transitada se pudo realizar un salto cualitativo de lo individual hacia lo colectivo en una construcción tanto de perspectivas de trabajo como de estrategias de intervención. Se considera además que el trabajo en red, posibilita una mirada más integral sobre la enfermedad –tuberculosis– y dentro de las complejidades que la atraviesan junto con las políticas públicas y la realidad coyuntural.

Formar parte de esta red retroalimenta las experiencias que cada integrante aporta y permite canalizar demandas, necesidades y gestiones con mayores posibilidades de injerencia en torno a la problemática de tuberculosis.

La posibilidad de incidir desde la Red de trabajador@s sociales interviniendo en TBC, en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas vinculadas al tratamiento de la tuberculosis, así como la posibilidad de posicionarse como actores sociales para disputar sentidos relacionados con la temática, están íntimamente relacionadas con una postura profesional respecto del lugar del trabajo social.

Es una decisión ético-política de la red de trabajador@s sociales en TBC hacer visible esta enfermedad en espacios colectivos de trabajo y/o discusión, dando a conocer las experiencias y conocimientos acerca de esta temática para la formulación de políticas públicas cuyo objeto de interés sean las manifestaciones de la cuestión social que atraviesan y condicionan la vida cotidiana de las personas que padecen la enfermedad.

Se entiende que trabajar en la temática tuberculosis es trabajar sobre una de las manifestaciones de la cuestión social. Es fundamental llevar adelante estrategias que incidan en la política pública, con una mirada que vaya a la génesis de las desigualdades sociales y sus manifestaciones, es decir que nunca deje de lado la cuestión social.

*“...si el sector salud quiere conocer
y/o implementar el sistema de atención
real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales,
debería identificar, describir y analizar las
diferentes formas de atención que los conjuntos
sociales manejan respecto de la variedad de
padeceres reales e imaginarios que reconocen
como afectando su salud.”
Eduardo Menéndez*

Bibliografía

- ALMEIDA-FILHO, N. (2006) Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Salud colectiva [online]. vol.2, n.2 [citado 2016-08-30], pp. 123-146
- CASTEL, R. (1995) La metamorfosis de la cuestión social. Paidós.
- IAMAMOTO, M. (1997) Servicio Social y División del Trabajo. Cortez Editora, San Pablo.
- MENÉNDEZ, E. (1991) Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes. Revista Alteridades, México.
- NETTO, J. P. (2002) .Reflexiones en torno a la 'cuestión social'. En nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Varios autores. Ed. Espacio.
- ROVERE, M. (1999) .Redes En Salud: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- SAROBÉ, R. Tuberculosis. De lo Molecular a lo colectivo... y viceversa. Un desafío a la salud pública. Programa Provincial Control de la Tuberculosis y Lepra. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- STOLKINER, A. y OTROS. (2000) La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales", Ed. Dunken, Buenos Aires.

Otras fuentes

- Ministerio de Salud CABA, Boletín Epidemiológico n° 85.
- Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre tuberculosis en la Argentina N° I. Año I - Marzo 2018
- OMS. Informe mundial sobre tuberculosis 2015.
- Revista Salud Colectiva. vol.8 supl. I. UnLa, Noviembre 2012. Versión On Line ISSN 1851-8265

Intersticio de tiempo: La covisión como paréntesis necesario para enriquecer la autonomía profesional

Andrea Landeira Pieroni¹

Bruno Petruzza²

Micaela Grisolio³

Evelina Simonotto⁴

“... sólo en el metro me puedo dar cuenta porque viajar en el metro es como estar metido en un reloj. Las estaciones son los minutos, comprendes, es ese tiempo de ustedes, de ahora; pero yo sé que hay otro, y he estado pensando, pensando...” Julio Cortázar, *El Perseguidor*.

¿Por qué se solicitó un espacio de covisión?

Revisando papeles, registros en el cuaderno de campo y viejas agendas, todo coincide en que la solicitud de un espacio de covisión fue a los meses de empezar la Residencia. Escasos dos meses y medio, que en la vorágine de los cambios que imprime esta modalidad de inserción laboral que combina diferentes espacios de formación y trabajo asistencial, fueron sentidos como *extensos* meses previos a la covisión.

En ese período, nos encontrábamos conociendo *diferentes cotidianidades* que nos interpelaban. Nos sumábamos a un crisol de experiencias pensadas, planificadas, proyectadas para les residentes. En este punto, vale preguntarnos: ¿qué es ser residente? Podríamos ser más o menos poéticos al definirlo, pero vamos a contener esa faceta artística y limitarnos a pensarnos en el marco de la inserción en servicios hospitalarios, consultorios, dispositivos de salud, entre otros. En esos espacios el residente es un *profesional en formación*. Por un lado, somos

1 Licenciada en Trabajo Social. Universidad Nacional de Buenos Aires (2010- 2016). Residente de 2do año del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) Lanús. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

2 Licenciado en Trabajo Social. Universidad Nacional de Lomas de Zamora (2010-2015). Residente de 2do año del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) Lanús. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

3 Licenciada en Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata (2007-2013). Residente de 2do año del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias

4 Licenciada en Trabajo Social. Universidad Nacional de Buenos Aires. (1983-1985). Trabajadora Social. Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Docente de la cátedra de talleres UBA. Miembro de La Roja Proyecto Colectivo. CABA.

profesionales habilitados para intervenir de forma “autónoma”, pero por otro lado, nos encontramos realizando una especialización en salud (no reconocida formalmente para trabajo social fuera del sistema de salud) la cual implica una formación específica y una supervisión en nuestra intervención asistencial.

En nuestra inserción profesional, rotamos por diferentes servicios o consultorios, acompañados por *referentes*. Los mismos son profesionales de planta permanente que, como mencionábamos anteriormente, transitan una *cotidianidad particular* en la que nos vamos involucrando. La inmediatez de las prácticas es la que predomina en este primer tramo de la residencia. Se suceden unas a otras, y palabras que generalmente se piensan en singular desde nuestro crisol se vuelven multi-plurales: cotidianidades, rutinas, burocracias, éticas, etc. La información es mucha, y en ocasiones se siente y piensa como una superposición, un rejunte de cosas avasallante: estadísticas, sistematizaciones, ateneos, jornadas. El reloj marca un tiempo... sin embargo, nuestro tiempo no es el mismo desde que ingresamos en la residencia. Hay algo que se multiplica exponencialmente que nos absorbe, desborda, abduce (no sé si es posible todo esto a la vez) y que nos remite a la experiencia que Johnny le transmite al “Perseguidor” en el cuento de Cortázar.

Las tensiones que existen en la intervención profesional comenzamos a sentir las como sensaciones en un principio: malestar, incomodidad, fastidio. En muchas ocasiones, nos vimos en desacuerdo con las prácticas desarrolladas en los lugares de rotación sin saber cómo manifestarlo. Siendo residentes de los cuales se espera una cierta subalternidad, pero también una cierta autonomía, ¿cómo poder combinarlas en cada espacio? ¿Cómo sentirnos “parte” si somos los que llegamos de “afuera” y estamos de “paso”?

Una manera de lidiar con estas sensaciones (en un momento tan abrumadoras que obturaban la práctica reflexiva) fue buscar un espacio para “supervisar-nos” en donde pudiésemos transmitir lo que vivenciábamos, repensarlo y buscar cómo sobrellevarlo. Encontramos un espacio, un equipo y más de un interrogante. Comenzamos por abrir la posibilidad de distanciarnos de esos acontecimientos cotidianos, cuestionarlos. Y así, delinear las primeras mediaciones teóricas a través de las cuales comprender los sucesos diarios, sus efectos y atravesamientos.

Nos distanciamos de las corrientes del pensamiento que entienden la práctica (específica, singular) como fuente (inmediata y directa) de teoría, puesto que desde esta posición quedamos atrapados en lo factual, lo singular, y no logramos superarlo. Esta concepción pragmática, se configura como una razón instrumental, que se encuentra al servicio de otra razón principal o sustantiva (positivista), pero no se la pone de manifiesto. Queda oculta en los hallazgos inmediatos, colonizada por el sentido común (Montaño, 2017).

Este saber pragmático es el que predomina en nuestros espacios de rotación y dificulta interrogar junto a los referentes las lógicas de trabajo institucionalizadas: la intervención profesional a partir de interconsultas, que nos supedita al saber médico y nos posiciona como una disciplina auxiliar; la clasificación de las situaciones según su “nivel de riesgo social”, a través de las cuales fragmentamos a los sujetos de la intervención y sus situaciones problemáticas; la relevancia que cobra la estadística como un simple recuento de datos, sin poder realizar propuestas en torno a los resultados obtenidos; los mandatos sociales

instituidos desde donde se conciben los sujetos de intervención, esto es: lo que se espera de ellos, caracterizaciones, qué interesa indagar y para qué.

El pragmatismo reproduce la “identidad atribuida” a la profesión, la cual se caracteriza por el control, disciplinamiento y administración de la pobreza como mecanismo para la reproducción del orden social vigente. El proceso y los medios de nuestro trabajo nos son ajenos, por lo cual su producto también. En estas condiciones la “supervisión” fue constituyéndose como el espacio en el cual poder distanciarnos de este proceso alienador y alienante en el cual desarrollábamos nuestra intervención, fue un acto de cuidado, el primero de muchos otros...

¿Qué temas se trataron?

Lo interesante de “dialogar con colegas” y, en este caso colegas que fueron parte o son actualmente del Sistema de Residencias en Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es poder encontrar los otros posibles. Poder comparar cómo se acuerdan los esquemas de rotaciones, por ejemplo, cómo se piensan las evaluaciones, entre otras cuestiones. Así como también caer en la cuenta de la necesidad de historizar: nada comenzó a gestarse hoy, los comienzos son paulatinos y llegan a institucionalizarse a través de largos procesos, en los cuales hoy nos estamos involucrando. ¿Cómo no sentirnos vapuleados por lo institucionalizado? ¿Cómo no quedar atrapados en los círculos de la violencia institucional que se reproducen (y reproducimos) en el ámbito hospitalario y en los efectores de salud en general? De eso también se trataba.

Los primeros encuentros se construyeron entre relatos experienciales, desahogos, preguntas que emergían y que iban encontrando puntos de llegada, formando opiniones que contenían una combinación entre algo de lo que sentíamos, algo que compartíamos, aquello intercambiado y lo que se iba construyendo: una mirada colectiva, algo de esto empezaba a asumirse como *covision*. Los ejes que fueron protagonistas de los primeros encuentros giraron en torno a:

El impacto de la lógica institucional sobre nuestra cotidianeidad, esa inversión a lo nuevo: el hospital, el servicio social, la lógica instituida, la jerarquización entre trabajadores “mire qué título tiene y te diré que puede”, la lógica del poder, el sistema de salud representado en todas aquellas demandas que al tocar la puerta del servicio social o a través de una interconsulta nos materializaban las ausencias, la necesidad, la precariedad, común denominador tanto para aquellos que tocaban la puerta como también para quienes la abríamos.

Pero... ¿de qué modo la precariedad resultaba el escenario donde nos movíamos en este periodo de inserción? Algunas líneas de reflexión acerca de la precariedad transmiten. “Existen (...) distintas dimensiones de la precariedad: Primero, la vulnerabilidad, representando la continua experiencia de la flexibilidad sin ninguna forma de protección. Segundo, la hiperactividad, siendo el imperativo a adaptarse a la disponibilidad constante. Tercero, la simultaneidad, que expresa la capacidad de manejar a la vez los distintos tiempos y velocidades de múltiples actividades. Cuarto, la recombinación, como los entrecruzamientos entre varias redes, espacios sociales y recursos disponibles. Quinto, la inquietud, que expone a las personas a la sobreabundancia de comunicación,

cooperación, hiperactividad e intentar sobrellevarla. Sexto, la inestabilidad, es decir, la continua experiencia de la movilidad a través de distintos espacios y líneas temporales. Séptimo, el agotamiento afectivo o la explotación emocional. Octavo, la capacidad de astucia, falsedad, persistencia, oportunismo, etc. (Barattini, 2009 en Castrogiovanni, 2015)”.

Estas condiciones de *precariedad* se particularizaban con lo que fluía y aquello obturado en la dinámica cotidiana del servicio social: una comunicación segmentada acerca de las situaciones abordadas en el cotidiano, poca socialización de información que resultaba útil y necesaria para movernos dentro del hospital, las falencias que incorporaban a otros profesionales, esto es, el trabajo en conjunto, la coordinación interdisciplinaria y/o con otras instituciones, son algunas de las características.

“(...)la vida cotidiana es la que resulta precarizada, y no únicamente el momento del empleo propiamente dicho. Según esta visión, son nuestros cuerpos, los que corporizan la precariedad, y no únicamente nuestras modalidades de contratación (Barattini, 2009 en Castrogiovanni et. al., 2015). Visualizábamos la condición de los trabajadores de planta también absorbidos por la lógica institucional, la *precariedad* laboral, la rutinización de las tareas y demás atravesamientos mencionados. Esto se plasmaba en la predisposición cotidiana ante lo nuevo, diferente: discursos, propuestas, etc. Entonces percibíamos cierta desmotivación laboral por parte de los trabajadores del servicio social. Esto lo planteamos alejándonos de realizar un juicio de valor, sino para complejizar también con quiénes y porqué nos desencontrábamos en lo cotidiano. Visualizábamos que los temas que íbamos proponiendo o planteando como interrogantes, no promovían interés, y que la misma situación se reiteraba cuando se intentaba problematizar una situación.

Ante lo dicho hasta aquí podemos incorporar otro de los ejes centrales trabajados en los primeros encuentros: la figura del referente. Considerábamos que dicha figura “determinaba” a nuestro entender el trayecto de inserción e intervención que hacíamos en los diferentes servicios. Entendíamos el acompañamiento en función del aprendizaje y la retroalimentación profesional, y observábamos que nuestro “ideal” podía operar como un distanciamiento con el real de los referentes. En este análisis desalentador, desconocíamos el proceso recorrido, las implicancias socio-históricas y contextuales que atravesaban el escenario en el cual el referente se inscribe como tal.

¿Qué valoración tiene el referente en el Sistema de Residencias? ¿Cobra por su función o lo hace ad-honorem, sumando una tarea más a las que tiene en su cargo asalariado? ¿Elegió cumplir ese papel o se lo asignaron? ¿Le garantizan capacitación para esta tarea? Éstas, y otras preguntas más, fueron abriendo caminos y respuestas a lo que en el transitar cotidiano de las rotaciones percibíamos como silencios.

Estas preguntas nos llevaron a conocer que esta función no es valorada como tal en el Sistema de Residencia, sino que muchos colegas no eligen por definición propia ocupar esa función. A su vez, se entretienen condiciones de contratación precarias en las cuales el espacio formativo y reflexivo no se encuentra comprendido. Esto puede condicionar que la figura del residente pueda ser vista como alguien que viene a husmear y evaluar lo que se hace o, lo que es

peor, a querer proponer cambios, introducir observaciones, sugerencias para después no sostenerlas. Claramente las resistencias están a la orden del día.

Entonces nos preguntamos, ¿cómo se construye y cómo atribuimos una investidura de autoridad al referente? En definitiva, el referente es una puerta de acceso a la vida institucional, es quién habilita nuestro ingreso de una forma más o menos condicionada... Con lo cual vale preguntarnos: ¿qué intersticios en la trama institucional pueden alojar prácticas construidas desde nuestra autonomía profesional? Entonces ¿determina o condiciona nuestras tareas cotidianas? ¿Hay más lugar?

No todos los espacios son iguales, tampoco quienes los sostienen o dirigen, no todas las posiciones asumidas se encuentran abroqueladas, ni todos los caminos transitados. Caracterizando el lugar de “referente” podemos dar cuenta de que la conceptualización que tenemos ahora sobre su “rol”, aquello esperado, se distancia un poco de aquel imaginario inicial.

Identificar parte de lo que va constituyendo el lugar, el modo, los márgenes de acción posibles y los límites, ¿por cuánto? ¿Con quién/es? Superar la queja, el malestar, es también visibilizar cuántas escenas propias éramos capaces de montar, cuánto camino podíamos elegir desandar.

A partir de visibilizar tales condiciones, emergía casi espontáneamente (¿su contenido condicionará entonces su puesta en escena?) la *autonomía*, con el adjetivo que más la caracteriza en estos contextos: *relativa* ¿Cuánto reflexionado hay sobre aquella? Condición, posibilidad, herramienta, posición, capacidad, entre otras. ¿Cómo construirla desde y en nuestra experiencia cotidiana?

Estos interrogantes nos posibilitaron un ejercicio de identificación de aquella conjugación de diversas tareas, mencionadas al comienzo de este relato, en distintos espacios, algunos elegidos, otros impuestos como así también las distancias conceptuales, y a partir de allí plantearnos un objetivo: dónde depositar nuestra energía creativa. Instancia que nos abría entonces la posibilidad de construir un camino que se cargue de anhelos, propuestas, proyecciones para llevar adelante alguna de las diferentes ideas que nos iban surgiendo. Pensar en la *autonomía relativa* nos proponía situarnos en condición de posibilidad, en el porqué de nuestras elecciones, decisiones y acciones, en colocar también en escena nuestra libertad.

Resultó necesario pensar en una planificación estratégica que pudiera contrariar la lógica pragmática, la rutinización de las tareas sin saber el por qué. Una consideración necesaria para desarrollarla fue socializar esos deseos personales, que conjugados iban constituyendo lo grupal de una forma particular.

“-¿Cómo lo mismo da? No es lo mismo. Pasado mañana es después de mañana, y mañana es mucho después de hoy. Y hoy mismo es bastante después de ahora, en que estamos charlando con el compañero Bruno y yo me sentiría mucho mejor si me pudiera olvidar del tiempo...” (Julio Cortázar, El perseguidor).

¿Economía del tiempo? ¿Cuánto es necesario para la acción? y, ¿para la no acción? Dejarnos conducir por el sentir de nuestro tiempo, con un pie en las exigencias institucionales y otro en las proyecciones, en este viaje de subte: el presente, la *covisión* en donde podíamos visualizar el juego entre el tiempo

práctico, concreto y el posible a ser planificado.

Ubicamos así los proyectos que íbamos construyendo, los momentos de agotamiento en donde ya no resulta viable desde el cansancio intentar generar algo nuevo, la necesidad de sostener un tiempo de ocio en donde alejarnos de la extracción ilimitada de la disponibilidad laboral, el *a toda hora y en todo momento*. Identificar esas condiciones para visualizarnos, para permitirnos agotados, a veces estancados y así asumir que la realidad es un proceso y no como slogan que da un aire poético a las frases y una liviandad a los discursos, sino también como pausa necesaria para objetivar, distanciarnos y retomar camino y seguir construyendo nuestro tiempo. La *covisión* nos permitía entonces pensar que había otro momento de estar presentes en un mismo espacio, encontrarnos en el relato, acompañarnos. Un espacio constituido desde la apertura, libre de prejuicios y subestimaciones. Se distingue de la modalidad de “supervisión” en donde hay una mirada “superior”, quien lleva adelante la tarea y tiene las respuestas, “la receta” para resolver los interrogantes, aquel que tiene una “super-visión”. Y del otro lado aquellos “supervisados” que presentan las dudas, las imposibilidades y un desconocimiento del propio saber del proceso de trabajo. Dicha modalidad reproduce una lógica asimétrica en donde el saber no se construye, sino que pasa de un sujeto a otro.

Nos encontramos con un espacio flexible, donde el encuadre no resultaba una norma ni un esquema preestablecido. A modo de ejemplo: por el ritmo fluctuante y atareado de la residencia la cita próxima la íbamos acordando en función de las disponibilidades grupales, como así también el horario, acuerdo éste, aún más difícil de sostener cuando la vorágine matutina de trabajo colapsaba nuestra rutina. En un intersticio de tiempo nos auto-expulsábamos a la calle, atravesábamos los molinetes y nos encontrábamos otra vez en el relato. Y entonces nuestra llegada demorada era también un insumo para repensar la multitarea, la precariedad, nuestro tiempo.

El espacio de *covisión* se compuso por una trabajadora social, residentes de trabajo social y psicología (residencias de CABA), también ha participado una médica pediatra, quienes acompañaban el espacio y les residentes solicitantes. Un equipo con diferentes experiencias y recorridos. Más allá de distinguir los diferentes roles en dicho espacio (les sujetos de la práctica quienes solicitan la *covisión* y quienes acompañan dicho proceso) se conforma como una instancia de aprendizaje y formación colectiva. Una característica poco habitual en las residencias en salud es considerar la participación en espacios de *covisión* como parte en sí misma de una rotación. Por ello destacamos esta experiencia por la que transitan las compañeras que allí realizan su residencia hospitalaria, y que coloca la *covisión* como instancia constitutiva de la formación profesional.

En la *covisión* se intercambian ideas, se contraponen, interrogantes que van y vienen, se cruzan y algunos quedan latentes en el aire. Se visibilizan esas distintas experiencias que nos atraviesan, ahora con el ejercicio de repensarlas cargadas de sentido. Las vivenciamos como una instancia de construcción interdisciplinaria, de cuestionamiento materializado en un lenguaje compartido más allá de las condiciones particulares de cada una. Este desandar iba distanciándose de la lógica del no-decir, del intercambio vedado, del pacto de silencio por los costos que imprime. Asumiendo de a poco una argumentación sentida, una distancia práctica de las lógicas preestablecidas dentro del servicio social.

¿Qué tensiones recorren el espacio?

Las tensiones que recorren el espacio están relacionadas con su “ser externo”, su acontecer por fuera de los espacios de rotación y del sistema de residencias. El diálogo se entabla entre colegas que no pertenecen al mismo espacio geográfico, que no transitan las mismas instituciones, entonces: ¿qué tienen en común? ¿Qué las convoca al diálogo? No es solamente compartir la profesión, ni siquiera necesariamente, se trata de emprender una tarea de reflexión y descubrimiento. Es un pensar en conjunto que enriquece el paisaje. Se bifurcan más senderos, se encuentran miradores, se visualizan los cerros, las montañas... ¿hasta dónde quiero llegar? ¿Con qué herramientas cuento? ¿De qué manera me conviene utilizarlas? Lo más significativo es que la construcción de todo este nuevo panorama se da en el marco de una formación continua en este dialogar, que involucra aportes teóricos y el intercambio de experiencias. Así como también propuestas e incentivos continuos para el desarrollo de elaboraciones analíticas: trabajos de historización institucional, sistematizaciones, ateneos e incluso la redacción de artículos (siendo éste mismo un vivo ejemplo de lo aquí mencionado).

Este pensar con otros, suele ser percibido negativamente por las instituciones y sus actores, quienes se sienten directamente “evaluados”, “juzgados”, “amenazados” por esta marea “externa” que parece que va a llevarse todo por delante. Estas representaciones que se ponen en juego dificultan que se valore el espacio con todo lo que este comprende. Por tal motivo, sumado a los esquemas de rotaciones complejos por los que transitamos, encontrar un momento para reunirse suele ser dificultoso. Los encuentros mensuales pudieron sostenerse en algunos períodos, y en otros pasaron hasta cuatro meses sin poder realizar instancias de covisión.

Por otro lado, lo vertiginoso de la residencia, con la sumatoria de obligaciones, ha hecho que nosotros mismos no podamos darle la continuidad que nos hubiese gustado. Así como tampoco hemos podido realizar producciones teóricas por fuera de las requeridas en los espacios de la residencia. Lo que sí se ha podido hacer, es utilizar como insumo las líneas de análisis que se abren en los espacios de covisión para llevar a cabo estas producciones.

Siguiendo este entramado, se dificultaba encontrar momentos para pensar “qué llevar” a la covisión: ¿de qué queremos hablar? ¿Qué contamos? ¿Cómo lo contamos? Esto acontecía de forma más o menos espontánea, tal vez en el mejor de los casos con una charla previa en el subte (ese estar metido dentro de un reloj, que nos hace dar cuenta que hay otro tiempo). Sin embargo, como podríamos en un principio pensar, esto no resultaba un limitante. El explayar los temas según lo sentido, lo apremiante, se iba dirigiendo posteriormente, con las intervenciones de quienes desde una mirada estratégica sostenían una escucha activa, a un reflexionar más profundo en el cual se retomaban las dimensiones singulares, institucionales y contextuales/estructurales. Esto de tal forma que llegábamos a comprender las situaciones contadas a la luz de sus diferentes atravesamientos.

¿Qué fue facilitando?

Este (des)andar por el espacio de *covisión* se constituyó en un proceso dialéctico, donde los movimientos no fueron lineales, sino con avances y retrocesos y tiempos que se ajustaban, en ocasiones, al resto de las actividades. Ante ese sentir inicial que se expresó en los primeros encuentros, mayormente cargado de ansiedades y malestares, fue preciso deconstruir nuestras representaciones, discursos e imaginarios. Así como idear estrategias y alternativas de acción frente a lo que se presentaba como inmodificable y aterrador, tanto del servicio en el que rotábamos como de la vorágine cotidiana de la residencia.

A partir de interrogantes surgidos en la *covisión* decidimos indagar en el vínculo entre la residencia y la rotación hospitalaria que había generado la demanda del espacio. Para lo que se decidió sumar las experiencias de quienes ya habían hecho el mismo recorrido en el que nos encontrábamos. A partir de las respuestas a una breve encuesta realizada a colegas que transitaban la misma rotación hospitalaria en años previos, pudimos historizar diferentes procesos de inserción, así como los objetivos que con el paso de los años tuvo este espacio. En este pensar con otros, como entendemos a la *covisión*, se sumaron otras experiencias, puntos de vista y evaluaciones mediante la información recolectada. Lo que devino en una puesta en cuestión de los objetivos de la rotación. La misma se presentaba como inevitable, vacía de contenido y con una práctica de silenciamiento ante las diferencias, pero que había que cumplir. Se abrió paso a repensar la inserción del residente en este servicio, cuestionando algunas prácticas realizadas por los referentes y proponiendo otras que contemplen tanto las experiencias pasadas como las futuras inserciones de quienes se sumarán en años siguientes.

En términos de Ulloa *lo institucional* se presenta como un organizador de tareas, sentidos y responsabilidades, pero también como homogeneizador de conductas donde predomina lo racional y se establecen parámetros de normalidad (Ulloa, 1969). Estas normas, explícitas e implícitas, condicionan a quienes transitan por las instituciones. La falta de instancias para co-pensar junto a los referentes nuestro quehacer en la práctica cotidiana del hospital se presentaba como una situación de encierro, de paralización. En este servicio social encontramos vedado el intercambio, esta lógica de no decir ya mencionada. Nos sentíamos anulados. En un intento de romper con esa sensación nacían las preguntas. ¿Cuáles serían los costos de hablar? ¿Cuáles los del callar o de sostener el silencio? ¿Qué se puede plantear sin confrontar?

Salir de esa lógica fue un avance a partir de la *covisión*, dado que nuestra autonomía relativa en el ejercicio profesional fue repensada, entendiendo que los referentes no eran ajenos a la trama institucional que imponía condiciones precarizadas de trabajo y modalidades de intervención fragmentadas. Relativizar el acompañamiento del referente, su investidura de autoridad y su responsabilidad en el proceso de nuestra formación permitió desidealizar su tarea y percibirlos como colegas dispuestos a transmitir su forma particular de ejercer la profesión.

Como ya se mencionó, el espacio de *covisión* fue iniciado a pocos meses de comenzar la rotación por el hospital, la cual tenía una duración de un año. Por lo que no solo se trataba de problematizar y cuestionar el rol del residente

en un servicio, sino de proponer alternativas que pudieran entrecruzar dos instancias que se presentaban como disociadas en el trabajo cotidiano en el hospital: la promoción y prevención de la salud y las entrevistas a usuaries en las diferentes salas de internación del hospital. Esta última tarea es la que realizábamos junto a les referentes, mientras que luego quedaban a nuestro cargo la realización de actividades en otras áreas del hospital (Ej: sala de espera) que pudieran abarcar la salud desde otro enfoque. No solo se tornaba agotador desde la multiplicidad de tareas a realizar, sino que generaba impotencia al reproducir una fragmentación de aquel sujeto social que demanda atención en salud. ¿Cómo pensar la asistencia desde lo promocional y lo preventivo? Dado el proceso dialéctico que se viene describiendo es que decidimos reimpulsar un proyecto de anteriores residentes, que se basaba en fomentar la lectura en pacientes durante su periodo de internación. Este cuestionamiento a nuestro propio abordaje nos permitió combinar arte, promoción y prevención de la salud y el trabajo asistencial para generar una práctica saludable, con un enfoque integral y comprometida. Para empezar consistió en conseguir gran cantidad de material de lectura, aunque lo más enriquecedor fue poder introducir ese elemento en las entrevistas que realizábamos a diario. Siendo toda internación un quiebre en la rutina de una persona, el acercarse desde la oferta de un elemento que permita hacer un poco más ameno ese transcurrir en el hospital, generó posibilidades de no realizar una práctica profesional rutinaria, abriendo a un intercambio comprometido con las personas entrevistadas.

Entendiendo ese “estar de paso”, esa transitoriedad del residente, desde otro lugar, con otra impronta, nos facilitó la construcción de devoluciones y evaluaciones que aporten a futuros residentes, no sólo en cuanto a la descripción de los espacios de rotación, sino además en relación al proceso realizado, las posibilidades que encontramos de desarrollar nuestra autonomía relativa, los objetivos propuestos y la planificación estratégica implementada, conceptos que colaboran en realizar una lectura profunda de los espacio de rotación y que puedan aportar a una construcción colectiva. Una vez más, la *covisión* alentó a pensar nuestro transitar por la residencia desde un posicionamiento colectivo y con fines de transformación, buscando que nuestra praxis sea fuente de posibilidades para otros residentes.

Vale mencionar que todo esto se realizaba en simultáneo con otros espacios de formación y nuestra rotación por la Unidad Sanitaria sede de la residencia. Los tiempos y momentos de encuentro no eran fáciles de hallar. El espacio de *covisión* fue sostenido mediante encuentros mensuales, siendo una instancia de intercambio y reflexión que alimentaba la creatividad y la búsqueda de alternativas a una práctica que se caracterizaba por la monotonía y la rutina. Fue menester desarrollar otros espacios de encuentro por dentro de la residencia, donde retomar lo trabajado en la *covisión* y generar una mayor frecuencia en el replanteo de nuestra práctica cotidiana. Esta dinámica dio lugar a una relación entre pares que se fortalecía en cada diálogo, se profundizaba un vínculo laboral, pero por sobre todo humano. Lo personal se expresaba en nuestros relatos, en el compartir, y nuestra grupalidad se iba transformando en un punto de apoyo cada vez más sólido. Los malestares, lo abrumador de las tareas, así como los avances y los cambios logrados permitieron priorizar lo necesario y ahondar un posicionamiento ético-político común que atravesaba nuestras prácticas en el proceso de constituirnos como trabajadores en formación. El

ejercicio de la comunicación se constituyó entre nosotres como un vehículo de interacción, intercambio y construcción de sentidos.

Reflexiones finales

Con el paso de los encuentros y el acompañamiento de las profesionales que nos brindaron el espacio pudimos comprender que solicitar la *covisión* fue en sí mismo un acto de autocuidado. Así como sostenerlo nos llevó del pasaje desde la catarsis, la queja, la paralización a la problematización del rol profesional y el desarrollo de un posicionamiento ético-político acorde a un proyecto societal distinto a lo que muchas veces se propone desde las políticas públicas imperantes y los modos de intervención en que redundan. La presentación de este artículo se constituyó como una herramienta más de reflexión estratégica, dando lugar a repensar el proceso transitado en la *covisión* y su pertinencia para la práctica cotidiana.

Lo que en principio se esperaba que fuera un recorrido acotado a un espacio de rotación fue ampliándose en un devenir mucho más amplio y multifacético. Fueron abriéndose otras variables a desarrollar en este espacio de *covisión*, una de ellas, como ya mencionamos, la redacción de este mismo documento, otra por ejemplo, fue pensar futuras rotaciones con antelación a fin de indagar objetivos, imaginarios y diversos contenidos teóricos.

Se logró poder pensar-problematizar-construir líneas de intervención que aportaron a nuestra formación como residentes, al desarrollo de actividades y proyectos llevados adelante en base a un aprendizaje grupal y la retroalimentación profesional desde un posicionamiento de horizontalidad y libertad.

Bibliografía

- Barattini, M (2009). *El trabajo precario en la era de la globalización ¿Es posible la organización?*. Polis Revista Latinoamericana N° 24; Publicado el 28 abril 2012, consultado el 09 noviembre 2015. URL: <http://polis.revues.org/1071>; DOI: 10.4000/polis.1071
- Castrogiovanni N; Simonotto, E; Viedma, G. (2015) *La precariedad en nuestras vidas*. Secretaría de Asuntos Profesionales. Consejo Profesional de Graduados/as en Servicio Social Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires
- Cortázar, J (1981) *El perseguidor*. Editorial Bruguera. Barcelona.
- Delville, M; Polanco, N y otros. *La supervisión o la co- visión como proceso de democratización y socialización del saber en el análisis de la intervención profesional del trabajo social*. Consejo Profesional de Trabajo Social de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Escartin Caparrós, Lillo Beneyto, Suarez Soto, Palomar Villena. *El proceso de supervisión en las prácticas de trabajo social*. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Alicante.

Montaño, C (2017) *La relación teórica-práctica en el servicio social: desafíos para la superación de la fragmentación positivista y post-moderna*. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. La Plata.

Ulloa, F (1969) *Psicología de las instituciones: una aproximación analítica*. Revista AAPA. Buenos Aires.

Parte II

Reflexiones y estrategias en los procesos de intervención profesional en Salud

67 Estrategias interdisciplinarias para el abordaje del VIH/SIDA. Una mirada desde la Salud Pública en la coyuntura actual - Residencia PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias) de Berisso

76 A.P.S, Género y Trabajo Social. Una experiencia de intervención interdisciplinaria - Residencia PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias de Mar del Plata

84 Reflexiones sobre la formación profesional en el campo de la Salud Pública - Valeria Carosella

98 Aproximaciones teórico-prácticas de experiencias de trabajo asistencial en Salud Mental - Ruth Franco y Manuela Rancatti

108 Lo social en cuestión. Verbalizar el con-texto: expresiones e intervención(es) en Salud Mental - Matías Papa

115 Determinación social de la salud, Trabajo Social en Brasil y el trabajo en hospitales - Marina Monteiro de Castro e Castro y Laura Marcelino Leal

Estrategias interdisciplinarias para el abordaje del VIH/SIDA

Una mirada desde la Salud Pública en la coyuntura actual

Eugenia Caratini¹
Romina Alejandra Di Giano²
Nadia Soledad Dascanio³
Johanna Lafulla⁴
Eliana Romina Maza⁵
Pamela Agustina Renna⁶
Alcira Magali Rossi⁷

Introducción

El presente artículo tiene como objetivo recuperar la construcción interdisciplinaria en el abordaje de la problemática de VIH-SIDA desde el espacio de consejería que funciona en el Hospital “Mario V. Larrain” de Berisso.

Las consejerías de VIH surgen en el año 2014 como un dispositivo interdisciplinario que trabaja la prevención, la promoción y el acompañamiento a personas que viven con VIH. Actualmente, la principal actividad es la realización de test rápidos dentro de la institución, como así también en distintas instituciones y organizaciones sociales de la ciudad. La misma está conformada por las residencias de Trabajo Social y Medicina General en articulación con el Servicio de Infectología.

1 Lic. en Trabajo Social. Jefa de Residentes de Trabajo Social. PRIM Berisso. Córdoba, María Eva. Lic. en Trabajo Social. Jefa de Residentes de Trabajo Social. PRIM Berisso. Hospital Mario V. Larrain

2 Medica Generalista. Jefa de Residentes de Medicina Generalista. PRIM Berisso. Hospital Mario V. Larrain

3 Médica. Residente de 3er año de Medicina Generalista. PRIM Berisso. Hospital Mario V. Larrain

4 Lic. en Trabajo Social. Residente de 3er año de Trabajo Social. PRIM Berisso. Hospital Mario V. Larrain

5 Lic. en Trabajo Social. Coordinadora PRIM Berisso. Hospital Mario V. Larrain

6 Lic. en Trabajo Social. Residente de 3er año de Trabajo Social. PRIM Berisso. Hospital Mario V. Larrain

7 Lic. en Trabajo Social. Residente de 3er año de Trabajo Social. PRIM Berisso. Hospital Mario V. Larrain

Ante la necesidad de abordar la temática, como equipo de trabajo se realizó un análisis de situación sobre las respuestas brindadas a la temática hasta ese momento y a partir de ahí se identifican líneas de acción.

Desde el servicio de infectología se analizó que un alto porcentaje de las personas con diagnóstico de VIH presentaban dificultades para sostener el tratamiento. Asimismo la forma de abordar esta problemática se centraba en el aspecto biomédico y su dificultad en la “adherencia” al tratamiento. Por otro lado, se identificó la falta de acceso a un diagnóstico temprano, como también la falta de seguimiento de situaciones y una mirada centrada en la biomedicina en la relación médico-paciente-tratamiento.

Ante lo expuesto surge la necesidad de construir una Consejería interdisciplinaria que aborde la problemática de VIH-SIDA, identificándolo como un problema de salud pública, tomando como propuestas los diferentes obstáculos para abordar dicha temática. Esto permitió debatir, indagar y analizar las formas de abordar la problemática de VIH- SIDA desde una perspectiva de salud integral en el hospital, los cuales se exponen a continuación. De ahí surge la oportunidad de construir intervenciones que respondan a la singularidad de los atravesamientos del diagnóstico temprano y el impacto en la vida cotidiana de las personas.

VIH/SIDA: una mirada desde la salud pública

El virus del VIH es un microorganismo que actúa como principal responsable de la aparición del SIDA; ingresa al organismo humano y se aloja en los linfocitos CD4. Allí permanece en estado de latencia durante un período variable de tiempo, que puede inclusive durar años. En determinado momento el virus comienza a replicarse afectando de manera global al sistema inmunológico. En tales circunstancias comienzan a manifestarse clínicamente lo que se denomina enfermedades oportunistas y marcadoras de SIDA; ello significa que la enfermedad se ha hecho presente en el cuerpo de la persona que hasta ese momento solo se encontraba infectada por el virus VIH. Es preciso comprender que todas estas cuestiones fisiopatológicas se encuentran profundamente relacionadas y, sobre todo, condicionadas por las circunstancias económicas, sociales y culturales, que predispone al avance de la enfermedad. Hoy en día existen tratamientos farmacológicos que permiten mantener al virus controlado o indetectable, de acuerdo a una infección crónica.

Comprender las implicancias que el VIH tiene en la vida cotidiana de los sujetos/as y que este es un problema de salud donde el Estado debiera brindar garantías es lo que nos encuentra como profesionales, dentro del sistema de salud. El reconocimiento del derecho a la salud basado en una concepción compleja del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, requiere de una política de integralidad de derechos.

En este sentido, *“el proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida (...) las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en la que*

se organiza la sociedad para producir y reproducirse, como es decir, en el modo de producción dominante, en este caso el capitalista...” (Rojas Soriano 1995: 13). Dichos aportes de Soriano permiten pensar, la atención en salud pública de las personas que viven con VIH/SIDA, situadas en un contexto social político, económico y cultural determinado.

En cuanto al tratamiento, *“actualmente el VIH es una infección controlable y los avances alcanzados permiten que las personas tengan una buena calidad de vida en todas las áreas. Sin embargo, aún prevalece en la sociedad una serie de creencias estigmatizantes en relación al VIH-SIDA”* (Aristegui et al 2013: 16) Es decir que la implicancia de la estigmatización y discriminación hacia el VIH, son una parte importante del flagelo que dificulta comprender a la infección desde su cronicidad. La toma diaria de medicación, el aislamiento y el miedo al rechazo, son parte de la cotidianidad de las personas que viven con VIH. Cabe destacar que cuando las personas se anotan del diagnóstico, afecta de forma transversal los recursos sociales, simbólicos y personales de su cotidiano.

Como plantea Recorder (2011:94) *“La experiencia de vivir con VIH/SIDA transforma los modos de comprensión del tiempo instalando un antes y después del diagnóstico (...) el VIH/SIDA, instala un punto de quiebre en las trayectorias de las personas infectadas, a partir del cual le será necesario reorganizar su vida cotidiana y para muchos también su propia biografía (...)”*. Aunque la toma de medicación diaria no conlleve demasiadas dificultades y por más sencillo que resulte el esquema farmacológico, puede que se complejice no solo por los efectos físicos colaterales, sino también por la estructura espacial y temporal de su vida cotidiana. Las personas que viven con VIH, deben afrontar ajustes periódicos, contar con determinados cuidados y distintos recursos (económicos, materiales, redes de contención, etc) enfrentando así, permanentemente la presencia del virus.

El tratamiento de VIH debe darse de forma integral, no sólo en relación a su tratamiento médico, sino desde todos los atravesamientos que este conlleva en su cotidiano, ya sea en aspectos socioeconómicos y culturales.

En este sentido, el VIH-SIDA necesariamente es una problemática abordada desde la Salud Pública, ya que como menciona Susana Margulies, *“la discriminación y estigmatización de las personas que viven con VIH magnifican los efectos de éste en su vida y traen consigo otras consecuencias como la limitación del acceso al empleo, a la vivienda, a la atención de la salud y servicios sociales. Por ello para reducir la vulnerabilidad al VIH resulta indispensable el ejercicio de los derechos humanos”* (Margulies, 2005:). Que todas las personas accedan al pleno goce de los derechos y una calidad de vida integral, debe ser garantía del Estado, esto conlleva a una constante disputa por su concretización.

Para ello, es indispensable pensar el goce de los derechos desde la accesibilidad, en este sentido retomando los aportes de Ferrara (1987) se puede pensar a la misma como el grado de acceso, de facilidad con el que cuenta la población para usar los recursos de salud. El autor menciona cinco tipos de accesibilidad: Geográfica, cultural, jurídica, económica y administrativa.

En este sentido, si bien todas estas dimensiones atraviesan a las personas en la relación al proceso salud- enfermedad- atención- cuidado, desde la Conse-

jería se hace hincapié en el desarrollo de ciertas categorías. Desde una dimensión geográfica, los recursos en salud, para las poblaciones más vulnerables siempre se encuentran más alejados, dado que el sistema público no cuenta con lugares estratégicos para el acceso. En referencia a lo expuesto el autor señala que *“la accesibilidad geográfica para con los bienes y servicios de salud se encuentra especialmente determinada por las condiciones que dicta la pertenencia a determinada clase social, sea cual fuere la variable sanitaria desde la que se la enfoque.”* (Ferrara 1987: 45) Para ello, la Consejería ha realizado actividades en diversos puntos geográficos de la ciudad, en los que la población no accede a servicios básicos para desarrollar una vida plena entre ellas, la salud.

Asimismo, la dimensión cultural permite pensar la relación médico paciente, a partir de una asimetría en un contexto sociocultural determinado. En donde los pacientes tienen un rol pasivo y a los cuales el médico le indica un tratamiento a seguir, teniendo este último el saber a priori. Específicamente esto se expresa en el lenguaje que aparece como representativo de la clase social de pertenencia.

Por otro lado, se considera que la dimensión administrativa, da cuenta de la dificultad que tienen las personas en el acceso a la salud que está rodeada *“... por una compleja red de trámites y requisitos (...) configurándose así una creciente maraña en la dirección y determinación del proceso de la atención de la salud que se conoce como burocratización de la medicina”* generando una diferencia entre la salud pública y privada. Entendiendo que la “gratuidad” que implica el sistema público conlleva una constante disputa para la garantía de la salud como derecho esencial para las personas.

Por lo tanto

“... la lucha por la accesibilidad (...) pasa una vez más por la participación en el poder político y social de aquellos que demandan prestaciones de salud. Esta participación cuestiona básicamente a la estructura determinante y exige una diferenciación en las relaciones sociales posibles. Cuestiona la génesis de la burocracia, porque modifica, transforma las fuentes dominantes de poder.”

Políticas públicas: test rápido de VIH

En Argentina, existe la Ley Nacional del SIDA 23798 y su decreto reglamentario, la cual obliga a brindar la atención y los tratamientos farmacológicos necesarios en los Hospitales Públicos y en las Obras Sociales. Se reconoce la lucha de diferentes organizaciones sociales y políticas para la promulgación e implementación de la ley en dicho contexto. Sin embargo, se entiende que la misma queda obsoleta frente a las necesidades actuales de la población, en un contexto de precariedad laboral y aumento de los costos de vida.

En este sentido, la falta de cobertura de dichas necesidades son en parte consecuencia de las políticas de vaciamiento que existen en las distintas áreas del Estado y que repercuten dentro del sistema público de salud. Hoy, se manifiesta una emergencia sanitaria, debido a la reconfiguración que se realizó en el gobierno actual. La desaparición del Ministerio de Salud de Nación, marca la prioridad que tiene la salud como derecho de la población en la agenda estatal.

La política del Gobierno actual se encuentra direccionada a implementar la Cobertura Universal de Salud, que ofrece un paquete de servicios limitados a las personas que no cuentan con una obra social u otro tipo de prestación en este sector.

En provincia de Buenos Aires, la cobertura para las personas que viven con VIH (y no cuentan con Obra Social y/o prepaga) se basa en el acceso a la atención médica y al tratamiento farmacológico gratuito en Hospitales Públicos, así también se puede acceder al Programa de Asistencia Alimentaria para Inmunodeprimidos (PAAI) con un monto total de 600 pesos mensuales, para la cobertura de alimentos. Se entiende que este programa, además de conllevar un tiempo de espera prolongado, no llega a satisfacer las necesidades alimentarias de la población con derechos vulnerados ni garantiza una buena calidad de vida.

Estas políticas no solo impactan en el nivel y en el acceso a la salud que tiene la población, sino también en las condiciones laborales para los trabajadores en general. Esto se ve reflejado en la precarización y flexibilización de las modalidades de contratación. Cabe mencionar, que este artículo está escrito por residentes y profesionales becarios, tanto de Medicina General y Trabajo Social, que llevan adelante la Consejería de VIH.

Por otro lado, la política más difundida en materia de prevención para el VIH-SIDA, se ha focalizado, desde el 2016, en la implementación del test rápido de VIH, en conjunto con la creación de centros de testeo. Esto ha permitido brindar un diagnóstico temprano a la población que por diversas barreras o motivos no accedían al mismo. El test rápido consiste en realizar una punción digital para la extracción de una gota de sangre, que se aplica sobre una tira reactiva, que mide anticuerpos contra el virus de VIH, obteniendo su resultado después de diez minutos.

Sin embargo, la escasez de una política de prevención se ve reflejado en la falta de políticas orientadas a la promoción de derechos y prevención de enfermedades infectocontagiosas, en las prácticas cotidianas de la población. Por ejemplo, uso correcto y acceso al preservativo, ausencia de preservativo femenino, falta de información en relación a las formas de transmisión del VIH, como falta de acceso a controles de la salud integral.

Estrategias interdisciplinarias para el abordaje del VIH/SIDA

Las residencias que llevan a cabo la consejería de VIH/SIDA en el Hospital “Mario V. Larraín”, forman parte del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM). Esto permitió, que la consejería desde sus inicios sea abordada de manera interdisciplinaria, apuntando a la construcción de marcos teóricos comunes que permitan trabajar la problemática de VIH de manera integral.

La interdisciplina requiere un trabajo constante y sostenido, ya que una entrevista ocasional o una actividad discontinua compartida con el equipo no es interdisciplina. Según Stolkiner “...es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción...” (Stolkiner 1999)

En instituciones hospitalarias donde prima la lógica del desarrollo y atención individual, conforme al modelo médico hegemónico, pensar la forma de trabajo interdisciplinario se convierte en un desafío. ¿Cómo integrar posicionamientos disímiles, discursos diferentes, etc. para conformar una consejería en VIH/SIDA de manera interdisciplinaria?

Las distintas disciplinas tienden a delimitar un campo, saberes y discursos propios. Trabajar de manera interdisciplinaria es un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las intervenciones disciplinares, la insuficiencia de las mismas para abordar la complejidad de los problemas sociales. Esto lleva a tener interrogantes cotidianos sobre los alcances y límites para generar nuevas formas de intervención. Para ello es necesario contar con la posibilidad de construir en conjunto saberes y prácticas necesarias para el trabajo en equipo, consolidando acuerdos básicos de saberes y posicionamientos políticos entre las personas que integran la Consejería. Conformando así un marco conceptual en común que sea el horizonte de las prácticas y que aporte la mirada de la salud de manera integral en la atención y prevención en VIH-SIDA, tratando de generar estrategias de intervención que aporten a garantizar la accesibilidad y los derechos a la población que se atiende.

El modelo médico hegemónico invade las prácticas en salud y a las/os profesionales que intervienen en el sistema sanitario. El problema de la salud no puede quedar reducido a una dolencia física y a la medicalización de la vida cotidiana, obstaculizando la posibilidad de verlo de manera integral. De allí radica la importancia de que las/os profesionales se formen y capaciten con espacios de debates y reflexión en la atención del VIH/SIDA.

La experiencia de los test rápido de VIH como posibilidad de generar estrategias de salud integral

A partir del 2016, el Ministerio de la Provincia de Buenos Aires comienza a realizar, capacitar y proveer los recursos necesarios para testeos rápido de VIH como política pública en efectores de salud. Desde la Consejería se tomó dicha propuesta como forma de ampliar la política de acceso a un diagnóstico temprano.

Desde ese momento, la Consejería se conformó como Centro de testeo del Hospital, el primero en la ciudad de Berisso. Sin embargo, se consideró que era importante ampliar la cobertura generando actividades de promoción y prevención de VIH/SIDA con la población. Llevando la Consejería a aquellas personas que no se atendían en el Hospital.

La política de testeos rápidos fue el recurso elegido para pensar la intervención de VIH/SIDA desde una mirada integral de la salud. Llevando a cabo la realización de jornadas donde se aborda la temática en su complejidad y no sólo pensando los testeo como un diagnóstico biomédico. Las mismas consisten en realizar consejerías de manera individual o colectiva brindando información sobre la infección, vías de transmisión, prevención y prácticas de cuidado, para deconstruir mitos y prejuicios presentes en la sociedad. Finalizado el test, se realiza de manera individual un espacio que se denomina como pos test, en donde se aclaran dudas, se referencia tratamientos o seguimientos necesarios.

Desde la Consejería, se realiza jornadas de test rápido en la vía pública, instituciones y en organizaciones sociales, con el objetivo de brindar información, accesibilidad y visibilizar la temática en puntos de referencias para la población. A su vez, se ha podido generar referencia y contrarreferencia con efectores de los diferentes niveles de salud, con jornadas de formación y capacitación con el fin de conformar nuevos centros de testeos en la ciudad de Berisso. Como ejemplo, las experiencias que se dieron en el Centro de salud n° 19 y Centro de Salud n° 35 que hoy se conforman como centros de testeo, ambos de la zona denominada “La Franja”, la cual es una de las zonas más alejadas del Hospital.

Reflexiones finales

Desde el inicio de la Consejería, se testearon en el año 2015, 213 personas, dando como resultado 2 reactivos y 211 no reactivos. En el año 2016, sin datos⁸. En el año 2017 de un total de 344 personas testeadas, 4 reactivos y 340 no reactivos. En el último año, el total de la población testada fue de 308 personas, siendo 4 reactivos y 304 no reactivos. Dichos datos, son reflejo del trabajo cotidiano tanto en el Centro de testeo (Hospital) como en Jornadas realizadas con instituciones u organizaciones sociales.

De las consejerías realizadas podemos destacar la falta de acceso a la información correcta y segura para la prevención de infecciones, como el VIH. Así mismo, se hace notoria la escasez de información en relación a las formas de transmisión del mismo, las formas de cuidado y la importancia de diferenciar el VIH del SIDA. Tomando los aportes de Mendes (2003:2), quien refiere que *“la ecuación sida=muerte ha sido minuciosamente aprendida por toda la población, no se discrimina entre un infectado y un enfermo de sida, y todo enfermo de sida es, tácitamente, un moribundo. Esa es la idea que nuestra cultura ha sabido imponer a través de sus autoridades sanitarias, sus médicos, y la totalidad de sus medios de comunicación (...)”*. Con este aporte se deja entrever como socialmente al VIH/SIDA, se le adjudican la misma carga social, sin poder diferenciarlos. Por lo tanto en los espacios de Consejería se hace especial hincapié en que las personas con VIH pueden vivir una vida plena sin limitaciones, con el tratamiento y medicación adecuada, acompañado de un equipo de salud. Al tener un avance de la medicación y los tratamientos se ha conformado un proceso de cronicidad de la enfermedad.

Otro aspecto a mencionar es la resistencia en algunas personas a realizarse el test, debido a miedos que se originan en la construcción social de la infección. Estos mitos se evidencian no solo en el temor a realizar el test, sino que también son producto de poner en cuestión sus propias prácticas cotidianas, estando latente la posibilidad de un resultado reactivo y éste último vinculado directamente con la idea de una muerte temprana. Deconstruir estos mitos, es una tarea cotidiana del equipo de salud durante el proceso de la consejería, siendo aún mayor la necesidad de trabajar esta deconstrucción con aquellas personas con resultados reactivos.

Desde las actividades de la Consejería, se recolectó la información que la

⁸ Durante este año se usaron recursos de la ONG AHF, cargando datos en su plataforma virtual, habiendo perdido los registros propios.

mayoría de las personas refieren que acceden por primera vez a un testeo de VIH durante las mismas, con consentimiento informado sobre la práctica y la posterior devolución del resultado. Lo cual permite al equipo de salud pensar estrategias en conjunto con profesionales de otros niveles de salud para el ofrecimiento del test como práctica cotidiana en los controles de salud, de toda la población.

Otro aspecto, que se puede evaluar es la desinformación que existe alrededor de la reinfección, es decir de las prácticas que comparten dos o más personas que viven con el virus. El virus puede tener varias cepas, por lo tanto se considera que se debe fortalecer las prácticas de cuidado de dichas relaciones.

A su vez ¿Qué pasa cuando el resultado del test es reactivo? Durante los cuatro años del trabajo de la Consejería se realizaron 865 testeos con un total de 10 reactivos.

En la persona este diagnóstico genera un impacto en su vida, por lo se busca brindar un acompañamiento desde el equipo de salud y es acá donde existe una falencia, ya que no se cuenta con los recursos suficientes, para generar dispositivos adecuados que contengan y acompañen esta situación.

Lo necesario para llevar adelante dicho acompañamiento es que el sistema público de salud cuente con una política orientada a garantizar la integralidad del tratamiento, es decir contar con recursos financieros suficientes para contratar profesionales que se aboquen a la temática desde una mirada interdisciplinaria. Así mismo, la necesidad de una política que apunte a tratar el VIH-SIDA, no solo desde la medicalización del mismo, sino desde sus atravesamientos.

En el mismo sentido, tampoco existen políticas públicas que se aboquen a la persona con resultado reactivo desde su integralidad. Es primordial una política alimentaria acorde a la realidad de las personas que viven con VIH, que contemple el contexto económico actual. Como así también es necesaria una política laboral que apunte a la incorporación de personas que viven en situaciones de precariedad y vulnerabilidad social, que cargan a su vez con las implicancias sociales actuales de vivir con VIH-SIDA.

Desde la Consejería de VIH, se abordan dichas inquietudes y análisis del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas que viven con VIH, para mejorar el acceso al sistema público de salud, acompañando los reclamos necesarios para la garantía de los derechos en materia de salud.

La continua capacitación y reflexión de las/os profesionales que transitan el espacio, tanto desde el Trabajo Social, como desde Medicina General, aportan año a año diversos debates, que se encuentran atravesados por la coyuntura y apuntan a seguir construyendo a mejorar la calidad de atención dentro del Hospital público.

Bibliografía

Aristegui, I. et al. (2013 “Abordaje psicológico de personas con VIH. Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación Huésped”. Fundación Huésped. Buenos Aires.

- Ferrara, F. (1987) Teoría Social y Salud. Ed.Catálogos.
- Ley Nacional de SIDA 23798 y su decreto reglamentario 1244/91.
- Ley 24445 Obligación de las obras sociales de cubrir gastos generales por el SIDA.
- Ley Nacional 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ley 26529 sobre derechos del paciente.
- Ley 24754 de medicina Prepaga.
- Ley de Identidad de identidad de género 26743.
- Ley 26130 de anticoncepción quirúrgica.
- Ley 25929 sobre los derechos de la mujer en relación con el embarazo y el parto.
- Margulies, S. (2005) “El enfoque de derechos en salud y la respuesta al VIH y SIDA en la Argentina”.
- Mendes, C. (2003). “El poder del Diagnóstico” En Del maltrato social, conceptos son afectos, de Marcelo Matellanes, Ediciones Cooperativas, Buenos Aires.
- Recorder, M. L. (2011) “Experiencia de una enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con VIH-SIDA en una ciudad del nordeste Brasileiro”. Papeles de trabajo n° 21- junio - ISSN 1852-4508
- Rojas Soriano, R. (1995) “Capitalismo y Enfermedad”, Plaza y Valdes, S.A de C.V. México .D.F.
- Stolkiner, A. (1999) La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas Facultad de Psicología, U.N.B.A. Buenos Aires. Publicado en EL CAMPO PSi Abril.

A.P.S, Género y Trabajo Social

Una experiencia de intervención interdisciplinaria

Sofía Díaz
Candela Mellia
Eugenia Nejamkin
Maite Olaechea¹

Introducción

Mediante el presente artículo nos proponemos realizar un aporte a la intervención del Trabajo Social desde la Estrategia de Atención Primaria, a través del análisis del “*Dispositivo Integral e Interdisciplinario de Atención a la Mujer en periodo de Puerperio*”.

Este análisis es producto de las intervenciones realizadas por la Residencia de Trabajo Social, inserta en el “Programa de Residencias Integradas Multidisciplinares” (P.R.I.M) de Mar del Plata con sede en el Centro de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S) “Libertad”.

Inicialmente la atención a la mujer en período de puerperio era realizada en el C.A.P.S de forma disciplinar por profesionales del área de obstetricia y medicina. Al ingreso del P.R.I.M en el Centro de Salud, es inicialmente la residencia de medicina general quien se incorpora a dicha modalidad de atención.

En el año 2017, desde la residencia de Trabajo Social surge la propuesta de ser parte de este consultorio apuntando a favorecer un abordaje integral e interdisciplinario entendiendo que la llegada de un recién nacido genera modificaciones en la dinámica familiar, en la vida cotidiana y en la subjetividad de la mujer.

Luego de ser debatida la propuesta en el espacio de formación multidisciplinar de la residencia, se acuerda que sean las tres disciplinas, Trabajo Social, Medicina General y Psicología, quienes conformen el dispositivo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado es que comenzaremos contextualizando el Sistema de Salud de General Pueyrredón para luego reali-

¹ Las autoras del presente artículo conforman la unidad de Residencia de Trabajo Social del “Programa de Residencias Integradas Multidisciplinares” (P.R.I.M) de la Ciudad de Mar del Plata con sede en el Centro de Atención Primaria de Salud “Libertad”: Jefe de Residentes: Lic. Mellia, Candela - Residente de Segundo Año: Lic. Nejamkin, Eugenia - Residente de Segundo Año Lic. Olaechea, Maite Anabel -Residente de Primer Año: Lic. Díaz, Sofía Ayelén

zar la caracterización del dispositivo.

En un segundo momento realizaremos un análisis de las competencias del ejercicio profesional del Trabajo Social en A.P.S buscando especificar la intervención dentro de este dispositivo.

Por último se plasmarán algunas reflexiones finales apuntando a introducir un espacio de problematización acerca de nuestra práctica profesional.

Consultorio integral e Interdisciplinario de atención a la mujer que transita el periodo de puerperio



Este espacio se desarrolla semanalmente, coincidiendo con el día de realización del primer control pediátrico del Recién Nacido. Esta planificación apunta a lograr la atención integral del niño y la madre garantizando la accesibilidad a la salud y considerando las características particulares del período. Paralelamente al control pediátrico, se realiza en la Sala de Espera el “Taller de Cuidados del Recién Nacido”, también a cargo de profesionales residentes.

El Consultorio propone, por un lado, brindar una atención integral e interdisciplinaria a mujeres que concurren al C.A.P.S Libertad transitando el periodo de puerperio. Se aborda cada situación desde las dimensiones sociales, psicológicas y biológicas, entendiendo que estos aspectos atraviesan a cada mujer y condicionan su proceso

Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado. Por otro lado, busca que profesionales residentes se integren en un espacio de intervención interdisciplinaria.

El encuadre teórico que atraviesa a las tres disciplinas se basa en la “Guía de Maternidad Segura y Centrada en la Familia” (M.S.C.F). La misma plantea que “una M.S.C.F posee una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia como protagonistas de la atención de los recién nacidos junto al equipo de salud y define a la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula la protección de los derechos de la madre y de su hijo/a por parte de los miembros del equipo de salud, promueve la participación y colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y cuidado del embarazo y del recién nacido”².

² Guía de Maternidad Segura y Centrada en la Familia M.S.C.F, Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación, 2011.

Las Instituciones Públicas de Salud responsables de la atención a la población materno infantil en la ciudad de Mar del Plata son el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Victorio Tetamanti (H.I.E.M.I.) en el trabajo de pre parto, parto y puerperio inmediato de la mujer (correspondiente al Segundo Nivel de Atención) y los treinta y tres Centros de Atención Primaria de la Salud C.A.P.S (Primer nivel de atención).

Es de destacar que entre estas instituciones existe una relación de referencia y contra referencia. Cuando no se detectan dificultades que requieren atención específica del segundo nivel tanto en la mujer como en el niño, se realiza la derivación al Centro de Atención Primaria de la Salud del área programática correspondiente al domicilio, a fin de que se continúe trabajando con ambos la promoción de la salud en el marco de la estrategia de A.P.S.

Esta estrategia propone dar una respuesta integral a los problemas de salud de manera coordinada, basada en el trabajo en equipo y la participación de los actores sociales de la comunidad. El cambio fundamental que busca lograr la A.P.S es que la comunidad, en este caso las mujeres, deje de ser objeto de atención y se conviertan en sujetos que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, asumiendo responsabilidades específicas ante ella.

Con esta base, nuestras intervenciones apuntan a la Promoción de la Salud, teniendo en cuenta la singularidad de la comunidad y del territorio donde nos insertamos. A tal fin, consideramos de fundamental importancia la participación comunitaria como proceso que promueve la formación de mujeres como sujetos activos y responsables, protagonistas en sus elecciones y modos de vida.

Adhiriendo al concepto planteado por Bourdieu (1997), como trabajadores sociales insertos en el “campo” de la Salud, nos encontramos en la convergencia entre recursos, situaciones problemáticas, intereses, dinámicas, actores, contextos que constituyen una red de relaciones en la cual nuestras intervenciones se desarrollan con autonomía relativa, estando habilitadas y limitadas en función de las características de la misma.

En el Centro de Atención Primaria de la Salud, el equipo tiene como objetivo principal la prevención y promoción de la misma; objetivo que hace necesaria la utilización de un marco legal que guíe las acciones desarrolladas. Así, es que el espacio al cual venimos haciendo referencia, puede enmarcarse en el “Programa Integral de Desarrollo Infantil” (P.I.D.I) como política de cuidado integral que implica un abordaje intersectorial e interinstitucional (H.I.E.M.I.-C.A.P.S). Su objetivo es promover el crecimiento saludable de todos los niños de 0 (cero) a 6 (seis) años y de las mujeres embarazadas del Partido de General Pueyrredón. Del mismo modo apunta a articular los recursos disponibles en los diferentes niveles de atención pública, mejorar la accesibilidad de las embarazadas y niños al C.A.P.S e identificar y asistir de modo interdisciplinario y precoz situaciones de riesgo entre los destinatarios.

Este dispositivo de atención a la mujer se estructura en función de dos pilares fundamentales: en un primer momento con la realización de la entrevista interdisciplinaria a la mujer la cual apunta a conocer la vida cotidiana, la red de apoyo, la organización de la dinámica familiar a partir de la llegada de un nuevo integrante al grupo familiar; y en una segunda instancia se lleva a cabo, a

cargo del equipo médico, la revisión física correspondiente de la mujer.

Las intervenciones del equipo de Salud deberán apuntar al respeto de los derechos de la mujer y a su privacidad. Se pretende que la atención sea personalizada buscando que la mujer sea la protagonista del encuentro.

El equipo se propone también generar el espacio adecuado para abordar cuestiones que la mujer proponga, de acuerdo a su singularidad, frente a las cuales se buscará continuar trabajando.

Los profesionales de la salud construyen, de cada entrevista, un registro común en la historia digital, con un formato y ejes establecidos previamente; y de forma paralela cada disciplina sostiene su registro propio de acuerdo a su especificidad.

Al finalizar la atención en consultorio, el equipo se reúne con el objetivo de socializar y articular interdisciplinariamente las entrevistas e intervenciones realizadas a fin de garantizar una atención integral y generar un espacio fundamental de intercambio y reflexión de la práctica.

Abordaje desde el Trabajo Social

Consideramos que el perfil del Trabajo Social en A.P.S se encuentra atravesado por el posicionamiento teórico-político al que cada profesional adhiere. Particularmente, el C.A.P.S en el que este equipo de Trabajadoras Sociales realiza sus intervenciones representa una institución de referencia e identificación para la población de su área programática. Paralelamente, el profesional reconoce la singularidad e identidad que caracteriza el territorio actuando en función del fortalecimiento de éstas.

A fin de fortalecer el vínculo entre la población y la institución, buscamos orientar a las mujeres en los diferentes momentos del proceso de Salud-Enfermedad-Atención Cuidado. Realizamos seguimiento y acompañamiento durante el embarazo, orientamos en cuidados de recién nacidos, formamos parte del equipo de atención a la mujer en período de puerperio.

Teniendo en cuenta que el imaginario históricamente construido en relación al colectivo profesional ubica al Trabajador Social como “agente de control y vigilancia”, la perspectiva de derechos desde la cual posicionamos este dispositivo nos presenta un gran desafío: repensar continuamente el ejercicio de nuestra práctica profesional intentando no caer en prácticas mecanizadas y estandarizadas.

El proceso de Salud-Enfermedad es una construcción socio-cultural relacionada a cada momento histórico y a las diferentes culturas. La salud integral se entiende no sólo como un concepto médico sino también social y cultural.

El actual contexto socio político en el cual desarrollamos nuestras actividades como profesionales de la salud, se encuentra caracterizado por un Estado productor de políticas públicas focalizadas, el cual considera a la salud como una mercancía decide generar un recorte del gasto público en este área; destinando presupuesto sólo a la emergencia y no a la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Esto trae aparejado, precarización de las condiciones

sanitarias condicionando el proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado que se traduce en vulneración de derechos, como el acceso a la salud.

Esto nos desafía a pensar alternativas y nuevas estrategias de intervención en Trabajo Social. Implica que como profesionales sostengamos un proyecto ético político comprometido y crítico partiendo de considerar a la Salud como un derecho y desde una perspectiva integral.

Es la capacidad de reflexión que caracteriza a nuestro ejercicio profesional, y desde la cual partimos, la que permite superar la inmediatez para poder capturar las singularidades de la cotidianeidad de las mujeres del Barrio Libertad a fin de resignificarlas y particularizarlas.

Para cumplir este objetivo, y partiendo de nuestro posicionamiento teórico el cual implica considerar a la persona como sujeto de derecho y protagonista, es que como trabajadoras sociales nos proponemos conocer las características de la vida cotidiana, las modificaciones que implica la llegada de un recién nacido y acompañar a la mujer en todas aquellas cuestiones que se encuentran vinculadas o no con este proceso. Se busca, de forma dialógica, romper con lógicas establecidas históricamente relacionadas al género, a las configuraciones familiares dentro de la comunidad, a prácticas socialmente instaladas. Lo social se expresa, así, en cada mujer de una forma singular, en sus vínculos, sus decisiones, sus actos y su discurso.

Salud y género

En términos generales observamos que el campo de Salud está organizado para que sean las mujeres el sujeto de atención. Se visualiza que son las mismas, las destinatarias de los Programas de Salud Sexual Reproductiva y no Reproductiva, como así también, existen especialidades que dirigen la atención solo a éste género (Obstetricia, Ginecología). Existe por parte del equipo de salud una asignación de responsabilidades hacia la mujer en las tareas de cuidado a sus hijos.

El proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado, se ve condicionado por el género, por la clase social a la que pertenece y por la reproducción de la vida cotidiana. Dentro de la división de roles, lo que frecuentemente se observa es que es la mujer sola, o acompañada de otra mujer, quien concurre al C.A.P.S. asumiendo el rol de cuidadora y responsable de su salud y de la de sus hijos. Los relatos durante las entrevistas mantenidas permiten dar cuenta de la reproducción de la división social del trabajo. Esto se observa en el consultorio de puerperio cuando la mujer expresa, por ejemplo, haber renunciado a su empleo por encontrarse embarazada, destinando su tiempo a los quehaceres domésticos sin ser éste considerado una actividad laboral formal. De esta manera en la organización de la dinámica familiar es el hombre quien ocupa exclusivamente el lugar de proveedor de la economía mientras que la mujer se ocupa de la gestión de turnos, trámites, tareas de la vida cotidiana constituyéndose así como cuidadoras de la familia y/o responsables de la salud en sus hogares.

Sin embargo partiendo desde una mirada integral de la salud y apuntando a deconstruir lo socialmente dado, las intervenciones que caracterizan al dispositivo buscan hacer parte a ambos padres del espacio. La intención es visibilizar

aquellas cuestiones relacionadas a la crianza compartida y a la responsabilidad de ambos en la organización de la cotidianeidad con la llegada del recién nacido.

Particularidades del periodo del puerperio: una mirada desde lo social

Algunas de las incumbencias del Trabajo Social, o de sus intervenciones, que se enmarcan en este dispositivo, apuntan a reconstruir la “*situación problemática*” que interpela a los sujetos en su vida cotidiana. Retomando el concepto que Cavallieri (2018) propone, entendemos a las situaciones problemáticas como situaciones en donde se sitúan el actor y la acción, y que conforman un complejo sistema compuesto por manifestaciones de la cuestión social, por interacciones entre distintas dimensiones (sociales, culturales, económicas políticas, ideológicas), por el espacio de la particularidad, y por expresiones en las que coexisten tanto aspectos subjetivos como objetivos.

Buscando alcanzar esa reconstrucción a la que aludimos anteriormente, los profesionales del Trabajo Social apuntamos a brindar herramientas para desnaturalizar y problematizar de forma conjunta y dialéctica la situación problemática. En este proceso se propone empoderar a la palabra de la mujer y lograr que las intervenciones del trabajador social apunten a problematizar las implicancias que ésta posee en el entramado social promoviendo en ella una actitud crítica frente a la realidad.

Nos proponemos en el momento dialógico de la entrevista buscar la forma de preguntar y repreguntar sin culpabilizar o re victimizar a la mujer. El Trabajo Social es una profesión que se caracteriza por la predisposición a la escucha y por otorgarle valor a la palabra de quien entrevistamos; esto permite visualizar que la palabra de la mujer es significativa, que la intervención que nos encontramos realizando tiene un objetivo específico y que resulta primordial que se alcance su autonomía.

Algunos criterios de intervención que se han consensuado se proponen poder dejar atrás ciertas frases instaladas tales como ¿Te ayuda con el bebé? ¿Trabajas o sos ama de casa? ¿Vivís con el papá del bebé? Estas preguntas reproducen determinadas representaciones sociales que nos proponemos problematizar a través de reformulaciones tales como ¿Cómo te sentís con la llegada del bebé? ¿A qué te dedicas? ¿Con quién vivís?

Otro aspecto que se presenta frecuentemente se relaciona con las situaciones de violencia obstétrica atravesadas por las mujeres en el circuito de atención hospitalaria. Ante experiencias como éstas, partiendo de considerar el perfil profesional que pretendemos alcanzar, el equipo brinda información sobre los derechos de las mujeres que se han ido conquistando con las nuevas legislaciones. Visibilizando esta problemática, se nos presenta el desafío de abordar la promoción de un parto respetado como una de las formas de implementar comprometidamente nuestras incumbencias profesionales.

Paralelamente, las intervenciones en el dispositivo apuntan a desmitificar ciertas prácticas instaladas social y culturalmente que surgen en las entrevistas. Una de las temáticas más frecuentes se vincula con la “planificación familiar”; en rela-

ción a esto constantemente se presenta la mujer como la única responsable de la elección de un método anticonceptivo. Partiendo de considerar la perspectiva de género que atraviesa al dispositivo, el equipo se propone informar y orientar a la mujer con el objetivo de generar un espacio de diálogo y consenso dentro de la pareja en relación a la elección del mismo responsabilizando a ambos.

Esto se encuentra directamente vinculado al cambio en la posición social de la mujer que ha producido un aumento de su autonomía, cuestionando y problematizando las diferencias jerárquicas que aún existen entre los géneros. Consideramos válido mencionar entonces, que la perspectiva de género incorpora una nueva mirada en relación a las diferencias y especificidades en salud de mujeres y varones buscando equiparar la atención.

Otra temática que el equipo considera de fundamental importancia es la lactancia materna. Si bien no se han presentado grandes dificultades en las mujeres para amamantar al recién nacido, el equipo se propone destinar una parte de la entrevista al abordaje de esta temática con el objetivo de informar sobre la importancia de la misma, siempre y cuando ésta sea posible. En las situaciones en las que la lactancia materna no es posible, los profesionales buscamos estrategias que disminuyan ansiedades, temores, incertidumbres, en la mujer informando, por ejemplo, acerca de otras alternativas de gran utilidad que cumplen con los requerimientos alimenticios del recién nacido.

Si bien las temáticas anteriormente mencionadas resultan transversales al consultorio, el contexto en el que nos encontramos inmersos se caracteriza por ser dinámico y heterogéneo lo que implica que las intervenciones sean construidas con el otro.



Reflexiones finales

En este artículo nos propusimos realizar un aporte teórico-práctico sobre la intervención profesional del Trabajador Social en A.P.S en la atención de las mujeres que atraviesan el período de puerperio. Buscamos así, que este análisis habilite a cuestionar y repensar las prácticas apuntando a construir estrategias de intervención integrales que disminuyan las brechas en la accesibilidad a la salud.

En Trabajo Social nos proponemos incorporar la perspectiva de género en nuestras intervenciones cotidianas teniendo en cuenta que

es una temática que actualmente se encuentra en puja por ser considerada en la agenda pública. Apuntamos nuestra intervención a realizar una actividad transformadora con el otro, considerando a la mujer como sujeto de derechos.

Enmarcándonos en un Programa de Residencias que propone una formación integral e interdisciplinaria, nos proponemos día a día cumplir con esos objetivos, inmersos en el contexto que nos atraviesa. El compromiso del cual hablamos se construye cotidianamente a través de la formación disciplinar e interdisciplinar que permite espacios de cuestionamiento y reflexión que buscan alcanzar la implementación de nuevos perfiles profesionales no estandarizados y no mecanizados.

La actitud crítica y reflexiva sirve no sólo para repensar la práctica sino también la realidad misma intentando conquistar nuevos espacios de intervención profesional.

Bibliografía

Bourdieu, P. (1997) *“Espacio Social y Espacio Simbólico”* en *“Razones prácticas”*. Barcelona.

Cavallieri, M. S. (2018) *“Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas”* en *“Compartiendo notas. El Trabajo Social en la contemporaneidad”*. Universidad Nacional de Lanús.

Dosso, D. (2015) *“Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo”*.

Mallardi, M. y Gianna, S. (2011). *“El Trabajo Social como complejo social. Aproximación a los fundamentos de los procesos de intervención profesional”*. Revista *“Debate y Sociedad”*. Uberlandia.

Teodori, C. E. (2015) *A los saltos buscando el cielo. Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar*. Ed. Biblos

Reflexiones sobre la formación profesional en el campo de la Salud Pública

Valeria Laura Carosella¹

Introducción

A lo largo de este escrito se presentará una propuesta de trabajo que se viene llevando adelante desde el espacio de Instrucción en la Residencia de Trabajo Social del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos ‘Dr. Alejandro Korn’, ubicado en la ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires; con el objetivo de socializar una propuesta concreta de formación profesional en el campo de la Salud.

Se pretende dar a conocer las características que adquiere este tipo de experiencia y compartir reflexiones e inquietudes a partir de la práctica docente concreta que se viene llevando adelante por quien suscribe desde el año 2015 en conjunto con los/as distintas/os profesionales que han ido transitando este espacio formativo.

Consideraciones generales

La Residencia de Trabajo Social –en tanto beca de capacitación en servicio– nos brinda la posibilidad de conjugar la experiencia asistencial con la formación permanente; en el marco de la metodología estudio-trabajo que prevé el Programa Provincial de la Especialidad².

En este sentido, es importante mencionar que la metodología estudio-trabajo propuesta, el hecho de “ser residente” le imprime a esta posibilidad laboral al menos tres particularidades que considero necesario destacar.

En primer lugar, en una altísima proporción, la Residencia se constituye en el

¹ Licenciada en Trabajo Social (FTS/UNLP - 2006). Trabajadora Social e Instructora de la Residencia de Trabajo Social en el Hospital HIEA y C. Dr. Alejandro Korn. Ayudante Diplomada Ordinaria de la asignatura Trabajo Social III de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Autora y co-autora de publicaciones relacionadas con el campo de la Salud Mental.

² Al respecto ver también Reglamento de Residencias para Profesionales de la Salud. Decreto Provincial N° 2557/2001 (actualmente en proceso de reforma y revisión).

primer trabajo de los/as profesionales, quienes además son graduados/as recientes³. Ello implica que al momento de empezar a trabajar, no sólo todo se presenta novedoso en cuanto a su propia ‘nueva’ cotidianeidad; sino que se introducen en un espacio institucional complejo, con una historia y una actualidad que los/as interpela en cuanto a sus nociones e ideas previas respecto a la intervención profesional del Trabajo Social y a la particularidad del campo de la salud⁴.

En segundo lugar, se incorporan a dos equipos de trabajo – el equipo de la Residencia en particular y el equipo del Servicio Social en su conjunto – con un alto nivel de consolidación. Al incorporarse a la Residencia se incluyen fundamentalmente a una modalidad de trabajo novedosa para ellos/as que implica que el eje estructurante y organizador de la tarea lo constituye la dimensión grupal. Esta modalidad de trabajo posibilita “el intercambio de visiones y saberes entre pares acerca de la práctica profesional desarrollada, permitiendo la definición y redefinición constante de la misma a partir de su revisión crítica” (Carosella: 2015).

En tercer lugar, los/as residentes deben aceptar una serie de encuadres de trabajo que se constituyen en aspectos diferenciales en comparación con otras opciones laborales para la profesión. Esto es, deben introducirse en una modalidad que implica que son acompañados/as, pero también evaluados/as y supervisados/as en todas las acciones que realizan como parte del equipo de la Residencia. Además, tienen una serie de exigencias tanto académicas como asistenciales dentro y fuera de la sede que hacen a la dedicación exclusiva de la modalidad estudio-trabajo en la que se encuentran. Estos aspectos diferenciales implican distintas tensiones para los/as profesionales, que se traducen en sentimientos de ‘sobrecarga’ y en la necesidad de comprender que la Residencia es una instancia de formación de posgrado, con todo lo que ello implica en términos de exigencia y dedicación tanto personal como profesional.

En este sentido, desde el rol de Instructora, se intenta contribuir a que los/as profesionales puedan “*capacitarse en forma permanente para poder adecuar la lectura de la realidad y la intervención profesional que en cada caso corresponda*”⁵, revalorizando la capacitación como un conjunto de conocimientos que se fundamenta en una visión de sociedad determinada, que contiene los elementos centrales para la acción (Oliva, A.: 2003).

Además, se intenta aportar a que los/as Trabajadores/as Sociales como profesionales de la salud participen de la organización de “*estrategias sanitarias que contribuyan, con un esfuerzo colectivo, al mejoramiento de la calidad de vida de la población en el marco de la vigencia del Derecho a la Salud en la defensa y plena vigencia de los Derechos Humanos*”⁶

Desde el proyecto de Instrucción que se lleva adelante se concibe a la práctica profesional en sus dimensiones constitutivas: ético política, teórico metodológica y operativo instrumental; y se parte de la necesaria consideración de

3 Dato relevado a partir de indagaciones propias en los últimos años. Se observa que la tendencia mayoritaria es que sólo en casos excepcionales los profesionales han tenido otro empleo previamente; y en esas excepciones encontramos formas de empleo generalmente precarias e inestables.

4 Esto adquiere implicancias aún mayores en el caso de la especificidad de nuestro efector (HIE-AyC ‘Dr. Alejandro Korn’), el campo de la Salud Mental.

5 Código de Ética Profesional. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

6 Programa de la Residencia de Trabajo Social en Salud vigente a la fecha.

la realidad político institucional.

En este sentido, se espera que el equipo de la Residencia pueda:

- Asumirse como un equipo de trabajo de profesionales que se encuentran en formación, valorizando sus propias capacidades pero también aceptando las sugerencias y señalamientos realizados por el equipo docente en pos del crecimiento personal y profesional permanente;
- Incorporarse a una modalidad de trabajo que los antecede, respetando los encuadres específicos planteados, aportando a su sostenimiento y/o revisión desde una postura respetuosa y propositiva;
- Incluirse activamente en el ámbito del Servicio Social de la Unidad, referenciándose positivamente con los/as profesionales de planta que en él se desempeñan y generando aportes pertinentes a la intervención profesional;
- Desplegar una actitud propositiva que implique el diseño y desarrollo de estrategias de intervención acordes con la complejidad de la tarea asistencial sostenida desde el Servicio Social;
- Contribuir a la creación y al sostenimiento de espacios formativos y de intercambio que promuevan la capacitación permanente;
- Aportar al trabajo intersectorial e interdisciplinario a la hora de su intervención, realizando las gestiones y acciones necesarias para su consecución y desarrollo;
- Propiciar y favorecer el intercambio y la vinculación con los/as profesionales de planta tomando en cuenta la singularidad de la Residencia como espacio formativo y ocupacional;
- Vincularse positivamente con las Residencias de otras disciplinas que funcionan en el Hospital a fin de fomentar la interdisciplina y el abordaje integral de las situaciones problemáticas en las que se interviene entre los profesionales residentes de la unidad;
- Mantener el vínculo y la comunicación constructiva con las Residencias de Trabajo Social de otras sedes, a fin de interiorizarse de la situación de cada Unidad y de mantenerse actualizados/as respecto a los debates disciplinares que se vienen llevando adelante;
- Asumir su responsabilidad ética política en relación a la promoción y defensa de la Salud Pública como derecho fundamental de la población a la que se asiste.

Desarrollo

La sede donde se desarrolla la Residencia en Trabajo Social la conforma el Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos 'Dr. Alejandro Korn'. El mismo se encuentra ubicado en la periferia de la ciudad de La Plata y tiene la característica de condensar en una misma institución la atención especializada

en Salud Mental y la atención del Hospital General. En ambos sectores cuenta con los servicios de guardia, internación y consultorios externos.

El hecho de ser un hospital de referencia en la Provincia de Buenos Aires genera una gran demanda de atención, no sólo de la población correspondiente al área programática sino también de personas que provienen de otros lugares, sobre todo del Conurbano Bonaerense.

Asimismo, es importante mencionar que tanto los Centros de Atención Primaria de la Salud como los Centros de Atención a las Adicciones no cuentan con los recursos humanos ni económicos necesarios para la asistencia sanitaria que la población requiere. Ello genera que se fomente una tendencia hospitalocéntrica; en la cual el hospital especializado atiende tanto las enfermedades más frecuentes como las de alta complejidad; y se configura como el único dispositivo estatal que – más allá de sus falencias – puede dar algún tipo de respuesta.

En el caso del Hospital Alejandro Korn esta situación se replica tanto en el área de Clínica Médica como en el Área de Atención de la Salud Mental; con particularidades en cada una de ellas que le imprimen características singulares a las intervenciones que allí se realizan y que deben ser contempladas en el momento de la planificación de las actividades tanto asistenciales como formativas de las/os residentes.

Adquiere relevancia entender los procesos de salud-enfermedad-atención como *“una trama compleja de representaciones y prácticas en la que se articulan procesos económicos-sociales y políticos, debiendo ser concebidos, por lo tanto, como procesos: históricos, complejos, fragmentados, conflictivos, dependientes, ambiguos e inciertos”*⁷.

En este sentido, se espera de las/os profesionales residentes el despliegue de competencias y habilidades coherentes y pertinentes con las problemáticas emergentes de la intervención profesional a fin de generar prácticas que promuevan la autonomía y el respeto por el ejercicio pleno de los Derechos Humanos de la población asistida. Asimismo, se espera de las/os profesionales que puedan realizar lecturas críticas y elaboraciones teóricas que apunten a las transformaciones en el campo de la salud pública que posibiliten el ejercicio mencionado.

Se intenta para ello *“generar ámbitos y condiciones para pensar, dudar, preguntar, evaluar, intercambiar, revisar y transformar miradas y prácticas”*⁸

En el cotidiano podemos observar que en el Hospital Especializado los problemas de salud son mayoritariamente atendidos como hechos aislados en la vida de las personas; y la política sanitaria es vista como ajena a las decisiones políticas y económicas del Estado.

Ello se vincula con la preeminencia aún de las dimensiones de la construcción metodológica de lo que Menéndez (1990) denominara “Modelo Médico Hegemónico”, signado fundamentalmente por las características de biologicismo, asociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, relación médico-paciente

⁷ Programa de la Residencia de Trabajo Social en Salud. Sobre este tema ver también Menéndez, E. (1995).

⁸ Reichert, María Marcela. Propuesta para la Jefatura de Servicio Social. HIEAyC Dr. Alejandro Korn. Año 2014.

asimétrica y subordinada, La salud/enfermedad como mercancía; entre otras.

Esta situación se agudiza en el caso de los sujetos con padecimiento mental. La modalidad de asistencia imperante se sigue caracterizando por la preeminencia del Hospital Neuropsiquiátrico como respuesta estatal a dicho padecimiento pese a contar desde hace más de seis años con una Ley Nacional de Salud Mental⁹ y con una vasta normativa sobre el tema¹⁰

La Residencia de Trabajo Social en el Hospital ‘Dr. Alejandro Korn’ ha venido desarrollando sus tareas fundamentalmente en el área de atención de la Salud Mental.

La misma se caracteriza por la coexistencia de los siguientes dispositivos: la Guardia de Salud Mental; el Servicio de Atención en Crisis –dirigido a la población de sexo masculino en el primer momento de la internación–; el Servicio de Agudos (Salas de Hombres y Mujeres); el Servicio de Sub-Agudos (para hombres) y el Servicio de Rehabilitación (o Crónicos; con Salas de hombres y de mujeres).

Asimismo, en el ámbito de la Institución funcionan los Consultorios Externos de Salud Mental (adultos e infanto juvenil, que brindan atención ambulatoria a dicha población); el Centro de Rehabilitación Psico-Social; destinado a la atención de pacientes que se encuentran en proceso de ser externados, el Club Social, dispositivo en el cual se realizan actividades dirigidas fundamentalmente a la población de las Salas de Rehabilitación¹¹, el dispositivo de apoyo a los procesos de externación denominado Andamiaje y el Teatro Polo Lofeudo, dispositivo en donde se llevan adelante talleres y actividades tanto para las personas que se encuentran internadas como para los/as vecinos/as de la zona.

El Hospital cuenta además con tres dispositivos por fuera de la Institución, localizados en la zona urbana de la localidad de La Plata; la Casa de Pre-Alta, el Centro de Salud Comunitario “Franco Basaglia” y el Centro de Día “PichonRiviere”.

Asimismo, y desde hace aproximadamente seis años se ha venido profundizando la inserción de los/as profesionales residentes en el área constituida por el ‘Hospital General’, hecho propiciado por la presencia de profesionales de planta abocados a dichos sectores que se constituyeron como referentes.

Se considera que la heterogeneidad de espacios y dispositivos asistenciales con los que cuenta el Hospital se constituyen en facilitadores de procesos formativos que tienden a la integralidad y le permiten al profesional residente desempeñarse en distintas situaciones y problemáticas; como así también vincularse y referenciarse con profesionales de diversas disciplinas y especialidades.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta aquí, adquiere vital importancia que podamos avanzar en la caracterización de la realidad institucional a fin de seguir aportando al conocimiento de una propuesta que intenta lograr una planificación pertinente y con fundamentos que le den sustento.

⁹ Este tema será profundizado más adelante.

¹⁰ A pesar de la existencia, también en este caso, de una gran cantidad de normativas que garantizarían el tratamiento adecuado. Por mencionar algunos, Declaración de Caracas (1990); Principios sobre Salud Mental (1991); Declaración de Viena (1993). También el Informe “Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas” de la OMS (2001). Para ampliar este tema ver Galende, e. y Kraut, A. (2006).

¹¹ Actualmente con escasas propuestas y con un cambio en sus condiciones de intervención, debido a la ausencia de profesionales, deterioro edilicio, etc.

Se toman como ejes constitutivos de la realidad institucional actual: 1) *El proceso de paulatina e insuficiente transformación de la asistencia en el campo de la salud mental*, 2) *La creciente complejización de las demandas de atención*, 3) *El incremento de la asistencia en condiciones de urgencia*.

Las particularidades y características de cada uno de estos ejes serán formuladas en base a la coyuntura actual.

En cuanto al eje I, me interesa caracterizar el momento actual signado por la *paulatina e insuficiente transformación* en la asistencia en el campo de la salud mental.

La implementación de la Ley N° 26657 - si bien ha constituido un avance sustantivo en el campo de la Salud Mental-no ha implicado un cambio significativo en lo que hace a las prácticas cotidianas y la modalidad de abordaje del padecimiento mental, pese a las iniciativas y esfuerzos de muchos/as de los/as trabajadores/as del campo.

En este sentido, considero pertinente referirme a la transformación que se viene produciendo definiéndola como *paulatina e insuficiente*. Paulatina en tanto que se trata de una transformación que se viene llevando adelante pero de forma lenta y gradual. E insuficiente en cuanto a que la contundencia que debiera haber tenido el cambio de paradigma en relación a las transformaciones en la modalidad de asistencia no ha sido tal.

Es innegable que la Ley ha establecido un cambio sustancial en la medida en que ha instalado un concepto de salud mental de avanzada, entendido como

un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (además de incorporar que) Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas...¹²(Artículo 3).

Asimismo, acuerdo con Faraone (2015) en su planteo respecto a que la Ley Nacional 26657 se ha constituido en

un instrumento trascendente en la construcción de una institucionalidad centrada en la garantía de los derechos de los usuarios de los servicios de Salud Mental y en la organización de las prácticas y saberes mancomunándolos en la interdisciplina y la intersectorialidad. (...) Es un instrumento necesario y fundamental para que las experiencias transformadoras puedan consolidarse a nivel nacional”.

Por cuestiones de espacio no realizaré en este trabajo un análisis exhaustivo de la Ley pero sí me interesa remarcar que constituyó un pasaje “*desde el paradigma de la peligrosidad hacia el paradigma de la capacidad(...)desde un enfoque tutelar hacia uno de derechos(...) de la exclusión a la inclusión*”¹³

En este punto es necesario afirmar que la existencia de una normativa no

¹² Ley de Salud Mental N° 26657. Ver también Decreto 603/2013 (Reglamentación de la Ley en la Provincia de Buenos Aires).

¹³ Gorbacz, L. (2011) La Ley de Salud Mental y el proyecto nacional. En Panorámicas de salud mental. A un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657. Buenos Aires. Eudeba.

implica por sí misma la transformación de las prácticas, hecho que hemos visto reflejado en el escaso impacto que la implementación de la Ley ha tenido en el acontecer cotidiano del Hospital Especializado.

Si tuviéramos que esbozar cuáles han sido los cambios que la Ley ha propiciado, nos encontraríamos con que la mayoría de esos cambios se vinculan con cuestiones de tipo jurídico-administrativas, ligadas a las responsabilidades que la institución –a través de sus profesionales– asume al decidir la internación-externación de una persona, por ejemplo. O a la exigencia de que los informes judiciales sean interdisciplinarios –lo que no implica que las intervenciones así lo sean–. Como dato significativo, contamos con colegas que han asumido cargos de conducción de Salas o Servicios, cuestión impensada hasta hace unos años y de significativa relevancia para la profesión.

Sin desconocer que podríamos seguir profundizando en las cuestiones que la Ley ha propiciado, me interesa afirmar que si bien estos cambios se han venido dando de una manera lenta y gradual, no por ello dejan de ser significativos. Pero además mencionar que la Ley no ha podido aún consolidarse, desde mi punto de vista, como el aspecto motorizador de cambios más profundos que incidan efectivamente en las personas con algún tipo de padecimiento mental.

Resulta sencillo entender los motivos de esta situación si introducimos en nuestro análisis el hecho de que no se ha aumentado significativamente el presupuesto destinado al sector; condición necesaria para la creación de nuevos dispositivos que aporten a la externación de las personas con padecimiento mental; como así tampoco se han llevado adelante acciones dirigidas al conjunto de la población que apunten a problematizar ciertas construcciones sociales que ligan indisolublemente al padecimiento mental con la necesidad de internación y segregación social.

Tampoco se ha avanzado en la consolidación de medidas que impulsen la intersectorialidad en términos de articulación de políticas públicas destinadas a esta población, entre otras cuestiones inherentes a la aplicación efectiva y plena de la Ley.

Por el contrario, nos encontramos en un contexto de corte regresivo con respecto a este tema, en el que se han impulsado retrocesos en la normativa que no se han podido llevar adelante por la movilización y reacción de múltiples actores involucrados directa o indirectamente en el tema (trabajadores/as, intelectuales, Colegios Profesionales, Universidades, etc.); pero que indican que para el gobierno actual no sólo no es prioritaria la situación de las personas con padecimiento mental; sino que no acuerdan con los avances que la Ley ha planteado, tanto en términos discursivos como en prácticas concretas¹⁴.

Es en este momento histórico coyuntural en el campo de la salud mental que los/as Residentes de Trabajo Social realizan su práctica profesional. Ello implica desafíos tanto a nivel formativo como asistencial ya que los/as posiciona como actores protagonistas de una transición que logre efectivizar intervenciones acordes con el nuevo paradigma con el aval de la normativa vigente.

¹⁴ En este sentido, se observa un cambio en la decisión de dar de baja miles de pensiones no contributivas por discapacidad, además de ‘paralizar’ la asignación de nuevos beneficios. Ello resulta significativo en tanto que este tipo de ingresos se constituye en uno de los pocos disponibles para la población con la que trabajamos.

Es necesario aclarar que desde el espacio de la Residencia se viene trabajando hace años con una perspectiva de derechos congruente con los planteos que hoy enuncia la Ley pero el desafío está en que hoy además de ser un ideal, este paradigma es el que impone la normativa vigente, y que pese a sus dificultades de aplicación, es necesario promover y defender.

En este sentido, será relevante que los/as profesionales puedan asumir el desafío de “*contribuir para convertir derechos formalmente reconocidos y concretamente necesarios en efectividades sociales*”.¹⁵

Entonces, la propuesta pedagógica que se ofrece a los/as profesionales asume que en la actualidad nos encontramos frente a la coexistencia de distintos modos de intervención respecto al padecimiento mental y que será necesario que podamos identificar cuáles son los elementos conservadores que persisten y qué formas novedosas intentan instituirse en la línea de una perspectiva de derechos (Serra y Smuck: 2009), con el objetivo de potenciarlas.

En cuanto a la **creciente complejización de las demandas de atención** (eje 2) adquiere relevancia mencionar que en el último tiempo se observa un marcado deterioro en las condiciones de vida de la población que conlleva un aumento tanto en la demanda de atención como en la complejidad de las situaciones en las que se interviene desde el Trabajo Social.

En este sentido, las personas con las cuales trabajamos tanto en el área de Salud Mental como en el Hospital General corporizan aquello que Breillh (2010) define como *desigualdad*, entendiendo que la misma es una expresión resultante de la inequidad y que expresa “*una injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad*”.¹⁶

En concordancia con ello, entendemos que el Trabajo Social interviene en situaciones problemáticas que interpelan la vida cotidiana de un sujeto (Mallardi: 2014) y que se enmarcan en la categoría ‘cuestión social’, definiendo con ella al “*conjunto de problemáticas económicas, sociales, políticas, ideológicas y culturales que son consecuencia de la instauración de la sociedad capitalista y con ella del empobrecimiento de amplios sectores de la población.*”¹⁷

A continuación se mencionarán algunas características particulares de la atención en el área del ‘Hospital General’, para luego retomar los planteos que se vienen realizando en relación a este apartado.

En este sector de la institución se atiende la demanda de la población proveniente fundamentalmente de los barrios de Melchor Romero, Abasto, La Granja, Santa Ana, Malvinas, San Carlos y Colonia Urquiza, como así también de otras localidades del Conurbano Bonaerense.

¹⁵ Netto, J.P.(2009) “La concretización de derechos en tiempos de barbarie” (17-33) en Borgiani, E. y Montañó, C. Coyuntura actual latinoamericana y mundial. Cortez editora. Sao Paulo. Brasil.

¹⁶ Breillh, J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud”. Conferencia presentada en el Seminario ‘Rediscutiendo a questão da determinação social da saúde’, organizado por el CEBES, Brasil. 2010.

¹⁷ Mallardi, M. La intervención en Trabajo Social: Mediaciones entre las estrategias y elementos táctico-operativos en el ejercicio profesional. En Mallardi (2014): Procesos de intervención en trabajo social: contribuciones al ejercicio profesional crítico. Colegio de Trabajadores Sociales de la Pcia. de Buenos Aires.

Al ser un Hospital que se encuentra cercano a rutas con gran circulación vehicular, le corresponde la asistencia a las víctimas de accidentes de tránsito de dichos caminos.

Asimismo, ha habido en los últimos años un importante incremento de los nacimientos¹⁸ y de la atención pre y post parto, como así también del servicio de Pediatría¹⁹.

Gran parte de la población que se atiende en el Hospital se desempeña en las áreas de explotación hortícola y de floricultura que se encuentran en las cercanías de la institución. Su inserción laboral es precaria y generalmente comparten las viviendas con otros empleados. No cuentan en su mayoría con cobertura social.

Asimismo, muchas de estas personas provienen de países limítrofes, por lo que a su situación de precariedad económica y habitacional se suma muchas veces una situación de documentación irregular.

Estas particularidades señaladas refuerzan la necesidad de que los/as profesionales residentes puedan garantizar la accesibilidad de estas personas a los servicios de salud que requieren, y que puedan desplegar las estrategias de gestión y educación (Oliva: 2003) que los procesos de atención demanden.

En este sentido, es importante que puedan ser competentes para incluir la dimensión cultural a la hora de intervenir profesionalmente con el objetivo de garantizar una atención de calidad que contemple las particularidades de la población a la que se dirige.

Otro aspecto relevante a considerar es el incremento de las situaciones de violencia de género que hace que sea necesario que los/as profesionales puedan actuar junto a los/as profesionales de planta de manera oportuna y eficaz, utilizando los protocolos de atención en vigencia y manteniéndose actualizados en relación al tema.

Como se puede observar, nos encontramos con una heterogeneidad de situaciones y problemáticas que exigen que los/as profesionales puedan consolidar una actitud crítica en su desempeño profesional, superando visiones basadas en la naturalización de la realidad social y construyendo instancias de problematización que posibiliten –tanto por parte de ellos/as como por parte de las personas afectadas– *“identificar los rasgos que hacen que tales situaciones no se expliquen por desventajas o infortunios propios, sino por tendencias socio-históricas que convergen en su cotidiano”* (Mallardi: 2018).

Se espera además que los/as profesionales puedan aportar con su intervención al despliegue de un proyecto profesional que pueda dar respuesta a las necesidades de la población. En este sentido, “un proyecto profesional implica determinadas condiciones; debe atender a necesidades sociales, realizadas de determinadas formas, y producir un resultado objetivo, con implicaciones so-

¹⁸ Convirtiéndose el Hospital A. Korn en el segundo efector en términos de cantidad de nacimientos, con un número aproximado de dos mil partos por año.

¹⁹ Pese a que en la actualidad se cuenta con instalaciones nuevas, no hay disponibilidad de pediatras que puedan dar respuesta a la creciente demanda, lo que genera tanto la sobrecarga de los/as profesionales del sector como el despliegue de distintas estrategias emergentes, como por ejemplo el traslado compulsivo a otros efectores.

ciales y desdoblamientos éticos y políticos.” (Barroco: 2001)

Para finalizar este apartado, haré una breve mención al eje constitutivo de la realidad institucional número 3, al que he caracterizado como el **incremento de la asistencia en condiciones de ‘urgencia’**.

En este punto me interesa hacer referencia a un aspecto muy vinculado al anterior –eje 2– y que tiene que ver con que la connotación de *urgencia* se viene imponiendo de modo creciente a los/as profesionales del Trabajo Social.

Antes de profundizar en este punto me interesa señalar que las condiciones actuales del sistema de Salud Pública en Argentina configuran un escenario con algunas características de larga data y otras que se incorporan.

En el caso del Hospital sede, podemos mencionar que existe un marcado deterioro en las condiciones de uso y habitabilidad de las instalaciones tanto de atención como de internación; una cantidad insuficiente de profesionales en relación a la demanda de atención; un deterioro en la calidad de los alimentos que reciben quienes se encuentran internados/as; la falta de garantía de continuidad de los tratamientos farmacológicos para la población asistida; la escasez de recursos tecnológicos y materiales necesarios; entre otras.

Estas deficiencias han sido denunciadas por distintos actores y organismos, provocando que el Hospital Alejandro Korn se encuentre intervenido judicialmente desde hace por lo menos cuatro años, lo cual ha contribuido a poner en agenda el tema y si bien no ha resuelto todas las problemáticas sí ha implicado por ejemplo la conformación de una mesa intersectorial para abordar los temas y problemas de la institución.

En cuanto a la situación actual de la salud pública en Argentina, podemos afirmar que se consolida la falta de financiamiento estatal de larga data y, pese a que en los últimos años se ha avanzado en la inversión en las instalaciones de algunos Hospitales, el resto de las cuestiones mencionadas se mantienen; agravándose por el impacto de una serie de medidas económicas que se han implementado y que han generado un aumento de la población sin cobertura social que empieza a requerir la atención del sector público²⁰.

En este sentido, un aspecto relevante en lo que hace a la accesibilidad lo constituye la falta de efectores en las distintas Regiones Sanitarias –sobre todo en lo que se refiere a la atención en Salud Mental – que permitan llevar adelante la regionalización de la atención prevista desde hace años por resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Vale recordar en este apartado que *“la salud, tanto individual como colectiva, es el resultado de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad en un lugar y momento histórico determinado. La determinación social de la salud, en consecuencia, obliga a asumir que la salud de la población no es solo un asunto de política sanitaria y*

20 Una encuesta realizada entre septiembre de 2015 y junio de 2016 acerca de los efectos de la reciente destrucción de puestos de trabajo en Argentina destaca que se triplicaron los problemas de salud mental y hubo un deterioro del 20,5% en el indicador de salud física en las personas que fueron despedidas de sus empleos en dicho periodo. (Wosko y otros: 2017). Esta población, al perder su cobertura social empieza a depender del sector público para atender sus problemas de salud.

que no puede pensarse y diseñarse un modelo de sistema de salud que no esté contenido en un modelo de país” (Manoukian, D.: 2017).

Al referirme al **incremento de la asistencia en condiciones de urgencia** me interesa puntualizar que las demandas de atención que llegan al Hospital en general y al Servicio Social en particular se han complejizado de tal modo que se configuran como situaciones urgentes en muchos de los casos, ya sea para la población con la que trabajamos, para otros/as profesionales, para las autoridades, etc. A modo de ejemplo, basta con mencionar la demanda respecto a la ‘resolución’ de la problemática de las personas que se encuentran en situación de calle; o que llegado el momento de su alta médica no cuentan con las condiciones para retirarse de la Institución (tanto en la atención en Salud Mental como en el caso del Hospital General).

Otro ejemplo puntual se da en las situaciones enfrentadas en la Guardia de Salud Mental cuando resulta inviable poder dar respuestas a la compleja situación que se presenta. Por ejemplo en aquellos casos que no pueden ser atendidos en el efector, que debieran abordarse en la zona de referencia de la persona, y ante derivaciones – que si bien son necesarias- por ausencia de dispositivos quedan trucas, con el consecuente impacto en lo que hace a la accesibilidad al tratamiento por parte de la población.

Las situaciones descritas a modo de ejemplo conllevan muchas veces a que los/as trabajadores/as sociales realicemos *“un abordaje de los efectos visibles del problema a través de una intervención paliativa ante la emergencia y sobre un supuesto de transitoriedad del problema que encubre sus causas estructurales”* (Matusevicius: 2014).

En este sentido, desde la Propuesta Pedagógica se le otorga una importancia sustantiva a propiciar que los/as profesionales residentes puedan interpretar y analizar el ámbito y las condiciones en las que llevan adelante su intervención, construyendo mediaciones conceptuales que les posibiliten superar la inmediatez e intentando generar los espacios necesarios a fin de garantizar un conocimiento situado.

Se parte de la convicción de que abordando estas cuestiones se aporta a que las condiciones de la intervención no se tornen factores vulnerabilizantes para los/as residentes que los coloquen en posiciones fatalistas respecto a las características y alcances de sus intervenciones. En este sentido, la consolidación de espacios de trabajo colectivos se convierte en un facilitador.

La Residencia: formación en servicio y perspectiva metodológica

En el marco del proceso formativo que se propone desde el Sistema de Residencias, en el cual el eje está puesto en la metodología estudio-trabajo, resulta central la problematización de las prácticas pensada desde mi punto de vista en dos dimensiones; por un lado como un objetivo inherente al rol de formador, y por otro, como una instancia a propiciar desde las/os profesionales residentes.

En este sentido, la figura del *Instructor* adquiere centralidad en tanto que la tarea de coordinación del proceso formativo de los residentes implica la responsabilidad de aportar a la formación de profesionales capaces de problematizar su práctica cotidiana con la mirada puesta no sólo en términos de su proceso

de enseñanza-aprendizaje individual y grupal; sino también por la responsabilidad de su tarea en el ámbito del Sistema Público de Salud.

La tarea mencionada supone un esfuerzo sostenido por quienes llevamos adelante este rol en función de propiciar el establecimiento de grupos de trabajo entendiendo que *“el grupo de aprendizaje como fenómeno sociodinámico es un proyecto y está siempre en un proceso de consolidación”* (Santoyo: 1981).

De este modo, la direccionalidad que se imprima a este *proyecto* estará íntimamente ligada a las concepciones que las/os formadores tenemos con respecto a nuestra profesión, a su importancia en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, a la residencia en particular y a nuestra propia visión del mundo, entre otras dimensiones. Asimismo, este *proyecto* se irá consolidando y redefiniendo en función de la particularidad de cada residente y del grupo que se forme en el equipo de trabajo en cada momento.

Será central entonces considerar que *“Al coordinador le corresponde ayudar al grupo a abandonar la serialidad, propiciando una integración que permita a sus miembros abordar tareas conjuntas, operar como grupo y alcanzar objetivos comunes”* (Santoyo: 1981).

Entonces, desde mi punto de vista, la tarea de problematización de las prácticas no puede escindirse de una de las características centrales de la Residencia que tiene que ver con la dimensión grupal del proceso formativo.

Independientemente de ello, como Instructoras/es tenemos el desafío de poder visualizar e identificar las características y necesidades de cada residente en particular ya que el acompañamiento que realicemos de cada una de las trayectorias dentro del equipo redundará en un mejoramiento de las condiciones de posibilidad, justamente, de ese equipo.

Me interesa destacar, de acuerdo con Davini (2017), la necesidad de generar en las/os residentes la *“capacidad de intervención y acción en contextos reales complejos, ante problemas integrales que incluyen distintas dimensiones, a la toma de decisiones y, muchas veces, hasta el tratamiento contextualizado de desafíos o dilemas éticos en ambientes sociales e institucionales”*.

Para lograr este objetivo es central comprender la complejidad de las situaciones de aprendizaje en la que se encuentran las/os residentes, ya que la misma se caracteriza por un momento de consolidación de las/os mismos como profesionales al mismo tiempo que deben construir ese ‘ser profesional’ y no dejar de dar las respuestas que la población solicita, y que el sistema de residencias espera de ellos, y que incluye la necesidad de insertarse en una estructura que las/os antecede y a la que deberán integrarse, como ya fuera mencionado.

En este punto resulta importante comprender la tarea del formador como un desafío que implica dejar de lado modelos rígidos de enseñanza-aprendizaje, y ser plausible a lo que cada residente requiere en su proceso formativo.

Entonces, independientemente de que nosotros podamos tener claridad respecto a las estrategias de trabajo que llevamos adelante —y en última instancia— al perfil de profesional que nos interesa promover, cada situación de intervención y todo lo que la misma conlleva en términos de preguntas, interpelaciones y también límites para cada residente y para el equipo de residencia,

nos reubicará en la necesidad de encuadrar la dimensión formativa de esta instancia y poder brindar las herramientas más pertinentes tanto en términos teóricos como en virtud de la dimensión experiencial de esa práctica concreta.

La tarea del formador se constituye en un aspecto central de la residencia; entendiendo que la instancia formativa se construye dialécticamente y de manera cotidiana con los profesionales residentes; con el resto de los actores que intervienen en su formación, y, sobre todo, con la mirada puesta en generar respuestas asistenciales acordes con las necesidades de la población con la que intervenimos.

Se apunta además a que la Residencia se consolide como un espacio de construcción colectiva. En este sentido se deberán incluir las líneas de intervención planteadas por cada una/o de las/os profesionales con sus características singulares pero sin perder de vista que forman parte de un proyecto más general que implica a toda la Unidad de Residencia.

El alcance de un mayor impacto de las intervenciones profesionales realizadas se logrará si se piensan las intervenciones como un aporte de cada profesional a un proyecto más amplio que lo precede y que no culminará en él, que tenga como ideario la plena vigencia de los derechos de la población a la que asiste. Desde la propuesta de instrucción que se comenta se intenta contribuir a que esto así sea.

Referencias Bibliográficas

- Barroco, M. L. (2001) *Ética y Servicio Social: fundamentos ontológicos*. Cortez Editora.
- Breilh, J. (2010) “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud”. Conferencia presentada en el Seminario ‘Rediscutiendo a questão da determinação social da saúde’, organizado por el CEBES, Brasil.
- Carosella, V. *Propuesta para la Instrucción de la Residencia de Trabajo Social del HIEAyC Dr. Alejandro Korn*, período 2015-2017.
- Carosella, V. *Propuesta para la Instrucción de la Residencia de Trabajo Social del HIEAyC Dr. Alejandro Korn*, período 2018-2021.
- Código de Ética Profesional. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Faraone, S. (2015) “Reformas estructurales, contexto nacional y proceso de transformación en el campo de la Salud Mental” en Faraone y Giraldez (2015): *Determinantes de la salud mental en ciencias sociales: actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26657*. Buenos Aires.
- Gorbacz, L. (2011) *La Ley de Salud Mental y el proyecto nacional*. En *Panorámicas de salud mental. A un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657*. Buenos Aires. Eudeba.
- Ley de Salud Mental N° 26657. República Argentina
- Mallardi, M. (2014) *La intervención en Trabajo Social: Mediaciones entre las estrate-*

gias y elementos táctico-operativos en el ejercicio profesional. En Mallardi: Procesos de intervención en trabajo social: contribuciones al ejercicio profesional crítico. Colegio de Trabajadores Sociales de la Pcia. de Buenos Aires.

Manoukian, D. (2017) El derecho a la salud: ¿una política pública? En Revista Soberanía Sanitaria N° 1. ATE.

Matusevicius, J. (2014) *Intervención Profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con Movimientos Sociales.* En Mallardi, M. (2014).

Netto, J.P. (2009) “La concretización de derechos en tiempos de barbarie” (17-33) en *Borgiani, E y Montaña, C. Coyuntura actual latinoamericana y mundial.* Cortez editora. Sao Paulo. Brasil.

Programa de la Residencia de Trabajo Social en Salud vigente a la fecha. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Reglamento de Residencias para Profesionales de la Salud. Decreto Provincial N° 2557/2001. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Reichert, M. (2014) Propuesta para la Jefatura de Servicio Social. HIEAyC Dr. Alejandro Korn. Año.

Aproximaciones teórico-prácticas de experiencias de trabajo asistencial en Salud Mental

Ruth Franco¹
Manuela Rancatti²

Introducción

En el presente trabajo realizamos un recorrido por los espacios de intervención que llevamos a cabo como residentes de Trabajo Social en el área de salud mental del Hospital General Interzonal “Dr. José Penna” de la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, en el período Junio 2017-2018.

En primer lugar desarrollaremos la conceptualización de la población atendida y su vinculación con la salud mental a partir de la implementación de la Ley Nacional 26.657. Para ello nos realizamos los siguientes interrogantes: ¿Son considerados sujetos padecientes? ¿Peligrosos? ¿Existe una criminalización y judicialización de la locura?

En segundo lugar analizaremos lo institucional, pensándolo como marco facilitador y obstaculizador, de forma simultánea y dinámica, para la intervención profesional, es decir, con sus límites y posibilidades en este contexto complejo y a su vez contradictorio.

En tercer lugar abordaremos la importancia de lo grupal no sólo para los sujetos con padecimiento mental, lo cual permite crear vínculos, redes, afectos, restituir el lazo social, sino también como espacio de intervención del Trabajo Social. En este sentido desarrollaremos la experiencia del trabajo interdisciplinario y los procesos de conformación no sólo como grupo sino como equipo.

1 Franco, Ruth. Lic. en Trabajo Social. Jefa de Residentes del Servicio Social en Salud del Hospital Interzonal General “Dr. José Penna”. Bahía Blanca, Argentina.

2 Manuela Rancatti. Lic. en Trabajo Social. Residente de 3er año del Servicio Social en Salud del Hospital Interzonal General “Dr. José Penna”. Bahía Blanca, Argentina.

Por último, proponemos una serie de interrogantes y propuestas, por supuesto no acabadas, con la intención de seguir aportando a la problematización de nuestras prácticas.

Hacia una conceptualización de los sujetos con padecimiento mental

La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, sancionada en el año 2010, parte de la concepción de que las personas con padecimiento mental son sujetos de derecho, es decir que deben gozar de todos los derechos humanos declarados universalmente y ratificados en la Constitución Nacional. En la letra de la ley existe una redefinición en salud mental que exige, para su cumplimiento, una mirada diferente del padecimiento mental –ya no de una “enfermedad mental”–, considerando que ese padecimiento puede representar diversos niveles de gravedad. Principalmente, incorpora las conceptualizaciones de ciudadanía y derecho como componentes de la práctica preventiva y asistencial cotidiana. Teniendo como eje transversal la autonomía de los pacientes respetando su libertad, y en el caso de ser necesario, cuando esté en juego su integridad física y/o la de su contexto, tener un debido proceso en el cual se garanticen todos sus derechos para su internación voluntaria y/o involuntaria, exclusivamente con fines terapéuticos.

Al realizar una mirada retrospectiva, observamos que desde la lógica tutelar/asilar se consideraba al sujeto-enfermo como un ser peligroso que irrumpía en el orden de la sociedad, por ello debía ser aislado para disciplinarlo y realizar su tratamiento de “rehabilitación”, el cual muchas veces atentaba contra su propia vida y subjetividad. Lamentablemente, estos lineamientos tradicionales y hegemónicos sobre la visión del sujeto con padecimiento mental, coexisten en la actualidad. Los medios de comunicación, por ejemplo son un canal para la propagación de tal perspectiva, expresado muchas veces de forma explícita y otras como vestigios heredados que se filtran e impregnan en imaginarios y prácticas. En lo que respecta a nuestro trabajo con personas con padecimiento mental, podemos dar cuenta de sujetos sufrientes, víctimas de un Estado ausente, con estructuras familiares sin posibilidades de acompañamiento, y sin oportunidades laborales y comunitarias para el desarrollo de sus subjetividades.

En relación a lo antedicho, Galende (2015) sostiene: “(...) un sufrimiento mental cualquiera es siempre un sujeto concreto, que vive bajo ciertas condiciones que le impone el territorio donde habita, la vida social y el lugar que ocupa en esa sociedad, en la participación que tiene en esa cultura o es apartado de ella o por ella (...) Esto implica que el sujeto no pueda ser comprendido, ni interpretado su sufrimiento, sino en el conjunto de las múltiples determinaciones que atraviesan su modo de vivir, su modo de sufrir y su manera de asumir y expresar ese sufrimiento” (Galende 2015: 64). Es por ello que creemos necesario tener en cuenta que el padecimiento no es individual sino que está involucrado en procesos histórico-sociales, donde intervienen e interrelacionan múltiples dimensiones socio-económicas, organizaciones, profesionales, sujetos-pacientes, familia, la comunidad, entre muchos otros.

Si bien la población que circula y es atendida por los distintos dispositivos

del área de salud mental del Hospital Penna es heterogénea, podemos señalar algunos puntos en común: además del sufrimiento subjetivo, también sufren materialmente, es decir, componen trayectorias de desocupación, de deserción escolar o analfabetismo, problemas habitacionales, la exclusión de sus hogares de origen y hasta de pobreza extrema producto de la complejización de las coyunturas actuales. Para ejemplificar, muchos de ellos no poseen vivienda propia y quedan depositados en hogares y/o pensiones que se asemejan-en algunos casos de forma totalmente contraria a los lineamientos de la Ley de Salud mental- a una sala de internación, coartando derechos tales como la libertad de circulación, expresión y autonomía para la toma de decisiones de la vida cotidiana.

A su vez, la fragilidad en los vínculos afectivos-familiares, y el desamparo institucional –siguiendo los planteos de Marisa Barrios (2004)– se agravan dada la ausencia de políticas públicas para la protección de los derechos de estas personas. Ante este panorama y en términos de Barrios, entendemos que “esto implica para muchos la permanencia en la institución mucho más allá de una situación de crisis, ya que la ausencia de otros dispositivos que permitan reforzar la inserción social y los vínculos en lo local ubica a la institución en un lugar de permanencia prolongada o definitiva para muchos de estos sujetos” (Barrios 2004: 112).

Con respecto a la dimensión laboral, a diario recogemos relatos de sujetos que hablan de la exclusión, refiriendo sentirse discriminados por su enfermedad, y que por lo tanto deben acudir y ser asistidos mediante políticas públicas residuales, tales como los subsidios económicos o tarjetas sociales otorgadas por el municipio, por un monto de dinero que escasamente los ayuda a sobrevivir y que a su vez está determinado para ser utilizado por un tiempo acotado, a fin de “paliar” la situación de vulnerabilidad hasta tanto se revierta la misma. No obstante, hasta que no se conformen políticas públicas sólidas destinadas para la verdadera inserción laboral de estas personas, difícilmente se podrá revertir su situación. Ante esta situación entendemos que el vínculo entre pobreza y locura se agudiza a partir de la relación dialéctica entre el sujeto con padecimiento mental, el trabajo y la exclusión del mismo. Dicho de otra manera, el trabajo abstracto³, aliena de tal manera que despersonaliza a los sujetos empujándolos al sufrimiento y quien no cuenta con los lazos sociales suficientes para enfrentarlo, lo padece. Al decir de Basaglia, “se dice que el enfermo mental es peligroso y puede matar. Pero si un patrón construye un andamiaje sin protección y un obrero se cae y muere, ¿quién de los dos es más peligro? Debemos oponernos a esta sociedad que destruye a la persona y mata a quien no tiene medios para defenderse. En cierto sentido, vivimos en una sociedad que parece un manicomio y estamos dentro de este manicomio, internados luchando por la libertad” (Basaglia 2013: 82).

Este panorama se agrava aún más con los tiempos irrisorios que deben esperar para el otorgamiento de una pensión no contributiva, la cual, luego de esperar ese tiempo –en algunos casos más de 2 años– es denegada por no entrar en los parámetros de “selección” del Ministerio interviniente. En este sentido es alarmante la naturalización que existe tanto en profesionales, em-

³ Mallardi (2015) utiliza el término trabajo abstracto para referirse a las características que toma el trabajo en el sistema capitalista de producción, donde ya no es el formador del ser social sino que el trabajo se transforma en mercancía. El obrero debe vender su fuerza de trabajo para sobrevivir.

pleados estatales y usuarios con respecto a los tiempos que deben transcurrir y los obstáculos que se deben sortear para acceder a un derecho denegado.

En relación a lo antedicho podríamos pensar cómo las instituciones estatales son productoras y reproductoras de la locura. Por ejemplo, las personas con un padecimiento mental sin cobertura de salud, tienen como único lugar de asistencia, el Hospital Público. Allí deben sobreponerse a una ventanilla con rejas para solicitar turnos o realizar alguna consulta a la secretaria, malos tratos por parte de personal, tanto administrativo como profesionales, largas esperas para la atención en un turno programado, la ausencia de una escucha activa y una mirada contenedora, entre muchos otros. En este sentido nos sumamos al interrogante que se realiza Basaglia al preguntarse: “¿Qué ocurre entonces con una persona si su “vehículo del ser en el mundo”, aquel cuerpo que tiene “asegurado a la realidad”, está totalmente forzado al artificio absoluto de la vida institucional?” (Basaglia 2008: 10). En esta línea de pensamiento podemos sumar la contradicción existente en el hecho de que el Hospital, en este caso, se convierte en un lugar de opresión cuando debería ser de cuidado.

Estos procesos de expulsión y exclusión emergen en el cotidiano y trabajar para la restitución de derechos y la inclusión social, forman parte de nuestros recortes de intervención más recurrentes.

Lo institucional: Marco facilitador y obstaculizador de intervenciones subjetivantes

En este aspecto nos referimos a lo institucional como aquello que enmarca nuestra intervención profesional. Para ello, consideramos necesario realizar una breve referencia al Hospital “Dr. José Penna”. El mismo se encuentra dentro de la región sanitaria I, compuesta por 15 partidos. Es un Hospital interzonal, general, ya que es centro de derivación de aquellas problemáticas de salud de mayor complejidad de todos los partidos que componen dicha Región Sanitaria, y con atención de todas las especialidades médicas.

En lo que respecta a la atención de salud mental, el hospital cuenta con atención en la guardia de emergencias, una sala de internación de corto y largo plazo, consultorios externos para la atención ambulatoria, Hospital de Día y un equipo de trabajo dentro del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A) que funciona en el Hospital desde el año 1997.

En relación a nuestro trabajo con la población de salud mental, podemos reconocer tanto al Hospital de Día como al P.R.E.A como espacios sólidos para nuestra formación.

Con respecto a P.R.E.A en el año 1999 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires crea el programa de Rehabilitación y Externación Asistida, desde ese entonces el servicio de salud mental enmarca sus intervenciones desde los lineamientos generales de esta política. No así el financiamiento ya que se encuentra a cargo de la municipalidad de Bahía Blanca. Su objetivo principal, expresado en el documento creado por la Dirección de salud Mental Provincia de Buenos Aires perteneciente al Ministerio de Salud, se basa en “la externación y reinserción social de pacientes de mediana y larga internación a

través de la promoción, organización e instauración de dispositivos alternativos de atención a desarrollarse en la comunidad, adecuados a los recursos de salud existentes en la misma” (Ministerio de Salud de la Prov. Bs. As. 1999, p. 2). Se encuentra destinado a aquella población que no poseen recursos económicos suficientes para cubrir los gastos de la vida en comunidad ni cuentan con referentes que acompañen su “salida” del hospital. Para ello, el equipo interdisciplinario organiza mediante reuniones periódicas actividades con los usuarios a fin de fortalecer lazos sociales perdidos en internaciones prolongadas. A través del paso del tiempo y debido a los cambios socio económico que atraviesa nuestra provincia, el programa se redujo de 22 pacientes a 6 quienes viven en 3 hogares asistidos de nuestra ciudad. En la actualidad, el equipo se encuentra conformado por una sola profesional de planta permanente –jefa del dispositivo– de psicología completando el equipo residentes de la misma disciplina, trabajo social y psiquiatría. En las reuniones periódicas se trabajan desde la palabra lo que acontece en cada hogar en particular y el enfrentamiento de las situaciones cotidianas de manera general.

En tanto, el Hospital de Día es un dispositivo que atiende necesidades “diagnósticas y terapéuticas que no pueden resolverse en la consulta ambulatoria habitual ni en la internación. Se realiza un abordaje de la cuestión psicopatológica y de la exclusión social” (Moyano 2016: 3); con el objetivo de restituir lazo social a través de diferentes actividades recreativas y artísticas.

Dentro del Hospital de Día las principales actividades llevadas a cabo por las residentes estuvieron centradas en la participación de talleres artísticos-terapéuticos-productivos, posibilitando el contacto e intercambio directo con los usuarios y talleristas como así también la mediación e intervención ante el surgimiento de alguna problemática puntual, tanto a nivel individual como grupal.

Entendemos que dichos espacios nos permitieron desarrollar estrategias de intervención, con aciertos y desaciertos, pero todas ellas nos condujeron –a nuestro entender– hacia un aprendizaje significativo. En ambos dispositivos, las intervenciones se basan principalmente en el acompañamiento de los usuarios, sus familias o redes de apoyo en relación a las situaciones problemáticas, tanto del plano material como simbólico, que impiden el pleno desarrollo de los aspectos de la vida diaria. En este sentido, se pretende crear y recrear las condiciones necesarias que hacen a la autonomía, a la revinculación social, a la inserción laboral, a la recreación –entre otras cuestiones– de los sujetos con padecimiento mental.

Como se mencionó anteriormente, estos dispositivos fueron espacios propicios para el desarrollo de estrategias de intervención, aunque no podemos dejar de mencionar las tensiones existentes que obstaculizan la práctica diaria. A pesar del nuevo marco normativo⁴, nuestras intervenciones cotidianas se encuentran ante una coexistencia entre ambas lógicas, lo viejo y lo nuevo, lo tradicional y la transformación. La idea de encierro permanece, como una opción de la atención del “paciente social” –considerado desde una mirada tradicional como aquel que es complejo de externar ya que no cuenta con recursos eco-

⁴ Como venimos describiendo, marcamos como hito el cambio de paradigma con la ley nacional 26.657 de salud mental, (contemporánea a la sanción del nuevo código civil y comercial), que posiciona a la salud mental desde una perspectiva de derecho.

nómicos, familiares, habitacionales, etc– no habiendo dispositivos alternativos para el trabajo en la comunidad.

Al mismo tiempo, durante nuestra intervención profesional, observamos que el trabajo intersectorial y en la comunidad queda relegado a la total dependencia del hospital como única institución interviniente en el acompañamiento de los sujetos-usuarios. Tanto los profesionales como los usuarios quedamos atrapados en las lógicas institucionales, resistiendo –y en algunos casos reproduciendo– prácticas que se asemejan al manicomio, con grandes dificultades para la creación y el fortalecimiento de redes.

Ahora bien, otro obstáculo que se nos presentó en las estrategias de intervención en los dispositivos por donde rotamos como residentes fue el acompañamiento familiar, ya que muchos de los pacientes no cuentan con vínculos sólidos, ni con recursos económicos para el sostenimiento de los mismos. Como dijimos anteriormente, solo algunas de las personas con las que intervenimos cuentan con una pensión no contributiva como único medio de subsistencia. A su vez, gestionar subsidios económicos por parte del Estado, en el contexto actual también resultó un impedimento tanto para la externaciones como así también para el desarrollo de estrategias de reproducción para la vida cotidiana.

Otro obstaculizador tiene que ver con las personas con padecimiento mental y que están en situación de calle. Si bien existe un programa municipal destinado a la atención de las personas que no tienen hogar, aquellas que tenían esta condición de salud, quedaban excluidas, no sólo del programa sino de casas de alojamiento transitorio, ya que eran considerados peligrosos y disruptivos.

En este punto, volvemos a pensar en los hogares asistidos, donde se necesita del recurso económico para ingresar. Muchos de los encargados de hogar subsisten con los ingresos provenientes de la estadía de los pacientes y por lo tanto es un negocio para ellos, por lo que la mayoría no cuenta con formación especializada para el cuidado de las personas con padecimiento mental, llevando de esta manera a la implementación de estrategias de “cuidado”, cimentadas en el sentido común y reproductoras de lógicas manicomiales. Esto se evidencia, en la sobrepoblación de espacios reducidos, la desobjetivación de los pacientes al no poseer pertenencias individualizadas y personales, y en donde no se trabaja ni se acompaña desde un enfoque terapéutico.

Por otra parte, el trabajo con la Curaduría Oficial también presentó sus dificultades. Es necesario entender que la población a la cual asisten, se ha duplicado en los últimos 2 años, quizás podría pensarse a raíz de las externaciones compulsivas desprovistas de recursos reales por parte del Estado quien no tiene las herramientas (o mejor dicho decisión política) suficiente para abordar dicha problemática. Esta situación propició tensiones a la hora de solicitar intervenciones, entre profesionales de otras disciplinas como así también entre colegas, siendo este un factor de dificultad al momento de pensar estrategias superadoras para el logro de acciones subjetivantes para los pacientes.

Por lo dicho anteriormente, sostenemos que las estrategias de intervención quedan atrapadas en las estructuras institucionales que dan cuenta de la falta de materialización de las lógicas actuales sobre la salud mental (nueva ley, desinstitucionalización). Es decir, hay una ley innovadora pero no hay decisiones políti-

cas que creen y regulen en lo cotidiano los postulados de la ley. En este sentido entendemos que nuestro aporte es en pos de la efectivización de la Ley para la garantía de los derechos de las personas con padecimiento mental.

Lo grupal en “3 D”: Como lazo social, como espacio de intervención para el Trabajo Social y trabajo interdisciplinario

A partir de nuestra experiencia de trabajo, observamos la importancia de lo grupal no sólo para la población que es atendida en el área de salud mental, sino también como espacio enriquecedor para el propio trabajo.

En primer lugar, observamos cómo lo grupal aporta a la construcción y el fortalecimiento del lazo social, dado que se da una dinámica de intercambio, pertenencia, de escucha y empatía con un otro que padece tanto como uno. En este sentido, Galende sostiene que el lazo social implica una forma de relación con el otro, el otro en la familia, el otro en el amor y la amistad, el otro de su cultura, el otro interior que constituye su historia y desarrollo subjetivo. “Es decir, las múltiples relaciones que determinan los modos de vivir, lo que, a modo de síntesis denominamos la ‘vida en común’” (Galende 2015: 64). En el caso de las personas con padecimiento mental, quienes en su mayoría cuentan con vínculos sociales endebles, subsumidos en contextos de vulneración, los dispositivos grupales se convierten en una especie de estrategia de supervivencia. A su vez, en el plano más empírico y al observar el proceso, son notables los avances tanto en lo individual como en lo colectivo respecto a la escucha respetuosa, el esperar tiempos para hablar, abrirse a nuevas propuestas, etc.

En relación a nuestro trabajo dentro del grupo, quisiéramos ir a un plano más allá del rol del Trabajo social y la clásica definición de dicho espacio, tantas veces ya discutido. Por el contrario, nuestro recorrido por distintos dispositivos nos llevó a aprehender una nueva mirada. En este sentido nos resultan pertinentes los aportes de Ruth Teubal quien sostiene: “Nuestra intervención en lo grupal deberá incluir una lectura del complejo campo de interconexiones, de entrecruzamientos de lo individual, lo institucional y lo social, en el cual surgen acontecimientos y procesos (tanto reales como imaginarios) (...)” (Teubal 2006: 51). Sumergirnos a través de la intervención profesional, en la dinámica grupal, nos permitió realizar lecturas analíticas enriquecedoras y experiencias subjetivantes transformadoras. Consideramos que “queda claro que el trabajo con grupos es un trabajo político. La creación y el fomento del lazo social incluye trabajar para contribuir a la generación de la integración social, la solidaridad, la tolerancia al diferente, la reciprocidad, el desarrollo de potencialidades y el rescate de aspectos que hacen a la identidad cultural” (Teubal 2006: 59). A su vez, como trabajadoras sociales y al mismo tiempo participantes del proceso grupal, nos habilitamos a aportar lecturas tendientes a problematizar, valga la redundancia, en grupo, problemáticas de la vida cotidiana, tales como el estigma de la locura, la cuestión laboral en relación al contexto actual del país, el análisis de políticas públicas con respecto a lo habitacional, los derechos del paciente y del paciente de salud mental a la luz de las leyes que lo amparan, entre muchas otras. En este sentido consideramos importante destacar el espacio de intercambio generado donde en algún punto podíamos conectarnos tanto usuarios como profesionales

desde el lugar de sujetos atravesados por puntos en común.

A su vez, en este apartado consideramos una tercera dimensión de lo grupal: el trabajo interdisciplinario. El mismo se materializó a través de la construcción de estrategias de trabajo de forma interdisciplinaria, el debate para llegar al consenso, el aporte de cada una de las integrantes más allá de la disciplina. Durante nuestra rotación se sostuvo esta modalidad para distintas intervenciones donde se dio un espacio de cierto “indisciplinamiento”, (Lizola, Rodríguez y Ponce de León; 2013). Dichos autores sostienen que para el éxito de un trabajo real en equipo, cada integrante “se permiten jugar ciertos sesgos u obli-vidades que lo distancian de lo predeterminado, lo normalizado disciplinar-mente” (2013: 134). En este sentido se entiende al sesgo profesional como una manera de “transgresión y a la vez como génesis de nuevos modos de operar” (2013: 135). En nuestra experiencia no era necesario, en muchas ocasiones aclarar nuestro título profesional, dado que lo que nos definía y nos constituía era el equipo, el ser parte de un grupo.

Por lo dicho anteriormente es que hablamos de lo grupal en “3D” ya que fue así como lo vivenciamos. Nuestra rotación por dichos espacios nos aportó nuevos insumos para la lectura y el trabajo con grupos, a su vez, fuimos parte de él a través del trabajo interdisciplinario y pudimos dar cuenta de la impor-tancia de los grupal para -y en- el encuentro con otros.

Consideraciones Finales

Luego de analizar y problematizar nuestro recorrido por el área de salud mental podemos realizar una revisión que nos permite pensar y repensar nues-tra práctica diaria para capitalizarlo como aprendizaje.

En una primera instancia, el conocimiento del sujeto- usuario en su intersub-jetividad nos permitió darnos cuenta que el padecimiento mental, no posee solamente un anclaje “biológico” “clínico”, sino que su sufrimiento es produc-to y está atravesado por múltiples dimensiones constitutivas de su proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Para ello resaltamos la importancia de aportar a los equipos de salud la lectura del padecimiento desde la perspectiva de la determinación social de la salud⁵. El trabajo con la intersubjetividad de los usuarios, cómo la dimensión objetiva: esa institucionalización, opresión y aban-dono de tantos años se “hizo piel” para moldear las maneras de vivir, sentir y circular en sociedad de dichos sujetos.

En una segunda instancia, teniendo en cuenta todas estas consideraciones de análisis macro y micro social, podemos pensar a la salud mental como campo. En términos de Bourdieu, lo define como los “espacios de juego históricamen-te constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (Bourdieu 1996: 108). Son espacios sociales, donde se desarrollan luchas a partir de las distintas posiciones que ocupa el agente. Dentro del cam-

⁵ Este análisis supera el objetivo del presente trabajo pero es importante aclarar que cuando hablamos de la determinación social de la salud nos referimos a la perspectiva que considera al proceso salud-enfermedad como proceso social y biológico. Insistimos que lo social “se hace carne”, los padecimientos sociales que se manifiestan en diferentes expresiones corporales no son individuales sino consecuencias sociales que se imprimen en el cuerpo.

po se distribuyen de manera desigual diferentes capitales, los agentes tendrán determinados intereses y desarrollan distintas estrategias con el objetivo de obtener un beneficio económico o simbólico, según la lógica de cada campo. Dentro del campo de la salud mental, se ponen en juego diferentes formas y maneras de actuar con respecto a los sujetos con padecimientos mentales. Se pone en juego, por ejemplo, el saber disciplinar en el cual históricamente la psiquiatría clásica ha ocupado un lugar hegemónico impulsando prácticas basadas prioritariamente en la medicalización de los diagnósticos.

Por otra parte, el trabajo interdisciplinario, dentro de tantos obstáculos fue el mayor facilitador que nos permitió llevar a cabo nuestro trabajo, no sólo con optimismo sino también con enriquecimiento a partir de los aportes, las miradas y las escuchas de compañeras de otras disciplinas. La apertura a otros conocimientos nos permiten revisar nuestras prácticas creando y recreando, estrategias de intervención innovadoras que acompañen a los cambios subjetivos como objetivos que atraviesan los sujetos de la locura.

A modo de conclusión quisiéramos dejar las siguientes preguntas para repensarnos: ¿El sistema social en el que vivimos produce y reproduce la locura con sus mecanismos de explotación y la manera de definir necesidades y consumo? ¿En qué lugar quedan los *locos* en la división de trabajo? ¿Qué pasa con los que quedan por fuera del sistema?

¿Cómo evitar quedar entrapados entre las convivencias de paradigmas con respecto a las intervenciones profesionales? ¿Qué nos falta para que la locura comience a circular libremente y sin temores por nuestra sociedad?

Estas son algunas y de las tantas preguntas que nos hacemos a diario y nos seguiremos haciendo. Porque entendemos, como dijo Albert Einstein, que lo importante es no dejar de hacerse preguntas.

Bibliografía

- Barrios, M. (2004) “Las prácticas en Salud mental ante nuevos desafíos. Cómo pensarnos en la reconstrucción del tejido social”. En: Intervención profesional: Legitimidades en debate. Ed. Espacio. La Plata.
- Basaglia, F. (2008) “La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio”. Primera Edición. Ed Topia, Buenos Aires.
- Basaglia, F. (2013) “La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio”. Segunda Edición. Ed Topia, Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1996) Cosas Dichas. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Dell’Anno, A.; Teubal, R. (Comp.) (2006) “Resignificando lo grupal en el Trabajo Social”. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- Galende, E. (2015) “Conocimiento y prácticas de Salud Mental” Ed. Lugar. Buenos Aires.
- Lizola, M. E., Rodríguez, S., Ponce de León, A. (2013) “La diferencia no es el problema: el sesgo profesional como facilitador en la constitución de equipos en salud”

En: Krmpotic, C.; Mitjavila, M. y M. Saizar (eds.) (2013) “(Sub) Culturas profesionales. Poder y prácticas en salud”. Ed. Miño y Dávila.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Mallardi, M. (2015) “Implicancias Objetivas y Subjetivas de la sociabilidad capitalista”. Ed. Dynamis. La Plata.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Salud Mental. (1999) P.R.E.A.: Programa de Rehabilitación y Externación Asistida. Buenos Aires.

Moyano, J. (2016) “El Hospital de Día en el marco de la comunidad, desde el Servicio de Salud Mental del Hospital Penna. Un lugar para lo que no tenían lugar. Propuesta de Intervención y Gestión, Concurso Jefatura de dispositivo Hospital de Día, H.I.G. “Dr. José Penna” Bahía Blanca.

Aproximaciones teórico-prácticas de experiencias de trabajo asistencial en Salud Mental

Matias Papa¹

“Aleatorios restos de realidades heterogéneas que repentinamente se conjugan para que se revele algo inquietante e irresoluble; ráfagas de pensamiento lanzadas a desplegarse sin responder a nada más que a su propio impulso haciendo que algo impensado se concrete y quede ahí, interrogándonos, abierto a ser interrogado”. Jorge Alemán. Rio incurable

La coyuntura social; de recurrencias y expresiones

Entre la esfera de lo subjetivo y las condiciones objetivas del contexto

En estos tiempos la agudización de un momento hostil, tiempos de avallamiento y necesarias resistencias, de recurrencias, concurrencias y expresiones, en un contexto donde la intromisión política, económica y cultural de un neoliberalismo atroz, acelerado y refinado –se extiende no sólo por los gobiernos de turno, circula mundialmente a través de los dispositivos² y discursos productores de subjetividad– en el cual estamos inmersos, se producen permanentemente mutaciones con respecto a la manera de habitar los lazos sociales, las relaciones y vínculos con los otros, con uno mismo.

Las nuevas coordenadas que van de la mano de los cambios económicos y sociales estructurales, se presenta también desde una lógica que resiste e intenta construir formas alternativas de respuesta que tiende, en sus diversas formas y formalidades, a determinar una creciente con respecto a las nuevas y actuales demandas en el sistema de salud/salud mental de diversos sectores de la sociedad. De alguna manera, presumiendo como producto de una creciente

¹ Licenciado en Trabajo Social – UNVM.

² Según Jorge Alemán, estos dispositivos que muchas veces son imperceptibles y cuyo funcionamiento tampoco es evidente porque contamina de una manera muy sutil todo esto que podríamos llamar subjetividad. (“El neoliberalismo es una fábrica de subjetividad”. Entrevista. Revista Soberanía Sanitaria N° 4. Dossier Salud Mental)

fragmentación social, fragilización y vulnerabilidad de la vida cotidiana, en una relativa relación con el padecimiento en cuestión. Pensar la cuestión que suele perturbar, arrastrar una rara y extraña sensación de orden en medio del caos, donde pasa todo y nada a la vez, donde se juega una tensión entre inclusión y exclusión, donde la caída de las referencias empuja a los sujetos a la incertidumbre y desencanto, con cierta ausencia de lo social y lo cotidiano como lugar de pertenencia y protección.

En tanto sujeto social, estas modificaciones significativas y complejas conllevan en sí mismo la posibilidad de arrasamiento en cuanto a recursos subjetivos y simbólicos, es decir de significados que le dan sentido y contexto a tal realidad. Siguiendo esta dirección, también puede regir cierta implicancia que fragiliza y deteriora el lazo social, el cual se ve implicado por una serie de rupturas y discontinuidades que se singularizan.

El lazo social es, de esta manera, un mecanismo atravesado por lo simbólico, que da cuenta de la relación entre sujeto y mundo social, es singular y está compuesto por elementos materiales y múltiples significaciones que se hace necesario en la construcción de subjetividad, dado que actúa como mediador en la construcción de diferentes sistemas de significados y valores que nos hacen sujetos (Carballeda: 2013).

Hacia el Social de intervención en Salud Mental

El interrogante en sí mismo

Resignificar un trabajo posible que se enmarca en la compleja coyuntura Social actual, de la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos³; y de la Salud Pública como un derecho que no solo abarca la atención de la misma, sino también de una mirada a la multiplicidad de factores y condiciones determinantes.

Una serie de interrogantes que se conjeturan a partir de intervenciones en lo social, de soporte cotidiano, y acompañamiento subjetivo. Ponen en juego una lógica de apertura y articulación a un trabajo posible con otros marcos y dispositivos institucionales; como también de los sustentos teóricos que intentan abordar y encontrarse con la compleja problemática en el campo de la salud mental y su vinculación con lo social.

Desde hace un tiempo, y en forma creciente, se van construyendo y resignificando interrogantes hacia lo social, como texto y contexto, hacia el social de intervención en salud mental como interrogante en sí mismo. De esta manera, lo que motoriza a la reflexión es interrogarse, cuestionarse, indisciplinarse, repensar y ubicar el lugar que cobra la intervención en lo social como un proceso de análisis, una instancia dialógica o en acto, con componentes, factores, determinantes y mecanismos que la atraviesan, le dan forma e imprimen sentido; en relación a las nuevas y actuales demandas, y cómo estas interpelan en el cotidiano.

Cierta presunción o supuesto nos pone en el plano de la discusión que estamos atravesando un período histórico, social y político de profundas y re-

³ Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 – Artículo N° 3. Capítulo II.

cónditas transformaciones que filtran y resquebrajan un sentido y significado construido, donde en los tiempos complejos que corren; ¿Cuál es el social de intervención en Salud Mental?

No obstante, lo que denota y se proyecta es un minucioso embate de las nuevas expresiones de la cuestión social, fijándose en la constitución, presentación y abordaje del padecimiento y/o malestar subjetivo enmarcado en el clima de época. Desde allí, surge como interrogante que inquieta y busca recuperar un sentido crítico del contexto, y de la intervención en lo social.

¿Podríamos pensar en la posibilidad de una tensión persistente y un embate minucioso entre las manifestaciones de la cuestión social como nuevas formas de expresión en la coyuntura actual, y las nuevas y diversas formas de demandas relacionadas con la salud mental entendida como padecimiento y/o malestar subjetivo?

La Cuestión Social: expresiones e intervención en lo social

Partiendo que la cuestión social constituye el campo y escenarios de intervención, pero al mismo tiempo va más allá, los excede y desborda.

En este contexto de nuevas demandas ubicadas en escenarios sociales complejos y cambiantes en medio de una turbulencia tensionada, es que comienzan a expresarse historias de sujetos que intentan poner en palabras la singularidad de lo que ocurre, inscripto y encarnado en cada uno de ellos. Historias, discursos, relatos de padecimientos y malestares que se entrecruzan y enlazan en los diversos escenarios sociales que se ponen en cuestión; en el barrio, en la calle, en los pasillos del hospital, en la guardia, en la sala de espera, en el consultorio; con la consiguiente superposición de lógicas, formas de comprender, percibir y explicar la realidad, en diversas ocasiones con una marcada preferencia a naturalizar e interiorizar el malestar.

Estas expresiones e inscripciones en principio, comienzan a entrometerse e interpelar a las prácticas cotidianas en el campo de la salud y lo público en general, de la salud mental en particular. Esto acarrea y vehiculiza una aceleración de los cambios en lo cual conlleva a una forma de tensión y malestar que hacen que la realidad sea registrada con cierto grado de tolerancia, ha convertido lo transitorio, los momentos de crisis, en lo permanente, en lo inmediato como horizonte de sentido, como época rápida donde todo urge. Tal escena nos conduce a revisar y replantear el significado y significaciones en estos contextos extraños, que a menudo empujan a los sujetos a la incertidumbre, al desconcierto.

Hoy día, la incertidumbre provocada por la abrupta crisis de la modernidad y de las corrientes paradigmáticas refuerza la necesidad de investigar la realidad, particularmente la dimensión abarcativa de lo social. En esta dirección, parece de fundamental importancia clarificar, posicionarse en una perspectiva que dé cuenta de la complejidad de lo social (Malacalza, 2003, p. 56).

La cuestión social en sus diversas expresiones, comienza a manifestarse, a hacerse visible y lo que es visto trasciende, interpela, atraviesa, desafía, genera nuevos interrogantes en el seno de la vida cotidiana⁴; que van desde

⁴ En ese sentido, Heller afirma que la “vida cotidiana es, de todas las esferas de la realidad, la

las modalidades de intervención en lo social hasta la necesidad de nuevos diálogos y puntos de encuentro. Implican una necesaria y profunda reflexión sobre las prácticas en el campo de la salud/salud mental; el carácter de lo público y social de éstas, atravesado por lo político e ideológico, en su representación y discusión conceptual.

Estas nuevas realidades que se expresan a través de lo social pueden ordenarse desde; las problemáticas relacionadas con la socialización y la construcción de identidad; el incremento de las dificultades de accesibilidad (económica, social e institucional); la incertidumbre con respecto a la disponibilidad de insumos; la inseguridad con respecto a la continuidad de los profesionales a partir de las contrataciones laborales flexibles; la aparición de problemáticas emergentes relacionadas con procesos de exclusión social; la no continuidad de los tratamientos; la aparición creciente de demandas relacionadas con el consumo problemático de sustancias, el entrecruzamiento de las condiciones ambientales, alimentarias y materiales; las nuevas formas de la violencia; todo en un nuevo escenario. En definitiva, nuevas y actuales formas de demanda relacionadas con la salud mental entendida como padecimiento subjetivo. (Carballeda, A. 2009, p. 105)

En este marco, como apuesta y propuesta de la intervención en lo social, generalmente se espera, se presume una resolución en lo inmediato de los obstáculos y emergentes sociales que impiden un tratamiento y/o abordaje “normal” de las presentaciones y patologías en el campo de la salud mental.

En ocasiones, se torna cierta urgencia, premura en referencia a las problemáticas sociales y la complejidad que acarrearán las mismas. Parece que lo social remite a “un lugar incómodo”. Cuestión que requiere de intervenciones situadas y sentidas que estén orientadas según criterios, le den forma, soporte, bordes e impriman sentido; y no caer en atribuciones previamente establecidas. Implica reconocer la intervención en lo social pudiendo generar nuevos y desafiantes interrogantes que son trasladados desde los escenarios de la intervención misma. Siendo desde ahí, una manera donde comenzar a construir alternativas, estrategias y posibilidades de comprensión y resolución de éstas.

Lo social fue concebido desde hace tiempo como una dimensión interviniente del proceso salud-enfermedad, pero siempre se ha visto relativizada su posibilidad explicativa en una hegemonía tendiente a abordar las problemáticas sociales como factores complejizantes de la vida psíquica, y no como aspectos constitutivos de la problemática en salud mental. Siendo de esta manera, que lo social siempre se constituye como texto y contexto de los padecimientos mentales⁵.

Citando a modo de ejemplo, la importancia de datos, caracterizaciones e identificaciones del aquí y ahora, pero no se trata solo de ese inmediato, sino que se destaca la importancia ante la necesidad de tomar el análisis e interpretación de lo social, de la constitución del sujeto desde una perspectiva histórica y social en la génesis de su padecimiento y/o malestar subjetivo.

que más se presta a la extrañación. Por causa de la co-presencia muda, en-sí, de particularidad y especificidad; la actividad cotidiana puede ser actividad específica no-consiente, aunque sus motivos sean, como normalmente lo son, efímeros y particulares”.

5 Extraído del artículo de la revista digital “La pata que no habla”. Acerca de lo Social en Salud Mental. Primeras jornadas de la residencia de trabajo social: “reconstruyendo diez años de historia”. Edición N° 26 - invierno 2002.

Ubicando lo social en términos de intervención, se puede hacer referencia que esta dimensión no forma parte del padecimiento y/o malestar subjetivo solo en momentos de agudización de las crisis y fenómenos sociales, sino que en la multiplicidad de condiciones y factores que expresa, va plasmando y dando forma a través de la historia a distintos padeceres y malestares.

Pensar lo social en términos de intervención implica y es necesario analizar las problemáticas sociales como complejas y cambiantes, como procesos socio-históricos y culturales concretos, y por lo tanto, reconstruirlos cada vez, en cada circunstancia.

La intervención en lo social se elabora entonces como un dispositivo que intenta articular lo real con lo subjetivo, a través de lo imaginario y lo simbólico. Y en esta articulación es preciso interrogarse: ¿cómo se construyen esos órdenes?, ¿cómo se actualizan?, ¿cómo se transmiten?, y especialmente, ¿cómo se mediatizan? (Carballeda: 2012)

De este modo el Trabajo Social cobra sentido y construye significado.

La intervención en lo social implica una serie de mecanismos y acciones que van cobrando complejidad a través del tiempo, por el propio desarrollo de las prácticas que intervienen y por la complejidad del contexto de intervención. La emergencia de las problemáticas sociales complejas implica reconocer la Intervención en lo social como un saber experto que trasciende los campos disciplinares dialogando con cada espacio de saber, generando nuevas preguntas que en definitiva son trasladadas desde los escenarios de la intervención donde sobresale la incertidumbre, la injusticia y el padecimiento. Entender la Intervención como dispositivo implica también una necesaria articulación con las políticas públicas y las organizaciones de la sociedad civil. (Carballeda, A. 2002, p. 167)

Lo Social en Salud Mental

-intervención(es)-

El desarrollo intenta abordar y poner en manifiesto la relación que se puede pensar, establecer y enlazar entre lo social como cuestión, lo cotidiano como complejo social y lo social en términos de intervención, con las nuevas y actuales formas de demanda relacionadas con la salud mental entendida como malestar y/o padecimiento subjetivo.

Cabe ubicar un momento de tensión y transición, es decir, tiempos actuales donde las lógicas manicomiales persisten aun; y lo nuevo, lo diferente en cuanto a pensar y abordar la salud mental no acaba de consolidarse como tal.

En referencia a este contexto, se considera importante el planteo de discusiones y debates interdisciplinares que tiende a favorecer la participación y contribución de los actores, el análisis de la complejidad del campo de la salud mental y la interpelación con la dimensión abarcativa de lo social.

Consintiendo a cuestionamientos que tiendan e impriman sentido al devenir de las intervenciones, ¿Cuál es el social de intervención en Salud Mental? ¿Cómo se presentan los escenarios sociales actuales en cuanto a intervención posible? ¿Cambiantes, complejos, turbulentos, caóticos? ¿Cuáles son las modalidades y particularidades de presentación del padecimiento y/o malestar subjetivo? ¿Nuevas formas de expresión de la cuestión social? ¿En qué contextos se presentan? ¿Cómo se delimita el contexto en el que surgen? ¿Con que marcos y/o dispositivos institucionales se cuenta para dar respuesta? ¿Cómo, cuándo y desde dónde intervenir? ¿Qué criterios y sentido se imprime en el contenido a la hora de la intervención? ¿Qué hay de vacío e incertidumbre? ¿Qué relación se puede pensar entre la salud/salud mental, lo social, lo público y lo político de estos contextos?.

Interrogantes que se despliegan en el devenir de las prácticas y que resuenan haciéndose presentes permanentemente en cada situación que requiere intervención, en cada escenario con su texto, contexto y circunstancias. Permiten reflexionar acerca de los escenarios sociales actuales de intervención, consiente plasmar una mirada crítica desde la intervención en lo social en dicho campo disciplinar.

De ahí, que lo interdisciplinario⁶ y la indisciplina⁷ cobran sentido y realzan la apuesta.

Debido a esto, es que intenta y desafía encontrarse con la práctica profesional mediante un concepto que habilita un ver más allá de la sintomatología, el disciplinamiento y del control social.

Desde esta perspectiva, se entiende que la coyuntura actual es de crisis y cambios constantes. Implica transformaciones en las políticas públicas en la materia, de las legislaciones vigentes, en la capacitación de profesionales, en los discursos y prácticas y en las modalidades de abordaje⁸. Discusiones que comienzan a asomarse por la ventana, a visibilizarse las tensiones y los actores en disputa, por una forma distinta de pensar y abordar la salud mental.

Un escenario atravesado por múltiples relaciones de poder e intereses políticos que se ponen en juego a la hora de tomar posición. Por esto, se hace indispensable y constante el replanteo ético-político a nivel teórico y práctico de los profesionales de las diferentes disciplinas para encontrar o generar canales y/o vías institucionales que permitan un trabajo posible en el común cotidiano de esta coyuntura particular.

En síntesis, entre resistir e insistir, con la idea de que más acá o más allá, se trata de poner en debate y en el marco de la construcción y deconstrucción de una dinámica permanente en cuanto a las problemáticas sociales complejas y de

⁶ En su carácter, "la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos" (Stolkiner, A. 1987, Pág. 313).

⁷ Pero, además, "por lo que significa en sí misma la indisciplina, como resistencia, rebeldía, irreverencia, insumisión, búsqueda de autonomía y emancipación. Pensar un Trabajo Social disciplinado implica, fundamentalmente, poner en cuestión el orden establecido, deslegitimar el poder del establishment de expertos y de la comunidad científica solo preocupada por sí misma y por su propia autorreproducción. (Martínez, S. y Agüero, J. 2014, Pág. 128).

⁸ María Noelia López, Jaqueline Torres, Clara Weber Suardiaz (coordinadoras). Debates en el campo de la salud mental: práctica profesional y políticas públicas. – 1ª Ed. – La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 2017. Libro digital, PDF.

la intervención en lo social. Pensar y abordar desde el Trabajo Social como texto que expresa una escena, que marca una orientación hacia una lógica que implica la elaboración de un punto de encuentro entre la salud mental y lo social, en el que los aspectos y circunstancias contextuales dialogan y se entrecruzan.

El desafío es poner de manifiesto la relación que pone en juego la clínica, nuevas formas de expresión, la intervención y soporte de lo cotidiano, y su vinculación con lo Social; donde poder establecer coordenadas, significado y sentido acorde a la realidad social que nos interpela, es la apuesta.

Referencias bibliográficas

- Aleman, J. (2016) Horizontes neoliberales en la subjetividad. Grama Ediciones.
- Aleman, J. *El neoliberalismo es una fábrica de subjetividad*. Entrevista. Revista Soberanía Sanitaria N° 4.
- Barg, L (organizadora). (2006) *Lo interdisciplinario en salud mental: niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. – 1ª Ed. – Buenos Aires. Espacio Editorial,
- Carballeda, A. J. M.(2009) *Trabajo social y padecimiento subjetivo*. Editorial Espacio,Buenos Aires,.
- _____. (2012) *La intervención en lo social*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Cazzaniga, S. (2007) *Hilos y nudos*. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social. 1ª ed – Editorial Espacio, Buenos Aires.
- Gianna, S. (2011) *Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional*. Revista Cátedra Paralela, N° 8.
- Heller, H. *Historia y vida cotidiana*. Aportación a la sociología socialista. México DF, Editorial Grijalbo, 1987.
- Malacalza, S. L. (2003). *Desde el imaginario social del siglo XXI*. Repensar el Trabajo Social. 1ª ed. – Buenos Aires, Espacio.
- Ley Nacional De Salud Mental Y Adicciones N° 26.657.
- Lukacs, G. (2002) *Prolegómenos a una estética marxista*. Madrid, Editora Nacional Madrid.
- Rozas Pagaza, M. (1998) *La actual Cuestión Social y la intervención Profesional en el Trabajo Social*. Revista Boletín informativo
- López, M. N, Torres, J, Weber Suardiaz, C. (coordinadoras). (2017) *Debates en el campo de la salud mental: práctica profesional y políticas públicas*. – 1ª Ed. – La Plata: Universidad Nacional de La Plata,. Libro digital, PDF.
- Stolkiner, A. (1987). “De interdisciplinas e indisciplinas” del libro *El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*” comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

Determinación social de la salud, Trabajo Social en Brasil y el trabajo en hospitales¹

Marina Monteiro de Castro e Castro²

Laura Marcelino Leal³

Introducción

La ampliación de la búsqueda de servicios de salud por parte de la población ha ocurrido debido a las modificaciones del escenario mundial acaecidas en las últimas décadas por la mundialización del capital y el neoliberalismo, con impactos en las condiciones de vida y trabajo, y en el agravamiento de las expresiones de la cuestión social. En Brasil, estos cambios se basan en una política económica de ajuste fiscal y la subordinación a las directrices del Banco Mundial y el capital financiero, y la optimización de la ideología de marketing, especialmente en el campo de las políticas sociales.

Este contexto nos indica que el debate sobre la determinación social es esencial para comprender la relación entre las condiciones de salud y los procesos societarios, ya que considera los aspectos de la organización de la sociedad y la vida material y social, es decir, en relación con una dinámica macrosocial de desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales de producción.

Por lo tanto, se hace necesario un análisis integral de la realidad por parte de los profesionales de salud insertos en los servicios, para que no reproduzcan una lógica que, muchas veces, culpabiliza a los sujetos por su condición de salud.

De esta forma, la salud debe ser entendida más allá del campo técnico-científico en que se basa el modelo biomédico hegemónico, que ha sido históricamente el gran estructurador de las acciones en salud.

¹ Traducción realizada por la Mg Marina Cappello y el Dr. Manuel Mallardi.

² Asistente social. Doctora em Serviço Social. Profesora de La Facultad de Serviço Social de la Universidad Federal de Juiz de Fora, Brasil.

³ Asistente social. Residente del Programa de Residência Multiprofissional em Saúde del Adulto del Hospital Universitario de La Universidad Federal de Juiz de Fora, Brasil.

En el ámbito hospitalario, la asistencia desarrollada junto a los usuarios de los servicios está impregnada de procedimientos, flujos, rutinas y saberes desarrollados por diversos profesionales que tienen diferentes concepciones del proceso salud-enfermedad (Guedes y Castro, 2009).

Así, en la medida en que el asistente social es un profesional que está en contacto directo y cotidiano con las cuestiones de la salud pública y colectiva, del niño, el adolescente y la tercera edad--violencia, vivienda, educación y otros aspectos--, acompañando cómo esas cuestiones son vivenciadas por los sujetos y construyendo un acervo privilegiado de datos e información sobre las manifestaciones de los problemas cotidianos, tanto a nivel individual como colectivo (Iamamoto, 2001), se convierte en un profesional estratégico en la defensa de un abordaje de la salud a partir de su determinación social.

Los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad

El paradigma históricamente determinante en el área de la salud es el de la enfermedad como un fenómeno biológico individual (Laurell, 1983). Este paradigma tiene una fuerte influencia del Informe Flexner, publicado en 1910, que presenta un modelo unifactorial sobre la enfermedad, a partir de una visión clínica basada en el biologismo, el individualismo, la especialización, la tecnificación y el curativismo (Mendes, 1998). A propósito, Birman (2005: 11) nos advierte que “las diversas características de las ciencias naturales son sin duda fundamentales para las prácticas de investigación y de salud. Pero tienen un alcance limitado, pues la problemática de la salud no se restringe al registro biológico”.

De acuerdo con Laurell (1983), la polémica biológica por lo social irá avanzando a finales de 1960 con la crisis mundial en las esferas económica, política y social y por la lucha de los trabajadores para satisfacer sus necesidades.

A pesar de que este debate surgió en este período, Nunes (2006) señala que la primera producción que vincula las condiciones de vida y trabajo de la población a problemas de salud tales como epidemias, enfermedades ocupacionales y la mortalidad infantil, remiten a la llegada de la Revolución Industrial. En este campo, podemos destacar “los estudios de Engels sobre la situación de la clase trabajadora en Inglaterra; de Snow sobre las epidemias de cólera en Londres; y de Virchow que conceptualiza las epidemias de tifus en las minas de Silesia” (Castro, 2018: 73).

En el libro *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, elaborado en 1845, Engels plantea cuestiones esenciales acerca del debate de la determinación social para analizar el impacto de la Revolución Industrial y el crecimiento de las ciudades en la sociedad. El pensador problematiza la cuestión de las muertes por hambre. En sus palabras,

Mucho más numerosas fueron las muertes causadas indirectamente por el hambre, porque la sistemática falta de alimentación provoca enfermedades mortales: las víctimas se veían tan debilitadas que las enfermedades que, en otras circunstancias, podrían evolucionar favorablemente, en esos casos determinaron la gravedad que llevó a la muerte. A esto llaman los obreros ingleses de

asesinato social y acusan a nuestra sociedad de practicarlo continuamente. ¿Están equivocados? (Engels, 2010: 69)

Articulado a este escenario, se tiene la nueva configuración del “mundo del trabajo”, que trajo el desempleo y los elevados grados de explotación de los trabajadores. Estas circunstancias comprendían “La competencia recíproca que eleva al máximo el desempeño del trabajador, la división del trabajo, la introducción de las máquinas y la utilización de las fuerzas naturales provocan el desempleo de un gran número de obreros”(Engels, 2010: 122).

Engels (2010: 136) señala también la segregación socioespacial de los trabajadores. El autor observa que las pésimas condiciones de vida del trabajador, en lo que se refiere a la vivienda, la salud y el saneamiento básico, por ejemplo, interfieren directamente en el proceso de enfermedad. De esa forma, los obreros en Inglaterra, “no pueden conservar la salud ni vivir mucho tiempo”.

Birman (1991: 1) demuestra que es con la sociedad industrial que la salud individual se inserta en las condiciones de salud colectiva, “no siendo más posible concebir la existencia de la salud de los sujetos en la exterioridad de las condiciones sanitarias del espacio social.” Por lo tanto, el proceso de salud-enfermedad colectiva es visto como un

modo específico por el cual ocurre en un grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferentes como consecuencia para el desarrollo regular de las actividades diarias, es decir, la aparición de la enfermedad. (Laurell, 1983: 11)

Por lo tanto, las condiciones de vida y su relación con la determinación social del proceso salud-enfermedad es perceptible de la siguiente forma:

Dadas tales condiciones, ¿cómo esperar que la clase más pobre pueda ser sana y viva más tiempo? ¿Qué más esperar, sino una enorme mortalidad, epidemias permanentes y un progresivo debilitamiento físico de la población obrera? Veamos los hechos. Los testimonios provenientes de fuentes más diversas confirman que las viviendas obreras en los peores barrios urbanos, sumadas a las condiciones generales de vida de esa clase, provocan numerosas enfermedades. (Engels, 2010: 138)

Sin embargo, Laurell (1983) nos llama la atención sobre el hecho de que el carácter social del proceso salud-enfermedad se manifiesta empíricamente más claro a nivel de la colectividad del individuo, por eso la importancia de la construcción de estudios que traten la enfermedad en su carácter histórico y social. Los modelos de causalidad propios del modelo médico-hegemónico estructurado históricamente se evidencian de forma reduccionista, explicando el proceso salud-enfermedad como algo que tiene sólo la actuación de un vector, es decir, monocausal. Según observa Laurell,

En la sociedad capitalista, por ejemplo, el concepto de enfermedad explícita está centrado en la biología individual, hecho que le quita el carácter social. El concepto de enfermedad oculta, es decir, que subyace en la definición social de lo que la enfermedad,

se refiere a la incapacidad para trabajar, lo que lo coloca en relación a la economía y, eventualmente con la creación de plusvalía y la posibilidad de la acumulación de capital (148-149). El hecho de que el concepto de enfermedad tenga un componente claramente ideológico no quiere decir que sea falso, sino que es parcial, es decir, que no deja ver más allá de una parte de la problemática. El carácter parcial por lo tanto no permite avanzar en el conocimiento, sino en algunas áreas, dejando otras ocultas. (Laurell, 1983: 149)

En este sentido, la autora afirma que hay dos cuestiones subyacentes a este debate: el concepto de salud y el proceso biológico de la enfermedad en la población. La relación entre el proceso de salud-enfermedad colectiva y el individuo se establece porque el proceso salud - enfermedad colectivo determina las características sobre las que descansa la variación biológica individual. Por lo tanto, son necesarias concepciones teóricas que discutan el impacto de lo social en relación con lo biológico, comprendiendo que esos mecanismos poseen una unidad, donde es de suma importancia el análisis de las relaciones sociales de producción (Laurell, 1983).

Es el movimiento de las fuerzas productivas avanzadas y la organización de los trabajadores en torno a la lucha para satisfacer sus necesidades que la salud se mantendrá así, como una cuestión de “salud pública”.

Merhy (1985) señala que las prácticas sanitarias participarán en la reproducción de la fuerza de trabajo y de las condiciones materiales, siguiendo las necesidades de acumulación del capital, una vez que el cuerpo del trabajador se convierta en una temática central, siendo la reproducción de la fuerza de trabajo vista como elemento vital para el modo de producción. Por lo tanto, según el autor, la dinámica de las relaciones capitalistas de producción de la sociedad determinará las prácticas y los saberes de las acciones de salud colectiva.

Estas declaraciones tienen una fuerte influencia de Rosen (1983), quien resalta que, si la explotación del trabajo genera riqueza nacional, la pérdida de productividad del trabajo por muerte o enfermedad es un problema económico importante.

De acuerdo con Nunes (1992), la incorporación de las ciencias sociales en la salud tuvo lugar al término de la Segunda Guerra Mundial (1945), a partir de los diversos impactos que este proceso tuvo en el ámbito mundial. En ese período, iniciaron, por ejemplo, los estudios en torno a los factores socioculturales de las enfermedades mentales derivadas de los traumas de guerra.

Merhy (1985) indica que en aquel momento hubo acuerdos bilaterales entre el gobierno de los Estados Unidos y varios países de América Latina, en vista de la necesidad de analizar los problemas asociados a la industrialización, la migración del campo a la ciudad y para la expansión del sistema educativo. En este contexto, la práctica médica es concebida como factor de aumento de productividad de las clases trabajadoras de los países dependientes.

En las décadas de 1960 y 1970 se construyó un debate en América Latina en torno a la crítica a la sociología médica, teniendo como principal exponente a Juan César García, autor de “Las Ciencias Sociales en Medicina” de 1972 (Nunes, 1992). Estos debates tendrán una fuerte influencia de Laurell (1993) para

afirmar que las características sociales generales de una sociedad son, en realidad, la base para el nivel de salud de las personas, así como la posición social de cada individuo en la es la base misma desociedad conjunto.

De esta forma, se afirma en América Latina que la medicina clínica no ofrecía una solución satisfactoria para la mejora de las condiciones de salud de la colectividad (Merhy, 1985). Este proceso será influenciado también por la reforma sanitaria ocurrida en Italia en los años 1970 y por los estudios de Berlinguer (1988), que servirán de base, por ejemplo, para los movimientos en Brasil en torno a la reforma sanitaria.

En el campo teórico, para alinear los debates en torno al tema, tuvo lugar en Ecuador en 1972 una reunión que estableció un nuevo campo teórico de análisis y reflexión sobre el tema de salud, teniendo como norte las relaciones con la estructura política y económica (Nunes, 1999).

Según Castro (2018: 78) “la gran cuestión puesta es el trato político de la salud y la enfermedad y la incorporación de la organización y los procesos de la sociedad capitalista tienen impactos decisivos en la salud de la población.”

A partir de ese legado, se defiende que el proceso salud-enfermedad como un proceso social tiene causalidades y determinaciones. En este sentido, el concepto de salud debe ser amplio, no centrado en la biología individual, y pautado en el entendimiento del mismo como un derecho fundamental del ser humano, debiendo el Estado proveerla a través de políticas económicas y sociales que reduzcan los riesgos de enfermedades y agravios. En este sentido, son factores que determinan las condiciones de salud el acceso a la alimentación, vivienda, saneamiento básico, medio ambiente, trabajo, renta, educación, transporte, ocio y acceso a los bienes y servicios sociales (Castro, 2018).

El Trabajo Social en la salud y la determinación social del proceso salud-enfermedad

El Servicio Social en Brasil se erige profesionalmente como una actividad fundamentada más en pilares doctrinarios que científicos, inserta en un movimiento de base reformista-conservador influenciado fuertemente por las Ciencias Sociales, principalmente por el pensamiento conservador y su vertiente empirista norteamericana (Iamamoto, 1997).

Desde 1974, cuando empiezan a mostrarse signos de agotamiento del proyecto tecnocrático reformista-conservador de la dictadura brasileña, se abre un nuevo escenario para el Servicio Social. La sociedad brasileña se articuló contra la dictadura militar, y los movimientos sociales tomaron nuevas fuerzas en la lucha por la democracia, afectando de manera determinante el posicionamiento de la categoría de los profesionales del Servicio Social en lo que se refiere al direccionamiento social de su práctica profesional.

A partir de la realidad social, de la aprehensión de los antagonismos presentes en la sociedad y, consecuentemente, de su cuestionamiento, los asistentes sociales vieron la necesidad de romper con los rasgos tradicionales/conservadores de la profesión, elaborando una propuesta de formación e intervención

profesional sintonizada con las transformaciones societarias ocurridas y, sobre todo, con los reflejos de tales transformaciones sobre la profesión.

Dentro del Movimiento de Renovación de la profesión se destaca la vertiente denominada “intención de ruptura”, que proponía la ruptura con la herencia conservadora, buscando alcanzar nuevas bases de legitimidad de la acción profesional, identificando las contradicciones sociales existentes en el ejercicio profesional y colocándose al servicio de los intereses de los usuarios. Siendo un requisito previo la comprensión, por parte del asistente social, de las implicaciones políticas de su práctica profesional, reconociéndola como permeada por la lucha de clases (Netto, 1998).

De esta forma, el Servicio Social es puesto como una profesión histórica y socialmente determinada, y se desarrolla y se transforma de acuerdo, tanto con las determinaciones de la sociedad capitalista, cuanto con la forma con que la sociedad brasileña (en su relación con el Estado y las clases sociales) y las instituciones recortan y fragmentan las necesidades sociales. Como una especialización del trabajo, es analizada como una profesión particular inscrita en la división social y técnica del trabajo colectivo de la sociedad. Es un producto histórico, razón por la cual se constituye como expresión de necesidades históricas expresadas por las clases sociales en la producción de sus medios de vida y trabajo. Es también fruto de los agentes que la producen, de forma individual o colectiva (Iamamoto y Carvalho, 1998).

Se destaca aquí que esta preocupación está vinculada a los nuevos rumbos adoptados por la profesión, a partir de la intención de ruptura con el conservadurismo, sus vinculaciones con los movimientos sociales democráticos del país a partir de la articulación para la redemocratización de la sociedad, así como del impacto mismo de los cambios que se derivan del Código de ética de los asistentes sociales de 1986, que apunta a la organización de la profesión con la clase trabajadora.

En lo que se refiere al área de la salud, este compromiso con las personas que viven del trabajo, se puede expresar en que la profesión defiende el acceso universal, integral y de calidad y potencie los espacios colectivos para la discusión de temas que impregnan a la sociedad.

Con la construcción de un nuevo proyecto ético-político-profesional y el avance de los estudios en torno a la profesión, se afirma que lo que justifica la existencia del Servicio Social como especialidad en el mundo del trabajo es la cuestión social, y por eso, es desde ese lugar que el asistente social es legitimado frente al empleador ya los usuarios de los servicios en los que actúa, entre ellos los de salud.

Iamamoto (2001) indica que la cuestión social es parte constitutiva de las relaciones sociales capitalistas, y es tributaria de las formas asumidas por el trabajo y por el Estado en la sociedad burguesa. Expone que la cuestión social debe ser aprehendida como expresión ampliada de las desigualdades sociales, que son intermediadas por el Estado, expresando disparidades económicas, políticas y culturales de las clases sociales. Su emergencia es indisoluble de la emergencia del trabajo libre, y forma parte del proceso de concientización y lucha de los trabajadores por sus derechos sociales y políticos.

En otro estudio, Iamamoto (2006: 176) plantea que el Servicio Social tiene como base de su fundación, como especialización del trabajo, la cuestión social. A través de la prestación de servicios socio-asistenciales, los asistentes sociales interfieren en las relaciones cotidianas expresadas por las manifestaciones de la cuestión social “vividas por los individuos sociales en el trabajo, en la familia, en la lucha por la vivienda y la tierra, en la salud, en la asistencia social pública, etc.”

Los usuarios de los servicios de salud, en general, sufren directamente las manifestaciones de la cuestión social, es decir, de las desigualdades generadas por la sociedad. Estas desigualdades proporcionan una falta de empleo y renta, subempleo, falta de vivienda, analfabetismo y hambre, entre otros males sociales.

Cabe destacar que, en la coyuntura actual de crisis del capital, percibimos una densificación de las expresiones de la cuestión social, que conlleva impactos directos al cotidiano de trabajo del asistente social debido a que éste es el objeto de intervención profesional. Esta profundización de las desigualdades sociales ocurre del modo más general, es decir, proporciona repercusiones en diversos espacios socio-ocupacionales, sobre todo en el área de la salud, que además de traer las expresiones de la cuestión social, el sujeto trae consigo una enfermedad, que en un análisis ampliado está relacionada también con una dimensión de determinación social.

En Brasil, la contrarreforma del Estado brasileño iniciada a partir de los años 1990, alcanzó la categoría profesional y los usuarios de los servicios sociales, habida cuenta de la focalización de las políticas sociales, del desguace público, así como la condición de asalariamiento y precarización de las condiciones de trabajo a la cual los profesionales están sometidos.

Por otro lado, la adopción del concepto ampliado de salud en la Constitución brasileña de 1988, que comprende el proceso salud-enfermedad como consecuencia de las condiciones de vida y trabajo de la población, significó para los asistentes sociales su inserción laboral en salud en el ámbito de la promoción y protección en sus diversos ámbitos: hospitales, maternidades, Unidades Básicas de Salud, control social de la salud, educación, promoción y prevención a la salud.

En el área de la salud pública, el asistente social actúa en las múltiples formas de expresión de la cuestión social que atraviesan el proceso salud/enfermedad, interviniendo en el tratamiento y la prevención de agravios. Por lo tanto, el proceso salud-enfermedad está relacionado con el proceso de producción y reproducción social que afectan a la vida del trabajador.

Avanzando en los debates de la profesión de su inclusión en la salud, el Consejo Federal de Servicio Social (CFESS) de Brasil, elaboró colectivamente con la categoría en 2010, los *Parámetros de rendimiento de los trabajadores sociales en la política de salud*, que se ha convertido en una referencia a la hora de trazar directrices para la intervención profesional y problematizar cuestiones que son demandadas históricamente al asistente social en el área de la salud.

Cabe resaltar que, en medio de estas complejidades de las relaciones sociales, es esencial el análisis de la realidad macrosocial. En esta concepción, Iamamoto (2008) destaca la importancia de conocer el modo de vida y de trabajo, para propiciar un entendimiento tanto de la profesión como de los usuarios y de las

más diversas expresiones de la cuestión social. En las palabras de la autora,

El conocimiento cuidadoso de los procesos sociales y su vivencia por los individuos sociales podrá alimentar acciones innovadoras, capaces de propiciar la atención a las efectivas necesidades sociales de los segmentos subalternizados, blancos de las acciones institucionales. Este conocimiento es prerequisite para impulsar la conciencia crítica y una cultura política democrática más allá de las mistificaciones difundidas por la práctica social en general y particularmente por los medios. (IAMAMOTO, 2008: 200)

A partir de las investigaciones de Castro (2009, 2018) y Leal (2017), podemos decir que las demandas que llegan al trabajador social en los servicios de salud están relacionadas con las condiciones reales de vida de los usuarios en relación con el desempleo y el subempleo; ausencia de vivienda; violencia urbana, doméstica y accidentes de trabajo.

Los sujetos que el Servicio Social atiende vivencian un amplio proceso de exclusión social en la sociedad capitalista en la vida económica, política y cultural, agravada por la pobreza. De esta forma, el asistente social para responder a esas demandas, enfrenta desafíos de dos naturalezas: la enfermedad en sí, que trae una complejidad al proceso salud-enfermedad y las condiciones de vida y trabajo de la población, esto en un marco de focalización de las políticas sociales y de precariedad de los servicios de salud.

El trabajo de los trabajadores sociales en los hospitales en Brasil

El hospital es un lugar altamente profesional que reúne a una variedad de expertos que tienen formaciones particulares y que ocupan diferentes posiciones jerárquicas y diferentes espacios de la división del trabajo. Las profesiones también tienen diferentes maneras de entender el proceso salud-enfermedad, lo que desencadena procesos de negociación en las actuaciones cotidianas.

La incorporación de otras profesiones en el hospital ocurre también en virtud de que el trabajo en salud es un proceso extremadamente colectivo, es decir, desarrollado por diversos profesionales, contando con la presencia de trabajadores del área como asistentes sociales, enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas y psicólogos, y funcionarios que poseen otras formaciones como administración y periodismo, y profesionales de nivel medio y de soporte, tales como seguridad, limpieza, cocina, lavandería.

En medio de este ambiente, circulan profesiones que poseen perspectivas y formaciones académicas diferentes que acaban por incidir en la comprensión de éstas acerca de la realidad, de la salud, y también de la importancia del trabajo colectivo.

En este sentido, el Servicio Social contribuye directamente a la superación de la visión hegemónica de comprensión del proceso salud-enfermedad en el ámbito hospitalario –es decir, de una comprensión fundamentada en lo patológico– al desarrollar una atención en salud orientada hacia la perspectiva que incorpora la determinación social del proceso salud-enfermedad y el

concepto ampliado de salud.

La investigación realizada por Leal (2017) destaca que los asistentes sociales en el cotidiano de trabajo en los hospitales identifican que los usuarios que llegan a los servicios vienen sufriendo las secuelas de las más variadas expresiones de la cuestión social. En este sentido, los estudios apuntaron a situaciones como violencia urbana, dependencia química y desempleo y abandono de los ancianos.

Estos elementos son perceptibles en las entrevistas sociales –momento basilar en la relación entre profesional, institución y usuario, en la medida en que este último pueda presentar sus demandas al servicio. En este momento, los asistentes sociales poseen acceso a cuestiones peculiares sobre la condición de vida de los usuarios en lo que se refiere a la salud, relaciones familiares, educación, vivienda, trabajo, entre otros. De esta manera, los trabajadores sociales necesitan tener comprensión y dominio de su tarea profesional, así como legitimar los intereses de las clases subalternas.

Además, Silva (2000) nos explica que las entrevistas deben ser espacios de conocimiento mutuo, ampliación de conciencia y de las cuestiones de lo cotidiano. Este instrumento debe tener un carácter educativo, a partir del desencadenamiento de un proceso reflexivo, donde puedan visibilizarse nuevos conocimientos. Así, es una ocasión privilegiada para la práctica de la reflexión, para superar la mera incorporación de datos.

Para la atención a los usuarios, los trabajadores sociales llevan a cabo la problematización de la demanda que se presenta, el concepto ampliado de la salud y los principios de la reforma de salud, buscando así la calidad de la atención a partir de respuestas consistentes con la realidad presentada. Es priorizado en la atención la inserción del usuario en los servicios de salud y el trabajo intersectorial para garantizar el acceso de los usuarios a las políticas públicas y recursos de la comunidad.

Cabe señalar que este análisis debe hacerse a la luz de la perspectiva de totalidad, de una mejor comprensión de los procesos sociales, teniendo en cuenta que es crucial ponderar sobre la posición de clase que los usuarios ocupan. Esto implica tomar las demandas más allá de su inmediatez.

En este análisis de contexto, entendemos que estando exacerbadas las expresiones de la cuestión social, mayores son los desafíos tanto para los usuarios como para los profesionales, teniendo en vista la gran embestida del capital sobre los derechos laborales. Este conjunto de medidas afecta la totalidad de la vida social, el acceso a las necesidades sociales y el mundo del trabajo. En palabras de Yamamoto (2008: 14)

La globalización del capital tiene un profundo efecto en la órbita de las políticas sociales, en sus conocidas directrices de *focalización, descentralización, desfinanciamiento y regresión del legado de los derechos laborales*. También redimensiona las peticiones dirigidas a los asistentes sociales, las bases materiales y organizativas de sus actividades, y las condiciones y relaciones de trabajo por medio de las cuales se realiza el consumo de esa fuerza de trabajo especializada. Ello afecta radicalmente las condiciones de

vida, de trabajo, así como las expresiones políticas y culturales de los distintos segmentos de trabajadores a los que se dirige la actividad profesional, como consecuencia de la radicalización de las desigualdades sociales en un contexto de retracción de las luchas sociales ante los dilemas del desempleo, la desregulación de las relaciones de trabajo.

En este proceso evidenciamos el agravamiento de la cuestión social, con destaque incluso para la cuestión de la salud. Al hacer un análisis de la salud en Brasil, Mendes (2013) señala aspectos esenciales en lo que se refiere a la situación epidemiológica en el país:

Brasil tiene una situación epidemiológica de triple carga de enfermedades con la convivencia, al mismo tiempo, de una agenda de enfermedades infecciosas y causas maternas y perinatales, del crecimiento de las causas externas y del dominio relativo de enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo. (2013: 29-30)

Enfatizamos en este contexto el aumento significativo de la violencia, por ejemplo, en el municipio de Juiz de Fora / Minas Gerais. Esta cuestión también fue evidenciada en la investigación realizada por Leal (2017) con asistentes sociales que actúan en el ámbito terciario en la referida ciudad. Según los datos del periódico *Tribuna de Minas*, publicados el 6 de enero de 2016, sobre los asesinatos en la ciudad muestran que “en dos décadas y media, entre 1990 y 2015, Juiz de Fora pasó de 4.4 homicidios por cada cien mil habitantes a 28,4 homicidios por cien mil habitantes, presentando un aumento del 238% en el número de asesinatos”.

En cuanto al asesinato de mujeres, el atlas de la violencia en Brasil nos muestra que “en 2016, 4.645 mujeres fueron asesinadas en el país, lo que representa una tasa de 4,5 homicidios por cada 100000 brasileñas” (IPEA, 2018: 44). En diez años, se observa un aumento del 6,4% y que estas mujeres “muchas veces fueron víctima de una serie de otros tipos de violencia de género, por ejemplo: psicológica, patrimonial, física o sexual” (IPEA, 2018: 46).

Ribeiro y Moreira (2018) presentan estudios de base poblacional en municipios del sur y sureste de Brasil que revelan que los factores de riesgo que llevan al suicidio de poblaciones jóvenes, por ejemplo, tienen asociación con el abuso sexual, la violencia, el uso de drogas, la depresión, la no heterosexualidad y el riesgo sexual.

Este escenario señala un endurecimiento de las expresiones de la cuestión social. En consonancia con este contexto, nos damos cuenta de la precariedad de las políticas sociales, con sus criterios cada vez más selectivos y, sobre todo, la fragmentación de estas políticas. En palabras de Iamamoto (2008: 18) “se verifica el agravamiento de la cuestión social [...]. La imposición de criterios cada vez más restrictivos en las posibilidades de tener acceso a los derechos sociales”.

Entre las notas hechas por profesionales en la investigación de Leal (2017), cabe destacar la fragilidad de la noción de derecho por parte de los usuarios. Estos llegan a las instituciones viviendo las más diversas expresiones de la cuestión social y muchas veces no poseen acceso o conocimiento acerca de las políticas sociales. Esta condición no puede estar desvinculada de un análisis que tenga en cuenta nuestra formación socio-histórica, que siempre aleja las clases

populares del proceso decisorio.

En este sentido, es esencial trabajar con el usuario durante las atenciones sobre la noción del derecho.

La gente siempre procura fortalecer la cuestión del derecho a la información, del derecho a la atención de salud con calidad. Dejar siempre claro para el usuario que la gente no está haciendo favor, que el SUS no es de gracia. Que la gente paga impuesto, que luego el gobierno retorna a ellos en servicios de salud, de educación. Siempre buscando fortalecer la perspectiva del derecho. (LEAL, 2017: 70)

Sin embargo, cabe subrayar que la esfera pública en un contexto de contrarreforma del Estado se vuelve cada vez menor en la gestión de las políticas sociales. Así, verificamos un proceso de clara transferencia de la responsabilidad estatal para el llamado tercer sector. En este contexto, destacamos que el trato a las expresiones de la cuestión social se modifica, principalmente con relación a dos puntos fundamentales y opuestos, la noción de favor y la perspectiva del derecho. Destacamos también que la presencia del tercer sector refuerza la concepción de las expresiones de la cuestión social en relación al ámbito individual y no como fruto del modo de producción capitalista.

Así, es fundamental percibir que hay intereses opuestos en la relación entre público y privado, Estado y mercado, y en la atención a las necesidades de los usuarios que ingresan en las instituciones. Por más que el ámbito del Estado también sea permeado por intereses y el mismo tenga el papel de viabilizar el proceso de acumulación, es sólo en la esfera estatal donde los derechos pueden ser universalizados.

Esta ponderación es elemental para reflexionar sobre el cotidiano de trabajo, así como los límites y posibilidades del ejercicio profesional. Sin embargo, este análisis debe ser considerado a la luz de todo punto de vista, ya que los fenómenos extrapolan la inmediatez. Iamamoto (2008) aclara este proceso en la medida en que

Las múltiples manifestaciones de la cuestión social, bajo la órbita del capital, se convierten en objeto de acciones filantrópicas y de beneficencia y de “programas focalizados de combate a la pobreza”, que acompañan a la más amplia privatización de la política social pública, cuya implementación pasa a ser delegada a organismos privados de la sociedad civil, el llamado “tercer sector”. [...]. La actual desregulación de las políticas públicas y de los derechos sociales desplaza la atención a la pobreza hacia la iniciativa privada o individual, impulsada por motivaciones solidarias y meritocráticas, sometidas al arbitrio del individuo aislado y al mercado y no a la responsabilidad pública del Estado, con claros llamamientos a la sociedad civil. (Iamamoto, 2008: 22)

Con estos desafíos, las acciones socioeducativas aparecen como una de las piedras angulares en la relación entre los profesionales y los usuarios, proporcionando así un foco de reflexión sobre la vida cotidiana de estos usuarios. CFESS

(2010) destaca la importancia de este eje para el proceso de reflexión

Las acciones socioeducativas y/o educación en salud no deben guiarse por el suministro de informaciones y/o aclaraciones que lleven a la simple adhesión del usuario, reforzando la perspectiva de subalternización y control de los mismos. Deberán tener como intencionalidad la dimensión de la liberación en la construcción de una nueva cultura y enfatizar la participación de los usuarios en el conocimiento crítico de su realidad y potenciar a los sujetos para la construcción de estrategias colectivas. (CFESS, 2010: 55)

En este sentido, una de las propuestas de esta perspectiva de trabajo es fortalecer la autonomía de los usuarios, teniendo como punto de vista central la idea de transformar las relaciones entre profesionales y usuarios, para propiciar una práctica horizontalizada.

La educación en salud se plantea, así, como una alternativa tanto para la prevención de agravios de las enfermedades como para el control social en la salud. Es decir, la capacidad de desarrollar un trabajo que responda a los intereses y necesidades de la población (Vasconcelos, 2006).

De esta forma, junto al debate de la determinación social del proceso salud-enfermedad, se coloca la importancia de la conciencia sanitaria, comprendida por Berlinguer (1978: 5) “como la toma de conciencia de que la salud es un derecho de la persona y un derecho de la comunidad”. Esto es, el acceso a la salud como parte constitutiva de la ciudadanía.

Consideraciones finales

Situar la salud como una política social inserta en el proceso de desarrollo del capital, en las formas de acumulación de riquezas, en el movimiento de las fuerzas sociales y en el proceso de intervención del Estado, es esencial para comprender su determinación social.

Los asistentes sociales insertos en los servicios de salud (entre ellos los hospitales), deben desarrollar su trabajo a partir del concepto ampliado de salud, comprendiéndola no sólo como ausencia de enfermedad, sino como condicionada por factores biopsicosociales y vinculada a las condiciones de vida de la población y el acceso de ésta a bienes y servicios.

En este sentido, el Servicio Social, para realizar la defensa del campo teórico (y práctico) de la determinación social de la salud y enfermedad, debe contribuir a la atención de la dimensión colectiva de las desigualdades sociales y la necesidad de no perder el atravesamiento del “campo social” en el proceso de tratamiento, cura y rehabilitación de las poblaciones.

Bibliografia

- Berlinguer, G. (1988). Uma reforma para a saúde – Por um serviço sanitário nacional: análise e proposta. en Berlinguer, G Teixeira, S Campos, G. *Reforma sanitária – Itália e Brasil*. São Paulo: HUCITEC, CEBES, pp. 1-77.
- Berlinguer, G. (1978). *Medicina e Política*. São Paulo: CEBES/ HUCITEC.
- Birman, J. (2005). *A Physis da Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, pp. 11-16.
- Castro, M. *Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris.
- Castro, M. (2009). *Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG*. Juiz de Fora: UFJF/FSS.
- CFESS (2010). *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Brasília: CFESS.
- Engels, F. (2010). *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo, Boitempo.
- Guedes, H.; Castro, M (2009). *Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde*. Londrina: Serviço Social em Revista, pp. 4-26.
- IPEA. *Atlas da violência* (2018). Fórum Brasileiro de Segurança pública. Brasil. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/9/atlas-2018.acesso em 20/01/18>.
- Iamamoto, M. (2009). O Serviço Social na cena contemporânea. en CFESS/ ABEPSS (orgs). *Serviço Social: Direitos e Competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS.
- _____, (2008). *Serviço Social em tempo de capital fetiche – Capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez.
- _____, (2006). As dimensões ético - políticas e teórico – metodológicas no Serviço Social contemporâneo. en Mota, A (org). *Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, pp. 161 - 166.
- _____, (2001). *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- _____; Carvalho, R (1998). *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo: Cortez, Lima, Peru: CELATS.
- _____, (1997). *Renovação e conservadorismo no Serviço Social – ensaios críticos*. São Paulo: Cortez.
- Laurell, A. C. (1983). A saúde-doença como processo social. en Nunes E. (org.) *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, pp. 133- 158.
- Leal, L. (2017). *O cotidiano de trabalho do assistente social: reflexões sobre o*

setor hospitalar em Juiz de Fora. Juiz de Fora: FSS/UFJF.

Mendes, E. V. (2013). *25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios*. Estudos Avançados.

_____, E. (1998). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC.

Merhy, E. (1985). *O capitalismo e a Saúde Pública*. São Paulo: Papirus.

Netto, José Paulo (1998). *Ditadura e Serviço Social - uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Editora Cortez.

Nunes, E. (1999). *Sobre a Sociologia da Saúde*. São Paulo: Editora HUCITEC.

_____, E. (1992). *As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento*. São Paulo: Saúde e Sociedade, pp.59-84.

_____, E. (2006). *A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica*. São Paulo: Revista de Saúde Pública. v. 40, número especial, pp 64-72.

Ribeiro, J M Moreira, (2018) M. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva.

Rosen, G. (1983). A evolução da medicina social. en Nunes, E (org). *Medicina Social – aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global editora, pp.25-82.

Silva, M. I. (2000). Um novo fazer profissional. en CFESS. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Brasília, CEAD, pp. 112- 124.

Tribuna de minas. Homicídios, há três anos, assustam JF. Publicada em 06 de Janeiro de 2016. Disponível en: <http://www.tribunademinas.com.br/homicidios-ha-tres-anos-assustam-jf/>.

Vasconcelos, A. M. (2006). Serviço Social e práticas democráticas na saúde. en Mota, A e. (org). *Serviço Social e Saúde – Formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, pp. 242 – 272.