



Universidad Nacional de Rosario

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES
INTERNACIONALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**

Trabajo Integrador Final

Modalidad: Práctica disciplinar

***“Atención Primaria en Salud y Salud mental: Una mirada desde el
Trabajo Social con perspectiva de género”***

Estudiantes: - Benedetto Narela
DNI: 39.686.977
N° de Legajo: B-2709/1
E-mail: nare.b.04@gmail.com

- Mancini Lila
DNI: 39.281.492
N° Legajo: M-2930/1
E-mail: mancinilila0@gmail.com

Director: - Zamarreño Facundo
E-mail: facundozamarreno@gmail.com

Rosario - Marzo 2025

índice

Benedetto Narela.....	3
Agradecimientos:.....	3
Resúmen.....	5
Introducción.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
PROPUESTA.....	9
CAPÍTULO 1: APROXIMACIONES HISTÓRICAS.....	10
1.1 Breve recuperación histórica del Campo Salud.....	10
1.2 Atención Primaria de la Salud.....	14
1.3 Dimensión legal del Campo Salud.....	16
1.4 Breve recuperacion historica del campo salud mental.....	18
1.4.1 Historizando la locura.....	19
1.5 Dimensión legal del campo Salud Mental.....	27
CAPÍTULO 2: RECORRIDOS INSTITUCIONALES.....	30
2.1 Centro de Salud “Salvador Mazza”.....	30
2.2 Centro Regional de Salud Mental “Dr Agudo Ávila”.....	37
CAPÍTULO 3: CATEGORÍAS CLAVES PARA ENTENDER LA PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIA POR MOTIVOS DE GÉNERO.....	46
3.1 Hacia una intervención con perspectiva de género.....	46
3.2 Políticas Públicas ¿corren riesgo en democracia?.....	53
3.3 Violencia de Género: problemática de ayer y hoy.....	56
3.4 Intervenciones por parte de los equipos del Centro de salud salvador mazza y centro regional de salud mental agudo ávila en situaciones de violencias.....	60
CAPÍTULO 4: INTERVENCIÓN PROFESIONAL.....	64
4.1 Trabajo social y proceso de Intervención.....	64
4.2 Especificidad.....	66
4.3 Intervención Profesional.....	68
CAPÍTULO 5: PROPUESTA DISCIPLINAR.....	71
5.1 Propuesta de intervención.....	71
Reflexiones y desafíos.....	87
REFERENCIAS.....	91

Benedetto Narela

Agradecimientos:

En estas líneas, deseo expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que me han acompañado, apoyado en este recorrido universitario. A mi papá Marcelo, y mamá Leticia, que siempre han puesto su confianza y me han dado el valor de creer en mí para cumplir mis objetivos y metas. A mi familia en general que me han animado a nunca bajar los brazos. A mi hija Blanca, de dos meses de vida, que me ha colmado de amor, de fuerzas y de impulso para finalizar la carrera. A mis amigos/as y "facu amigas" con quienes nos hemos sostenido unas a otras en este camino tan maravilloso.

Un agradecimiento especial a mi pareja y compañero Alexis, que ha sabido fortalecerme y darme valor en momentos donde no creía poder.

Gracias al Trabajo Social, que me ha proporcionado un cambio de perspectiva, para ver personas y la vida misma con otros lentes, los lentes de reconocer a un/a otro/a como sujeto/a de derecho, de poder cuestionar y cuestionarme todo, de luchar por la justicia social. Gracias a los docentes de la facultad, a Facundo fundamentalmente que ha sido un pilar fundamental para llegar a esta instancia. A mis tutoras de los centros de formación profesional en donde hice mis prácticas Cintia y M.Laura. Un agradecimiento especial a Lila, mi compañera de TIF y futura colega. Gracias por cruzarte en esa mesa de exámen, por el impulso, y por compartir todo esto, por lograrlo juntas.

Mi mayor agradecimiento a la Universidad Pública y Gratuita, particularmente a la Universidad Nacional de Rosario, y nuestra querida Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, donde encontré una segunda casa, un lugar de acogida, la cual es sumamente importante para los que venimos de afuera. Gracias por las personas que conocí en ella, que de cada uno/a me llevo una huella.

Como futura profesional, Licenciada en Trabajo Social, prometo y me comprometo al ejercicio de una profesión basada en la ética, en la lucha, y en la construcción de un mundo mejor.

Mancini Lila

Agradecimientos:

Llegando al final de este recorrido universitario, no me queda más que agradecer, principalmente a mis viejxs, seres incondicionales, quienes me dieron la oportunidad de acceder a una educación universitaria, siendo en todo momento impulso y sostén.

Mamá, gracias por tanto... Tu apoyo, lleno de esperanzas y amor puro me dieron la fuerza para llegar hasta acá.

A mi familia y amistades, quienes de múltiples maneras acompañaron este camino.

A mis compañerxs de la FCPOLIT, quienes apoyaron y construyeron este camino a la par.

A cada docente que fue día a día parte de esta formación, dándonos una educación de calidad y excelencia.

A mis tutoras de práctica, Karina y Silvana, quienes dentro del Agudo Ávila, guiaron, enseñaron, escucharon, dieron todo su amor y apoyo. Al resto del equipo de trabajo, quienes abrieron puertas y me hicieron parte.

A Juan, quien acompañó con amor este último tramo, dándome aliento y fuerzas.

A Nare, compañera de TIF quién desde el inicio fue un motor lleno de amor, fundamental para concretar este recorrido, gracias por lo compartido.

A nuestro director, Facu, por el acompañamiento, fundamental en este cierre.

A la Universidad Pública, orgullosa de haber caído en ella.

A la Escuela de Trabajo Social (UNR), gracias infinitas por formarme, no sólo académicamente, sino también como persona.

¡UNIVERSIDAD PÚBLICA SIEMPRE!

Muchas Gracias, Lila.

Resumen

El desarrollo de este Trabajo Final Integrador de la Licenciatura en Trabajo Social, fue impulsado por nuestra trayectoria en los Centros de Formación Profesional (CFP) durante los años 2017 a 2019 en el Centro de Salud “Salvador Mazza” del Barrio Nuevo Alberdi y el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”, de la localidad de Rosario. Dentro de estos espacios fuimos parte de procesos de observación y participación en intervenciones llevadas a cabo por nuestras tutoras. Por lo tanto, este escrito buscará analizar determinadas intervenciones del Trabajo Social con mujeres con padecimientos subjetivos, llevadas adelante por equipos interdisciplinarios de salud, teniendo en cuenta para el análisis las herramientas y los aportes de la perspectiva de género.

La propuesta plantea como eje principal contribuir al empoderamiento de las mujeres, en pos de reducir las desigualdades de género, promoviendo la promoción de derechos, el cuidado, cómo así también entendiendo que el involucramiento de las masculinidades es fundamental a la hora de hablar de responsabilidad colectiva del cuidado.

Palabras Clave: Salud - Salud Mental - Mujeres - Género - Perspectiva de Género - Padecimientos Subjetivos - Violencias - Trabajo Social - Intervención - Interdisciplina - Cuidados.

Introducción

El desarrollo de este Trabajo Final Integrador de la Licenciatura en Trabajo Social fue impulsado por nuestra trayectoria en Centros de Formación Profesional (CFP) durante los años 2017 a 2019. Estos fueron el Centro de Salud “Salvador Mazza” del Barrio Nuevo Alberdi y el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”, ambos de la localidad de Rosario. Dentro de estos espacios fuimos parte de procesos de observación y participación en intervenciones llevadas a cabo por nuestras tutoras (actualmente denominadas co-formadoras), licenciadas en Trabajo Social, quienes integran equipos interdisciplinarios.

Este escrito busca analizar determinadas intervenciones del Trabajo Social con mujeres, llevadas adelante por equipos interdisciplinarios de salud, teniendo en cuenta para el análisis las herramientas y los aportes de la perspectiva de género.

Para ello, se recuperan situaciones que observamos y acompañamos en los CFP respecto a determinados tipos de violencias que las usuarias sufren, las cuales impactan directa o indirectamente en sus trayectorias de vida provocando o profundizando diversos padecimientos. En esta problematización, analizaremos y describiremos la diversidad de intervenciones llevadas a cabo para los abordajes, con sus respectivos enfoques y condicionamientos contextuales: socioculturales, económicos, discriminación por cuestiones de género, entre otros.

Partiendo de la experiencia en el Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila, se puede mencionar que es una institución provincial ubicada en el macrocentro de la ciudad de Rosario, en la calle Suipacha 667. Se trata de un hospital psiquiátrico público descentralizado, monovalente; dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Es el único efector que posee en la ciudad de Rosario internación y guardia permanente en salud mental. Su marco legal se conforma por una Ley Nacional (N° 26.657/2010) y una Ley Provincial (N° 10.772/1991).

La población que llega al Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila es amplia, abarca toda la zona de Rosario y sus alrededores. En su mayoría se trata de personas en condición de vulnerabilidad social y económica, con diferentes problemáticas: situaciones de violencia, adicciones, falta de vivienda, desempleo o trabajos informales, con ingresos insuficientes para sostener una vivienda, etc. Se puede identificar que una de las problemáticas principales es la cuestión habitacional.

Desde aquí nos proponemos analizar las situaciones que se abordaron en el período entre 2017 hasta 2019 dentro de un proceso de cambio de paradigma que se estaba gestando, establecido por la sanción de la Ley N° 26.657, el cual se cristaliza en las intervenciones desarrolladas por los Trabajadores Sociales dentro de los equipos interdisciplinarios, en pos de una futura “desmanicomialización” donde debería darse el cierre de los manicomios para el 2020¹, pasando a ser Centros de Atención Primaria y demandando la obligación del Estado de crear nuevos dispositivos que alojen las necesidades de las personas usuarias de servicios de salud mental, que deben continuar con un tratamiento ambulatorio o domiciliario, un acompañamiento acorde a sus necesidades. Estos dispositivos deberían ser viviendas asistidas, grupos de apoyo, cooperativas de trabajo, talleres de inclusión social y laboral, emprendimientos que les permitan construir una autonomía económica y social.

Por otro lado, a partir de la experiencia en el Centro de Salud Salvador Mazza, del Barrio Nuevo Alberdi, se realiza un análisis acerca del trabajo que se desarrolló durante los años 2017 y 2018. El edificio consta de un sector destinado a la funcionalidad del centro compuesto por cinco consultorios, de los cuales uno está diseñado para el servicio de odontología, y los restantes son utilizados por Medicina General, Pediatría y Clínica, alternándose su uso en los días y horarios que asiste cada profesional. En tanto que Psicología y Trabajo Social, ocupan los consultorios ubicados en el anexo del Centro de Salud ubicado en calle Caracas 3903. Es en este último sector donde pondremos foco.

¹ Entendiendo que esto aún no sucede. En 2020 venció el plazo para su cierre definitivo (decreto 603/2013).

Se hace foco también en el trabajo interdisciplinario que se da en los Centros de Formación Profesional en relación al abordaje de las situaciones de aquellas mujeres que presentan padecimientos subjetivos. Llegados a este punto, nos detenemos en la observación de sus trayectorias de vida, en sus vínculos familiares, barriales e institucionales.

En nuestra primera apreciación analítica, aparece la falta y/o fragilidad de lazos sociales como común denominador la relación con parejas violentas, trayectorias de vida complejas, e incertidumbre acerca de las características en cuanto a los intercambios y comprensión de información que se intenta transmitir desde los equipos intervinientes.

Analizamos cómo se lleva a cabo un abordaje comunitario de la Salud Mental, presente en el enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS); y dentro de los equipos el rol y los aportes del Trabajo Social en la atención de la salud mental de dichas situaciones.

Estos análisis finalmente nos llevan a formular una propuesta disciplinar convocando a aquellas mujeres cuyas situaciones se desprenden de problemáticas que fueron abordadas por los equipos interdisciplinarios en los centros mencionados, aportando la Perspectiva de Género al abordaje de los equipos de Salud y Salud Mental.

OBJETIVO GENERAL

Analizar, desde la Perspectiva de Género, el abordaje interdisciplinario de situaciones de Mujeres con padecimientos subjetivos en contextos de violencia en el Centro Regional de Salud Mental (CRSM) “Dr. Agudo Ávila” y el Centro de Salud “Salvador Mazza”, en el período 2017-2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1-** Historizar y caracterizar las instituciones CRSM “Dr. Agudo Ávila” y el Centro de Salud “Salvador Mazza”.
- 2-** Indagar en los registros de campos, trabajos evaluativos y observaciones realizadas durante la formación de grado, aquellos datos tanto de intervenciones como de acciones generales que sean de relevancia para el análisis.
- 3-** Describir las demandas de mujeres con padecimientos subjetivos y los abordajes que se llevaron a cabo desde las instituciones.
- 4-** Analizar el rol del trabajo social en los equipos de APS y Salud Mental.

PROPUESTA

Elaborar un Dispositivo dentro del cual funcione un taller, cuyo eje central será la construcción de redes de cuidado que involucren a las mujeres con padecimientos subjetivos, en el marco de la Atención Primaria en Salud y el abordaje desde Salud Mental, para promover una mayor corresponsabilidad en el cuidado y facilitar el ejercicio de la ciudadanía plena, en relación a los derechos de las mismas.

CAPÍTULO 1: APROXIMACIONES HISTÓRICAS

*“Luchar todos juntos por una sociedad mejor,
con mayor equidad y justicia social,
que haga posible respetar y defender
el derecho inalienable del hombre
a gozar de buena salud”
René Favaloro*

1.1 Breve recuperación histórica del Campo Salud

En nuestro país, al igual que la mayoría de los países de América Latina, el Sistema de Salud presenta tres subsistemas: público, privado y de la seguridad social. Argentina cuenta con una amplia red de efectores públicos presentes en todo el territorio nacional, en su mayoría de dependencia provincial y municipal.

La seguridad social se presenta con un amplio abanico de instituciones de diferentes tamaños y complejidad brindando servicios principalmente a través de compra a prestadores privados. El último subsector se compone de las denominadas empresas de medicina pre-paga, en algunos casos con infraestructura propia. La forma concreta cómo los ciudadanos de un país resuelven sus problemas de salud, depende de un complejo engranaje de instituciones, actores y reglas de juego; un entramado que sólo adquiere su verdadera dimensión cuando uno se ve afectado.

Tomando al autor Garay, Oscar Ernesto (2017), expresa que:

La ‘Legislación Sanitaria’ argentina es una parte de la legislación general del Estado, integrada por un ramillete de normas pedidas por el Congreso Nacional o las legislaturas provinciales –y otros organismos–, de acuerdo a sus respectivas competencias constitucionales; la que teniendo como fuentes primarias a la Constitución Nacional y al Bloque de Normas del Derecho Internacional de DDHH (art. 75, inc. 22, CN), busca ‘promover el bienestar general’ y ‘afianzar la justicia’, en relación a la prevención, protección, recuperación y bienestar de la salud de los habitantes de la nación;

disponiendo a esos fines, medidas, procedimientos, programas, derechos, cargas, obligaciones, prohibiciones, etcétera; y regulando las relaciones jurídicas en que participan los actores del sector salud. (p.1)

En síntesis, el Sistema de Salud Argentino, está conformado por tres subsistemas:

- A. El sector de la Seguridad Social (Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales y el INSSJP);
- B. El sector privado (aseguradoras y efectores)
- C. El sector público (Nación, Provincia y Municipios).

El Ministerio de Salud Nacional es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional.

Consideramos pertinente comenzar por hacer referencia a la Constitución Nacional Argentina, ya que la misma es la ley fundamental que rige al país. El derecho a la salud tiene en Argentina estatuto constitucional desde la reforma de 1994. En el artículo 75 inc. 22 se han incorporado once pactos y convenciones internacionales, entre las cuales se halla la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de la Organización de Naciones Unidas de 1948.

Con respecto a la Provincia de Santa Fe, se destacan dos artículos de la Constitución Provincial que refieren a la salud: el artículo N°19 y N°21: En el Art. 19° se plantea a la Salud como derecho fundamental de las personas, estableciendo derechos y deberes de la comunidad y del individuo en salud, creando una organización para la promoción, protección y reparación en salud en colaboración con la Nación, otras provincias y asociaciones privadas nacionales e internacionales. Plantea que, no se puede obligar a un tratamiento sanitario, salvo que la ley lo indique, ya que es fundamental el respeto a la persona humana, al paciente. Por otro lado, el Art. 21° plantea la necesidad de asegurar bienestar a través de alimentación, vestimenta, vivienda, cuidados en salud, y servicios sociales, ya que todas las

personas tienen derechos de recibir los medios adecuados a sus exigencias de vida aunque carezca de los recursos para acceder a ellas. Por lo tanto el Estado, debería instituir un sistema de seguridad social integral e irrenunciable

Dentro de la provincia de Santa Fe, la estrategia del sistema de salud pone énfasis en la gestión y la innovación; en la resolución de nuevos problemas, garantizando el acceso a la salud de toda la población acercándose a cada barrio de la provincia. Un “Modelo de Gestión en Red” basado en la Atención Primaria de Salud, que se estructura en una Red de Servicios y de Salud dividido por niveles de atención para cuidar y dar respuesta a los distintos problemas de salud de la población según su complejidad.

La red está compuesta por efectores (Hospitales, Sistema para la Atención Médica de la Comunidad “SAMCOs” y Centros de Salud) de gestión provincial y municipal en un trabajo articulado intersectorialmente para dar respuestas integrales. Los mismos están divididos en niveles de complejidad necesarias para el cuidado del ciudadano:

- **Primer nivel de atención o atención primaria:** Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad territorial. Se ocupan de las acciones para prevenir enfermedades, atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad.
- **Segundo nivel de atención:** Hospitales generales y SAMCOs de baja y mediana complejidad (son zonas geográficas con una población definida que está a cargo de un hospital general) que atienden pacientes derivados de los “Centros del Primer Nivel de atención” y se ocupan del diagnóstico y del tratamiento de patologías que no pueden ser solucionadas en ese nivel.
- **Tercer nivel de atención:** Hospitales o centros especializados de en donde se tratan patologías más complejas que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento sofisticadas, son el más completo nivel de la red.

Siguiendo lo descrito, los autores Cetrángolo.O y Devoto.F (2002):

Una parte de las falencias que presenta hoy la salud pública tiene su origen en el defectuoso proceso de transferencia de servicios a provincias y municipios. A diferencia de las recomendaciones habituales para este tipo de

reformas , no se han buscado niveles crecientes de eficiencia y equidad; por el contrario, la descentralización del gasto social en Argentina ha obedecido a la presión ejercida por la Nación para modificar en su favor la relación financiera con los estados subnacionales (provincias y municipios).(p.15)

Por lo tanto, podemos decir que, la Salud Pública, al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, suele destinar la mayoría de los recursos al segundo nivel, donde se requieren cuidados especiales o internación, al tercer nivel de alta complejidad y a emergencias. Este tipo de distribución del presupuesto perjudica en cierta forma el desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta principal al sistema de atención médica y más rentable y/o efectiva.

La historia de la organización de los servicios de salud en Argentina puede ser contada como una dinámica de avances y retrocesos hacia la búsqueda de un sistema integrado. La complejidad y la fragmentación constituyen los rasgos más marcados del sistema de salud Argentino, entendiendo por esta última no a la multiplicidad de actores sino a la disolución de la responsabilidad por los cuidados de salud de la población, para construir su derecho a la salud.

Por lo tanto, podemos decir que, en la historia de la organización de los servicios de salud en Argentina no hay vencedores, pero si hay vencido. Los vencidos son, en primer lugar, los ciudadanos, porque los resultados de salud son hoy inferiores a los conquistados por otros países que avanzaron hacia la integración de sus sistemas de salud, pero también son vencidos aquellos sectores o provincias de nuestro país que carecen de actualización, equipamiento, y recursos en salud. En un país federal como es la Argentina y en el sentido que ese federalismo se aplica sobre los usuarios de los sistemas de salud, la temporalidad de las normas y de la tecnología aumenta la desigualdad. Sería vencedor, que la población en general pudiera acceder a tales avances en materia de cobertura médica y que esa política pueda ser aplicada a todos los subsistemas de salud de la República Argentina de norte a sur. En segundo lugar, tanto los servicios públicos, que operan en condiciones

inferiores a las que se habían conquistado en algún momento de la historia, como también las obras sociales, que enfrentan costos crecientes con restricciones en su financiación y con una fuga creciente de beneficiarios hacia el sector prepago. Según Tobar Federico (2012): "La crisis económica, el pago de la deuda externa y las políticas de ajuste, repercuten desde hace unos años fuertemente en el campo de la salud, y especialmente en los servicios de atención médica." (p.16). Concluimos planteando que, en definitiva, la deuda económica se paga en gran proporción incrementando la deuda social.

Retomando al autor Tobar. F (2012):

Argentina tiene un extraordinario potencial para conquistar el derecho efectivo de la población a iguales cuidados de salud frente a idénticas necesidades. Es una bandera que está lista y a la espera de una nación con voluntad de izarla. Si la enfermedad del sistema de salud es política, también lo será su cura. (p.17)

1.2 Atención Primaria de la Salud

La Atención Primaria en Salud (APS) no es un tema menor, ya que esta atención en sí busca lograr el mejoramiento de la calidad de vida en lo general y en lo particular de la salud, dando una respuesta preventiva, evitando así la aplicación de los segundos niveles. Por este motivo, la apertura y sostenimiento de centros de salud en los barrios, sobre todo resaltando lo mencionado en líneas anteriores sobre la lucha social por la salud, son claves para la descentralización del sistema de salud, aunque articulados con una red de efectores, asumiendo un perfil y características propias en cada barrio.

Según la Declaración de Alma Ata (1978):

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo

con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye al primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (p. 4).

La APS se presenta como un enfoque inclusivo, equitativo y costo-eficaz para mejorar la salud tanto física como mental de las personas, y con ello su bienestar social. Incluso, hemos atravesado una pandemia por COVID-19 hace pocos años, lo que nos deja en claro la importancia de invertir en Atención Primaria en Salud para mejorar el acceso y la equidad a los servicios de salud en situaciones de crisis y/o epidemias, de esta manera poder garantizar una atención integral, de calidad, desde la promoción y prevención, hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados lo más cerca posible de los lugares habituales de las personas.

Desde nuestro punto de vista, creemos que los abordajes en APS en la problemática planteada en el presente trabajo, tienen un papel clave en la salud colectiva, con el objetivo de lograr la promoción y prevención de la salud con prácticas integrales, equitativas y efectivas. Comprendiendo a la salud como un proceso no acabado, en constante movimiento, y que incluye una variedad de actores, recursos e instituciones, se propone el desafío de integrar a las mujeres sujetas de estas intervenciones, como partícipes de su proceso de atención, intentando romper de esta manera con un sistema de salud fragmentado.

1.3 Dimensión legal del Campo Salud

Con el pasar de la historia y los procesos sociales, se fueron configurando distintas perspectivas sobre lo que se considera "salud". Esto también tiene implicancias sobre la intervención del Trabajo Social en el campo Salud, las formas de trabajar con los profesionales, desde una perspectiva más integral, teniendo en cuenta el contexto social, la historia, su cultura, sus hábitos, las dificultades propias de cada sujeto/a, entendido como sujeto/a de derecho. También las condiciones de trabajo, las relaciones laborales, y los procesos de trabajo.

Para hablar de algunas tensiones presentes en el campo de Salud, nos parece apropiado plantear aquí lo que se genera a partir de la denominada Cobertura Universal en Salud (CUS).

Tomando a M. Rovere (2016):

La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios (p.37).

La CUS y su anuncio, surge en el gobierno de Mauricio Macri, como consecuencia de un decreto de necesidad y urgencia que lleva el número 908/2016.

Tomando nuevamente al autor Mario Rovere (2016), entendemos que, los sistemas de salud en todo el mundo están cambiando, y que las descripciones sobre sistemas mixtos, subsistemas y aun las críticas que caracterizan a un sistema como fragmentado, resultan insuficientes para entender que salud se ha convertido en un campo de intensas operaciones políticas y económicas en un contexto transnacionalizado en donde los agentes

no siempre son lo que parecen y los grandes jugadores reinventan las reglas todo el tiempo, muchas veces a su propia conveniencia.

La Cobertura Universal de Salud (CUS) es un concepto claramente sanitario, ingresa como una segunda oleada de reformas y fue vendido como un giro en el Banco Mundial hacia un mayor reconocimiento del rol del Estado para lograr esta vez un apoyo explícito de la OMS. Se ha creído, que la segunda reforma significa el reconocimiento de que el mercado no resuelve la “cuestión social” y, es necesario reintroducir al Estado como garante de los derechos sociales.

También es importante recuperar y mencionar la “Ley del paciente” N° 26529. En relación a la misma, podemos decir que, los aspectos de protección y defensa de los pacientes que existen en la actualidad se han ido consolidando de forma progresiva, en especial mediante la creación de un marco normativo y legislativo acorde con la modernización del sistema sanitario. La ley debe cumplir con el ejercicio de los derechos del paciente en cuanto a la confidencialidad, trato digno y respetuoso, autonomía de la voluntad, consentimiento informado, a la información y a la documentación clínica. Es decir, toda persona capaz, mayor de edad, puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud.

La importancia de esta ley reside no sólo en la definición y demarcación de la defensa y protección de los pacientes en relación con el sistema sanitario, sino también en la formulación de las responsabilidades del propio sistema respecto al paciente.

Otra ley importante, que se relaciona de lleno con el párrafo anterior y que desarrollaremos en profundidad en las próximas líneas de este escrito, es la ley de Salud Mental N° 26657. Esta no sólo protege a las personas con padecimiento mental, sino que también están contemplados en su seno los individuos con usos problemáticos de drogas. La ley expresa que las personas con padecimiento mental deben ser atendidas y tratadas en hospitales comunes y no en instituciones psiquiátricas. Los puntos centrales de la ley son priorizar acciones y servicios de carácter ambulatorio.

1.4 Breve recuperacion historica del campo salud mental

Para comenzar el análisis del campo de la Salud Mental, debemos definir qué es un Campo. Para ello tomamos a Bourdieu y Wacquant (2005) quienes expresan:

En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera). (p.150).

Entendiendo al campo como un espacio estructurado de posiciones que ocupan agentes e instituciones, que se encuentran en lucha, disputa, tensión constante, el lenguaje y los distintos discursos que se arman en base a este, dan la disputa, demuestran posiciones, valores, e intervienen en el juego de poder, así hablar de “alienados”, de “pacientes” o de “usuarios/as” genera un cambio en la forma de concebir al sujeto (de la salud mental). Cada actor tiene una composición capital (cultural, social, simbólico, económico) que pone en juego frente a otros actores para imponer su idea de verdad. Quién domina el juego, al dominar situacionalmente en la distribución de especies de poder (el cual “está en todas partes”), impone lo que concibe como verdad.

Desarrollada la definición de campo, podemos decir que la Salud Mental es un Campo donde los agentes son: Estado en sus tres niveles y poderes; jueces y juezas; trabajadores/as sociales; abogados/as; psicólogos/as; acompañantes terapéuticos; psiquiatras; enfermeros/as; médicos/as; usuarios/as. Estos agentes ocupan diferentes posiciones dentro del campo y están dotados por un Habitus, conjunto de creencias, forma de subjetividad que tejen los agentes dentro de un campo, es un sistema de disposiciones

adquiridas por medio del aprendizaje implícito y explícito. Cada agente tiene un conocimiento, percepción, interpretación, prácticas conscientes e inconscientes, estos se encuentran regidos por reglas y luchan en el campo por la apropiación de un capital generado por el mismo campo.

Siguiendo esta línea, se realiza un breve recorrido analítico del campo Salud Mental, aproximándonos a su historia, formas de concebir la locura, las instituciones, concepciones y conceptos, sujetos y objetos sobre los que se da la intervención, y luchas paradigmáticas que se sostienen hasta la actualidad y que moldean las formas de intervenir en la actualidad.

1.4.1 Historizando la locura

La historia de la locura es extensa. Michael Foucault (1964) en su obra “Historia de la locura en la época clásica”, propone la existencia de diversas conciencias de la locura, formas en que la sociedad se relaciona con el loco² y la locura a través de las representaciones que de ellos se hace. Afirma que en cada momento histórico hay figuras de la locura que construirá de una manera particular las formas de conciencia.

A lo largo de la historia fueron diversas las formas de dar respuestas por parte de las sociedades, instituciones o gobiernos, frente al “problema de la locura”. Siguiendo a Galende (1990) :

Es necesario analizar la sucesión de coyunturas teóricas y prácticas que constituyen la historia específica de la psiquiatría, partiendo del principio de que el conocimiento histórico no puede ser una historia de las ideas sino de los modos históricos de producción de esas ideas (p.121).

Por mucho tiempo la locura fue abordada desde los credos religiosos que regían en cada territorio, basados en supersticiones y utilizando torturas o inquisición como forma de curar a

² Considerado desvíos o anomalías en las conductas humanas en diferentes momentos de la historia.

esas personas consideradas peligrosas. Como en la Europa del siglo XII, donde las enfermedades mentales eran consideradas resultado de brujerías o posesiones y la única forma de curarlas era la hoguera, donde iba a liberarse al final el alma de aquellas personas.

Durante la Edad Media (s. XIII) fueron creados los hospitales de desamparados, coordinados por organizaciones caritativas y religiosas, donde eran encerrados leprosos, locos, marginales, delincuentes, entre otros, que no eran objeto de cura. Los locos eran considerados errantes, perdidos, sin dirección en la vida. Pero su encierro era determinado por un criterio de razón, quien se encuentre en los límites de la misma gozaría de libertad y quien la sobrepase sería confinado en el hospicio. A fines de este período, la locura era vista con mal gusto, siendo rechazada y temida.

En el período renacentista, entre los siglos XV y XVI, el límite entre la locura y la cordura era difuso y móvil, predominaba una conciencia crítica, que acusa la presencia de la locura en tanto no puede diferenciarse claramente de ella. La "Nave de los Locos" era la embarcación que llevaba a bordo a una tripulación de "insensatos", errantes, los cuales eran embarcados para evitar el merodeo de los mismos por las ciudades.

Durante el período Clásico (S XVII-XIX) época del "Gran Encierro" como caracteriza Foucault, en el momento en que se crea por decreto el Hospital general (1656) un conjunto de establecimientos en París. En ese momento coexisten formas críticas de la locura y analíticas de conciencia. Los trastornos mentales son considerados como un alejamiento voluntario de la razón que debía ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinarias. La barca es reemplazada por los hospitales. Siguiendo a Galende (1990):

Salpêtrière y Bicêtre, que antes eran cuarteles militares, y algunos establecimientos que aportó la Iglesia, albergaron a una multitud indiferenciada de pobres, vagabundos, homosexuales, locos, prostitutas, etc. No fueron establecimientos médicos sino policiales, pero en ellos se iban a crear los primeros asilos pocos años después, con una población cuya diferenciación encaró Pinel. Allí comienzan las primeras

clasificaciones: "locos borrachos", "locos adormecidos y medio muertos" (catatónicos), "locos desprovistos de memoria y entendimiento (p. 110).

Foucault comenta que cuando en el siglo XVIII los médicos acuden a atender la locura, ya estaba asociada al encierro y exclusión de la vida social. Desde sus comienzos el manicomio es la figura central de la psiquiatría, ahí se funden las representaciones de la enfermedad con el encierro y el castigo.

Esta época se caracterizó principalmente por el internamiento de los alienados, determinado por un juez, el confinamiento se daba en espacios relacionados a la policía. A finales del siglo XVIII se da el ingreso de los médicos a los hospitales. Los hospitales generales/correccionales alojan a desocupados, pobres y vagabundos, ya que reina el imperativo capitalista de la utilidad y la producción. La locura es percibida en el horizonte social de "pobreza". Los locos son considerados como "incapaces" de trabajar, por ende son custodiados por la Iglesia y el Estado, estas instituciones lo hacen trabajar en algo que no tiene fines productivos, ni utilidad, hasta que realmente pueda aprender un oficio. El trabajo de los internados adquiere así un sentido ético, moral y represivo.

El manicomio estatal fue erigido para construir un mundo ideal, cuyos bastiones eran la razón y el poder. Era la solución para ocultar lo disfuncional para la sociedad burguesa, controlando y disciplinando a los vagabundos, desocupados, pobres y marginados.

Este modelo de hospital de Philippe Pinel cuya inscripción se traduce en el pensamiento científico de aquella época denominado "alienismo", logrará gobernar su propia área de conocimiento con respecto al tema que venía siendo esquivo en su manejo por parte de otros actores de la sociedad; a partir de este modelo se irá configurando el denominado "poder psiquiátrico" que será puesto en énfasis para comprender las relaciones de fuerza implicadas bajo la escena del manicomio.

Con el modelo de hospital de Philippe Pinel desarrollado en el clima de época reformista de la Revolución Francesa se da el surgimiento del pensamiento/ciencia alienista, al mismo tiempo que se produce una metamorfosis de la figura del hospital: Pasa de ser un

instrumento de la caridad para responder al orden de lo político-social y dónde se introduce el saber médico como novedad, cuando antes se consideraba en situaciones especiales por necesidad. Este tipo de sociedad basada en el contrato persigue ideales del orden y la normalización de sus habitantes bajo estos, por ende los grupos “desviados” o “marginales” representaban el objeto del cuidado, de la rectificación. A partir de este modelo se irá configurando el denominado “poder psiquiátrico” que será puesto en énfasis para comprender las relaciones de fuerza implicadas bajo la escena del manicomio.

Se da un cambio en la concepción que se tenía sobre la locura, dando lugar a la internación prolongada de los “enfermos” en hospitales, estos irían configurándose como la institución psiquiátrica predominante, “el Manicomio”. Un espacio de encierro donde la locura se ocultaba, se debía apartar de lo “normal”, se “contenía” para dar un orden al sistema social ajeno a la locura. Sus respectivas características, como puertas cerradas; celdas, pabellones, altos muros, causaron una escisión en la relación del interno con el medio social, produciéndose así estigmas y prejuicios para con las respectivas instituciones y los sujetos. Tomando a Amico (2005): “El manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado, para dar una respuesta científica como moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura”. (p. 26-27)

La medicina alienista se caracterizará por tener una intervención de tipo represivo, llevada adelante por un médico, quien será el que decida por la libertad o confinamiento de la persona, pasando sobre la familia o vida dentro de la institución. El médico hacía uso de mecanismos punitivos propios de lo jurídico, fundamentando que era por un bienestar moral y social. No es que el tratamiento no apuntaba a la salud, sino que el criterio de “salud” de ese entonces pone foco en la neutralización de un problema político más amplio, por ello se introduce un elemento social y moral en la atención, y el tratamiento será el medio justificado para llegar al orden estimado por las sociedades de siglos pasados. Foucault (2003) expresa que:

No se trata tanto de demostrar que todo criminal es un posible loco como de demostrar que todo loco es un posible criminal. Y la

determinación, la atribución de una locura a un crimen -y en última instancia de la locura a cualquier crimen-, era el medio de fundar el poder psiquiátrico, no en términos de verdad, pues no se trata precisamente de verdad, sino en términos de peligro: estamos aquí para proteger a la sociedad porque, en el corazón de cada locura, está inscrita la posibilidad de un crimen (p.297).

Hasta fines del siglo XIX el asilo fue manejado por la psiquiatría, a comienzos del siglo XX comienzan a manifestarse algunos movimientos de reforma que inician una crítica a la psiquiatría positivista y la institución asilar. Esto deviene de una reflexión sobre las condiciones de vida de las personas internadas y los procedimientos terapéuticos llevados adelante, además se plantea una nueva concepción de sujeto que propone dejar de verlos como locos, peligrosos. Las reflexiones y cuestionamientos llevan a repensar teorías y prácticas al interior de las disciplinas y ciencias (incluidas entre todas ellas la medicina y las ciencias sociales). Surgen así tratados mundiales basados en principios éticos sobre la vida humana y los Derechos Humanos; las “Ciencias Sociales” comienzan a ganar espacios en la disputa con la marcada hegemonía de las “Ciencias Naturales” y todos estos movimientos traen consecuencias sobre el cotidiano de instituciones, sociedades, individuos.

El aislamiento carcelario que significaba el manicomio comienza a ser cuestionado, también entre otros factores, debido al exceso de demanda que sufrían estos hospitales producto de la gran crisis subjetiva que generó la guerra sobre la psique de gran parte de la población mundial.

Durante la segunda posguerra tiene lugar el nacimiento de la idea de “desmanicomialización”, del cuestionamiento al manicomio y sus formas/modalidades de atención y cura caracterizada como violenta y represiva. Estas ideas hacen referencia a las experiencias iniciadas y llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos en Gran Bretaña, Europa y Estados Unidos. Estos movimientos anti psiquiátricos estaban determinados en la redefinición del concepto de Salud Mental, oponiéndose al Modelo Médico Manicomial

basado en internaciones prolongadas y prácticas alternativas como instancias de cura. Argentina no estará fuera de este movimiento, ya que fue adaptándose a tales ideas, mientras se da la creación de sistemas de salud universales, en el marco de la conformación de los Estados de Bienestar garantes de los derechos sociales, consagrados en el Pacto Internacional de los Derechos Sociales Económicos y Culturales (PIDESC).

Las reflexiones y cuestionamientos al interior de las disciplinas y ciencias llevan a repensar teorías y prácticas. Se busca transformar las maneras de concebir al proceso de salud-enfermedad mental, por tal motivo se llevan a cabo cuestionamientos sobre las prácticas psiquiátricas de la lógica asilar - manicomial con su rasgo principal de exclusión/reclusión en instituciones cerradas, dando paso a la creación de dispositivos que permitieran a las personas segregadas, vivir en sociedad.

Estas corrientes teóricas, establecen una focalización en “lo social” en la producción de la enfermedad, planteando a la sociedad como el espacio para la cura. Esto dando un cierre definitivo del manicomio y la consecuente transformación del modo de atención psiquiátrica con la finalidad de crear o recrear redes vinculares y sociales que posibiliten la contención por fuera de las instituciones.

La desmanicomialización va a buscar transformar los dispositivos institucionales, la participación de profesionales de diferentes disciplinas a fin de instrumentar acciones interinstitucionales e interdisciplinarias, las técnicas, estrategias para abordar diversos padecimientos, exigiendo cambios en la estructura edilicia sanitaria, creación de redes para la atención y prevención de salud mental, a través de Centros Periféricos que actúen en pos de un tratamiento ambulatorio, servicios comunitarios, etc. Resaltando el respeto, sobre todo la mirada social hacia la enfermedad mental, poniendo primero la condición humana de la persona, su dignidad, y su identidad.

Podemos así decir que la “Salud Mental” es un campo extenso y complejo de conocimientos, donde existieron y aún persiste una diversidad de luchas, disputas, tensiones y contradicciones entre los distintos paradigmas que fueron hegemonizando el mismo. Tomando a Kuhn (1977), Paradigma es la ciencia dominante en un momento dado,

es decir es la cosmovisión teórica que adopta hegemoníicamente la comunidad científica para el estudio de las ciencias. Por lo que, la existencia de un paradigma no impide que existan otros, sino que tiende a obturarlos, deslegitimándolos.

En la actualidad no sólo coexisten paradigmas, sino que conviven en relaciones complejas de tensión y disputa, pero también de intercambio y retroalimentación. En Salud Mental nos encontramos en una disputa constante entre un paradigma manicomial, perteneciente a un “Modelo Médico Hegemónico de Salud” con uno desmanicomializador perteneciente a un “Modelo Social comunitario de Salud”.

En relación al Modelo Médico Hegemónico preexistente Menendez (1988) expresa que implica:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes, ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado [...] Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. (p.1-2)

Como no concebimos linealmente, unidireccionalmente la historia, observamos que estos paradigmas conviven, tensionan e intercambian. Así, hoy día no podemos hablar de la no existencia de lógicas manicomiales de encierro, ya que estas siguen persistiendo tomando diferentes formas, al situarse en otro contexto histórico y al convivir, cada vez con menos hegemonía, con el paradigma Social de la Salud.

La combinación de repensar las instituciones junto con los derechos humanos, lleva a reconfigurar al sujeto de la Salud Mental y a poner énfasis en su condición de ser humano poseedor de derechos, situado en un contexto singular e histórico y no en la “enfermedad” de la cual sería portador. Comienza a generarse una tendencia hacia la conformación e implementación de un “Modelo Social de Salud” orientado hacia el abandono de viejas prácticas características de la predominancia de la medicina y la psiquiatría en un Modelo Médico Hegemónico de la Salud, alejándose del electroshock, duchas frías, camisa de fuerza, entre otras. Se abre paso a concebir la salud de una forma colectiva.

Pero, ¿Qué implica pensar una salud colectiva?, según Martínez Hernández, Correa Urquiza (2017):

La salud colectiva es más bien un campo interdisciplinario de abordaje de los problemas estructurales e individuales relativos a la salud. De esta manera decimos que la salud mental colectiva puede pensarse desde ese esfuerzo por una permeabilidad que nos acerque a la construcción participativa, colectiva, de la aflicción (...) La salud mental colectiva emerge aquí como la necesidad de crear una estructura enunciativa, un marco de articulación sensible para sostener lo común en el campo de la salud. Hablamos de articular el abordaje desde un posicionamiento etnográfico atento al pluralismo epistémico que devuelva a los procesos de salud, enfermedad y atención su evidente multidimensionalidad. (p.276)

Hoy la disputa que se da dentro del campo se visualiza en oposición a este paradigma de la mano de una nueva concepción de la Salud que a diferencia del Modelo Médico Hegemónico, no es individualista, rescata posiciones antes despreciadas y construye nuevas encaminadas a un abordaje integral de las situaciones que atraviesan los sujetos, intentando dar cuenta de la totalidad en la que se desarrollan estas. El campo Salud Mental,

inscripto en este modelo, no está pensado por fuera de la Salud, es decir como un sector especializado en la sanación de un área determinada del cuerpo del sujeto, su mente.

1.5 Dimensión legal del campo Salud Mental

Esta dimensión legal se encuentra regida por los tratados internacionales de Salud Mental: Declaración de Caracas, Brasilia y la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Ellos nacen en la década de los '80 y '90 donde reinaba un clima de época que se venía gestando desde los años '60 en Europa, donde militantes de la Salud Mental a lo largo del mundo intentaban poner en agenda pública las cuestiones que interpelaban (e interpelan) al campo de la Salud Mental; el hartazgo de las lógicas manicomiales, la violación constante de los derechos humanos dentro de las instituciones y la necesidad de transformar paradigmáticamente la cosmovisión respecto a la Salud Mental. Esto marca un cierto precedente al cual los diferentes países de Latinoamérica se fueron acoplando.

La Declaración de Caracas, con respecto al tratamiento deja asentado: "a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados. c) propender a la permanencia del enfermo/a en su medio comunitario" (Declaración de Caracas, 1991).

Dignidad personal, derechos humanos, medio comunitario son conceptos presentes que dan cuenta del nuevo enfoque que se estaba gestando. Este enfoque de corte humanista convoca a unimos en tanto humanos, somos personas, somos iguales, "yo" puedo reconocirme en el/la "otro/a" en tanto compartimos la esencia de ser ambos humanos. La enfermedad de la cual un/una "otro/a" sería portador, es corrida del lugar central que ocupaba en una visión biologicista, el/la "otro/a" antes que nada es humano/a, al igual que "yo", poseemos los mismos derechos y somos igual de dignos en tanto seres vivientes.

Desde nuestro posicionamiento, hay que ser cuidadosos respecto a cómo interpretamos y aplicamos en nuestras prácticas esta visión humanista, ya que al posicionarnos en tanto igual al "otro/a" podemos olvidarnos, o dejar de lado, que cada persona, también, es un complejo tejido de contradicciones que la fueron constituyendo y que esa igualdad esencial

no es tal en sentido determinista, cada persona posee su propia visión íntima con la que leer el mundo, el vivir, la existencia.

El marco legal que rige en Argentina y Santa Fe adhiere al enfoque de Derechos Humanos pactado en los acuerdos internacionales.

En Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y la formulación del Plan de Salud Mental (2013) constituyeron y apuntaron hacia un nuevo horizonte normativo, el mismo está centrado en la promoción y protección de los Derechos Humanos. Este nuevo enfoque conformó un eje directriz para la formulación de las políticas en Salud Mental, implicando transformaciones del marco regulatorio para los cuidados de Salud Mental y una reorientación de las políticas públicas del sector.

Por otro lado no es menos que Santa Fe es provincia pionera en disponer de una Ley Provincial de Salud Mental: (Ley N° 10772) la misma fue sancionada en 1991 y en ella se establece que las políticas en Salud Mental se integren a las políticas sanitarias. Esto según Taborda (2015) implicaría una invitación para llevar adelante una reflexión acerca de la necesidad de redefinir las estrategias y ponderar la real integración de la Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud, donde se lleve adelante la generación de dispositivos y prácticas alternativas al modelo asilar y enfatizar el proceso de descentralización de la atención del hospital psiquiátrico aspirando, conforme a la Declaración de Panamá, a su cierre definitivo en el año 2020.

También encontramos reglamentaciones que atraviesan al campo como: Ley Nacional N° 29.901 “Sistema de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”, y Ley Nacional de Derechos del Paciente N° 26.529. Esta última establece los derechos de los/las mismos/as como: asistencia, consentimiento informado, trato digno y respetuoso, confidencialidad, intimidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria.

Retomando la ley que rige actualmente en Salud Mental, N° 26.657, establece que la persona internada voluntariamente podrá en cualquier momento (antes de los sesenta días cumplidos de internación) decidir el abandono de la misma. Por otro lado la internación

involuntaria se concibe como recurso terapéutico excepcional, cuando no son posibles los abordajes ambulatorios y sólo podrá realizarse cuando, de acuerdo al criterio del equipo de salud se establezca que es un riesgo para sí y para terceros. Esta situación debe notificarse dentro de las 10 horas al Juez/a y al órgano de revisión. El/la juez/a puede ordenar una internación involuntaria cuando se cumplan los requisitos establecidos por la ley, aun si se negase el servicio de salud responsable de la cobertura. En relación al alta, externación o permisos de salida son autorizados o desautorizados por el equipo de salud, debe ser informado si se trata de una internación involuntaria o voluntaria, el equipo debe externar a la persona o transformar la internación en voluntaria cuando termine la situación de riesgo.

CAPÍTULO 2: RECORRIDOS INSTITUCIONALES

En este capítulo, nos resulta relevante dar cuenta de nuestros recorridos institucionales a través de una descripción de cada uno de los espacios en los que realizamos nuestras prácticas, contemplando desde nuestras percepciones e indagaciones su historia, su dinámica, las características de la población usuaria y la composición de los equipos interdisciplinarios.

2.1 Centro de Salud “Salvador Mazza”

El Centro de Salud “Salvador Mazza”, fue creado el 29 de diciembre de 1986, donde comienza a funcionar como una Sala de Primeros Auxilios, ubicado en la calle Caracas 3903, donde anteriormente funcionaba la Oficina Técnica de Servicio Público de la Vivienda del Barrio Municipal Nuevo Alberdi. En esos momentos contaba solamente con un médico y un personal administrativo que asistían a toda la comunidad del área asignada. Salvador Mazza debe su nombre a un médico sanitarista y bacteriólogo argentino, nacido en 1886, y en su historia se destaca la lucha contra el mal de Chagas en la República Argentina.

La población de la zona fue creciendo junto a la demanda de atención. Esto condujo a que, durante el año 2.000 se inaugurara la actual instalación del Centro de Salud, en calle Grandoli.F. 3498, quedando el sector antiguo anexado a parte nueva del centro.

En el año 2015, a más de 28 años de su creación y con más de tres mil historias clínicas familiares, se llevó a cabo una nueva ampliación del Centro de Salud aprobada por el Presupuesto Participativo en el año 2011.

Hechos importantes para destacar de la historia del Centro de Salud y del barrio, pueden ser las inundaciones sufridas; una en el año 1986 y la última, ocurrida en abril del año 2006, la cual fue declarada Emergencia Sanitaria. El Centro de Salud estuvo rodeado de agua hasta sus puertas, por lo que dejó de funcionar en sus instalaciones. Los vecinos fueron evacuados a los galpones del ferrocarril y posteriormente trasladados a La Rural y a los galpones del ejército. Con esto buscamos destacar que, el fuerte compromiso con la

participación comunitaria permite sostener procesos y actividades que van más allá de lo meramente asistencial.

El área de referencia está delimitado por las calles Avenida Circunvalación 25 de mayo al este, calle Baigorria al sur, calle 1362 al oeste y por la ruta nacional n.º 34 al norte. El Centro de Salud también recibe pacientes que están fuera del territorio de referencia por lo cual se trabaja con una zona de influencia ampliada. El área de influencia se refiere a aquellas áreas desde las que provienen sujetos en busca de atención que no viven dentro del área de referencia del centro de salud.

Para comprender acerca del área y territorio de influencia al cual hacemos referencia, tomamos los aportes de la autora Ana Arias (2013) quien plantea que:

Así como los límites de los territorios son construcciones sociales, también lo es lo considerado propio de lo territorial. En general, el hablar de “territorios” hace surgir dos asociaciones. La primera tiene que ver con el territorio en términos espaciales, el territorio como una geografía, con sus características específicas, sus reglas internas y sus límites. La segunda asociación –correlato de la primera– nos lleva al territorio como espacio habitado, como lugar donde se desarrollan relaciones sociales. En esta perspectiva “social”, el territorio es el escenario de lo cotidiano, de lo comunitario, del despliegue de la vida misma (p.2).

Nuevo Alberdi es la puerta de entrada a la ciudad desde el noroeste, desde siempre fue una zona rural, el crecimiento de la ciudad la fue poblando y su cercanía a Alberdi le dio su nombre. A ambos lados de las vías del ferrocarril se levanta Nuevo Alberdi, sus límites son: el norte con Barrio Cristalería, al sur con Bosques de cerámica y cuyo Nuevo Alberdi puede subdividirse en las siguientes áreas:

- Nuevo Alberdi (Este): Barrio fundado alrededor de la estación ferroviaria “Nuevo Alberdi”, la población tiene acceso a la mayoría del material y las calles están asfaltadas.

- Nuevo Alberdi (oeste): Fue el primer lado que se fundó donde se establecieron el correo, la comisaría, la escuela, las reiteradas inundaciones que se produjeron en la zona hicieron que la mayoría de la población se mudara a la zona Este, que mostró un crecimiento mayor, lo que llevó a que las casas y los servicios se establecieran de ese lado postergando a la población de la zona oeste. En el Barrio Nuevo Alberdi Oeste se puede diferenciar el barrio municipal, un casco de dos mudanzas limitado por las calles Grandoli Floduardo, Vieytes, Servellera, y Luzurriaga, el barrio fue fundado en el año 1983 con un total de 101 viviendas, años posteriores se estableció el centro de salud para brindar respuestas a la población en el área de la salud, el barrio cuenta con todos los servicios públicos y la mayoría de sus calles asfaltadas. Otro sector es al Sur del barrio municipal, una zona con alta densidad poblacional donde las viviendas son muy precarias y los servicios de agua y luz se realizan de forma clandestina, mientras que el gas es obtenido a través de garrafas y por último se encuentra el sector de la zona rural por detrás del canal ibarlucea, las viviendas son en su mayoría casillas hechas de chapas, las conexiones de luz irregulares y no cuentan con agua potable por lo que el agua para consumo es traída por la municipalidad a través de camiones y depositadas en cubetas cada tres días. La recolección de basura se hace en forma irregular, y por lo general se ponen volquetes para que los vecinos depositen los residuos, pero es un sistema colapsado que genera basura en las zanjas y calles de todo el barrio Nuevo Alberdi oeste, y es uno de los temas que preocupan a todo el equipo de salud.

El Centro de Salud Salvador Mazza, atiende y acompaña a los vecinos del barrio de todas las edades, ya que el mismo cuenta con profesionales que brindan asistencia desde el nacimiento, hasta la vejez.

En cuanto a las ocupaciones de la población, gran parte se encuentra desempleada o con trabajos informales. Es mínimo el sector de la población de la cual podemos referir que cuenten con trabajos fijos o estables.

La cuestión habitacional en el barrio es compleja, dentro del mismo hay cuadras más urbanizadas que otras, con mejores construcciones, mejor llegada de servicios (agua, luz, gas) entre otras; al mismo tiempo, en otro sector del barrio se pueden encontrar los

asentamientos extremadamente precarizados en todos sus sentidos, en cuanto a construcción, servicios, urbanización (pavimentación, alumbrado público, zanjas, etc). La zona rural, que forma parte también de este barrio, se encuentra ubicada a mayor distancia del centro de salud, y las condiciones de viviendas son iguales que la de los asentamientos, o incluso peores.

En este sentido, podemos decir que el Centro de Salud es un lugar de referencia para las personas del barrio, no sólo en cuestiones propias de salud, sino en cuanto a otro tipo de necesidades. Al ser la única Institución que se encuentra en el territorio, aparte del Centro de Convivencia Barrial, es la razón por la cual es el primer lugar donde recae cualquier tipo de situación de los vecinos. Es válido hacer una diferencia, con respecto al hecho de que no todos los habitantes se relacionan de la misma manera con el Centro de Salud, ya que hay un sector mínimo de la población que cuenta con otros tipos de recursos, que los hace más independientes y/o capaces de manejarse con cuestiones como por ej: burocráticas, de administración, entre otras.

Siguiendo lo mencionado anteriormente, nos resultó interesante complementar con un fragmento del autor Spataro, M.G (2008), quien va a decir que:

Los territorios urbanos, como toda construcción social, involucran ineludiblemente procesos históricos, que incluyen tanto las trayectorias particulares de los actores sociales que se interrelacionan, como la que construyen en común; incluye también la historia de los que ya no habitan el territorio, antiguos pobladores, grupos étnicos, cuyas marcas aparecen en forma de tradiciones, mitos y costumbres, monumentos y celebraciones populares que remiten a la memoria de acontecimientos fundantes generalmente relacionados con la pertenencia y la apropiación del territorio. Estos distintos aspectos se materializan formando parte del patrimonio cultural y simbólico de un territorio, y por ende de una de una formación social determinada y sus protagonistas. (p.1).

En los años 2017/2019, el edificio constaba de un sector destinado a la funcionalidad del centro compuesto por cinco consultorios, de los cuales uno está diseñado para el servicio de odontología, y los restantes son utilizados por Medicina General, Pediatría y Clínica, alternándose su uso en los días y horarios que asiste cada profesional. En tanto que Psicología y Trabajo Social, ocupan los consultorios ubicados en el anexo del Centro de Salud ubicado en calle Caracas 3903.

Consta también de una sala de enfermería, una sala en donde funciona la farmacia, una sala de administración, sanitarios para pacientes y una sala de espera. Por último cuenta con otro sector de acceso limitado solo al personal constituido por una sala de reuniones, y una cocina ubicada en el antebañ del sanitario de uso exclusivo para el personal. Dentro de las características edilicias, se destaca que el centro es de material, con pisos de mosaicos, puertas internas de madera, ventanas con vidrios y sus respectivas rejas en cada una de ellas, mesadas, alacenas, agua corriente, gas proveniente de garrafa, luz eléctrica y cloacas. Cuenta con todos los implementos necesarios para las atenciones médicas y de enfermería. Las paredes y los techos están sanos sin rastros de humedad, hay buena iluminación y ventilación, hay calefacción solamente en dos consultorios, ventiladores de techo en tres consultorios, administración y Sala de Reuniones. Solamente dos consultorios, Sala de Reuniones y Enfermería con aire acondicionado.

Lo que caracteriza y define a los equipos de trabajo en el Centro de Salud, es la presencia de un conjunto de personas con conocimientos y habilidades complementarias, el establecimiento de objetivos con definición de niveles de logros esperados y el desarrollo de estrategias para alcanzarlos. Así como también la presencia de sentimientos y valores institucionales que orientan la forma de actuar ante distintas situaciones en las que hay que tomar decisiones importantes para los usuarios.

El equipo de salud del CS "Salvador Mazza" se encuentran integrado por:

- Administración: Conformado por tres personas, que alternan y comparten turnos mañana y tarde. Su trabajo abarca la programación de turnos con niveles de mayor complejidad que

integran la red y la conexión de la población con el centro de salud. Dentro de estas funciones se incluyen la programación de turnos para algunos exámenes complementarios (por ej: ECG, ecografías, espirometrías, etc). Los turnos para cada profesional médico que trabaja en el CS son otorgados por ellos mismos, esto permite una mejor organización por parte de cada trabajador y provee mayor comodidad y accesibilidad para los pacientes a la hora de sacar los turnos.

- Equipo médico: Constituido por tres médicos generalistas, (una de ellas la actual jefa del Centro de Salud), tres médicos residentes de medicina general, dos médicas pediatras, tres médicos residentes en pediatría, un toco-ginecólogo y un médico clínico. Se trata de distribuir horarios y días para que cada día haya un médico generalista y un médico pediatra, tanto en turno mañana y tarde.

-Enfermería: Integrado por 4 enfermeros, dos trabajan en el turno mañana y los otros dos por la tarde. Entre las tareas que se realizan se destacan: inmunizaciones, control de signos vitales, entrega de medicación para tratamiento supervisado de TBC, curación de heridas, administración de inyectables, nebulizaciones, extracciones de sangre y recepción de muestras para laboratorio; estas dos últimas se realizan sólo los días lunes y jueves a las 7:30 hs, para luego remitirse a CEMAR a través de movilidad. Además realizan registros de sus prácticas y actividades académicas, como el taller de lactancia materna que se dicta los días miércoles por la tarde.

- Farmacia: Integrado por una farmacéutica y una pasante de enfermería, quienes alternan los días y horarios en los que asisten.

-Odontología: A cargo de un profesional. Asiste además, un concurrente de la especialidad.

- Psicología: Integrado por una profesional a cargo del área, trabaja en conjunto con trabajadora social en el mismo sector, así como también con el resto del equipo de salud.

- Trabajo Social: A cargo de una profesional en trabajo social. Sus funciones son:

A- Realizar intervenciones de profesionales de abordaje de situaciones problemáticas desde lo individual/familiar, grupal y/o comunitario./ Desarrollar estrategias que posibiliten construir interdisciplinariamente un proyecto terapéutico en el abordaje de situaciones problemáticas./ Implementar las técnicas o medios de abordaje, desde la perspectiva profesional, que se consideren pertinentes en el marco del proyecto terapéutico construido para cada situación.

B- Realizar intervenciones profesionales de asesoramiento ante interconsultas o requerimientos que presente la población.

C- Participar en la mejora continua del proceso de atención de la población referenciada y en la gestión de buenos niveles de satisfacción de los usuarios.

Hacia el interior del equipo, interdisciplinariamente, y/o hacia el exterior, intersectorialmente y en articulación con otros actores/reparticiones...

D- Propiciar diagnósticos interdisciplinarios e intersectoriales sobre las necesidades y problemas de la población.

E- Fortalecer las intervenciones profesionales desde una dimensión interdisciplinaria, promoviendo la construcción colectiva de dispositivos de trabajo institucionales y/o intersectoriales.

F- Participar de las reuniones de equipo del efector y/o actividades convocadas por el Departamento de Trabajo Social u otras Áreas de la SSP.

G- Promover la comunicación y la relación con los demás servicios y efectores de la red de salud municipal y provincial.

H- Articular con instituciones, dentro de la red de salud y de otras dependencias municipales, provinciales y nacionales, tanto públicas como privadas, con las que comparte responsabilidad en el mismo territorio.

I- Propiciar actividad docente y de investigación.

Organización de los procesos de atención

Para el abordaje de situaciones problemáticas, se generan espacios de encuentro con otros miembros del equipo donde puedan plantear dichas situaciones detectadas que requieren un abordaje interdisciplinario. La primera escucha se realiza en forma conjunta con la psicóloga del equipo para construir el problema objeto de intervención, estrategias de intervención y líneas de acción.

El trabajo que se realiza en equipo, consta de debatir problemáticas emergentes, resolver conflictos de salud y sociales teniendo en cuenta la perspectiva profesional de todas las áreas, se intercambian opiniones para trabajar de una manera interdisciplinaria y para reforzar los vínculos entre los integrantes del mismo. Se intenta, llevar adelante una clínica ampliada, atendiendo con gran responsabilidad los acontecimientos de salud que lleva a la consulta pero no perdiendo de vista nunca el contexto en el que vive y se desarrolla, su entorno, sus hábitos, su historia.

Hay situaciones en las que esto no es posible, situaciones inherentes a los/as sujetos/as, en relación a la personalidad y cuestiones individuales; en relación a dificultades en el sistema de salud que llevan a que se trabaje nuevamente desde esa criticada hegemonía médica. Afortunadamente, los/as profesionales son conscientes de estas falencias y trabajan diariamente para derribarlas o disminuirlas al mínimo posible.

2.2 Centro Regional de Salud Mental “Dr Agudo Ávila”

El Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila” fue parte de un proceso iniciado el 23 de abril de 1918, en la Universidad del Litoral, donde se presenta un proyecto en la Cátedra de Medicina Legal para que la Cátedra de Psiquiatría de Adultos se transforme en “Instituto de Psiquiatría”. Así fue que se creó el “Instituto de Psiquiatría de la ciudad de Rosario” integrado por varias cátedras.

En 1921 el Dr. Agudo Ávila, quien era delegado de la facultad de medicina, firmó un contrato, a través de la Facultad de Medicina para comprar un terreno, donde anteriormente funcionaba una pequeña enfermería anglo-alemana, la cual cerró sus puertas a principios de la primera guerra mundial. El objetivo era la construcción del “Hospital de Alienados”.

Fue así que en 1927 con aportes del Gobierno de la Provincia de Santa Fe se llevó a cabo la construcción de lo que hoy es el Centro Regional, el cual comienza a funcionar el 1 de octubre de ese año, con cinco pabellones. El centro dependía entonces de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) hasta 1981, donde pasó a formar parte del servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial del Centenario (Hospital público de alta complejidad).

Desde ese año se vislumbra un aumento en la demanda de atención en salud mental. Debido a esto, la guardia que funcionaba las 24 horas del día pasó a estar atendida por residentes y los pabellones donde estaban los internados, eran atendidos por docentes. Estos no contaban con un presupuesto propio y tampoco existía una organización administrativa que diera cuenta de la necesidad del servicio.

Una experiencia de comunidad terapéutica funcionó en el centro hasta la última dictadura cívico-militar. La misma fue llevada adelante por médicos que dependían en ese entonces de la UNR y también contaban con el apoyo y trabajo de estudiantes pertenecientes a diversas carreras como medicina, psicología, enfermería, antropología. En ese entonces la internación era considerada como elemento principal del tratamiento psiquiátrico ofrecido por el hospital, hasta la llegada de la democracia, donde comienzan a crearse alternativas a las internaciones, como la asistencia de emergencias llevada a cabo por la Guardia, donde se recibían las urgencias (crisis) considerado como espacio predominante hasta los '90.

En ese tiempo, la idea del hospital-escuela comenzó a desmoronarse y surge la necesidad de una reorganización del hospital. Así, el 9 de octubre de 1991, por resolución N° 1479 y de la mano de la Ley Provincial de Salud Mental (Ley N° 10.772), el Servicio de Psiquiatría se transformó en el actual “Centro Regional de Salud Mental”, considerada como estructura hospitalaria, dependiente del Área VIII (hoy denominado Nodo) y siendo la conducción y el personal dependientes de la Provincia de Santa Fe. Dos años después, bajo la conducción

del Dr Mossotti, se logró una planificación presupuestaria a partir de la ubicación del Hospital dentro de los efectores provinciales de salud.

A fines del año 2000 se incorporaron nuevos profesionales al personal, tales como abogados, trabajadoras sociales, psicólogos y también se crearon nuevos dispositivos como talleres y asistencia domiciliaria.

La intervención profesional del trabajador social era acotada, viéndose el profesional trabajando en forma más aislada y no interdisciplinariamente. Sus intervenciones estaban basadas en la gestión de recursos, subsidios, documentación, entre otros trámites. Así fue hasta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/2010). La misma demarca una revalorización de la profesión, abriendo puertas a que los profesionales realicen otros aportes a la estrategia terapéutica del usuario de salud mental, siendo parte activamente de los equipos interdisciplinarios.

Vale aclarar que el Centro Regional de Salud Mental “Dr Agudo Ávila” en los años de realización de las prácticas profesionales, presentaba estructuralmente y reproducía un modelo de institución propia del encierro. Esto podía verse en su infraestructura: patio central cerrado, pabellones con camas separadas por box, pasillos oscuros, office de enfermería apartados de los usuarios.

El Centro Regional de Salud Mental “Dr Agudo Ávila” aloja tres espacios completamente diferentes uno del otro: Consultorio Externo, Internación y Guardia.

El ingreso principal del hospital se realiza por calle Suipacha, allí se encuentra el área de “Consultorios Externos” y las oficinas administrativas que hacen posible el funcionamiento de la Institución: la administración, el archivo, la dirección, el área de personal, el área jurídica y el área de Servicio social entre otras. Una vez pasado el sector, llegando a portería, la seguridad permite el ingreso al patio interno, donde existen tres edificios, de los cuales dos de ellos alojan usuarios internados, sector “internación” (pabellones). El otro acceso al hospital se realiza por calle Santa Fe, allí se encuentra la “Guardia” donde se da la atención de las situaciones de gravedad (crisis) de algunos usuarios.

Es importante mencionar que anteriormente existía otro sector en el hospital, que tiene su

ingreso por calle San Lorenzo, donde hoy en día funciona el Centro Cultural “El Gomecito” dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial. Este dispositivo comienza a funcionar como parte de una propuesta asistencial del Hospital psiquiátrico Agudo Avila que se desarrollaba en un espacio contiguo al sector de la internación, donde talleristas realizaban tareas diarias para usuarios internados. Se trabajaban principalmente cuestiones vinculadas al cotidiano y problemáticas a la hora de pensar en la construcción de un “afuera” de la institución, conseguir trabajo y vivienda.

Un hecho significativo fue marcado por el cierre de acceso directo del Centro Cultural con el sector de internación, ya que con esto se logró alcanzar una realidad que el equipo de coordinación del Gomecito aspiraba como meta. Marcando de esta manera un cambio en la forma de trabajo. Y esto fue concretado una vez que se declaró el espacio formalmente como un dispositivo alternativo de la lógica manicomial y anclar su dependencia organizacional desde ese momento en la Dirección de Salud Mental de la Provincia. Este acto fue una apertura hacia la calle y un paso para empezar a hacer efectiva la implementación de la Ley de Salud Mental y Adicciones.

“El Gomecito” desde su creación funcionó como un dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial, pero ese reconocimiento realmente lo obtuvo a través de la Resolución n° 0006 del 17 de diciembre del 2015 del gobierno de la Provincia de Santa Fe, respaldo fundamental, pero no fundante.

“El Gomecito” es en definitiva un espacio de recreación y soporte, donde se lleva adelante un acompañamiento en la construcción de lo cotidiano de las personas con padecimiento subjetivo, promoviendo la restitución de derechos, integración y participación según posibilidades e intereses de las personas que desean participar. En este dispositivo se realizan también tareas como atención de crisis, asesoramiento y orientación respecto de otros espacios e instituciones de la cultura, este cuenta con las puertas abiertas a toda la comunidad.

Desde hace más de una década se vienen llevando a cabo diversos talleres como: teatro, cerámica, arte, actividades físicas y también cuentan con una radio abierta, micros

audiovisuales del Canal Gomecito y el programa de radio, entre otras.

En el Centro regional la Guardia/Tránsito es el lugar donde se da el primer contacto que tiene el/la usuario/a con el encierro. En este sector del hospital los/as usuarios/as se encuentran en constante crisis. Este espacio funciona como un “estabilizador” para la persona, donde se atiende la crisis. Una vez superada la misma se decide si debe continuar la internación o puede ser derivada/o a su centro de salud de referencia.

Se buscará volver a vincular (en lo posible) a ese usuario/a con su familia o amistades, ya que entienden que su participación en los procesos de internación y externación es necesaria para su mejor viabilidad; muchas veces las familias acompañan a la persona durante su paso por el Tránsito. Se realizan entrevistas a los mismos para lograr conocer la historia de la persona que se encuentra internada. Se intenta que el usuario se sienta sostenido por el equipo y la familia. Un papel muy importante que juega la familia es en los permisos terapéuticos, ya que no pueden irse sin algún familiar/tutor, y tampoco pueden volver a la institución solos. Cuando la familia se ausenta por completo, el mecanismo del tratamiento cambia, no tarda en introducirse toda una serie de dispositivos disciplinarios que buscan sustituir a la familia, reconstruirla y permitir a la vez prescindir de ella.

La Guardia, está compuesta por dos equipos interdisciplinarios, uno de atención inmediata conformado por varios psiquiatras, psicólogo/as. El otro equipo interdisciplinario, es el equipo de Tránsito, compuesto por una psicóloga, una psiquiatra, dos trabajadores sociales, tres enfermeros, dos abogadas y una médica clínica.

Todos los equipos tienden a lograr una dinámica interdisciplinaria, es decir trabajar transversalmente entre todas las profesiones que intervienen sin que existan relaciones de poder asimétricas entre ellas, donde una impere sobre otras e imponga su cosmovisión en la intervención.

Por otro lado la Internación es un lugar de alojamiento para la persona dependiendo los tiempos, la singularidad de cada sujeto y los respectivos criterios de cada situación particular. Abarca gran parte del territorio físico que compone al Hospital, ya que cuenta con tres pabellones, uno habitado por población masculina; otro, enfrentado a este con una

población mixta, donde se encuentran usuario/as crónico/as en la planta baja (tanto hombres como mujeres) y en la parte superior sólo mujeres. Un tercer pabellón que está en desuso, y un amplio patio central conectado a estos pabellones pero con puertas cerradas al área de guardia y de consultorio externo. Cuenta con cuatro equipos interdisciplinarios compuestos por enfermeros/as, un/a psiquiatra, un/a psicólogo/a, un/a trabajador/a social, y diecinueve acompañantes terapéuticos distribuidos por todo el sector, de los cuales ocho están en planta, por tanto, dependen de la institución, y, por otro lado, once que dependen de la Dirección provincial de Salud Mental

El/la usuario/a ingresa luego de haber permanecido un determinado tiempo en guardia, y junto con el criterio que se le asigne por los/as profesionales pasa al sector de Pabellón. Es así como el equipo interdisciplinario de guardia define una reunión con el equipo interdisciplinario de internación para derivarlo/a; en dichas reuniones se habla de cómo es el/la usuario/a, por qué ingresó, qué padecimiento subjetivo está atravesando, si posee alguna causa penal o no, la conformación de su familia, etc.

En esta transición Guardia-Internación, hay una primera disputa intersectorial. Algunos profesionales sostienen que el proceso debería ser a la inversa, la recepción de la demanda se debería realizar por internación para ser alojados lo/as usuario/as y hecho un análisis de su situación subjetiva, derivar a guardia aquellos casos agudos, de crisis, críticos.

Se busca evitar la institucionalización de las personas que ingresan, que sea un proceso que funcione a modo de un paso más hacia la estabilización de su situación, para luego poder mantener un cotidiano en el medio social con un cierto bienestar, no como etapa estancada en la vida de la persona. El problema consiste en que la internación aloja al/el usuario/a y consta de ciertos recursos que sustentan sus necesidades básicas.

Entonces ante la violencia y rechazo del medio social, producto de una cultura expulsiva de lo construido como locura, unida a la violencia material impartida por un sistema político social (capitalista), el sujeto realiza una transferencia para con la institución y esta comienza a ocupar el lugar de hogar. En este punto encontramos algo a trabajar en nuestra intervención profesional en internación, a través de nuestras intervenciones de cuidado y

alojamiento solemos generar, no intencionalmente, un proceso de transferencia hacia nosotros/as desde los/as usuarios/as. Debido a que nuestro objetivo es que esta persona pueda llevar adelante su vida de forma estable, tendiendo a un bienestar en el medio social, hay que trabajar sobre su autonomía y evitar generar dependencia institucional.

Los plazos en internación deben ser cortos (dependiendo de cada proceso en particular) pero, a su vez resultan más extensos que en la Guardia. Por lo que la internación se presenta como un momento estratégico clave para gestionar políticas sociales como: Documento Nacional de Identidad (DNI), Tarjeta Única de Ciudadanía (TUC), afiliaciones a las mutuales, pedidos de acompañantes terapéuticos, pensiones, etc. Guiados bajo criterios encaminados a la restitución de derechos y construcción de autonomía. Debido a los plazos, es un momento apto para trabajar los vínculos familiares, analizar la situación socio-económica de la persona, reunir datos y recursos para comenzar a pensar un “afuera”, la reinserción de la persona en el medio social.

Las Intervenciones son llevadas adelante a través de múltiples estrategias que, en las reuniones de equipo (una vez por semana) son creadas por los profesionales, allí se establecen determinadas técnicas para que por ejemplo, en casos de que la persona se encuentre hace mucho tiempo en internación, no se institucionalice, sino que pueda lograr una externación. Estas son planificadas de acuerdo a los recursos con los que cuente la institución y el usuario (o su familia) y el padecimiento del mismo.

En casos de ser dados de alta, el equipo debe encontrar un lugar donde pueda hospedarse, ya sea en sus propios hogares, como pensiones, casas de hospedajes (de día o de noche), también se articula con casas asistidas, geriátricos y centros de salud ubicados en la zona donde viven. (estos deben cumplir con ciertos requisitos que pide el Estado como habilitación, facturación, buenas condiciones, etc).

Otra de las tareas que se lleva adelante por parte de los equipos, pero que en la mayoría de las veces son realizadas por la trabajadora social del equipo son: el tramite de Obras sociales, Documentos, Pensiones, Jubilaciones, Certificados de Discapacidad e Incapacidad; servicios de inclusión social y laboral para usuarios después del alta. Se

realizan visitas domiciliarias, las veces que sean necesarias, acordadas con el usuario, y estas en su mayoría son realizadas por el equipo completo. Por último, tanto los usuarios que siguen dentro de la institución (en internación) como los externados, concurren a Dispositivos Sustitutivos, donde realizan actividades recreativas. Se les da herramientas a los mismos para que por sí mismos puedan hacerlo solos, de no ser así son acompañados por el equipo en las actividades, mudanzas y trámites.

El objetivo principal de los equipos es poder lograr la externación de los/as usuarios/as internados/as, poder construir un afuera, con las condiciones necesarias para lograr el alcance de una plena autonomía. De no poder darse la externación, por ende, quedar internados/as, que su vivencia el día a día sea agradable y donde pueda obtener y llevar adelante un tratamiento adecuado de acuerdo a su padecimiento y condición.

Por último, el área de Consultorios Externos la cual está conformada por tres equipos interdisciplinarios, compuestos en su totalidad, por diez psiquiatras, siete psicólogo/as, dos trabajadoras sociales, una operadora comunitaria, cuatro trabajadores en farmacia, tres acompañantes terapéuticos.

En este espacio se se vislumbran luchas de poder, ya que hoy en día, a pesar de los cambios, y las nuevas leyes y paradigmas, se puede notar que aún sigue predominando el Modelo Médico Hegemónico, debido a la legitimidad históricamente heredada a la profesión, y en donde el Trabajo Social aún sigue siendo ocupando en este ámbito un lugar de inferioridad.

En este sector la población con la que se trabaja se encuentran externadas, habiendo pasado ya por el tránsito o el sector de internación, ya en el afuera, con tratamiento ambulatorio, muchos trabajan o están bajo la tutela de familiares o amigos, viviendo en sus hogares o en pensiones, con una autonomía en construcción continua.

Generalmente se puede observar una gran desvinculación entre usuarios/as y sus respectivas familias, por múltiples razones, ya sea por no tener las condiciones necesarias en materia económica, falta de una vivienda a donde regresar una vez dada el alta o propuesta de un tratamiento ambulatorio, por una rotura o falta de vínculo, entre otras. Esto

provoca que, al encontrarse en soledad, el proceso de inserción en la sociedad de los usuarios le sea muy difícil de llevar adelante. Es necesario un gran compromiso del equipo y predisposición de los mismos para poder intervenir y dar las soluciones correspondientes en determinada situación.

Es más ágil trabajar con usuarios que tengan un entorno familiar, barrial, una contención en términos de lazos sociales, que acompañen el trayecto de su tratamiento, pero en la mayoría de los casos esto no sucede. Esta es una de las grandes problemáticas por las que se atraviesa a la hora de intervenir.

Desde el Trabajo Social se busca el cumplimiento de todos los derechos de las personas que están atravesando un tratamiento en la institución, sobre todo el derecho a la asistencia. Se le informa al mismo cuáles son sus derechos, opciones y alternativas para escoger a la hora de encontrarse estabilizado. Al ser el Agudo Ávila una institución de tercer nivel, es bastante complicado gestionar diferentes políticas sociales, teniendo como agravante encontrarnos en el contexto de una guardia, donde solo se atiende la urgencia y el estado de los mismos suele ser muy breve para trabajar en profundidad ciertas políticas o gestiones sociales. En muchas situaciones se comienza el trámite para empezar a trabajar con las mismas, y luego la situación la sigue el Centro de Salud de georreferencia del mismo o en su defecto continúa a su internación en el Pabellón y se profundizan las situaciones desde allí.

CAPÍTULO 3: CATEGORÍAS CLAVES PARA ENTENDER LA PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIA POR MOTIVOS DE GÉNERO

*“Desde dónde miremos
y qué herramientas usemos para
leer el mundo importa, y mucho”
Amaia Pérez Orozco*

En nuestro análisis ponemos la mirada sobre mujeres con padecimientos subjetivos en contextos de vulnerabilidad y violencia, entendiendo que son un grupo social que por mucho tiempo viene siendo foco de opresión y violencia por el hecho de ser mujeres. Por ende creemos necesario el abordaje de tales situaciones desde una perspectiva de género, transversal a las diversas situaciones de violencias a las que este grupo está expuesto en nuestra sociedad, contextos socio-económicos, avances y retrocesos en materia de derechos y reconocimiento de las mismas.

Para llevar adelante el desarrollo de nuestra experiencia en los CFP, se desarrollan aquellas demandas de mujeres/madres con padecimientos subjetivos y los abordajes que se llevaron a cabo desde las instituciones, resaltando el rol del trabajo social en los equipos de APS y salud mental, consideramos necesario, en primer lugar, describir aquellas categorías que acompañaran nuestra mirada de las intervenciones del trabajo social con perspectiva de género.

3.1 Hacia una intervención con perspectiva de género

El concepto “Género” actualmente es utilizado por el Feminismo contemporáneo como una herramienta de análisis para denunciar al sexismo por la desigualdad expresada en el control, represión y explotación sobre los cuerpos de las mujeres a partir de su naturalización. El género hace referencia a prácticas, ideas y discursos que marcan diferenciación y jerarquías.

Retomando a Martas Lamas (2002):

A partir de poder distinguir entre el sexo biológico y lo construido socialmente es que se empezó a generalizar el uso de género para hacer referencia a muchas situaciones de discriminación de las mujeres, que han sido justificadas por la supuesta anatomía diferente, cuando en realidad tienen un origen social (p.5).

El Género, como categoría social, es una de las contribuciones teóricas más significativas del feminismo contemporáneo. Esta categoría analítica surgió para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres, poniendo énfasis en la noción de multiplicidad de identidades. Lo femenino y lo masculino se conforman a partir de una relación mutua, cultural e histórica.

Concebimos al Género como una categoría fundamental para entender las formas en las cuales el sexo y la diferencia sexual han sido concebidos - en este caso particular en la situación de mujeres con padecimientos subjetivos que sufren diversos tipos de violencia- y que impactos tiene en su subjetividad, en tanto mujeres, madres, su percepción de ellas mismas y de la sociedad frente a su situación y cómo se de-construye la idea de diferencia sexual en los centros de salud donde son abordadas por los equipos interdisciplinarios, desde una perspectiva de género.

Tomamos a la feminista Susana Gamba (2008) quién en su artículo sobre Perspectiva y estudios de género, expresa que:

El género es una categoría transdisciplinaria, que desarrolla un enfoque globalizador y remite a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se le atribuye a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad. Las elaboraciones históricas de los géneros son sistemas de poder, con un discurso hegemónico y pueden dar cuenta de la existencia de los conflictos sociales. Y la problematización de las relaciones de género logró romper con la idea del carácter natural de las mismas (p.1).

Otra formulación significativa para analizar estas identidades construidas históricamente y en permanente transformación es la desarrollada por la antropóloga y activista feminista Rita Segato (2003) la cual en su escrito "Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos" concibe al Género como una categoría que trasciende la simple clasificación binaria entre hombres y mujeres, expresa que el género es una construcción social y cultural que abarca un conjunto de normas, roles, expectativas y relaciones de poder que determinan cómo se vive y se experimenta la masculinidad y la feminidad en una determinada sociedad. Entiende al género no como característica innata o biológica, sino como algo que se aprende y se internaliza a través de procesos sociales y simbólicos.

Podemos decir que el Género no se reduce sólo a diferencias físicas o biológicas entre los sexos, sino que implica una compleja matriz de relaciones sociales, culturales e históricas que influyen en la construcción de las identidades y los comportamientos de las personas. Entendiendo que el género no es estático ni universal, sino que está en constante transformación y varía de acuerdo con el contexto sociohistórico y cultural. Por tanto se realiza una crítica a la imposición de roles y estereotipos de género que perpetúan desigualdades y violencias hacia las mujeres, así como la naturalización de la violencia masculina. Aca vemos pertinente tomar los aportes de la filósofa Judith Butler (2001) la cual en su obra " El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad" plantea que:

El Género no debe interpretarse como una identidad estable o un lugar donde se asiente la capacidad de acción y donde resulten diversos actos, sino, más bien, como una identidad débilmente constituida en el tiempo, instituida en un espacio exterior mediante una repetición estilizada de actos (p.172).

Entender al Género desde esta perspectiva, posibilita problematizar las observaciones en nuestros espacios de práctica y desandar qué mandatos y reproducciones obran allí. De este deriva la Perspectiva de Género, que permite analizar cómo operan las representaciones sociales, los prejuicios y estereotipos en cada contexto social. Podemos

decir que el concepto de género abre y cuestiona “verdades absolutas” que muchas veces naturalizan las desigualdades entre varones y mujeres. Con los aportes de diversas Ciencias Sociales y de las Teorías de Género fue posible reconocer las diferentes configuraciones sociohistóricas y culturales del género y así superar el determinismo biológico.

Revisar la problemática cultural del género y la violencia que se desprende de la diferencia que implica el sexo en una sociedad patriarcal, desde la Perspectiva de Género supone, en primera instancia, conceptualizar esta categoría, ya que de esta manera se pueden analizar los relatos de mujeres que llegan a las instituciones atravesadas por situaciones de violencia que sobrepasan su control y requieren de una escucha y acompañamientos despojados de prejuicios e imaginarios social y culturalmente construidos

Aquí nos parece pertinente traer los aportes de Marcela Lagarde (1996) política, académica, antropóloga e investigadora, especializada en etnología y representante del feminismo latinoamericano, quién en su obra “Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia” expresa que:

La Perspectiva de Género permite comprender la complejidad social, cultural y política que existe entre mujeres y hombres, ignorada por otros enfoques, obstinados en presentar un mundo naturalmente androcéntrico, en ese sentido otras visiones dominantes en nuestra cultura consideran que las diferencias entre mujeres y hombres son naturales y que lo que ocurre a las mujeres como mujeres y en las relaciones entre mujeres y hombres, no tienen la suficiente importancia como para impactar en el desarrollo (p.16)

Ahora ¿cuán necesaria es la incorporación de la perspectiva de género a la hora de intervenir como profesionales? Podemos decir que la categoría Género, como la de clase, etnia, raza, entre otras, son parte de la construcción de subjetividades y posiciones que tomamos frente a determinadas situaciones que se presentan y sobre las que se va a llevar adelante la intervención.

Siguiendo a Cruz y Vasquez (2018),

La perspectiva de género, en tanto enfoque crítico que posibilita problematizar las realidades institucionales que sostienen un sistema asimétrico entre mujeres y varones, desvalorizando modelos que se diferencian del mandato dominante heterosexual. A la vez, esa referencia permite desnaturalizar las prácticas socialmente establecidas, y visibilizar las desigualdades de género para avanzar en la igualdad de trato y oportunidades (p.113).

Nos permite comprender las problemáticas que llegan a los centros de salud a partir de las interpretaciones que cada grupo social- en este caso mujeres- realizan sobre sus vivencias, muchas veces marcadas por roles sociales en la familia y/o sociedad atribuidos en razón de género, sus relaciones marcadas por cuestiones sociales y culturales, con el fin de problematizarlas y transformarlas, pero para ello es necesario desandar tensiones dentro de los equipos interdisciplinarios.

Aquí hacemos hincapié en los aportes de Luciano Fabbri y Laura Rovetto (2020) quienes expresan que:

La transversalización de la perspectiva de género requiere una profunda revisión y problematización del impacto que las desigualdades culturales basadas en el género y la sexualidad tienen en la producción de conocimiento, en las subjetividades que lo producen, en las relaciones de su producción, en los métodos de investigación, validación, legitimación y divulgación, así como en las perspectivas pedagógicas y de enseñanza-aprendizaje (p.74)

Entendiendo que muchas veces dentro de los equipos interdisciplinarios hay miradas y sentires diferente en cuanto a las situaciones que llegan a los centros, debemos tener en claro que en el trabajo con mujeres en situaciones de violencia debemos llevar adelante la práctica profesional con perspectiva de género, lo que nos permitirá vislumbrar los múltiples factores que generan condiciones para que las violencias existan. El sistema patriarcal es el que da origen a la violencia de género, este sistema desvaloriza discursos de mujeres y niega en muchas ocasiones sus derechos y libertades.

La ausencia de la transversalización de la perspectiva de género permite que se repitan estereotipos, perpetuando las desigualdades y como resultado aumentando significativamente la desprotección frente a diversas violencias. Desde las instituciones se deben incorporar estas miradas al momento de recibir las demandas, estar preparado/as para la escucha y a la hora de crear las estrategias para intervenir, esto nos permitirá ver y escuchar y reconocer a mujeres como sujeto de derecho.

Ahora bien, las problemáticas de violencia de género vistas desde esta perspectiva, debe ser llevada adelante desde las intervenciones de todos/as y cada uno/a de lo/as profesionales que albergan las instituciones. Desde el trabajo social, su intervención debe estar marcada por el reconocimiento del lugar desigual que ocupan las mujeres en la sociedad, lo que provoca que sean foco de violencias, este reconocimiento da lugar al diseño de estrategias, prácticas que puedan empoderar a las mujeres. Esto será posible sólo si se da una real incorporación de la perspectiva de género dentro de las instituciones, así se podrán evidenciar relaciones de poder y reconocer que los diferentes modos de violencia se configuran a partir de estas relaciones desiguales.

La transversalización de la perspectiva de género implica reconocer que las políticas no son neutrales al género y que en algunos casos, pueden contribuir a la transformación de esas relaciones, o bien, reforzar la inequidad.

En este sentido reconocemos la importancia de definir violencia para luego identificar en los diversos relatos que llegan a las instituciones las diversas violencias a las que están sometidas las mujeres.

Podemos iniciar tomando la definición de violencias por razones de género contra las mujeres plasmada en la Ley 26.485 "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales" en la cual expresa:

Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida,

libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. (Art.4)

En la misma se reconocen seis tipos de violencias contra mujeres: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica y política; por otro lado encontramos plasmadas diversas modalidades de violencia: violencia doméstica, violencia institucional, violencia laboral, violencia contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica, violencia mediática contra las mujeres, violencia contra las mujeres en el espacio público, violencia pública-política contra las mujeres, violencia digital o telemática.

En un contexto de vulnerabilidad general derivado de un aval de odio por parte del gobierno nacional, existe hoy en Argentina un ataque sistemático contra el feminismo y diversidades. Esto se ve reflejado en discursos de odio por parte de representantes de la nación, derivando en un aumento significativo de las violencias, de las cuales muchas concluyen en femicidios (concepto que hoy está en riesgo). Esto es parte de un plan de desmantelamiento de políticas feministas y de género, entre ellas el cierre del Ministerio de la Mujer y la subsecretaría contra la Violencia de Género y desfinanciamiento de programas de apoyo a mujeres y diversidades sexuales, sin dejar de lado que aunque los discursos por parte del gobierno nacional nieguen la existencia de la violencia de género, en Argentina una mujer es asesinada cada 35 horas, durante el último año fueron registrado 283 femicidios³.

Entendemos la importancia de sostener y contribuir a una perspectiva de género que busque la transformación de las relaciones de poder, reduciendo las desigualdades, realizando una distribución por igual de recursos materiales y simbólicos, ampliando derechos y autonomía de toda persona. Pero para que todo esto pueda darse se necesita de un compromiso del Estado para poder romper con todos aquellos estereotipos que sustentan las desigualdades y exclusiones en la sociedad, velando por la construcción de

³ Informe Observatorio de Femicidios en Argentina “Adriana Marisel Zambrano” (2024) Coordinado por la Asociación Civil La Casa del Encuentro:
file:///C:/Users/Usuario/OneDrive/Escritorio/femicidios-informe-2024.pdf

una sociedad con comunidades heterogéneas en donde ser mujer no sea nunca más un objeto que pueda ser violentado de múltiples maneras como lo es hasta hoy.

Concordamos con Alfredo Carballada quien en su obra “La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica” (2013) expresa que el Trabajo social como una disciplina clave en los procesos de intervención en lo social que se ha constituido con un dominio de saber que por su dirección histórica, siempre ha estado comprometido con la defensa de ideales democráticos, de libertad, de justicia social y en la constante defensa de los derechos humanos.

Así, se entiende que la intervención es un lugar clave para instaurar nuevos debates, cuestionamientos, dentro de las instituciones en donde nos encontremos, allí es donde se va a vislumbrar que todo lo que se construye desde la desigualdad, violencia e injusticia puede ser visto, escuchado, de-construido y posible de ser transformado.

3.2 Políticas Públicas ¿corren riesgo en democracia?

Cuando hablamos de Leyes, Políticas Públicas y Políticas Sociales relacionadas a la cuestión de Género, principalmente a derechos de las mujeres, nos referimos a formas de acompañar, prevenir y erradicar diversas formas de violencias hacia ellas. Son las herramientas que poseen los/as profesionales a la hora de intervenir como trabajadores/as del Estado, estando el Trabajo Social inmerso en diferentes áreas (salud, educación, justicia, etc).

A la hora de intervenir desde el trabajo social se utilizan las políticas públicas/sociales como principal herramienta. Estas marcan el horizonte de intervención, ayudando a establecer objetivos en relación a determinadas situaciones - en este caso de violencia contra mujeres- que se presenten en forma de demanda.

Pero ¿qué pasa cuando cada vez contamos con menos políticas de Género? ya que una vez analizada la situación que se presenta como demanda, se debe ver con cual política se cuenta para intervenir y partiendo de allí ver con qué recursos se cuenta desde las instituciones para ello.

Concebimos Políticas de Género como aquellas que buscan intervenir explícitamente en las condiciones de vida de las mujeres y diversidades para mejorarlas, ampliar derechos y derribar las relaciones desiguales. Necesitamos una comprensión matricial, que en definitiva es lo que llamamos transversalidad. Y la comprensión transversal es necesaria para que cada acción del Estado se convierta al mismo tiempo en una política pública de igualación, una política de derechos para todos/as.

Según Karina Batthyány Directora Ejecutiva en el documento CLACSCO (2022) expresa que:

Las Políticas Públicas con enfoque o con Perspectiva de Género responden a la necesidad de integrar a las mujeres y a las disidencias en los diversos ámbitos de la sociedad, reconociendo que viven todavía en condiciones de discriminación, de dependencia, de subordinación, de exclusión, debido a un conjunto de prácticas sociales y de concepciones culturales que determinan esas dependencias, subordinaciones, exclusiones, discriminaciones (p.12)

Si reflexionamos acerca de la transversalización de las políticas de género en el Estado, podemos decir que hubo ciertos avances y retrocesos. El Centro de Economía Pública Argentina (CEPA)⁴ plantea que para el 2025, se esperan severos ajustes, los cuales dieron inicio en 2024 como medidas de ajuste impulsadas por Gobierno Nacional, implicando grandes recortes adicionales en áreas críticas como salud, educación, cuidados e ingresos.

Un ejemplo significativo está expresado en el Presupuesto 2025 elaborado por el Gobierno, donde no figuran partidas específicas para el Programa Acompañar, ni para la Línea 144, ni para el Patrocinio Jurídico a Víctimas de Abuso Sexual ni para el fortalecimiento de la Educación Sexual Integral, entre muchas otras. Por lo tanto, el ajuste fiscal no es neutral en términos de género, por el contrario, tiende a profundizar las desigualdades existentes. Así,

⁴ Informe de análisis del centro de Economía Política Argentina (CEPA) sobre la ejecución durante 2024 del gasto etiquetado como Presupuesto con Perspectiva de Género (PPG) en el año 2023 y su proyección en el Presupuesto 2025:
<https://centrocepa.com.ar/informes/584-presupuesto-2025-sin-perspectiva-de-genero>

podemos decir que las consecuencias recaen asimétricamente sobre mujeres y diversidades.

Siendo que la violencia contra las mujeres es concebida como una de las mayores violaciones de los Derechos Humanos en la actualidad, que viene en aumentos significativos como anteriormente expresamos, es un problema de Estado, ya que este asume como compromiso constitucional, a través de diferentes normas y tratados erradicar sancionar y prevenir todos los tipos de violencia contra la mujer.

En Argentina desde que se ratificó en 1985 a través de la Ley N° 23.179 la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el país por medio de este instrumento internacional de Derechos Humanos, se compromete a desarrollar acciones orientadas a combatir y erradicar todo tipo de discriminación de la que son objeto las mujeres, a través de leyes, políticas públicas/sociales que permitan la garantía y ejercicio de los derechos. Esto deja claro la posición del Estado, quien al adherirse, toma como compromiso formal la lucha contra discriminaciones y violencias contra mujeres, considerando las mismas como problemáticas sociales de larga data.

El Estado debe reconocer que la violencia contra la mujer existe, y que no se trata de un problema individual, sino que es social y cultural. Le compete a la sociedad toda, pero se debe comenzar con el cumplimiento de Tratados y Leyes, cumpliendo con lo establecido. Hacer de estas problemáticas responsabilidad social, tanto de organismos, instituciones como de toda la comunidad de intervenir, denunciar y dar apoyo a las víctimas (que cada vez son más) y que puedan acceder a programas de prevención, información, acompañamiento y erradicación de todo tipo de violencias de las que son foco.

Como profesionales, comprometidos con la justicia social sosteniéndonos en los derechos humanos, pedimos que el Estado se comprometa con una verdadera transformación de la realidad. Que se pueda generar una articulación entre el movimiento feminista para que con sus aportes sea posible este horizonte de emancipación y libertad de todo tipo de violencia y opresión.

3.3 Violencia de Género: problemática de ayer y hoy

En nuestro trayecto de formación profesional nos encontramos con situaciones problemáticas en común respecto a la población usuaria con la que trabaja cada institución y que sostienen cierta proximidad. Hacemos alusión a situaciones de mujeres con ciertas dificultades subjetivas psíquicas que condicionan las posibilidades de asumir funciones de cuidados hacia sus hijos/as. Llegadas a este punto, nos detuvimos a analizar las diversas y complejas historias de vida que estas mujeres-madres atravesaron. Poniendo foco en sus vínculos familiares, barriales e institucionales, descubrimos que en su mayoría estaban inmersas en contextos familiares violentos, sostenían relaciones de parejas violentas, viviendo así en situaciones extremadamente vulnerables, con pocos o nulos lazos afectivos familiares, de amistades, etc.

Hacemos referencia a situaciones de mujeres con posibles padecimientos subjetivos, adultas mayores y en su gran mayoría empobrecidas, debido a falta de empleo, dependencia económica, entre otras; aquí no solamente es el orden de género el que está actuando, sino que están actuando otros sistemas de opresión que multiplican las condiciones de pobreza y vulnerabilidad. En este sentido, entendemos que la vulnerabilidad no es una característica de las personas, es una condición, que tal como expresamos anteriormente, está impuesta por un sistema desigual, en donde las mujeres son foco de diversos tipos de violencias, no solo física, sino también económica, política, social, cultural, violencia en las relaciones que se van generando a partir de ese orden de género, desigual, injusto, producto de un sistema desigual que es necesario romper.

Según Marta Ferreyra (CLASCO, 2022) Directora General de la Política Nacional de Igualdad y Derechos de las Mujeres: “si no logramos romper la desigualdad, con todo el esfuerzo que estamos haciendo las feministas de todas partes del mundo combatiendo esto y los aliados que están trabajando en romper este sistema, si no la paramos, la desigualdad es transgeneracional.” (p.22)

Pero, ¿de dónde viene todo esto? concebimos que debemos partir del sistema de dominación reconocido por siglos como el más opresor: El patriarcado.

Como expresa Arriazu (2000):

El sistema de dominación y subordinación más opresor es el del género, también llamado patriarcado. Fue la primera estructura de dominación y subordinación de la historia y aún hoy sigue siendo un sistema básico de dominación, el más poderoso y duradero de desigualdad y el que menos se percibe como tal. (p1)

Tal sistema tiene su origen en el seno de la familia, donde el padre era quien poseía el poder y potestad de gestionar, liderar, ser amo y señor de cada persona dentro de su hogar. Situación que se mantuvo presente por siglos a través de hábitos, costumbres, prácticas de lo cotidiano, parte de un imaginario donde se establecen aún hoy roles a través de los que se apropia y controla a las mujeres, a quienes no se les permite gozar de una igualdad de oportunidades y derechos.

Siguiendo a Carosio (2017):

El patriarcado se sostiene en un conjunto de instituciones políticas, sociales, económicas, ideológicas y afectivas que producen y reproducen prácticas cotidianas colectivas y personales que se dan en lo público y en lo privado. La división sexual del trabajo, la feminización de la pobreza, la violencia contra las mujeres, la mercantilización del cuerpo femenino, el tráfico de mujeres y la prostitución, la maternidad obligatoria y desprotegida, la dependencia corporal y la sumisión afectiva, la segregación ocupacional y política, son solo algunos de los males que derivan del sistema patriarcal. (p.28)

Creemos que persiste aún hoy el imaginario en razón de género que implica cierta idea de superioridad del hombre sobre la mujer, en relación a la toma de decisiones, idea de poder y de sometimiento de la misma en el hogar, y cuando esta idea es cuestionada da paso a diversas formas de violencia. Pero ¿qué implican estas formas de violencia?

Siguiendo a Arriazu (2000):

La violencia es siempre una forma de demostrar que se ostenta el poder mediante el empleo de la fuerza, sea física, psicológica, económica, política, etc., e implica la existencia de un "superior" y de un "subordinado" (...) La violencia pretende ser un mecanismo de control social de la mujer que sirve para reproducir y mantener el statu quo de la dominación masculina. (p4)

Desde 1979 se incorporó a las mujeres a la esfera de los Derechos Humanos, como resultado de la Asamblea General de las Naciones Unidas en donde se aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En el documento de la CEPAL (1996) se expresa:

Entre las resoluciones de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos se hace hincapié en la importancia de que las mujeres gocen del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida, en vista de lo cual se reconoce su derecho a una atención de salud accesible y adecuada, a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, al acceso a todos los niveles de la educación en condiciones de igualdad y a tener una vida libre de violencia...La Declaración 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer y la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, propuesta por la Organización de los Estados Americanos por intermedio de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). En la Declaración se reconoce la urgente necesidad de hacer extensivos a las mujeres los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos (p.12).

Nos resulta importante hacer mención de un artículo de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993):

Artículo 1: A los efectos de la presente Declaración, por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico

para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. (p.1)

Teniendo en cuenta dicho documento, y sus artículos, entendemos que dentro de lo que llamamos “violencia contra la mujer” abarca una serie de actos, como violencia física, sexual, psicológica, abuso sexual, mutilación genital femenina, acoso e intimidación sexual en cualquier ámbito, prostitución forzada, violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado.

Todos los avances en materia de derechos y reconocimiento de las formas de violencia se centran en la búsqueda de hacer visible la violencia contra las mujeres, las violaciones de sus derechos, la consideración de sus intereses y demandas en los instrumentos sobre protección y promoción de los derechos humanos de las Naciones Unidas.

A partir de este desarrollo conceptual, pudimos identificar en nuestros CFP a través de la observación y escucha, determinadas situaciones que vivieron y aún vivían mujeres/madres, inmersas en una vivencia de violencia y vulnerabilidad, pudiendo decir que entran en las categorías anteriormente nombradas, asociadas en su mayoría a violencias dentro del hogar.

Resaltamos así la importancia de la concepción de derechos de estas mujeres a los ojos de profesionales, entendiendo que la atención debe ser integrada, a través de espacios de escucha y contención. Teniendo en cuenta la percepción y deseos de estas mujeres con respecto a su situación y cómo desean que sea su acompañamiento.

Otra característica de la intervención en esta línea, es tener en cuenta las diversas maneras en que estas demandas se hacen presentes en los Centros de salud. Por un lado, si se trata de demanda inmediata/urgente que requiere de una intervención en el momento, de forma integral; si es una demanda específica, solicitada por la mujer por una determinada situación, la cual puede ser pactada entre profesionales o profesional presente y la persona;

Y por último y no menos importante, la derivación inmediata de la demanda, las cuales llegan a los equipos, de parte de otros centros o equipos con los cuales se trabaja en red.

3.4 Intervenciones por parte de los equipos del Centro de salud salvador mazza y centro regional de salud mental agudo ávila en situaciones de violencias

A continuación desarrollaremos dos situaciones representativas entre el Centro de Salud “Salvador Mazza” y el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”. (Vale aclarar que los nombres mencionados son totalmente ficticios).

Situación 1

Julia mujer madre de 32 años de edad, con dos hijos, un niño de 11 años y una niña 9 años de edad, ingresa en reiteradas ocasiones a la guardia del Centro regional de salud mental Dr Agudo Avila por crisis subjetiva, motivo de atravesar constantes episodios de violencia con su pareja conviviente, padre de sus dos hijos/as. La misma es oriunda del Barrio Nuevo Alberdi, siendo institución de referencia el Centro de Salud Salvador Mazza.

Su paso por Salud Mental comenzó cuando la misma tenía 25 años, iniciando su tratamiento y acompañamiento por el equipo de consultorios externos, donde se realizaban visitas a su hogar, o se pactaron entrevistas una vez por semana con la trabajadora social, psiquiatra y psicólogo. Luego, dentro de las reuniones de equipo se pactaron pasos a seguir dentro de la estrategia de intervención, de acuerdo a lo cambiante de la situación.

Con el paso del tiempo fue aumentando la situación de violencia dentro del hogar, el consumo problemático de sustancias al igual que las crisis de la mujer, por tal motivo se decide comenzar a trabajar en red con el Centro de Salud de referencia de la usuaria, a fin de poder acompañar más de cerca la situación y poder contener a la misma.

A través de reuniones se pudo recuperar la trayectoria de vida de Julia, la cual se encontraba atravesada por grandes vulnerabilidades como: situación económica y situación habitacional extremadamente vulnerable, sin agua potable, sin gas para cocinar y/o calefaccionarse (utilizaban para ello la quema de basura para hacer fuego), sin ningún tipo de elementos de higiene personal, con una compleja historia de vida vinculada a la violencia

desde su niñez hasta el momento de internación, lo que luego de varias entrevistas y análisis con el equipo de los centros de salud concluimos que podría ser uno de los desencadenantes de su propia relación violenta para con sus hijos/as y su consumo problemático, entre otras características.

En relación a sus hijos/as, por un lado, la niña de 9 años de edad presenta un diagnóstico neurológico, denominado encefalopatía hipóxico-isquémica. Nunca se ha podido trabajar profundamente la situación de la niña desde el centro de salud, ya que, su madre y su padre no conciben dicha situación de la misma manera que el equipo Centro de Salud, lo que no permite realizar las intervenciones necesarias. Por otro lado, su otro hijo de 11 años de edad, asiste a la misma escuela junto con su hermana. El niño suele ser objeto de burla por compañeros que lo molestan por la discapacidad de su propia hermana. Esto hace que exprese comportamientos violentos hacia sus compañeros en defensa de la misma, situación que provoca una difícil permanencia del mismo en la escuela, ya que debido a estos episodios asiste con irregularidad a clases.

En cuanto al padre biológico de los niños, es una persona alcohólica y en extremo violenta. No cuenta con un trabajo formal, mantiene trabajos de pocos ingresos e intermitentes, los cuales no puede sostener. El ingreso de dinero es utilizado para compra de sustancias y a veces de alimentos. En los relatos de relatos de la usuaria se ha identificado que desde hace más de 10 años se desarrollaron dentro del hogar diversas formas de violencia hacia ella y hacia su hijos, aunque con estos últimos no utiliza violencia física, sino verbal.

En cuanto a lazos familiares, Julia fue acompañada en varias ocasiones por una hermana, pero debido a una pelea con su cuñado, debió dejar de acompañarla. En cuanto a la pareja, no se logró hacer contacto con ningún familiar, ya que los mismos no viven en la provincia debido a una ruptura del vínculo, por motivos que se desconocen.

Situación 2

María de 29 años de edad, madre de dos niñas de 2 y 5 años de edad. Oriunda del norte de nuestro país, desde el año 2013 habitante del barrio Nuevo Alberdi, paciente del Centro de Salud Salvador Mazza.

La mujer fue diagnosticada con esquizofrenia en el año 2015 por parte del equipo de internación del Centro Regional de Salud Mental Dr Agudo Ávila. Desde su externación, es acompañada por el equipo de consultorios externos y se encuentra en tratamiento ambulatorios esto implica que la misma debe tomar una determinada medicación que retira en el mismo centro en la parte de farmacia una vez por mes. También debe asistir a entrevistas una vez por semana con la trabajadora social, y cada 15 días con el psiquiatra y psicóloga para un sostenimiento del tratamiento y acompañamiento de la situación.

Su centro de salud de referencia está cerca de su hogar, donde en varias ocasiones asistió a reuniones con la trabajadora social y pediatra, quien lleva el control de sus hijas. En las entrevistas con la trabajadora social descubren que no sostiene controles, ni tampoco cumple con toma de medicación, ya que manifiesta no tener mucho tiempo por estar dedicada por completo a la crianza de sus hijas. Aún con la dificultad que le impone su padecimiento, la misma se esfuerza diariamente por cumplir su rol de adulta garante de cuidado para con sus hijas, buscando maternar y cuidar de las mismas lo mejor posible, aunque con un contexto de vulnerabilidad extrema, las niñas siempre se encuentran bien cuidadas.

El equipo del centro de salud se contactó con el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” para pactar una reunión y poder trabajar en conjunto la situación de esta mujer/madre. Se comparte la información por parte de la mujer desde ambas instituciones.

María, actualmente está en pareja con Pedro, 25 años mayor que ella. El mismo trabaja en la ladrillera del barrio casi todo el día. En una visita de la trabajadora y psicóloga al hogar pudieron hablar con él y enterarse de su situación laboral, siendo una ardua jornada laboral y precarizada.

Con respecto a las niñas, la de 2 años de edad, tiene estrabismo en uno de sus ojos, pero ambas, sostienen controles de salud con frecuencia en el Centro de Salud, llevadas por su madre.

La usuaria sufre de severas crisis, las cuales le impiden poder responder adecuadamente a los cuidados de las niñas, y todo lo mencionado anteriormente respecto al buen cuidado, no se puede lograr, a veces por días enteros. La misma se encuentra muy sola en cuanto a la crianza y a los cuidados, y muchas veces esto, y el contexto en el que viven, suele ser desencadenante de sus crisis, hasta llevarla a consumir alcohol. El padre de las niñas, como mencionamos con anterioridad, cuenta con largas jornadas laborales y si no cumple con el horario estipulado, no recibe paga diaria, por lo tanto no tiene recursos para alimentar a sus familia.

En cuanto a lazos familiares, Pedro se encuentra sin familia en el barrio, y María se fue del norte de nuestro país escapando de graves situaciones de violencia y abuso provenientes de su familia conviviente.

Consideraciones

En nuestro trayecto por los centros de formación profesional, hemos sido parte de intervenciones en las cuales eran recurrentes que muchas mujeres plantean diversas situaciones de violencias de las que eran víctimas.

Los acompañamientos estuvieron orientados a que logren construir “un afuera” libre de violencias, maltratos y vulneración de sus derechos y libertades. Con el tiempo, fuimos identificando que sería pertinente la creación de un dispositivo que funcione en el barrio, donde se pueda, a través de diversos encuentros, re-trabajar en conjunto las diversas situaciones de violencia y que esas instancias sirvan como herramienta de concientización, acompañamiento y empoderamiento, en pos de poder tomar como herramienta para sus vidas, los conocimientos de acerca de las diversas manifestaciones de violencias, señales y en momentos en que se den, sepan a donde recurrir en busca de acompañamiento.

CAPÍTULO 4: INTERVENCIÓN PROFESIONAL

“La energía creadora se desarrolla haciendo y haciendo juntos....

*Al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y transformarla, aunque sea un poquito, es la única
manera de probar que la realidad es transformable”*

Eduardo Galeano

4.1 Trabajo social y proceso de Intervención

Para analizar y reflexionar acerca del Trabajo Social y su práctica en los centros de salud, debemos expresar nuestra visión respecto al mismo. Entendemos al trabajo social desde la concepción de Marilda Iammamto (1997) quien plantea el Servicio Social como un proceso de trabajo. El mismo está ubicado en los procesos de producción y reproducción de las relaciones sociales, ocupando un lugar en la división social y técnica del trabajo. Pensar en esta clave nos permite exponer distintos componentes que intervienen en cualquier proceso. En primer lugar, el Trabajo Social se desarrolla en el marco de una política, institución, siguiendo una determinada reglamentación, una lógica de funcionamiento, una estructura de trabajo que organiza y posibilita este proceso. En nuestro caso hacemos referencia a la política de salud pública y salud mental provincial con su estrategia de los tres niveles de atención.

El Trabajo Social en Salud trabaja de forma interdisciplinaria. Entendemos que para lograr una atención integral de las situaciones que llegan a los centros de salud, los profesionales pertenecientes a diversas disciplinas deben trabajar dentro de Equipos Interdisciplinarios. Allí se debe llevar adelante un fortalecimiento de la comunicación para lograr el abordaje de las situaciones a través de estrategias planificadas en conjunto. Esto necesariamente se lleva a cabo cuando existe una relación horizontal en términos de poder, donde los conocimientos y criterios de cada profesión convergen con intenciones de intervenir dando respuesta acorde a cada situación.

Para que se den cambios esperados, los cuales deben conllevar el bienestar de usuarios, es necesario que todas las disciplinas lleven a cabo un proceso de reflexión acerca de la importancia de la circulación de la palabra y la escucha activa por parte de los profesionales de cada una de ellas, desde su saber profesional, respetando y permitiendo que se desenvuelva desde cada actor presente su propuesta de intervención, esto será posible gracias a una apuesta institucional que permita que se generen los espacios adecuados donde se lleve adelante este diálogo y escucha de los equipos para que se defina el modo de proceder, esto resultado de la apertura a la posibilidad de visibilizar y reflexionar sobre el poder de la escucha, el silencio y las palabras en todo proceso de intervención.

El concepto de Interdisciplina fue y continúa siendo foco de varios debates dentro de las profesiones, en el interior de los campos mencionados. Como expresamos allí todos los equipos tienden a lograr una dinámica interdisciplinaria, es decir, trabajar transversalmente entre todas las profesiones que intervienen sin que existan relaciones de poder asimétricas entre ellas, donde una impere sobre otras e imponga su cosmovisión en la intervención. Alicia Stolkiner (1999) expresa que:

Pensar en un desarrollo interdisciplinario es programar cuidadosamente la forma y las condiciones en que el mismo se desenvuelve. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos -sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo (p.1).

Resaltamos la importancia de poder estar integrados los equipos Interdisciplinarios en los centros de salud, junto a diferentes disciplinas, esto permite el enriquecimiento de la mirada de los equipos, gracias a la convivencia de marcos teóricos-metodológicos y epistemológicos, que aportaran a la construcción de estrategias de intervención.

Tomamos a Edith Benedetti (2024) quien expresa que:

Pensar la intervención clínica interdisciplinaria como práctica especializada en situación implica ampliar la mirada e ir más allá del problema en sí. Se trata, por eso, de revisar el sentido de las intervenciones, de escuchar las prácticas y de repensar el encuadre y los escenarios posibles, con el otro, con la palabra y con los silencios necesarios. Desnaturalizar las maneras habituales de mirar, nombrar y hacer nos lleva a preguntarnos por las prácticas de intervención, a cuestionar las posiciones que ocupamos, a examinar los sentidos que circulan, a reflexionar acerca de nuestros discursos y de los modos de acercamiento a situaciones particulares. En síntesis, a buscar nuevas significaciones (p.40;41).

4.2 Especificidad

El debate sobre la especificidad del trabajo social ha sido y es aún tema de debate dentro del colectivo, la cual a través del tiempo fue adoptando diversas conceptualizaciones de acuerdo al contexto histórico, social y cultural que se fue atravesando, y estando aún vigente el debate como establece el autor Carlos montaña (2002):

Pareciera que sin un “saber específico”, sin un “campo específico de intervención”, sin “sujetos propios”, sin “métodos y técnicas específicas”, sin “objetos exclusivos”, la profesión, por un lado, no tendría motivos de existir y/o, por otro lado, ella quedaría extremadamente vulnerable e indefensa frente a las restantes profesiones que eventualmente comparten estas características (p1).

En conclusión, lo que el autor Montaña.C (2002), busca decirnos es que, aunque tratemos de demostrarlo, no hay una especificidad del servicio social, aunque sí podemos destacar características que atribuyen cierta identidad a la profesión, cierta cultura profesional, cierta particularidad. Claramente se puede observar la gran presencia femenina, el Estado como una fuente principal de empleo, como actividad más recurrente la intervención de campo, utilizamos diversos instrumentos para cambiar la cuestión social, se manipulan variables

empíricas en la mayoría de las intervenciones, las políticas sociales como campos más frecuentes de su actividad. Por lo tanto, es relevante la referencia de Montaña, quien expresa que el problema no es suponer que la falta de especificidad deslegitima el Servicio Social, ya que éste se legitima por la función Social que cumple y no por su especificidad.

Dentro de los equipos interdisciplinarios los trabajadores sociales buscarán volver a vincular (en lo posible) a los/as usuarios/as que atraviesan determinadas situaciones, con su familia/amistades/entorno que deseen, entendiendo que su participación en los procesos de internación/externación y construcción de un afuera óptimo es necesaria para su mejor viabilidad.

El Trabajo Social, en los procesos de intervención social lleva adelante una mirada crítica y constructiva desde la práctica profesional en los centros de salud. Allí, la interconsulta y la entrevista social se encuentran interrelacionadas en el ejercicio profesional. Siendo fundamental el análisis del proceso salud-enfermedad y atención, ya que permite problematizar e interpelar el interior del quehacer profesional.

Los trabajadores sociales en los centros llevan adelante variadas entrevistas pactadas previamente con usuarios o familiares, para conocer la historia de la persona que se encuentra internada o en tratamiento, debido a la diversidad de situaciones y/o su gravedad, se intenta que el usuario se sienta en confianza, sostenido por el equipo y la familia. Si llega un caso en que no existan redes familiares de los usuarios con los que trabajar y acompañar las situaciones, el mecanismo del tratamiento cambia al igual que las estrategias, en donde se opta por introducir toda una serie de dispositivos disciplinarios que buscan sustituir a la familia y/o reconstruirla y permitirá a la vez prescindir de ella.

El concepto de Intersectorialidad, el cual nos permite acercarnos a comprender la relación recíproca entre los campos y sectores mencionados. En este sentido, según Lisboa.T; Lolatto. S (2012):

La intersectorialidad ha sido considerada una nueva lógica de gestión, que trasciende un único «sector» de la política social, y estrategia política de articulación entre «sectores» sociales diversos y especializados. Además, si

se relaciona con su condición de estrategia, se entiende también como: instrumento de optimización de saberes; competencias y relaciones sinérgicas, a favor de un objetivo común; y práctica social compartida, que requiere investigación, planificación y evaluación para la realización de acciones conjuntas. (p.412).

Aquí es donde podemos decir que se trabaja Intersectorialmente con otras instituciones tanto públicas como privadas, buscando mejorar la calidad de vida de las personas. Entre ellas: efectores de Salud y Salud Mental, dispositivos sustitutos, Centros de convivencia barrial, equipos de protección de los derechos de la niñez y adolescencia, como así también articulando con programas específicos de Género y Diversidad, Programas de Seguridad Alimentaria, Programas de alojamiento y protección a mujeres víctimas de violencia, entre otros.

4.3 Intervención Profesional

Consideramos que el concepto de Intervención Profesional es prioritario al momento de desarrollar una problematización sobre las formas en que se da la intervención del Trabajo Social en los diversos escenarios donde se dan las situaciones a abordar. Por lo tanto, podemos entender a la intervención como campo problemático siguiendo a Rozas Pagazza (2010), constituida en un escenario habitual, donde puedan objetivarse manifestaciones de la cuestión social, y así poder reconfigurar el mundo social de los sujetos. Esto va a marcar la diferencia de otras posiciones que pueden llegar a entender la intervención desde una mirada técnica o instrumentalista

En este sentido, nos resulta interesante citar al autor Alfredo Carballada (2008), el cual explica que:

La intervención, implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese "otro" sobre el que se interviene. Desde esta perspectiva, la intervención como campo es un lugar

de construcción de creencias, hábitos, y modalidades de hacer. La intervención es también un lugar de certezas e incertidumbre. De ahí, que la intervención involucre un compromiso ético. Dado que se interviene no solo sobre los problemas sociales, sino en función del padecimiento que estos generan. (p.7)

Entendemos que para que el proceso de intervención sea llevado adelante debe determinar ese “algo” en que se va a accionar, esa materia prima sobre la cual se va a intervenir, concibiendo las nuevas manifestaciones de la cuestión social, aquellas problemáticas que se transforman en demandas de los sectores más vulnerados y excluidos de la sociedad.

Concebimos que la intervención profesional de trabajadoras sociales en contextos de violencia de género, es primordial, ya que es un actor muy relevante para luchar firme y constantemente por garantizar el pleno acceso a los derechos de las mujeres. Desde la disciplina, se indaga en el cotidiano de la persona, se acompaña, con una mirada crítica, reflexiva frente a las situaciones de violencia, se plantean interrogantes acerca de la situación, respecto a cómo abordar el acompañamiento de las mismas, ya que se trata de personas que no solo padecen maltrato físico, sino que a menudo deben soportar entre otras, violencia psicológica, sexual, económica, social.

Aquí creemos apropiado traer los aportes de la autora Susana Cazzaniga (1997) quien plantea que:

La intervención profesional es la puesta en acto de un trabajo a partir de una demanda social, que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas y las necesidades de los sujetos que la solicitan; en el marco de una especificidad profesional” (p.1).

Por lo tanto, creemos que la intervención desde el trabajo social, a partir de demandas sociales diversas, busca combatir la desigualdad organizando recursos disponibles,

articulando con efectores y/o instituciones adecuadas que garanticen derechos e integración, además de contribuir a que las carencias básicas estén cubiertas, así como para promover la conciencia y la sensibilización sobre estas problemáticas en la sociedad.

CAPÍTULO 5: PROPUESTA DISCIPLINAR

*“Esto es lo que quieren las mujeres: estar seguras,
ser valoradas, vivir en paz,
tener sus propios recursos, estar conectadas,
tener control sobre sus cuerpos y sus vidas y, sobre todo, ser amadas”.*
Isabel Allende.

5.1 Propuesta de intervención

Nuestra propuesta de intervención se centra en la creación de un dispositivo interdisciplinario para acompañar a mujeres que presentan padecimientos subjetivos que pueden condicionar las posibilidades de asumir funciones de cuidados hacia ellas mismas, como también hacia sus hijos/as, en casos de maternar. Esta propuesta busca brindar herramientas para que puedan asumirse como sujetas con derechos y posibilidades.

Este dispositivo surge a partir de visualizar ciertas problemáticas en común de la población usuaria que concurre al “Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila” y al “Centro de Salud Salvador Mazza”.

En este sentido, creemos interesante citar a la autora Benedetti Edith (2024), quien plantea que:

Es necesario pensar cambios normativos y, consecuentemente, crear nuevos dispositivos de atención en salud mental, lo que se refleja en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, en la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N.º 26.529, y en la Ley de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental N.º 25.421. También se incluye en este marco lo contemplado en la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N.º 26.061; en la normativa vigente de protección de las mujeres y erradicación de discriminación y violencia; en el derecho a la identidad de género asentado en la Ley N.º 26.743. (p. 21)

Por lo tanto, creemos necesario la creación del dispositivo, que este sea una instancia que sirva de concientización, acompañamiento y empoderamiento, en pos de poder tomar como herramienta para sus vidas, los conocimientos acerca de las diversas manifestaciones de violencias, señales y en momentos en que se den, sepan a donde recurrir en busca de acompañamiento.

Problema a abordar

En esta propuesta se busca abordar situaciones problemáticas de mujeres usuarias de ambas instituciones, en donde se observa cierta dificultad de las mismas en relación al autocuidado por atravesar no solo situaciones de violencias a las que suelen estar expuestas, sino también referidas al consumo problemático, provocando en ellas baja autoestima, sumisión, dependencia económica, sin dejar de lado cuestiones propias de salud; también teniendo en cuenta el rol de adulta-garante de cuidados referidas a aquellas mujeres que tienen hijos/as a cargo.

Entendemos que un acompañamiento y atención integral de ciertas trayectorias de vidas violentas que atraviesan a estas mujeres, a la que se le suman determinados padecimientos subjetivos, pueden llegar a contrarrestar dichas problemáticas.

Entre las dificultades que encontramos:

- Tensiones que derivan de la relación entre padecimiento subjetivo y su rol como madres, derivando en descuidos y violencia hacia los/as niños/as.
- Escasos o nulos vínculos afectivos en sus contextos familiares o de cercanía.
- Relaciones con parejas violentas.
- Escasa construcción de autonomía.
- Extrema vulnerabilidad socio-económica.
- Trayectorias de vida atravesadas por la violencia.
- Trayectorias educativas débiles
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas

Luego de la identificación de atravesamientos en las trayectorias de mujeres, surge la idea de llevar adelante la creación de un Dispositivo que se ponga en marcha en el Barrio Nuevo Alberdi, el cuál convoque a aquellas mujeres cuyas situaciones se desprenden del trabajo de problematización interdisciplinaria al interior de los equipo de salud de ambas instituciones. En relación a lo mencionado, consideramos citar a la autora Benedetti Edith (2024) quien va a decir que:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (p.25).

Fundamentación

A partir del trabajo que se viene desarrollando interdisciplinariamente tanto en el en el Centro de Salud “Salvador Mazza” y en el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”, se evalúa la necesidad de abordar la diversidad de situaciones por parte de mujeres que presentan dificultades en la asunción de un amplio rol de cuidado, para con ellas y en consecuencia con otros/as, en algunos casos con hijos/as.

En este sentido, creemos necesario interpretar el concepto de cuidado, ya que es una noción importante y una herramienta respecto a la problemática planteada.

El “Cuidado” es un término polisémico y dinámico, que está en permanente cambio y construcción. La noción de Cuidado según Rodriguez Enriquez (2015) refiere a “las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad” (p.105) . El mismo incluye el autocuidado, el cuidado directo de

otras personas, la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado y la gestión del mismo.

Por otro lado, las dificultades que mencionamos pudimos notar que son resultados en gran medida de determinados padecimientos subjetivos. Cuando hablamos de subjetividad, siguiendo a Benedetti (2024) hacemos referencia también a un entramado social que define las posiciones de los sujetos, en el cual cada sujeto/a busca un signo que le dé derecho de ciudadanía entre sus semejantes

En este dispositivo, se busca ofrecer un lugar, un momento, una escucha, una mirada totalmente diferente a la que habitualmente reciben estas mujeres. Se construirá un espacio de producción en donde ellas puedan posicionarse como protagonistas, con derecho a registrar una identidad, una autonomía que les permita una construcción de un “afuera” tan necesario para ellas, como para aquellas que tienen hijos/as. Este será un lugar que aloje diversas subjetividades, abriendo puertas a tanto producción individual como grupal. Esta implicación subjetiva, abrirá el camino para generar un compromiso.

Llegado a este punto, consideramos importante entender lo que es un “Dispositivo”. En este sentido tomamos nuevamente como referencia a la autora Benedetti. E (2024) quién lo define como:

Una red que se establece entre los distintos elementos, que aportan su particularidad a la dinámica conjunta. En relación con el sentido en el que sostenemos nuestra clínica diaria, se trata de pensar en la construcción de un dispositivo para cada sujeto en un momento determinado. Así, el tratamiento puede ir variando su intensidad y su modalidad en función de dinamizar las prácticas, uniendo el propio horizonte a la subjetividad de la época. (p.35).

También es necesario definir qué entendemos por “Taller” y por qué motivo optamos por esta modalidad. Siguiendo al autor Ander Egg (1991):

Taller, es una palabra que sirve para indicar un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado (...) Se trata de una forma de enseñar, y sobre todo de aprender, mediante la realización de "algo", que se lleva a cabo conjuntamente. Es un aprender haciendo en grupo (p.10).

Rescatando dichos conceptos, podemos decir que, la idea de realización de un Dispositivo con modalidad de taller, surge por el hecho de que nos resulta interesante que este grupo de mujeres puedan compartir en el mismo espacio sus historias de vida, las cuales pueden llegar a estar cargadas de muchas situaciones problemáticas y propiciar que se haga un descubrimiento de que hay muchas vivencias en común, que puedan reconocerse con otras, entablar vínculos, empoderarse, conocer derechos y maneras de cuidarse.

Entendemos la dificultad que puede existir en un comienzo respecto a tener apertura al diálogo, a reconocer ciertas problemáticas, a expresar cuestiones que consideran íntimas o privadas; por eso la importancia de "realizar algo", en este caso actividades basadas en la expresión manual y artística, que funcionen como distensión para entrar en confianza, hasta sentirse cómodas.

Por otro lado, las/os profesionales que se encuentren a cargo del taller, junto a estas mujeres, tendrán la tarea de coordinar y mediar entre ellas, buscar estos encuentros, diálogos, escucha , identificando disparadores en común que les permita comenzar a dialogar. También se trata de ubicarnos como profesionales confiables, como personas que buscan el cumplimiento de sus derechos y que velamos por ello. Con este acompañamiento en la búsqueda de cierta autonomía y/o autogestión, pretendemos crear y generar referencias institucionales que faciliten el acercamiento y el refuerzo de vínculo a los centros, los cuales en muchas ocasiones son muy difíciles de sostener.

El dispositivo deberá:

- Estar integrado interdisciplinariamente por las siguientes profesiones: Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social.

- Compartir una visión y objetivo: Salud integral, salud mental, cuidado como derecho, perspectiva de género.
- Plantear como estrategia: Registro para detectar ciertas dificultades que puedan aparecer a la hora de la integración o trabajo dentro del dispositivo, construir propuestas y reclamar recursos.

Objetivos del dispositivo

Objetivos generales

- Problematizar la función de cuidados, tanto para sí mismas como para sus hijos/as en caso de tener. De este modo, se problematiza también el rol de las masculinidades como parte de los cuidados.
- Promover procesos de autogestión e independencia económica para el sostenimiento de la vida cotidiana.

Objetivos específicos

- Propiciar el intercambio de experiencias y encuentro con otras mujeres.
- Promover el fortalecimiento y producción de lazos sociales.
- Facilitar el posicionamiento de mujeres como protagonistas en sus propios cuidados.
- Promover la búsqueda de recursos simbólicos que les permitan intensificar la relación afectiva con sus hijos/as.
- Acompañar e incentivar a aquellas mujeres que deseen formarse como microemprendedoras.

Profesionales intervinientes

Se conformará un equipo interdisciplinario convocando a profesionales de la salud: psicología, médico/a psiquiatra y trabajador/a social. Consideramos que el trabajo social en el equipo tendrá un rol fundamental para pensar la complejidad de las situaciones.

Funciones

Se propone que dentro del dispositivo funcione un taller, en un espacio grupal de encuentro, de dos horas (2 hs), una vez por semana, y por otro lado, dentro del mismo dispositivo, un encuentro mensual a definir entre los profesionales para re-trabajar en conjunto y en privado ciertas situaciones que surjan y/o planificar modalidades de trabajo futuras.

Al taller concurrirán un máximo de 15 mujeres, con y sin hijos/as, con quienes podrán asistir (entendiendo que en la mayoría de los casos están a cargo de sus madres, sin posibilidad de quedar al cuidado de otros adultos, sea pareja o familiar más cercano/a). En este caso, se trabajará de manera separada: adultas y niños/as en espacios contiguos.

Se propone a las mujeres un espacio taller de donde se desarrollen de forma fluida diversos diálogos que lleven a propiciar un conocimiento sobre las vivencias entre participantes, con la intención de trabajar en los encuentros temas puntuales (los cuales se desarrollarán en las próximas líneas) y por otro lado, como distensión se llevará adelante la elaboración de objetos para ellas mismas o para regalar a sus afectos o a quienes deseen, y también, si lo desean, objetos con los que puedan encontrarse con sus hijos/as a jugar (juguetes confeccionados con materiales reciclados) o a brindar como regalos, gestos de cuidado y afecto (por ejemplo, colitas para el cabello, bufandas, etc). El grupo marcará la puesta en marcha de alguna de las ideas/propuestas o se podrán construir nuevas alternativas en base a sus intereses y/o saberes previos, es decir, se puede realizar una lluvia de ideas entre las mismas mujeres, para ir fomentando la cercanía, el diálogo entre ellas, y decidir un objeto de elaboración común.

Algunos de los objetos propuestos son:

Accesorios para el cabello

Materiales: Telas, elásticos, botones, colitas, pañolensi, botones, vinchas, cintas, hilo, agujas, entre otros.



Portalápices, alhajeros, porta aros, portarretratos

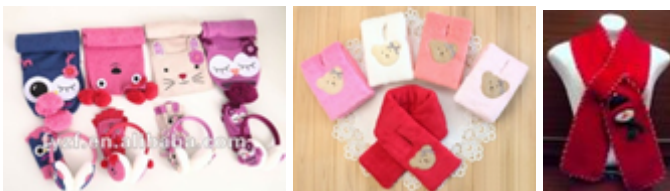
Nota: Se puede trabajar con fotos de ellas, con sus hijos/as, amistades o quienes gusten, imprimir y utilizar el portarretratos. Para indagar: ¿Les gustaría hacer aros para ellas o para regalar a quienes deseen? ¿Qué guardarían en una cajita?

Materiales: Palitos de helados o bajalenguas, témperas, pegamento, barras de siliconas, pistola de siliconas, pinceles, botones, entre otros.



Bufandas con tela polar

Materiales: Tela de polar, tijeras, agujas e hilos, y agujas de lana (Opcional: apliques para personalizar)



Monedero con envase de cartón

Nota: Permitirá hablar de sus ingresos: ¿Manejan dinero? ¿Cómo se organizan?

Materiales: Caja de leche, tela, cola vinílica, barras de silicona, abrojos, pistola de silicona, pinceles, tijeras, adornos, entre otros.



Juguetes con botellas de plástico

Materiales: Botellas de plástico descartable, goma eva, lana, fibrones.



Materiales: Botellas de plástico descartable, papeles de colores, telas, sogas, tapas de botellas, palo de escoba.



Materiales: Botellas de plástico descartables, tapas de botellas, palitos de brochete, pinturas



Cabe destacar que se deberán arbitrar los medios necesarios para adquirir los materiales de producción, a través de la gestión de fondos en instituciones estatales, pero también se identificará en el barrio o la zona una cooperativa de trabajo ecológica para poder solicitar materiales reciclables como botellas, papeles, cartón, cajas de leche, latas, entre otros que servirán para la producción.

Cada encuentro irá orientando las actividades programadas y, a la vez, se irá indagando y analizando individualmente si alguna quisiera pensarse como futura microemprendedora en relación a los producido. Es decir, buscar dentro de las producciones realizadas, cuál de ellas desea capacitarse aún más, y lanzar a la venta lo producido. De esta manera, acompañar hacia la construcción de un proyecto autogestivo que les permita generar sus propios ingresos.

Optamos por llevar a cabo diez (10) encuentros, dentro de los cuales vamos a dejar plasmados el desarrollo de tres (3) temas cruciales a trabajar. La idea es que se aborden las problemáticas planteadas, y que a la vez sea un espacio de distensión, donde a través de la producción de objetos, puedan surgir diálogos y otras problemáticas que se puedan trabajar y no hayan sido consideradas desde un principio.

Los tres encuentros, estarán planteados para realizarlos de la siguiente manera:

Encuentro 1: “Cuidarme para Cuidar”

En este primer encuentro, se formará una ronda dónde cada una de las participantes se van a presentar dando a conocer sus nombres, edad, si tienen hijos/as, y lo que deseen contar de cada una.

Luego, se plantean preguntas disparadoras:

- ¿Qué significa cuidarse?
- ¿Y cuidar a otros/as?

Cada una va a responder (en el caso que deseen) qué significan dichas preguntas para ellas. Esto se realizará de forma escrita y anónima en papel (para no generar exposiciones que impidan la participación). En caso de alguna mujer que no sepa leer y/o escribir, se le pedirá a cada profesional que esté a la expectativa y colabore con ella.

Una vez concluido, los papeles serán recogidos en una bolsa por un/a profesional y serán leídos por el/la mismo/a en voz alta para comenzar a debatir acerca de los cuidados, respecto a lo que cada una haya respondido.

La idea principal de este encuentro, será de plantear la importancia de los cuidados propios, en relación a:

- Cuidar la higiene personal
- Cuidarse de vínculos violentos
- Cuidar la salud: dentro de la misma, destacando la salud mental como principal, la salud sexual reproductiva, entre otras.
- Cuidar mi cuerpo, mi mente, mi espíritu

Respecto a los cuidados hacia otros/as:

- Cuidados hacia otros/as personas, dentro de ellos pueden ser hijos/as para quienes son madres, y con otro tipo de vínculos.

En este último punto, se deberá resaltar la importancia del cuidado propio como primera instancia, para poder luego cuidar de otra persona.

Se resolverán en conjunto dudas. Y en las instancias de re-trabajo cada profesional podrá comentar su visión sobre los resultados de cada encuentro y se pensarán posibles estrategias para acompañar los cuidados que estas mujeres comienzan a descubrir que necesitan y/o deseen realizar desde lo particular.

Encuentro 2: “Posicionándome ante la violencia” (conocimiento de derechos y la ley)

Para desarrollar el segundo encuentro, se buscará trabajar los vínculos violentos, sobre todo aquellas relaciones de pareja. En este sentido se propone realizar una actividad participativa que fomente la apertura de diálogo de todas las participantes. La dinámica de la actividad comenzará de la siguiente manera:

Se pondrán en una mesa etiquetas las cuales tengan escrito diferentes formas de violencia (visibles e invisibles), con la intención de desandar las violencias instaladas en nuestra cotidianidad de una manera muy sutil o invisible, hasta que estalla en situaciones más explícitas, visibles y graves, pudiendo reconocer las maneras sutiles o explícitas de igual manera como violencia. En este sentido, se pedirá a cada integrante del grupo que tome una etiqueta con la que se sienta identificada, o detecte que alguna situación le haya pasado a ella o algún/a conocido/a.

Las etiquetas de violencia visible serán :

- Violencia física (se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física)
- Violencia sexual (agresiones sexuales, abuso sexual, acoso sexual).
- Violencia Psicológica (causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar

sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento)

- Violencia simbólica (discriminación por edad, raza, orientación sexual, constitución física, difusión de imágenes, entre otras).
- Violencia Económica (se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer)
- Violencia Institucional (tipo de violencia ejercida por agentes del Estado que limita el acceso a derechos y políticas públicas, como: violencia obstétrica, obstaculizar acceso a la justicia, negarse a ejercer atribuciones legales, entre otras).

Las etiquetas de violencias que puedan ser invisibles serán:

- Me han celado por mi forma de vestir y/o hablar.
- Han tratado mi cuerpo como un objeto.
- Han revisado mis cosas sin mi consentimiento.
- En la calle me han dicho cosas que no me gustaron (“piropos”, insultos, insinuaciones, entre otros).
- Mi pareja controla el dinero y no tengo acceso a él ante ninguna circunstancia.
- Me han empujado durante una conversación.
- No validan mis emociones.
- No me dejan salir de fiesta, ni a ver amigos, ni familiares.

Posteriormente, se reflexionará y debatirá de forma conjunta las causas y consecuencias de la violencia de género. Luego, los/las profesionales se dedicarán a brindar una charla para llevarles conocimientos acerca de sus derechos como mujeres, se desarrollará la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales N° 26485, y se explicará como proceder ante cualquier caso de violencia a las que estén expuestas estas mujeres

y/o alguien conocido, brindando así teléfonos de contacto como la línea 144 para víctimas de violencia, o en Rosario contacto de Teléfono verde: 0800 444 0420 todos los días del año, durante las 24 hs. En caso de no poder llamar, escribir al 341-5781509. También asesorando donde se pueden dirigir a realizar las pertinentes denuncias en los centros territoriales, donde para solicitar una medida de distancia pueden escribir al número: 3416100100 o correo fiscaliadedenunciasros@justiciasantafe.gov.ar . Se buscará en todo momento fomentar una referencia con los/las profesionales del centro de salud, para poder acompañarlas ante cualquier situación que se les presente.

Encuentro 3: “Mujeres autogestivas y empoderadas”

Tal como se menciona en líneas anteriores, la propuesta apunta a realizarse en un mínimo de diez encuentros dentro de los cuales se realizarán manualidades, creando objetos para regalar o autoregalarse. Dentro de estos diez o más encuentros, se deberán llevar a cabo estos tres con temáticas puntuales a trabajar. En este tercer encuentro, se busca indagar en las mujeres que deseen pensarse más independientes, queriendo generar algunos ingresos a través de proyectos autogestivos. La producción de manualidades, no solo servirá de actividad distractora y distensora, sino también para que las mujeres que las realicen puedan dar cuenta si les resulta cómoda, y les gusta realizarla, pensándola como actividad laboral.

Esto no será obligatorio para todas, aunque sí se plantearía como objetivo que aquellas mujeres que no estén interesadas en un proyecto autogestivo, puedan aprender a elaborar currículum vitae, y/o a aprender cómo prepararse y/o dirigirse a la hora de buscar trabajo si lo desean.

Una vez que se conozcan los objetivos y metas de cada una, se realizará una reunión (re-trabajo) en donde serán planteados los posibles proyectos planteados en el taller y cómo iniciarlos. Desde allí se comenzará a vincular con las áreas correspondientes, como por ejemplo: el área de economía social municipal , etc etc

Por último, para concluir con los encuentros, la mujer que quiera podrá escribir en un papel lo que desea que se vaya de su vida, y lo que le gustaría que llegue, que cambie o algún deseo por cumplir. Quién no quiera escribir en un papel, lo pensará y guardará en su mente. Paralelamente, se formará una ronda, donde cada una, junto a los/las profesionales, se agarren de las manos y cierren los ojos mientras suena la canción: “Ella” de Bebe: <https://www.youtube.com/watch?v=IhTOKqwXgzQ> . Luego, un profesional asignado previamente, va a decir unas palabras al oído de la persona que tenga al lado, para que esa persona, se la pase a quien tenga del otro lado, así hasta llegar a quien comenzó con la frase. Tal frase será: SOS MUY VALIENTE, VAS A LOGRARLO! Como punto final del taller, terminaremos con un abrazo entre todos/as.

En cuanto a esta propuesta, la cual fue y es pensada en función de nuestros centros de formación profesional, nos lleva a volver a citar a la autora Benedetti Edith (2024), la cuál habla de la importancia de que:

Las instituciones requieren ser repensadas. Los dispositivos, instituidos en prácticas desconectadas, deben ser cuestionados. Las prácticas, dirigidas a otros presuntamente aislados, deben ser revisadas. Se trata de pensar el campo de intervención como un campo teórico-práctico en construcción, examinando la formación disciplinar y el que hacer profesional. La perspectiva de derechos nos obliga a pensar en un tipo de intervención en el que los pacientes se integren mediante dispositivos que no funcionen como espacios de control social, lo que implica elaborar planes terapéuticos que acompañen los distintos momentos del tratamiento con abordajes interdisciplinarios. (p.38)

A partir de un trabajo articulado y sostenido entre el Centro Regional de Salud Mental y Centro de salud se da inicio a la creación de esta propuesta, que funcionará mediante diversos talleres, como espacio de trabajo, recreación, diálogo y escucha, en relación a mujeres participantes.

La propuesta está fundamentada en una perspectiva de salud integral, de derechos y de perspectiva de género, poniendo foco en la participación de mujeres y donde a partir de talleres se podrán problematizar diversas situaciones de violencias.

Entendemos la importancia de la creación de estos espacios, en donde cada mujer pueda poner en palabras con libertad, sin miedo, cualquier situación que se encuentre atravesando, en miras de un empoderamiento y construcción de una autonomía plena.

Desde esta perspectiva , proponemos la construcción de este Dispositivo, a partir de los aportes de salud y salud mental, sus respectivas miradas, experiencias y abordajes, que puedan a través de un trabajo articulado ponerse a disposición de aquellas mujeres que puedan plantear alguna situación de violencia.

Finalizando, nos interesa plantear como futuras profesionales que, desde el Trabajo Social es posible contribuir al proceso en donde se considere a las mujeres como sujetas autónomas, con necesidades propias y desde una perspectiva de salud integral, partiendo siempre en nuestras intervenciones desde la premisa fundamental de presunción de capacidad de todas las personas con padecimientos subjetivos. También entendemos que muchas veces las mujeres encuentran ciertos obstáculos y/o dificultades a la hora de acceder a tratamientos en salud mental, por la carga enorme que se les atribuye, sobre todo a aquellas mujeres madres. Por eso, resaltamos la necesidad de problematizar estas barreras de accesibilidad desde una perspectiva de género, pudiendo intervenir desde un abordaje interdisciplinar e integral de la salud.

Reflexiones y desafíos

Desde nuestro lugar, como futuras profesionales en Trabajo Social, pensamos en la necesidad de construir estrategias que brinden acceso a servicios de Salud y Cuidados partiendo de considerar al otro/a como sujeto/a de derecho. Garantizar esto, no sólo es tarea del Trabajo Social, sino de todas las profesiones, que tienen la obligación de brindar el acceso de todos/as a una Salud Integral y como tal incumbencia de todos/as los/as trabajadores/as de la Red de Atención Primaria de Salud, articulando y trabajando con efectores y profesionales en Salud Mental, brindando así un abordaje adecuado para cada una de las situaciones particulares.

Retomando las situaciones abordadas en este trabajo, pudimos notar que dentro de las diversas singularidades agobiadas por violencias, existen los desafíos para con el Trabajo Social y otras profesiones en relación a las intervenciones en instituciones de Atención Primaria de la Salud, la cual en materia de Salud Mental no siempre puede dar respuestas inmediatas, y en muchos casos se necesita articular con otros efectores. Del mismo modo, instituciones que abordan la Salud Mental específicamente, como lo es un Hospital Monovalente, no debe ser pensado sin la articulación con otros efectores y niveles de atención.

Creemos que no sólo se deben construir intervenciones que trabajen en pos de los derechos de todos/as, sino que, a su vez, se busque defender la integralidad en salud y las intervenciones desde la interdisciplina, intentando no reproducir lógicas de intervención fragmentadas donde las intervenciones son direccionadas por el criterio médico.

En el recorrido del presente trabajo, pudimos identificar otra problemática, que tiene que ver con la asunción de cuidado de mujeres madres hacia sus hijos/as. Por ende, consideramos de vital importancia que las intervenciones sean realizadas desde una Perspectiva de Género, dejando de lado el carácter instintivo de la maternidad para pensarla como una función en permanente construcción y transformación. Una primera acción sería comenzar a cuestionar y cuestionarnos la manera en que naturalizamos la desigualdad entre hombres y

mujeres, sobre todo a la hora de pensar en los cuidados. Entendiendo que siempre se le atribuye a la madre, por el hecho de ser Mujer, un gran peso, por tal motivo, creemos pertinente problematizar nuestras propias propuestas de intervención, donde en ocasiones dejamos de lado las figuras paternas, trabajando mayormente con mujeres madres, sin evidenciar que continuamos reproduciendo un tipo de familia, soportado en las espaldas de las mujeres. Es esencial poder desarmar este modelo para revelar las múltiples formas de ser familia, visibilizando alternativas de organización de los vínculos familiares, otras formas de convivencia, otras sexualidades y otras maneras de llevar adelante las tareas de la procreación y la reproducción. Así también, enfatizar y trabajar en la coparentalidad, estableciendo pautas para la crianza compartida y estimulando la responsabilidad de ambas partes.

Tomando a la autora Elizalde Ines (2022) plantea que:

El desafío es cuestionar las construcciones de Género que operan en los diferentes escenarios de intervención profesional y avanzar en la comprensión de las particularidades que adoptan los ejercicios de la maternidad que se alejan de los estereotipos de género, como es el caso de madres con padecimiento mental. (p.79)

En este sentido, luego de todo el recorrido, nos resulta sumamente interesante como necesario repensar estas cuestiones, para crear un futuro Dispositivo que trabaje con masculinidades, ya que, además pudimos evidenciar que son las feminidades quienes mayormente se referencian con el Centro de Salud, tanto para su cuidado personal como para el cuidado de otras personas. Debido a esto, las mujeres se presentan como las principales generadoras de bienestar de su entorno.

Es de suma importancia que comencemos a cuestionar nuestras formas de percibir y abordar las diversas situaciones que se nos presentan, entendiendo que no es una tarea

fácil, principalmente para las masculinidades que se encuentran en un lugar de privilegio. Por ello mismo, reiteramos la necesidad de problematizar los abordajes.

Hoy en Argentina, estamos atravesando un retroceso en cuestiones que se habían avanzado en relación a la Perspectiva de Género debido a medidas llevadas adelante por el actual Gobierno Nacional, el cual decretó el cierre del Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad, generando un gran impacto, debido a que el mismo centraliza y coordina Políticas Sociales destinadas a responder las diversas problemáticas sociales, económicas y culturales en relación a Género y Diversidades en nuestro país. En paralelo a ello, se prohibió el uso del lenguaje inclusivo en el ámbito público y se llevó a cabo un incremento de los discursos de odio hacia las mujeres y diversidades, al punto de ponerse en duda la figura legal de “Femicidio” lo que interpela de forma directa a la concepción de la Violencia de Género que los feminismos han construido a lo largo de la historia para dar cuenta de las desigualdades propias del Patriarcado.

El contexto político tiene impacto directo en la cuestión social, en la economía, la cultura y la salud mental de la población. Por lo tanto, es imprescindible sostener y defender a las instituciones públicas, y propiciar que las mismas puedan dar respuesta a las necesidades de la población desde una perspectiva integral, territorial e interdisciplinaria.

En estos momentos, el Estado emprendió su retirada, adoptando medidas que atentan directamente contra derechos de mujeres y diversidades, generando un escenario de desprotección en todos los niveles, principalmente en nuestra Salud Pública. El cuestionamiento del uso de una Perspectiva de Género en toda la administración pública provoca que muchos estén exentos de realizar un análisis y cuestionamiento de los roles de género, espacios y atributos socialmente impuestos, sin focalizar en las desigualdades preexistentes entre varones y mujeres.

Entendemos que es en este contexto donde se debe resistir y llevar adelante un pedido de restitución de los derechos ganados en diferentes momentos de la historia, y exhortar al Estado Argentino que se responsabilice en su deber de adoptar medidas urgentes para

respetar y garantizar el respeto de mujeres y diversidades, fortaleciendo las Políticas Públicas en materia de Género.

Desde el trabajo social existe un compromiso profesional para con los Derechos Humanos, siendo parte de una lucha histórica contra las desigualdades e injusticias sociales, con miras hacia una justicia social. Somos parte de un movimiento que se encuentra hoy con el desafío de posicionarnos en la lucha contra este vil desmantelamiento que afecta a mujeres y diversidades, de velar por sus derechos desde una Perspectiva de Género. Entendemos que las diversas profesiones no deben quedar por fuera de esta lucha, donde existe un aumento significativo de las violencias y discriminación por razones de género, deben seguir acompañando y sumando en la construcción de un camino que tuvo sus inicios en las calles y hoy atraviesa e interpela a todos los espacios e instituciones, a la sociedad en general.

REFERENCIAS

- Alma-Ata (1978). *Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud*, Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf>
- Amico, Lucía del Carmen, (2004). *Desmanicomialización: hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos de Salud Mental*, Margen 35. <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Ander-Egg Ezequiel (1991). *El taller, una alternativa de renovación pedagógica*. 2da Edición.
- Arias, Ana (2013). *Lo territorial en el territorio de la Argentina. Connotaciones históricas, políticas y culturales de lo social de los territorios*. Revista Margen N°71.
- Arriazu, A. (2000). *El patriarcado, como origen de la violencia doméstica*. Monte Buciero.
- Arroyo Vargas, R. (2011). *Acceso a la justicia para las mujeres... el laberinto androcéntrico del derecho*. Revista IIDH. Vol. 53.
- Benedetti ,Edith (2024). *¿Qué puede el Hospital? Experiencia de creación de dispositivos para el abordaje vincular de las presentaciones complejas*. Editorial Teseo.
- Bourdieu, Pierre, (1990). *Sociología y cultura: Algunas propiedades de los campos*. México. Editorial: Grijabo.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant Louis, (2005). *Una Invitación a la sociología reflexiva: La lógica de los campos*. Buenos Aires, Editorial: Siglo XXI.
- Butler, Judith (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Editorial Paidós.
- Carballeda, A (2013). *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica*. Buenos Aires. Edit: Espacio.
- Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires. Edit Paidós

Carosio, A. (2017). *Perspectivas feministas para ampliar horizontes del pensamiento crítico latinoamericano* en Sagot Rodríguez, M. Feminismos, pensamiento crítico y propuestas alternativas en América Latina. CLACSO.

Cetrángolo.O y Devoto.F (2002). *Organización de salud en Argentina y Equidad*.

CEPA (2024). Centro de economía pública argentina.
<https://centrocepa.com.ar/informes/584-presupuesto-2025-sin-perspectiva-de-genero>

CEPAL (1996). *Violencia de género: un problema de derechos humanos*.

CLACSCO; San José: INAMU; Instituto Nacional de las Mujeres; Cooperación Sur Sur; Cooperación Triangular; Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad (2022). *Políticas públicas y perspectiva de género. Indicadores, seguimiento y monitoreo*. Buenos Aires.
<https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/171389/1/Politicas-publicas-perspectivas.pdf>

Cruz, Verónica y Vasquez, Eliana (2018). *Violencia de Género y Universidad: Hacia la consolidación de una política de reconocimiento y ampliación de derechos* en P. Rojo y V. Jardon (Comp.), *Los enfoques de género en las universidades*. (pp. 110-120). Comité de Género de la Asociación de Universidades Grupo Montevideo.

Elizalde, Ines (2022). *Maternidad y padecimiento mental: Reflexiones desde el Trabajo Social*. Revista Debate Público.

Fabbri, L. y Rovetto, L. (2021). *Haciendo feminista la universidad que queremos: Transversalizar es la tarea*. Edit UNAJ Florencio Varela Buenos Aires, Argentina.

Foucault, Michel (2003). *El poder psiquiátrico*. Primera edición en francés.

Foucault, Michel (1998). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Edit. S XXI.

Foucault, Michel (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. Primera edición en francés.

Foucault, Michel (1990). *La vida de los hombres infames*. Edit. La Piqueta.

Gamba, S. (2008): *¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género?*. art. publicado en "Diccionario de estudios de Género y Feminismos". Editorial Biblos

Galende, Emiliano (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Primera edición. Editorial Paidós.

Garay, Oscar Ernesto (2017). *La legislación sanitaria*. UBA. Magíster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona.
<https://afam.org.ar/wp-content/uploads/la-legislacion-sanitaria-argentina.pdf>

Goffman, Erving, (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 1° ed. 4ta reimp. Amorrortu editores

Iamamoto, Marilda (1997). *El servicio social en la contemporaneidad*. Editorial Cortez.

Kuhn, Thomas; (1977). *La tensión esencial*.

Lagarde, M (1996). *El Género: La perspectiva de género', en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Ed. horas y HORAS.

Lamas, Marta. (2002). *La perspectiva de género*. Revista La Tarea, N° 8.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010) N° 26.657.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley Nacional de Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad. (1997). N° 24.901.
<http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/5940.pdf>

Ley Nacional del Paciente (2009). N° 26.529.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Ley Provincial de Salud Mental (1991). N° 10.772.
<https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>

Ley Nacional N° 26.742. Salud Pública
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/70105/20120524>

Ley Nacional (2009) N° 26.485. Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Leyes Sanitarias Nacionales
<http://www.legislaud.gov.ar/atlas/sitioPLS/leyesSanitariasNacionales/indexLSanitarias.html>

Lisboa .T; y Lolatto. S. (2012). *Políticas Públicas con transversalidad de género. Rescatando la interseccionalidad, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad en el Trabajo Social.*

Marco Legal y enfoque santafesino de la APS.
<https://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC072846.pdf>

Martínez Hernández Ángel; y Correa Urquiza, Martín; (2017). *Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la Salud Mental Colectiva.*

Menéndez, Eduardo. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.*
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.*
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

OPS-OMS (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.*

OPS y OMS. *Prevención de la violencia.*
<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia#:~:text=La%20violencia%20es%20el%20%E2%80%9Cuso.muerte%2C%20privaci%C3%B3n%20o%20mal%20desarrollo.>

- Pautassi, L. (2008). *Enfoque de derechos y transversalidad de género en la política pública: un camino por recorrer*. Publicación digital, CD Rom. IX Jornadas de Historia de las Mujeres y IV Congreso Iberoamericano de Estudios de Género.
- Poggi, F. (2019). *Sobre el concepto de violencia de género y su relevancia para el derecho*. DOXA. Cuadernos De Filosofía Del Derecho, (42), 285–307.
- Rodríguez Gustá, A. L. (2008). *Las políticas sensibles al género: variedades conceptuales y desafíos de intervención*. Temas y Debates, ,16, 109-129.
- Rovere, Mario. R (2016). *El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estrategias y Opacidades*.
- Rovere Mario. R. (2006). *Redes en Salud*. El Ágora asociación civil.
- Rozas Pagazza, M. (2010). *La intervención profesional, un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea*.
- Sampayo, A. R. (2005). *La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
- Segato Rita, (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los Derechos Humanos*. Prometeo Libros
- Spataro M. Graciela (2008). *La noción de territorialidad en la práctica profesional del Trabajo Social*. Revista Margen N° 51. <https://www.margen.org/suscri/margen51/spataro.html>
- Stolkiner Alicia (1999). *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. “El Campo” PSi. <https://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>
- Stolkiner Alicia (2008). *Comentario sobre el artículo: Hacia la Construcción de una Política en Salud Mental*. Revista Argentina de Clínica Psicológica.
- Taborda, Ernesto y otros. (2016). *Las políticas públicas en Salud Mental. A 5 años de la sanción de la Ley Nacional*. Jornada de Salud Mental. Rosario. Instituto de la Salud Juan Lazarte.
- Tobar, Federico (2012). *Breve historia del sistema argentino de salud*. Editorial La Ley.