

Reflexiones en torno a los procesos de intervención en un dispositivo territorial atravesados por la pandemia

Sofía Belén Taghlian

Lic. en Trabajo Social (UBA)

Residencia de Trabajo Social en Salud de CABA

sofiataghlian@gmail.com

Resumen

La coyuntura actual dejó en evidencia la necesidad de reflexionar en torno a los procesos de intervención respecto al abordaje de la salud mental y los consumos problemáticos, en pos de asegurar el derecho a la salud de todas las personas. Para tal fin, se tomó la experiencia transitada en un dispositivo territorial de la zona sur de Ciudad de Buenos Aires, en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud. A partir de allí, se planteó la importancia de sostener intervenciones alineadas con la perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños. Luego, se dieron a conocer las características y actividades del dispositivo, para dar cuenta del impacto subjetivo que recibieron por la pandemia de COVID-19. A continuación, se plantearon los aprendizajes, desafíos y estrategias desarrollados en este contexto, donde pudieron reinventarse y verse fortalecidos como equipo.

Para finalizar, se estableció como punto clave la organización colectiva de los trabajadores, apostando a la deconstrucción del modelo médico-hegemónico patologizante, y para exigir la aplicación real de la Ley

Nacional de Salud Mental, velando por los derechos humanos de toda la población.

Palabras clave: reducción de riesgos y daños - pandemia - salud mental.

Abstract

The current situation revealed the need to reflect upon the intervention processes on regards of mental health and problematic substance abuse, in order to ensure the universal right to health. The paper is based in the experience of a Social Work resident at a territorial device in the southern area of the city of Buenos Aires. The importance of following Harm Reduction perspectives in professional practices arises. This is followed by a brief characterization of the device and its activities, in order to account for the impact of the COVID-19 pandemic. Next, the lessons, challenges and strategies emerging in this juncture are developed, showing how the team was able to reinvent and strengthen itself. Finally, the collective organization of health workers is distinguished, together with their commitment to the deconstruction of the pathologizing hegemonic medical model, and to the real enforcement of the National Mental Health Law, looking after the public's human rights.

Key words: harm reduction - pandemic - mental health.

Introducción

La coyuntura actual dejó en evidencia la imperiosa necesidad del abordaje en territorio con la comunidad, la cual se encuentra en situaciones de extrema vulnerabilidad, a causa de la crisis económica y social que nos encontramos atravesando. Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada ya hace más de 10 años, funcionó como letra clave para comenzar a instalar ciertas prácticas y lógicas de trabajo en pos de asegurar el derecho a la protección de la salud mental, alejándose del ámbito de la internación hospitalaria, y basándose en la estrategia de atención primaria; aunque lejos estamos de la transformación de las instituciones monovalentes.

Con el inicio de la pandemia la salud se puso en agenda, muchas problemáticas se agudizaron y comenzaron a tomar mayor visibilidad, como es el caso de los padecimientos de salud mental y el consumo problemático de sustancias. Sin embargo, como nuestro sistema se encuentra anclado en el modelo médico-hegemónico, urge la necesidad de gestar y sostener intervenciones alineadas con la perspectiva de salud integral y colectiva, en tanto proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, concibiendo a les usuaries (1) como sujetos de derecho y con autonomía en sus decisiones, apostando a realizar abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.

A partir de lo antedicho, el presente trabajo

tiene el objetivo de reflexionar en torno a la intervención con población usuaria de un dispositivo de salud de abordaje territorial, ubicado en la zona sur de CABA, en contexto de pandemia. Para este objetivo, en primer lugar, se parte de describir el Modelo de Reducción de Riesgos y Daños; en segundo lugar se mencionan las características del dispositivo, del equipo de salud y las actividades que llevan adelante. Luego se procede a indagar los cambios y modificaciones que trajo consigo la pandemia por COVID-19, tanto en la organización del equipo y sus actividades, como en les usuaries del dispositivo. Por último, se apunta a conocer los aprendizajes y desafíos que se plantearon y plantean en torno al abordaje de los consumos problemáticos atravesados por la pandemia y sus efectos (padecimientos) subjetivos.

En cuanto a la metodología, se parte del análisis de los procesos de intervención y es de corte cualitativo. Para la elaboración del presente trabajo se tomaron como insumos los registros personales de la rotación realizada por dicho dispositivo en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud, los intercambios y reuniones con referentes del dispositivo; del mismo modo se realizaron entrevistas semi-estructuradas a integrantes del equipo de salud del dispositivo. Todo esto puesto en diálogo con el marco conceptual de referencia en la temática. Este escrito recupera la experiencia y sistematización de las entrevistas. Les profesionales

otorgaron voluntariamente su consentimiento, tanto para la elaboración del trabajo como para su publicación.

Paradigmas de intervención: Reducción de Riesgos y Daños

En primer lugar, para poder reflexionar en torno a las intervenciones de un equipo que acompaña a población que atraviesa situaciones de consumo problemático, es necesario describir el modelo desde el cual se posiciona. En la Inglaterra de 1926 surge el primer antecedente del modelo de Reducción de Riesgos y Daños (RRyD) bajo el “Acta Rollerston”, donde se recomienda como mejor método de tratamiento la reducción gradual de la cantidad de droga consumida. Con este antecedente se empieza a pensar al sujeto como active, con responsabilidad y autonomía de sus actos. Este paradigma, según Marlatt (1998), va a estar centrado en la persona, planteando como objetivo final ideal la abstinencia, donde se apunta a reducir las consecuencias perjudiciales de las conductas de manera gradual, en otras palabras: “Cuando las cosas se ponen muy calientes o muy peligrosas la reducción del daño propone bajar la temperatura a niveles más moderados” (Marlatt; 1998: 3).

Entonces, este modelo adoptado por el dispositivo de salud propone desplazar la atención del consumo de drogas en sí mismo hacia las consecuencias o efectos de las conductas adictivas; se acepta el hecho de que

numerosas personas consuman, siendo improbable llegar a una sociedad libre de drogas. En la misma línea, el citado autor sostiene que se realiza un abordaje de "abajo-arriba" basado en la defensa del usuario, promoviendo el acceso a servicios con umbral mínimo de exigencia para su participación. Asimismo, el paradigma de RRYD plantea abordajes individuales y grupales, partiendo de un enfoque humano donde el fin último está en acompañar a las personas a aumentar su motivación para reducir la frecuencia e intensidad del consumo.

Caracterización del dispositivo

El dispositivo de salud se ubica en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y funciona hace más de 10 años. Está inserto en un territorio heterogéneo que posee villas, asentamientos y también barrios urbanizados, donde puede verse plasmada la desigualdad. Por su parte, el equipo del dispositivo está conformado por dos psicólogas, dos trabajadoras sociales, una terapeuta ocupacional, una psiquiatra, una médica generalista, un docente de talleres, un musicoterapeuta, y personal de seguridad y limpieza. Desde sus orígenes fue pensado como un dispositivo de salud que pudiera responder a la compleja realidad local sobre los consumos problemáticos con encuadres flexibles. A partir de allí la propuesta del dispositivo consiste en la atención ambulatoria de personas que se encuentran en situación

de extrema vulnerabilidad y exclusión, la mayoría son usuarios de sustancias psicoactivas, y algunos se encuentran en situación de calle. Se trabaja con los usuarios, sus familiares y diversos actores que conforman la trama social, partiendo de tres posicionamientos ético-políticos acordados hacia el interior del mismo: la adopción del paradigma de RRYD, intervenir desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud Integral (Stolkiner y Solitario; 2007: 9), y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, poniendo el eje en la disminución del estigma y la discriminación que sufren los usuarios, desde un enfoque de derechos humanos con un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

En consecuencia, es a partir de la construcción colectiva de estas configuraciones de pensamiento que, los profesionales sostienen actividades intramurales y extramurales preventivas, asistenciales, de inserción social y territoriales, teniendo en cuenta el contexto histórico, material, social y cultural.

Actividades y talleres con anclaje territorial

Se entiende la demanda como una construcción a realizar con el sujeto, propiciando la creación de un espacio amigable para los usuarios, ofreciendo espacios de taller. Luego, a partir de la participación en estas actividades, se apunta "siempre a proponer la pausa en el consumo y conectar con los intereses por el tema de la

reducción de riesgos y daños” (*B, psicóloga*), y así poder propiciar la anudación del lazo social, abriendo lugar a la aparición de demandas. Las pausas en el consumo se reflejan en el transitar y habitar de les usuaries por los espacios, en el hecho de ver una película, participar de manera activa en los talleres, ver la televisión, compartir el desayuno o simplemente conversar en el pasillo. Las actividades que ofrece el efector se dividen en intramurales y extramurales. Justamente, desde el equipo se preguntaron: ¿cómo favorecer la accesibilidad de población que generalmente no circula por efectores de salud? A partir de allí se propone la intervención extramuros, siendo un desafío generar espacios de apropiación y poder tener apertura en adecuar los espacios institucionales a la demanda y necesidad de la población.

Por un lado, dentro de las actividades extramurales se lleva adelante el proyecto ranchadas, el cual consta de recorridos que realiza el equipo de salud por diversas calles del barrio, generando un acercamiento a las ranchadas ya conocidas y realizando un registro de las nuevas. En estos recorridos se busca “bajar la temperatura”, en términos de Marlatt. Se entrega agua, galletitas, preservativos y lubricantes, al mismo tiempo que se brinda información indicando quienes son, dónde está ubicado el efector, y qué puede encontrar allí. Por otro lado, se encuentran los dispositivos intramurales que son aquellas tareas vinculadas a la realización de entrevistas y

consultas al interior del efector. Asimismo, hay duchas, se ofrece un desayuno y se desarrollan diversos talleres: de radio, huerta, cine, arte y dramaturgia. Estos talleres ponen el foco en la construcción colectiva, la grupalidad y la producción de sentimientos de pertenencia e identidad, partiendo de la singularidad de cada persona. El proyecto ranchadas, junto con los talleres mencionados, dan cuenta de las pausas en el consumo de les usuaries, ya que mientras se encuentran participando de dichas actividades se genera un freno en dicha rutina, pudiendo establecer vínculos, y plantear demandas o necesidades. Pero ¿cuánto tiempo se les destina a esas pausas? ¿Quién marca los tiempos? Fundamentalmente, se tiene en cuenta el contexto, la realidad y la autonomía de les sujetes. A partir de las actividades les usuaries se apropiarian del espacio, lo habitan y lo construyen. Allí mismo se están reduciendo los riesgos y daños, acompañando cada proceso.

En definitiva, las actividades y talleres que se ofrecen van a tender a propiciar la anudación del lazo social en el marco de la construcción de ciudadanía y restitución de derechos. Es más, “garantizar el acceso a la salud a partir de las duchas, el desayuno, contener situaciones de violencia, acompañar en gestión de documentación... todo eso también es salud y tratamos de garantizarlo siempre” (*C, trabajadora social*). De ahí que el dispositivo apunte a brindar espacios de escucha y de contención,

funcionando como un espacio de encuentro; encuentro con uno y con otros, donde se genera una relación cercana y de proximidad con los usuarios, fundada en el respeto.

La irrupción de la pandemia y la emergencia sanitaria

La pandemia ocasionada por el COVID-19 generó un gran impacto en la vida cotidiana de las personas, en sus rituales y costumbres, tal es así que, con el Decreto de Necesidad y Urgencia 260/20 dictado en marzo del 2020, se impartieron medidas que obligaron a la población a quedarse en su casa, y esto trajo numerosas situaciones complejas, “con lo difícil que es para la población que no tiene una casa, y lo difícil de acceder a un parador y la lógica de vivir en un lugar comunitario con unas normas muy estrictas” (A, trabajadora social). Se puede afirmar que, las personas en situación de calle fueron uno de los grupos más afectados por la pandemia y las medidas restrictivas, más aún en lo que respecta a la circulación. Asimismo, me parece interesante traer a colación una reflexión que postula Emerson Merhy (2020) sobre el contexto actual, planteando el interrogante “¿Cuántas ciudades tiene Buenos Aires dentro de la Ciudad de Buenos Aires?”. Resulta interesante preguntárselo, ya que las experiencias de vida y existencia de los diferentes colectivos que viven en una ciudad no son iguales. Esto se puede ver vinculado con los impactos

diferenciales en las medidas de restricción, a lo largo y ancho de la Ciudad. En otras palabras, “las medidas que se implementan son bien homogeneizantes, se piensa en una población que después no es. Se desconocen un montón de cuestiones particulares” (D, terapeuta ocupacional). Estas situaciones dejan en evidencia las desigualdades y situaciones de vulnerabilidad a las que las personas se encuentran expuestas todos los días, como el hecho de no contar con una vivienda. Si bien la pandemia atravesó a todas las personas a nivel mundial, “también trajo a la luz lo desigual que uno vive y muere según su clase social, el país en donde vivas. Por un lado atravesó a todas las personas transversalmente, pero de una manera muy distinta” (C, trabajadora social). En definitiva, la situación de pandemia se puede tomar como un analizador (Merhy, 2020) que va a poner foco en problemas estructurales que se vieron magnificados, así como una serie de procesos sociales que es preciso desnaturalizar y continuar, en constante problematización de nuestras prácticas, alojando las subjetividades de los sujetos. Sin embargo, en este contexto los trabajadores se preguntaban: ¿cómo alojar a las personas sin que puedan permanecer y transitar por el efector como antes? En este sentido, hay que recordar que la distancia social no tiene por qué implicar la pérdida de los vínculos con los otros, a pesar de las limitaciones y cambios en la atención.

Cambios y reconfiguraciones en el dispositivo territorial y virtual

Las dinámicas institucionales de los equipos de salud sufrieron transformaciones drásticas en el último tiempo. En primer lugar, un cambio que impactó en el dispositivo fue la instalación de manera obligatoria de cohortes de trabajo. En relación a esto, una de las entrevistadas sostiene “nos comunicábamos solamente por teléfono o de manera virtual, no nos podíamos ver. Eso desorganizó bastante la atención” (*B, psicóloga*). Efectivamente, el tabicamiento del equipo de salud implicó varias modificaciones a las que les profesionales se tuvieron que adaptar, además del impacto que ocasionó en cada uno de sus integrantes en sus subjetividades, tema que retomaré más adelante.

En segundo lugar, otras cuestiones que sufrieron alteraciones en este período fueron las actividades que se desarrollan en el efector, ya que en su mayoría las tareas que se realizaban eran pensadas desde abordajes que contemplan la grupalidad y lo colectivo. La idea fundacional del dispositivo acerca de permanecer y apropiarse del lugar resultaba inadmisibles sin poder hacer uso del mismo. En otras palabras, “en el dispositivo había pibes desayunando, gente que permanecía todo el tiempo en el dispositivo y eso no podía pasar más. Además todas las prácticas de atención giraron en torno al covid, y todo lo demás quedó de lado” (*D, terapeuta ocupacional*).

Durante los primeros meses de la pandemia, todas las actividades fueron suspendidas, aflorando el biologicismo en su máxima expresión, ya que las dolencias físicas pasaron al centro del escenario. A pesar de esto, a medida que se iban modificando las restricciones, desde el equipo fueron ampliando la disponibilidad de espacios para no perder el vínculo con los usuarios, aunque algunas actividades funcionaron desde la virtualidad. Con el objetivo de favorecer la accesibilidad, el equipo tomó la decisión de intensificar las recorridas por el barrio y comenzaron a circular por más ranchadas, actividad que contribuyó a sostener el lazo con la población y generar pausas en las rutinas de consumo, desde la perspectiva de RRYD.

Esta particularidad de seguir presentes y recorrer el territorio se dio de diferente modo con el resto de los organismos que tenían base en el barrio, debido a que muchos se retiraron, brindando únicamente atención telefónica o virtual, a excepción de algunas organizaciones sociales y comedores. De igual manera, los efectores de salud se vieron afectados y obligados a centrar su atención a las demandas febriles. Esta situación provocó que muchos casos se agudizaran y se recibieran como demandas urgentes y complejas en el dispositivo territorial. En la misma línea, de parte del equipo se percibe un aumento en las demandas y diversos motivos por los que concurren los usuarios a consultar, por lo cual se puede afirmar que se heterogeneizó la población que asiste al efector.

Asimismo, y contrariamente a lo que se pensaba, desde las entrevistadas se percibe que hubo una disminución en los consumos de parte de la población del barrio, forzado en cierta manera por la situación, ya que pudo estar asociado a la dificultad para circular y la represión policial en las calles, viéndose forzados a recurrir a paradores o alojarse en casa de familiares, realizando una pausa “obligada” en el consumo. Sin embargo, una demanda que perciben aumentó con la pandemia y el aislamiento fueron aquellas vinculadas con la atención de salud mental, expresando que “da la impresión que el sistema de salud mental está colapsado o desaparecido. Entonces nos llegan situaciones complejísticas en todos los aspectos, de vulnerabilidad social, de salud mental, clínicamente” (B, psicóloga). Este aumento se vio asociado, por un lado, al ambiente de incertidumbre y malestar a nivel generalizado en la sociedad y, por el otro, a que muchos dispositivos de salud mental no estaban pudiendo dar respuesta. Este punto se suma a los cambios y modificaciones realizadas, las cuales causaron impactos subjetivos, tanto en sus trabajadores como en les usuaries.

Lo que la pandemia nos dejó: Breve análisis de la dimensión subjetiva

La situación de pandemia desencadenó momentos constantes de inseguridad e inestabilidad que se tradujeron en el stress y cansancio de les trabajadores de

la salud, donde se dieron muchos cambios en un corto y caótico período de tiempo. Me resultó interesante poder dejar plasmados los sentires de les profesionales, respecto a sus propios padecimientos y también los de les usuaries (desde la mirada del equipo), fundamentalmente ya que: “En el marco de una incertidumbre radical, el análisis de la dimensión subjetiva exige estudiar los atravesamientos económicos e institucionales en la vida cotidiana de las personas. En el futuro, posiblemente nada vuelva a ser como antes, ni siquiera las prácticas en salud mental” (Stolkiner; 2020: 22).

En la misma línea, la vida cotidiana de les profesionales y les usuaries del dispositivo se vio atravesada por la crisis económica, social, política y moral, donde el retraimiento y aislamiento tuvo que darse de forma obligada. Es en este escenario en el que empezó a ocurrir algo inesperado; varies usuaries “llamaban y preguntaban por nosotros, preocupados por nosotros como personal de salud” (C, trabajadora social). Esto dio cuenta, por un lado, de cierta percepción del agotamiento y sobre-exigencia del personal de salud, y por el otro, de la horizontalidad desde la que se posicionan les profesionales al momento de las intervenciones. En este sentido, una de las entrevistadas expresa que “el impacto de la pandemia fue terrible, fue intenso, caótico. Estábamos todos aterrados, con mucho miedo, algunos lo admitían y otros no, o íbamos en proceso de” (B, psicóloga).

Estos sentimientos, sumados a las transformaciones mencionadas, produjeron la necesidad de intensificar los momentos de reunión de equipo, aumentando su frecuencia e incorporando instancias de supervisión. Sumado a esto, una cuestión que resonó en las entrevistas realizadas fue el sentimiento de malestar y falta de cuidado hacia los trabajadores de la salud por parte de las autoridades, con protocolos cambiantes y poco claros, la demora en la entrega de los elementos de protección personal, suspendiendo licencias y dividiendo a los equipos. Incluso con la instalación, por pocas horas, de un centro de donación de plasma en dicho espacio, que gracias a la resistencia colectiva y difusión por parte del equipo y organizaciones del barrio se pudo dejar sin efecto. Un sentimiento que primó fue la “poca contención para el personal de salud, como trabajadores. Fue mucho de las redes que pudimos tender entre nosotras... abrir canales entre nosotras para darnos un poco de calma también vino bien, catarsis también” (C, trabajadora social).

El equipo de salud consideró necesario poder reflexionar en torno a la experiencia transitada, contemplando este tiempo como parte de un proceso en las dinámicas de trabajo, se pudieron profundizar preguntas en relación a ¿cómo es nuestra intervención? En este sentido, fue esencial el sostén y fortalecimiento de redes entre los compañeros, quienes se encontraron compartiendo de manera colectiva este trabajo de cuidado de la salud.

Pensar en subjetividades, otro modo de ser y estar en el mundo

Luego del análisis realizado, resulta interesante plantear los aprendizajes, desafíos y estrategias de intervención que desarrolló el equipo a pesar de los obstáculos que se fueron presentando. Una de las entrevistadas sostiene: “este espacio de pausa en el consumo y transitar por el lugar, al verse suspendido, nos genera una dificultad constante y un desafío de reinventarnos constante” (A, trabajadora social). Este punto es enunciado por el resto de las entrevistadas de diversas formas, incluso pensando en reinventarse como una necesidad para el desarrollo de las actividades y estrategias de intervención, donde resulta imprescindible el uso de la creatividad y la flexibilidad, como lo fue sostener el taller de dramaturgia de manera virtual. De igual manera, la escucha fue otro punto clave desde el inicio de la pandemia. Esto se puede percibir como un desafío y un aprendizaje al mismo tiempo ya que, por un lado, “muchas de las problemáticas planteadas atraviesan también a profesionales, como parte de la comunidad” (Bang; 2020b: 23), y por el otro, este tiempo se vive como parte de un proceso de aprendizaje de la escucha a nivel colectivo. Este pensamiento lo expresa claramente una de las integrantes del equipo diciendo: “saber escuchar las demandas... me parece que ese es el aprendizaje que tiene que llevarse todo el sistema de salud” (A, trabajadora social). En la misma línea y

reforzando esta idea, es importante no perder de vista que trabajamos con población y el dispositivo aloja dichos padecimientos subjetivos, sufrimientos y trayectorias vitales y, además, es preciso entender que la pandemia fue parte de la trayectoria vital de todas las personas. Por otra parte, una cuestión que continúa siendo un desafío es la intersectorialidad. En una de las entrevistas se expresa la necesidad y el desafío de “la intersectorialidad y disponibilidad de programas que contengan estas situaciones tan extremas como las que nos toca ver a diario en el dispositivo” (B, psicóloga). Este postulado resulta aún más difícil de alcanzar ya que, como se mencionó anteriormente, primó la atención telefónica y virtual de parte de muchas instituciones, tratándose de una población excluida de tantos ámbitos. En la misma línea, una de las trabajadoras expresa que “hay un déficit en la política pública que me parece se vieron más evidentes” (C, trabajadora social). Al hacinamiento y la falta de espacio físico que hay en los efectores de salud, se le suma la desarticulación de espacios que pregonen la desinstitucionalización y subjetivación de los usuarios.

Este escenario es el resultado de un conjunto de decisiones gubernamentales, que no depende de un equipo de salud exclusivamente, sino de una estrategia que fragmenta y pone el foco en la patologización y la mercantilización de la salud mental, totalmente alejada de una concepción integral de la salud. De igual modo

lo expresan Faraone e Iriart (2020), quienes plantean la existencia de una decisión firme del gobierno de la CABA de “continuar con una política manicomio-centrada, incumpliendo no sólo con la Ley Nacional de Salud Mental, sino también con su propia normativa jurisdiccional y con el Código Civil y Comercial de la Nación” (Faraone e Iriart; 2020: 49). Se suma a este punto, la desprotección y falta de reconocimiento del personal de salud, y la evidencia de años de políticas neoliberales centradas en el individualismo, que contribuyen a sostener modelos de atención y prácticas biologicistas, que desestiman los procesos sociales e históricos que condicionan dichas problemáticas. En este contexto, las entrevistadas plantean en clave de aprendizaje lo siguiente: “pensábamos que habíamos avanzado con respecto a la salud integral y no biologicista ni biomédica, ahí la pandemia nos demostró que no avanzamos para nada, que en un día se cayó todo lo construido” (A, trabajadora social). Esto da cuenta de la necesidad de cambios estructurales que van a llevar años de trabajo y lucha colectiva, ya que la pandemia dejó entrever que las problemáticas que le escapan a lo estrictamente biológico y curable, quedan excluidas de un proceso de atención integral, que contemple las singularidades e historicidad de los sujetos. En la misma línea y como parte de los aprendizajes que compartieron las entrevistadas, se destaca que, a pesar del padecimiento y el desencuentro, “somos más sólidos como equipo

a la hora de pensar algunas intervenciones en lo que es reducción de riesgos y daños. Me parece que ese tipo de crecimiento lo continuamos haciendo” (*C, trabajadora social*).

En consecuencia, tomando los desafíos y aprendizajes esbozados, se trata de reflexionar en torno a las estrategias de intervención posibles y reales en este contexto de constante incertidumbre, donde resulta trascendental sostener los espacios de pensamiento colectivo de trabajadores, en tanto espacios de resistencia, para bregar por abordajes que contemplen las trayectorias vitales y singulares de las personas, como parte de una atención integral de la salud.

Conclusiones

La pandemia implicó momentos de ruptura y reconfiguración en la vida cotidiana de toda la población, viéndose afectadas en mayor medida aquellas personas con altos niveles de vulnerabilidad. Justamente allí radicó el trabajo del dispositivo territorial, buscando facilitar el acceso al sistema de salud, poniendo el cuerpo y disponiéndolo subjetivamente para la escucha, generando, a su vez, prácticas que acompañen las estrategias vinculadas a la organización del cuidado. Sin embargo, para poder intervenir desde abordajes que partan de las singularidades de los sujetos, con base en la interdisciplina y la intersectorialidad, resulta imprescindible deconstruir

el modelo médico-hegemónico, pero ¿cómo desterramos las prácticas institucionalizadas en torno a la medicalización de los cuerpos y la criminalización de los usuarios? De allí la importancia de la organización como colectivo de trabajadores, la reflexión, el diálogo y la escucha al interior del equipo y su fortalecimiento.

Considero que en nuestro campo de intervención existe una adhesión a la narrativa que plantea la Ley Nacional de Salud Mental. Sin embargo, esto no se traduce en la realidad, ya que no hay presupuesto suficiente destinado al cumplimiento de la misma. Esta carencia se traduce en la no implementación de la Ley, situación que produce consecuencias iatrogénicas, que generan más daño que los padecimientos mismos. Ahora bien, partiendo de abordajes territoriales y comunitarios, me surgen interrogantes respecto a si existe o no una especificidad para el abordaje de la salud mental y los consumos problemáticos de sustancias. Dejando de lado el déficit de recursos: ¿qué es lo que determina que en muchas ocasiones no se acompañen estas situaciones problemáticas desde los efectores de primer nivel? ¿Y desde los Hospitales? No es mi intención dar una respuesta sino abrir espacio a la reflexión acerca de este tema, ya que, al fin y al cabo, las intervenciones en salud mental y consumo problemático deben integrarse a las tareas de los efectores de salud generales y que desempeñan tareas de promoción y prevención en el territorio, desde

la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Esto se convierte, a la vez, en un desafío para los equipos que conciben la salud como proceso desde la integralidad y singularidad de los sujetos.

En resumen, resulta necesario visibilizar y exigir de manera urgente la correcta implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, y una reforma de los servicios de salud mental, ampliando la existencia de dispositivos de atención comunitaria que ofrezcan una pausa en el consumo, un lugar donde ser y estar; fortaleciendo los efectores con mayores recursos tanto materiales como humanos, para el abordaje de situaciones de extrema vulnerabilidad y exclusión de usuarios de sustancias psicoactivas, donde sus subjetividades puedan ser alojadas, acompañadas, y sobre todo, respetadas.

Bibliografía

Bang, C. (2020b). “Salud Mental Comunitaria en el primer nivel de atención: Aprendizajes y desafíos en contexto de pandemia”. *Revista Salud Mental y Comunidad*, Año 7, N° 9. Buenos Aires: Ediciones UNLa. Disponible en: http://www.unla.edu.ar/documentos/centros/salud_mental_comunitaria/revista/saludmentalycomunidad9.pdf

Faraone, S. e Iriart C. (2020). “Salud mental,

políticas públicas y trabajo vivo en el acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Año 10, N° 20. Buenos Aires. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/08_Faraone-1.pdf

Ley N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. Boletín Oficial, Buenos Aires: Argentina.

Marlatt, G. A. (1998). Reducción del daño: Principios y estrategias básicas. *Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Cádiz.

Merhy, E. (2020). Conferencia en *Ciclo de diálogos. COVID-19: Analizador de las disputas e intersecciones entre redes de cuidados formales e informales en salud*. Facultad de Ciencias Sociales - UBA. Disponible en: http://www.sociales.uba.ar/2020/05/15/conferencia-de-emerson-merhy/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=conferencia-de-emerson-merhy

Stolkiner, A. (2020). “El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de

pandemia”. *Revista Soberanía sanitaria, Edición Especial - “Pandemia”* (pp. 22-26). Disponible en: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/edicionespecialpandemia.pdf>

Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). “Atención Primaria de la Salud y Salud mental: la articulación entre dos utopías”. En: Maceira, D. (comp.) (2007). *Atención primaria en salud: enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.

Notas

1) Se utiliza la “e” como herramienta clave para superar la categorización binaria y reduccionista del “usuarios” y “usuarias”, incluyendo el amplio universo de expresiones de género. Si bien el uso de la “x” es superador, se opta por la “e” para transitar con mayor facilidad la lectura del material.

