

La accesibilidad a servicios de salud de las personas en situación de calle. La experiencia de hacer un lugar propio

GIGLIA, Silvia.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA)

Contacto: gigliasb@gmail.com

MANOLIOS, Lorena.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA)

Contacto: lorenamanolios@gmail.com

PITMAN, Sara.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA)

Contacto: sararpitman@hotmail.com

Proponemos el presente escrito como un texto para debatir, con el anhelo de enriquecer las actividades puestas en marcha en los servicios de salud que trabajan con personas en situación de calle. Recordamos y recorremos las estrategias implementadas desde los equipos de Atención Primaria de la Salud frente a la emergencia de personas en situación de calle, haciendo eje en la accesibilidad a los servicios de salud. Tomaremos un recorte temporal de acciones que se pusieron en práctica en una zona céntrica de un municipio del Conurbano.¹ El período a trabajar va desde fines de agosto de 2017 hasta mayo de 2022, interrumpido el 20 de marzo de 2020 hasta febrero 2021, por el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en la pandemia por Covid 19.²

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la Atención Primaria de la Salud es “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su *distribución equitativa* mediante la aten-

ción centrada en las *necesidades de la gente* tan pronto como sea posible”.³ Concepto tan sencillo de enunciar, como complejo de sostener en la cotidianidad; más cuando el padecimiento desborda los límites de nuestra práctica habitual, tal como relataremos a continuación.

Invisibles- Hipervisibles

“Quienes están en situación de calle se convierten en parte del paisaje urbano” (Di Iorio, 2023, p. 66). Ser parte del paisaje urbano enuncia la condición de invisibilidad de las personas en situación de calle. Sin embargo, “existen perspectivas que complejizan esta idea de la invisibilización, poniendo de relieve que son, a la vez, hipervisibilizadas por los sistemas de control social” (p. 64). En esta línea, afirmamos que las personas “invisibles” pasan a “hipervisibles” cuando algo del exceso se pone en juego: la muerte de una persona en situación de calle por frío, la intervención desmedida/inadecuada de parte de las fuerzas de seguridad, formas violentas de resolución de conflictos o cualquier otra de las tantas situaciones de riesgo que la calle impone. Agregamos que la hipervisibilidad también se expresa cuando aumenta el número “habitual” de personas en situación de calle.

Ver, leer, escuchar

Dado el incremento de personas en situación de calle en 2017, especialmente en las zonas céntricas del municipio, los vecinos comenzaron a manifestarse en las redes (que permiten una condición anónima y virtual) reclamando a las autoridades ocuparse del tema. La Dirección de Emergencias del municipio tomó esta demanda, refiriendo que, cuando el Servicio de la Línea 107 acude a asistir a las personas, la mayoría se rehúsa a ser atendida. Ante esta situación, desde las Direcciones de Salud Mental y Trabajo Social comenzamos a pensar la posibilidad de abordajes en conjunto.

En un primer movimiento, dos profesionales -psicóloga y trabajador social- recorrimos la zona para entrevistarnos con las personas en situación de calle, lo que resultó tanto en diálogos establecidos como en rechazos. Sin embargo, de este primer relevamiento, inicial y poco estructurado, pudimos registrar la existencia de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) trabajando con la misma población.

Tomamos contacto con estas organizaciones y formalizamos una reunión. A partir de esto, como un segundo momento y con más datos que aportó el Servicio de Emergencia, comenzamos a entender que el rechazo se expresaba muchas veces en la negativa a ser trasladados por la ambulancia en situaciones de enfermedad.

Teniendo en cuenta la actividad que realizaban las ONGs, concluimos, junto con ellas, que la problemática no cubierta ante la cual podía responder Salud Pública era la dificultad en el acceso a los servicios de salud.

Barreras, recursos y puesta en marcha de una respuesta

En las entrevistas con las personas en situación de calle encontramos variadas razones que impedían el acceso a los servicios de salud, entre ellas haber sido rechazadas en una primera consulta. En otros casos, deciden no regresar ya que no han “cumplido” con las indicaciones o tratamientos. Asimismo, hay quienes entienden que el hospital o el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) no es un “lugar para ellos”, que no les corresponde, lo cual ilustra cómo las barreras para acceder a los servicios no pueden pensarse sólo desde la oferta de los mismos, sino como “una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios, y las condiciones y representaciones de los sujetos, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios (Stolkiner y Otros, 2000, p. 282).

En cuanto a los recursos, contábamos con materiales municipales que entendimos debían ser adaptados respecto del personal. Se convocó a todos aquellos pertenecientes a la Dirección de Atención Primaria

municipal que desearan participar de la experiencia fuera del horario de trabajo con el pago de horas extra. Entendimos esta oferta de trabajo como una respuesta laboral frente a un emergente y anhelamos que con el tiempo se constituya en trabajo genuino, esto es, en una relación laboral estable con la incorporación de nuevos cargos. Por otro lado, Salud Pública del municipio nos ofreció un tráiler, el cual alternativamente se situaba en diversos puntos del municipio para actividades de promoción y prevención de la salud. Sin embargo, vimos que la estructura del tráiler, que era voluminoso, llamativo, cerrado, con una sola puerta, ventanas pequeñas, con una escalera para ingresar y múltiples letreros que lo muestran como una dependencia estatal, no ayudaba a la accesibilidad que buscábamos. Decidimos entonces utilizar un gazebo y poner en marcha una respuesta a la situación.

Puesta en marcha de la respuesta

Entendimos al gazebo como un CAPS en la calle. El gazebo se armaba una vez por semana de 18 a 21 hs. en el lugar donde las ONGs brindaban la cena, como táctica para facilitar la accesibilidad en el territorio. Llegamos a contar con enfermeras, odontóloga, médico clínico, trabajadores sociales, psicólogos, obstétrica, técnico en electrocardiograma, administrativa y chofer. Queremos destacar los roles de estos últimos.

El rol del chofer a cargo de un móvil, fue transportar materiales, medicación, vacunas, etc., pero también colaboraba con el armado y desarmado de la estructura y permanecía durante toda la actividad atento a cualquier eventualidad de transporte o mantenimiento. En cuanto al papel de la persona que se encargaba de la administración, fue fundamental, responsabilizándose de armar y organizar las historias clínicas que se le confeccionó a cada consultante.

Los primeros acercamientos respondieron a la curiosidad de las personas y a nuestra oferta de conversar, controlar la tensión arterial, vacunación, curaciones etc. A partir de allí, las personas comenzaron a entrar en diálogo con nosotros y muchos de estos primeros encuentros derivaron en consultas e inicios de tratamientos en salud mental. De este modo, cada psicóloga fue organizando agenda para la atención semanal con horario fijo, procurando, si bien en la calle, algún espacio para resguardar la intimidad. Desde los trabajadores sociales se iniciaron gestiones respecto a la orientación y seguimiento de trámites para pensiones, documentos y medicación. La odontóloga se ocupó de actividades de prevención y la distribución de materiales para el aseo y la prevención. Se tomaron muestras para análisis de HIV y sífilis.

Finalmente, como sucede en los CAPS, en tanto puerta de entrada al sistema de salud, algunas de las si-

tuaciones requirieron de atención en el segundo nivel. En estos casos, las derivaciones se efectuaron tomando contacto telefónico con los profesionales de los CAPS y/o del segundo nivel, procurando siempre hablar con quienes tuvieran una recepción amigable. En resumen, el equipo de profesionales se ocupó de las mismas tareas que cada uno desarrolla en sus CAPS de origen.

Parte del paisaje de los martes, parte del perfil del centro de atención que se fue construyendo

Con el tiempo se fue configurando un perfil de centro de atención primaria. Comenzábamos a ser parte del cotidiano de las personas en situación de calle. Nos reconocíamos mutuamente y nos llamábamos por nuestros nombres. El equipo de profesionales en su conjunto estaba al tanto de cada situación. La historia clínica tuvo un lugar preponderante, entendiendo también su efecto en la subjetividad de las personas. No se trató de una atención casual o esporádica. Hubo registro y seguimiento. Respecto a lo dicho, creemos que nuestro aporte se constituyó en un intento de reconfigurar la representación de los sujetos (trabajadores y consultantes) en función de la utilización de los servicios del estado. Para los profesionales, corrernos de un discurso hegemónico, y para los consultantes, comenzar a correrse de la idea de excluidos y acceder a los derechos que debieran tener garantizados

En cuanto a la figura del gazebo: un techo con cuatro columnas en la que personal y consultantes circulan, entran, salen, están en un adentro-afuera. Lo fuimos pensando como una metáfora de la propuesta que logramos ir armando conforme aprendíamos y reajustábamos el trabajo. Asimismo, en el territorio que se configuraba se dieron situaciones espontáneas, como cuando un grupo de niños formaron una rueda para conversar con una de las psicólogas, esta se sentó en el piso, luego ellos también se sentaron y a partir de allí cada martes se juntaron para hablar. No todas las situaciones espontáneas fueron agradables, dado que también hubo peleas que algunas veces terminaban con intervención policial. Este señalamiento nos surge a partir de la intención de no “romantizar” estas experiencias, sino problematizarlas en toda su complejidad.

Hacer propio un lugar

Es cierto que, en varias oportunidades, frente alguna situación de agresión, fueron los mismos pacientes (ahora nuestros pacientes) quienes intervinieron para diluir el conflicto: “acá no... acá no” se decían, dirigiéndose a quienes estaban peleando alguna vez.⁴ Este fue para nosotros un claro indicador de que las personas empezaban a apropiarse del espacio.

En este sentido, no fueron pocos quienes, frente a la demora en una derivación al segundo nivel, manifes-

taron su protesta. Recordamos a un paciente de una de las psicólogas que dio cuenta de su disconformidad con la profesional por tomarse vacaciones. Ahora, aquellos que no se asomaban al hospital por sentir que no pertenecían, hacían valer sus derechos. Algo de la accesibilidad se había puesto en marcha.

Estas situaciones que recortamos, entre otras, nos hacen pensar que el espacio, la unidad sanitaria en la calle, fue en definitiva el resultado de una co-construcción. A partir de esto ponemos en cuestión una expresión que lamentablemente se escucha con frecuencia: “bajar al territorio”. Entendemos que no tenemos que ir al territorio. Estamos en el territorio. Con las personas en situación de calle compartimos el cotidiano, están ahí como nosotros, van y vienen, acaso con la diferencia de saber que nuestro camino tiene al final un hogar que nos aloja.

El espacio se configura como lugar propio si nos sentimos como parte de un todo. Ese territorio es nuestro territorio, parte de nuestro cotidiano. El mismo cotidiano de las personas en situación de calle.

A modo de conclusión

Reclamos de vecinos en las redes sociales. Reclamos que nunca supimos si demandaban asistencia para las personas en situación de calle o la recuperación estética de una zona céntrica. Un servicio de emergencia sin

las herramientas adecuadas para no ser rechazados por las personas en situación de calle. Una multiplicidad de voces en un amplio abanico, desde la caridad al ocultamiento.

En un inicio no nos quedaba claro para qué nos convocaban: nuestra respuesta fue salir a entrevistarnos con los que NO demandaban.

Ofrecimos entonces lo que desde nuestro lugar teníamos para ofrecer. A quienes somos nombrados como del *campo psi* nos resuena la siguiente frase “he logrado, en suma, lo que en el campo del comercio ordinario quisieran poder realizar tan fácilmente: con oferta, he creado demanda” (Lacan, 1958/1987).

Hoy, con la distancia temporal de aquella experiencia, pensamos a la luz de algunos conceptos teóricos a los cuales accedimos en primer lugar desde la práctica, en particular, la accesibilidad a los servicios de salud. Entendemos que hay conceptos que debemos seguir pensando: territorio, dispositivo, inclusión, intervención, empoderamiento.

Creemos haber aportado al debate de las experiencias respecto de qué respuesta ofrecer cuando la demanda es difusa y viene de un lugar diverso al de los damnificados. Nos alienta seguir pensando cuestiones que surgen al escribir sobre esta actividad y preguntas que no paran de emerger ¿No caemos, los profesionales en sobreentendidos o lugares comunes al momento de dar

cuenta de nuestro trabajo? ¿Cómo pensar, por ejemplo, la idea de inclusión si quien debe incluirse en una dinámica preexistente es el trabajador de salud? ¿Debemos arrogarnos la “virtud” de incluir? ¿Quién empodera a quién? ¿Desde qué lugar?

Revisar prejuicios, representaciones, no forzar los hechos para que cuadren con la teoría. Tal vez esta sea una de las claves.

Bibliografía

Di Iorio, J. (2023). Intersecciones entre Salud Mental y situación de calle: Una aproximación desde la perspectiva de derechos humanos. *Revista CUESTIÓN URBANA*, (13), 63-77.

Lacan, J. (1958/1987). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*, (pp. 559- 616). Siglo XXI.

OMS y UNICEF. (s/f). *A vision for primary health care in the 21st century: towards UHC and the SDG*. Disponible en: <https://bitly.ws/ZRbm>

Stolkiner, A. y otros. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En *La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Dunken.

Notas

1. No consignamos la ubicación exacta de la zona a fin de preservar la identidad de las personas participantes de la experiencia.

2. Sabemos que la actividad que presentamos recortada en el tiempo sigue actualmente desplegándose, aunque quienes esto escribimos ya no pertenecemos a ella, por razones de jubilación en un caso y de cambio de funciones en otro.

3. El subrayado es nuestro.

4. Entendemos que el término adecuado es usuario. Nos permitimos esta licencia habida cuenta de la familiaridad que manejamos con el término. Agregamos que algo similar nos ocurre con el concepto CAPS, que a pesar del tiempo transcurrido, nos referimos a él como Unidad Sanitaria. Un ejemplo que ilustra que leyes y reglamentaciones son una parte del cambio en las prácticas.

