

**margen** N° 101 – junio de 2021

La intervención en Consultorios Externos del Hospital Especializado en Salud Mental “Dr. Braulio Moyano”, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, año 2019.

## El Trabajo Social en un Hospital en Salud Mental

Por Marcela Soledad Darget y Andrea Daniela Pedernera  
Licenciadas en Trabajo Social.

### **Presentación**

El presente trabajo es un extracto de lo presentado en las VI Jornadas Interdisciplinarias de Consultorios Externos del Hospital Dr. Braulio Moyano GCABA (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina). Consta de una revisión bibliográfica de los orígenes del Servicio Social en tanto disciplina que conforma los equipos de abordaje en salud mental, a la vez que expone la experiencia de dicha disciplina en intervención en el servicio de Consultorios Externos de un hospital especializado en Salud Mental.

Se inicia con una revisión teórica sobre los orígenes del Servicio Social como práctica y como disciplina. Se mantuvieron entrevistas con las Licenciadas Silvia Allocati y Cristina Falcón, Jefa del departamento de Servicio Social y Jefa de sección Consultorios Externos del Hospital Dr. B. Moyano, respectivamente, a los fines de retomar los orígenes de la conformación de dicha estructura en el marco de la coyuntura del país en aquellos tiempos, como así mismo del hospital como institución del Estado.

Se presenta un breve recorrido de los orígenes de la formación e intervención del Servicio Social en el área de la Salud Mental. Más adelante se retoman normativas que dan marco legal a la intervención profesional. Para finalizar, se describe la intervención de la disciplina en el servicio de Consultorios Externos del mencionado hospital.

### **Un poco de historia, Orígenes de la práctica**

De acuerdo con Parra (1999) los orígenes del Trabajo Social como práctica de intervención en lo social se remontan a la Europa de siglo XVIII, en un contexto en el que el sistema capitalista naciente -como modo socio económico de producción y de funcionamiento de la sociedad- empieza a evidenciar las diferencias ocasionadas por la nueva condición de hombre libre, condición que se da con la caída del feudalismo como sistema social. En ese momento, el rol histórico de la burguesía como clase social en su movimiento revolucionario -tal como su lucha contra el oscurantismo feudal y el absolutismo- se evidenció en las revoluciones burguesas alcanzando su punto supremo en la revolución francesa de 1789.

“El capitalismo representó una verdadera revolución en el plano económico, social,

político y cultural. Tanto la destrucción de la división feudal del trabajo, -el capitalismo presupone un “trabajador libre”-; así como el desarrollo de la industria –que implicó la ruptura con el trabajo artesanal e individual y un nuevo tipo de integración orgánica sobre la base de la producción y el mercado-, entre otras características, fueron cambios que posibilitaron pensar la acción humana interviniendo en el proceso de la historia, al mismo tiempo que como forma de objetivación social.” Parra (1999).

Lo que se transmitía bajo la concepción de “trabajador libre” desde los sectores de poder, como la posibilidad de elegir de qué manera sobrevivir, colocaba a vastos sectores de la clase trabajadora en condición de vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad como estado de desigualdad da lugar a lo que Castel (1995) describe como “el plano de la organización (o desorganización) del trabajo, y de la estructuración (o desestructuración) de la sociabilidad.” Y que más adelante describiría como la “Cuestión Social”, manifestación irrefutable de las desigualdades estructurales del capitalismo y situación que amenaza el orden establecido.

En este cuadro de situación se da origen a medidas digitadas desde la unidad entre la Iglesia, la burguesía como clase social y el Estado como órgano de gobierno; estas prácticas tenían su justificación en paliar las crecientes desigualdades generadas por el sistema naciente, pero también impedir la posibilidad de organización del pueblo trabajador contra los efectos del sistema capitalista.

En línea con lo planteado por Parra (1999), el Trabajo Social como profesión -es decir en cuanto “práctica institucionalizada, socialmente legitimada y legalmente sancionada”-, se ubica como respuesta a la “cuestión social”, inscripto en la división social y técnica del trabajo.

Así mismo -y retomando lo planteado por Oliva (2005)- el Trabajo Social

“surge en Argentina en el marco de los procesos de industrialización y urbanización capitalista. La inmigración masiva jugó un papel fundamental en torno a las demandas colectivas y al surgimiento de organizaciones de trabajadores y de instituciones con financiamiento público.”

La autora sostiene que para entender el origen de la disciplina en el país es importante partir de comprender la condiciones en la que la relación entre clases sociales dio origen a “instituciones y modalidades de intervención vinculadas al surgimiento de la llamada Cuestión social”. El origen del Trabajo Social no responde a un proceso lineal sino a tensiones propias de la época enmarcadas esencialmente en la lucha de clases.

El arribo de los inmigrantes europeos desde mediados del siglo XIX provocó un crecimiento de las ciudades a ritmo acelerado; esta población se fue organizando y presentando demandas colectivas, lo cual expresa la llamada “cuestión social” en Argentina.

En este marco, “las instituciones de la Iglesia católica y de la Sociedad de Beneficencia se desbordaron ya que no se trataba de asistir mediante sus mecanismos de “caridad” o “filantropía” a mendigos, niños huérfanos o enfermos individualizados, sino que eran conjuntos poblacionales quienes demandaban la atención de sus necesidades.” A este período histórico se le suma la constitución de distintas expresiones de organización obrera, la supresión del trabajo infantil y la inclusión de la mujer al trabajo industrial, entre otros hechos. Es imposible escindir el surgimiento del Trabajo Social de este escenario, dado que existe una relación directa con la creación de

instituciones públicas y principalmente con las áreas de salud, educación y vivienda. Para dar un ejemplo, se puede decir que en 1883 en la ciudad de Buenos Aires “se creó la Asistencia Pública, para hacerse cargo de la atención de la salud e iniciar la creación de una serie de instituciones. Con este paso se institucionalizó la intervención del Estado en los hospitales y en materia de salud pública” Oliva (2005). En 1823, la presidencia de Rivadavia autorizó la creación de la Sociedad de Beneficencia. En el mismo año de su fundación, se decretó que la Sociedad debía estar compuesta por trece damas nombradas por el ministerio de gobierno; estas “damas” eran identificadas como “las damas de la caridad”.

A principios de siglo, en la medicina preventiva había tomado cuerpo la idea de contar con un nuevo auxiliar del médico. En 1924, por Resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, fue creado el curso de Visitadoras de Higiene Social, dependiente del Instituto de Higiene de dicha Facultad. El director de dicho Instituto era el médico Manuel V. Carbonell, pero en rigor, el curso dependía de la Cátedra de Higiene perteneciente al Instituto, cuyo titular era el médico A. Zwanck. En junio de 1930 se inauguró la primera Escuela de Servicio Social dependiente del Museo Social Argentino, dirigida por el mismo. En 1959 (durante el mandato de Arturo Frondizi) se concretó la inauguración del Instituto de Servicio Social dependiente del ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, cuyo titular era el médico H. V. Noblía, siendo director de dicho Instituto el médico psiquiatra R. Tarsitano. Alayón. En esa fecha, el Museo Social estaba incorporado a la Universidad de Buenos Aires como un Instituto de Información, Estudios y Acción Sociales.

Como escenario de práctica profesional de las asistentes sociales, la Sociedad de Beneficencia recibía subsidios oficiales y privados. Durante el gobierno del Gral. Farrell, en 1944, todo lo relativo a asistencia social pasó a depender de la Secretaría de Trabajo y Previsión. En 1946, durante el mismo gobierno, se precisó que la Sociedad de Beneficencia fuera una Institución Pública dependiente del Ministerio del Interior. En 1947, la Sociedad de Beneficencia pasó a depender de la Secretaría de Salud Pública. En el mismo año se determinó la intervención de la Sociedad (gobierno del Gral. Perón). A partir de 1948, la Sociedad de Beneficencia pasó a integrar la Dirección Nacional de Asistencia Social.

En 1948, durante la primera presidencia de J. D. Perón, se creó la Fundación de Ayuda Social María Eva Duarte de Perón, con el objeto de "realizar una obra de verdadero interés social". (Alayón 2015). En 1954, en forma independiente a la fundación Eva Perón, Perón creó la Fundación Evita que fue disuelta por el Gral. Aramburu en 1955 al ser derrocado Perón. A partir del surgimiento de la Fundación, el carácter de la asistencia social cambió radicalmente, como lo podemos observar a partir de la siguiente cita de Eva Perón: "la beneficencia satisface al que la práctica. La ayuda social satisface al pueblo, que es quien la realiza...Beneficencia no; ayuda social sí; porque significa justicia" (Alayón, 2015); la labor en la fundación era llevada a cabo, entre otras cosas, por las células "mínimas" que viajaban por todo el país. En palabras de Eva Perón: "las células mínimas son las asistentes sociales que recorren el territorio para ir a ver de casa en casa el problema que ha de solucionarse de inmediato".

Tras el fallecimiento de Eva Perón en 1952, la Fundación pasó a ser dirigida por un Consejo integrado por un presidente (Perón), ocho vocales designados entre el secretario general de la CGT y el Ministerio de Trabajo y Previsión.

Resulta pertinente señalar que el Trabajo Social no se origina inmediatamente con la aparición de la cuestión social como una profesión, sino que esta práctica asistencial fue ajustándose según los requerimientos del sistema. Fue tiempo después que se consolidó como tal, y al igual que otras disciplinas, sus programas y orientaciones respondían en gran medida al nivel de desarrollo

económico de cada país o región. En gran medida, estos procesos económicos determinan la orientación de la profesión y de sus prácticas en tanto su ubicación de ésta en la división social y técnica del trabajo.

### **El Trabajo Social en Salud Mental**

Se comenzará mencionando que fue el Dr. Richard Clarke Cabot quien en el año 1905 introdujo la figura del Trabajador Social en los hospitales generales, siendo el primero el de Massachusetts. Luego -y de manera paulatina- se fue incluyendo en otros hospitales de Estados Unidos, como Nueva York, Baltimore y Boston, entre otros.

Según Fernández (1997), “Si analizamos el desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico, éste ha sido considerado como una especialización profesional, y su origen lo encontramos en la fase histórica de tecnificación del Trabajo Social”. En esta primera etapa se reconocen tres niveles, el primero entre los años 1925 y 1940, llamado proceso benéfico-asistencial y bajo una concepción paramédica o parajurídica. La segunda etapa, de 1941 a 1965, caracterizada por un perfil tecnócrata y desarrollista. Y, finalmente se puede describir una etapa más floreciente del Trabajo Social en Latinoamérica a partir del año 1966. En adelante se produce un movimiento de reconceptualización que rechaza el papel asistencialista para promover cambios en el proceso metodológico y de métodos en el Trabajo Social.

A principios del siglo XX, en los EE. UU. se incorporan los Trabajadores Sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios; esto a iniciativa del Dr. Meyer Adolph, a partir del año 1904. Él mismo consideraba que era necesario la inclusión de estos profesionales, lo que aportaría al tratamiento de los pacientes en salud mental desde una visión integral. Luego, esta política fue seguida por otros países, como España, entre otros. Algunas escuelas ofrecen cursos intensivos destinados a la especialización de Trabajadores Sociales en la labor psiquiátrica. La Argentina no fue ajena a esto. Desde el Instituto Nacional de Salud Mental -creado en 1967 siguiendo la línea de cambios que se venían dando a nivel salud- se asumió la responsabilidad de subsanar esa carencia; así, se creó el primer “Curso de Servicio Social Psiquiátrico” que duró unos pocos años, con gravitaciones en el extranjero ya que, en el año 1971 y tras la llegada de la intervención del Instituto un año antes, se decidió suprimir, lo que constituyó una verdadera pérdida desde que era uno de los pocos en el mundo y el único en Latinoamérica.

### **Una reseña histórica acerca del Servicio Social en el Hospital Dr. Braulio Moyano**

En el año 1941 se creó el Departamento de Servicio Social del Hospital Dr. B. Moyano por iniciativa del doctor Anselmo Biganzoli, quien en ese momento era el jefe del Departamento de Admisión. Ante la imposibilidad de reducir el número de pacientes que se encontraban internadas, éste decidió incluir dentro de la estructura hospitalaria a quienes en ese momento se denominaban Visitadores de Higiene y más tarde Asistentes Sociales. Esto coincidió con la época de la medicina social de Ramón Carrillo, quien -entre los años 1946 a 1954- había duplicado las camas hospitalarias existentes en el País. Se produjo un cambio importante en materia de salud, pues comenzó a prevalecer la lógica de Estado prestador a la vez que planificador de los servicios de salud, en momentos en que el Servicio Social se vinculaba con la problemática nacional y se producía un cambio en el perfil de las intervenciones de estos profesionales, tendiendo éstas a vincularse más con la política social estatal.

Ya van más de siete décadas de presencia del Departamento de Servicio Social en el Hospital Dr. B. Moyano, marcadas por el devenir histórico del país y por el de la misma profesión. Este devenir se caracterizó por un eclecticismo en el que confluyeron las diferentes escuelas de las que provenían y provienen los profesionales del Trabajo Social que conformaron el departamento y lo conforman en la actualidad.

El Trabajo Social fue la primera profesión no médica que se incluyó dentro de la estructura hospitalaria, ya que en ese momento las enfermeras eran empíricas. Esto le dio un lugar de relevancia a la profesión, que hasta la sanción de la ley de control de internaciones -hacia la década del 80- participaba del Comité de Altas, en el que un profesional del Servicio Social, junto con el director del Hospital y un médico designado por la dirección, conformaban esta instancia de la cual dependía la condición de alta de las pacientes.

Hasta la década del 90 el hospital dependía de la órbita del gobierno nacional. En ese momento la institución contaba con dos jefaturas de Departamento, siendo éstas las de Nutrición y la de Servicio Social, la que estaba conformada por un jefe de Departamento y tres Supervisores, tal cual lo determinaba la Secretaría de Salud de la Nación. Posteriormente en 1993, y con el traspaso del hospital a la dependencia del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), se conformó una superestructura -como se la conoce en la actualidad- creándose la figura de Jefes de Unidad y Jefes de Sección, quedando así conformado por cinco Jefaturas de Sección de las Áreas de Externos, Agudos, Crónicos, Rehabilitación y Área Programática.

Así mismo, el Departamento cuenta con catorce cargos de planta de profesionales que se desempeñan en diferentes servicios. Cabe señalar que a partir de la sanción de la Ley 448 de Salud Mental de la CABA, en el año 2000 -y por resolución ministerial- se crearon siete cargos titulares de guardia y cinco suplentes, constituyéndose de esta manera en el segundo hospital monovalente, junto al Hospital T. de Alvear, en contar con atención de Guardia interdisciplinaria.

El Trabajo Social en el hospital Dr. B. Moyano es la primera profesión no médica en Salud Mental, es un espacio de intervención específica que se abrió paso a la hegemonía del tratamiento médico en el espacio de la salud pública. A fines de los años 60 ingresaron licenciadxs en Psicología y en los 90, terapistas ocupacionales y musicoterapeutas.

### **El rol del Trabajador Social desde el Departamento de Servicio Social en el Hospital Dr. B. Moyano**

En el año 2012, como parte de una producción teórica de integrantes del equipo del Departamento de Servicio Social de este hospital, se plasmó un trabajo donde se delineó el rol del profesional del Trabajo Social en dicho hospital. Del mismo resulta pertinente rescatar que

“El trabajador social en salud mental tiene por objetivo de intervención el extenso abanico de las problemáticas sociales con relación a las personas y sus comunidades”.

Si bien las personas usuarias de nuestro dispositivo llegan, en líneas generales, con algún tipo de elemento identificatorio -ya sea un diagnóstico médico, un certificado que acredita la atención como necesaria o un número de historia clínica- para el Trabajador Social esto sólo será una variable a tener en cuenta, pero no necesariamente será un determinante en el abordaje social que se brindará.

El abordaje se definirá desde la especificidad profesional, a partir de la intervención y evaluación realizada en el marco de una determinada área asistencial. Esto es importante aclarar ya que no son las mismas variables las que se van a tomar en cuenta en una internación del Servicio de Guardia ante una crisis aguda en una modalidad de largo plazo o bien en atención ambulatoria desde Consultorios Externos.

En dicho trabajo se define como objetivo general:

“Desarrollar estrategias de abordaje integral constituidas por dispositivos de prevención, promoción y reinserción social, destinado a personas con padecimiento mental, sus familias y la comunidad, con la modalidad multidisciplinaria e intersectorial.”

Y como objetivos específicos:

“Aumentar el efectivo acceso a los derechos que asisten a las personas y sus familias.

Potenciar los recursos y saberes de las personas asistidas, respetando la cultura e identidad individual.

Promover la conformación de redes que actúen como sostén y contención hacia las personas y familias con problemáticas de salud mental.”

Quienes suscriben el presente trabajo se plantean como interrogante la pertinencia de ampliar y/o modificar estos objetivos en función de lo dinámico del escenario social y/o las problemáticas de la intervención.

### **Marco legal de referencia**

Desde un punto de vista más amplio se puede decir que el Trabajo Social basará todas sus acciones en los principios, normas y garantías emanadas de la Constitución Nacional y la Declaración de los Derechos Humanos.

Para ello se mencionará brevemente algunos de los derechos que garantiza la Constitución Nacional, contemplados en los Art. 14-14 bis: derecho de las personas que incluye el derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad y el derecho a enseñar y aprender. Así mismo se pueden mencionar los derechos del trabajador: a tener condiciones dignas de trabajo, los derechos de la seguridad social, al seguro social obligatorio, a jubilaciones y pensiones móviles.

En relación con los derechos que protegen a la familia, se rescatan los vinculados al acceso a una vivienda digna, a una compensación económica familiar; sin dejar de mencionar las garantías constitucionales como: la del amparo -ampliado en el Art. 43 (Constitución Nacional argentina) con lo previsto en el Art. 75 inciso 22- que incorpora los tratados internacionales dándoles a los derechos humanos jerarquía constitucional. Del mismo modo, se retoman los postulados referidos a los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Respecto a las normativas sobre las cuales se sustentan la práctica profesional, se mencionarán: la Ley Nacional N° 26.657 (2010), Derecho a la Protección de la Salud Mental, articulando con la Ley N° 448 (2000), Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires; la Ley Nacional N° 23.377

(1986) del ejercicio de la profesión del Servicio Social o Trabajo Social. En el mismo sentido, el Código de Ética para Graduados en Servicio Social o Trabajo Social, las reglamentaciones del Tribunal de Disciplina y Sanciones, conforme lo determinan los inc. b) y f) del art. 16° e inc. d) art. 9° de la dicha ley. En consonancia con la Ley Nacional N° 26.657, art: 3, se retoma la Resolución N° 65 (2015), en tanto la perspectiva de “Presunción de Capacidad”.

### **La Intervención del Trabajo Social en el Servicio de Consultorios Externos**

El servicio de Consultorios Externos realiza abordajes de tipo interdisciplinario, con equipos de las mismas características que en servicios de internación; a diferencia de éstos y de guardia, la población que asiste a Consultorios Externos en su gran mayoría son mujeres. También asisten, aunque en menor medida, usuarios varones.

Las admisiones al servicio se realizan por derivaciones internas del hospital, por derivaciones de otros efectores de salud o por oficio judicial. Este servicio cuenta con profesionales de enfermería, administrativos, equipo de maestranza; profesionales de la psiquiatría, licenciados en psicología, licenciados en trabajo social, licenciados en terapia ocupacional, en su mayoría son contratos de planta y también un equipo interdisciplinario de residentes que realizan rotación por el servicio de manera anual. Actualmente, en este servicio se desarrollan cinco dispositivos de abordaje grupal.

Las dos primeras modalidades de admisión suelen ser abordadas en primera entrevista por profesionales de la psiquiatría y psicólogos, mientras que la tercera requiere también de la participación de Trabajo Social -aunque esto también es flexible en tanto estrategia de los profesionales actuantes-. Una vez que se concreta la admisión, se define la modalidad de seguimiento y se efectúa la derivación al o los profesionales tratantes. Algunos tratamientos son semanales, otros quincenales y otros mensuales, dependiendo de la posibilidad de adherencia de la usuaria, así como también de la disponibilidad de sostén social que permita mantener un tratamiento ambulatorio. En su mayoría, el tratamiento es exclusivamente farmacológico, con seguimiento exclusivo de profesionales de la psiquiatría; luego, en segundo lugar, psicológico y, por último, los menos numerosos consisten en un abordaje interdisciplinario incluyendo a psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia ocupacional. La medicación se entrega de manera gratuita en el servicio de Farmacia del hospital.

Con respecto a los diagnósticos, prevalecen los de esquizofrenia, trastorno bipolar (con y sin síntomas psicóticos; por consumo de sustancias) y retraso mental sin especificar. Al momento de ser admitidas en el servicio, muchas de las personas ya presentan un grado avanzado de deterioro en sus cuadros de base, sobre todo aquellas que tienen edades más avanzadas (más de 40 años), personas con antecedentes de consumo de sustancias o que se encuentran en una situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Los itinerarios terapéuticos de estas personas varían dependiendo de la edad y el diagnóstico. La gran mayoría fue derivada desde la guardia del hospital u otros hospitales de salud mental a causa de episodios agudos o desde otros servicios del hospital luego de completar el tiempo de tratamiento ambulatorio (que es de aproximadamente seis meses).

En su mayoría, estas personas no cuentan con cobertura de salud. Un porcentaje menor cuenta con adscripción a la medicina prepaga y las que tienen beneficio previsional (jubilación o pensión por incapacidad laboral) cuentan con PAMI, FACOEP SE / Incluir Salud. Asimismo, un alto porcentaje de éstas cuentan con Certificado Único de Discapacidad (CUD), que puede ser otorgado por cuadros psiquiátricos o neurológicos. El mismo es gestionado con el seguimiento de los

profesionales de su equipo tratante en el servicio.

Las personas suelen asistir solas a las citas con su equipo tratante. Los familiares o parejas suelen acompañar, en caso de ser citados por el equipo o de participar en dispositivos de rehabilitación (dispositivo de abordaje “Multifamiliar”). La disponibilidad de lazos sociales y comunitarios suele verse afectada en muchas ocasiones por el empeoramiento de los cuadros.

Actualmente, en el servicio de Consultorios Externos se desempeñan dos profesionales que dependen del Departamento de Servicio Social. El diseño de las estrategias de intervención se desprende en su mayoría del espacio de supervisión que se lleva adelante semanalmente. Estas intervenciones giran en torno a facilitar el acceso a los recursos comunitarios a fin de detectar y fortalecer los recursos individuales y grupales de las personas a las que se asiste.

La población usuaria de Consultorios Externos es heterogénea respecto de su lugar de procedencia; proveniente tanto de la CABA como de la provincia de Buenos Aires y un porcentaje menor del interior de dicha provincia y de otras provincias.

En su mayoría, esta población presenta como característica determinadas problemáticas sociales relacionadas con dificultades habitacionales, alimentarias, violencia familiar, violencia de género; situaciones de vulnerabilidad con niños, niñas y adolescentes; el empleo, no sólo como satisfacción económica sino como instancia de rehabilitación y reinserción social; ausencia de red familiar, social y/o comunitaria; temas vinculados a la intervención con el sistema judicial y el acceso a la justicia. También se abordan problemáticas vinculadas al consumo problemático, la diversidad de género, la adherencia a otros tratamientos en salud.

La historia demostró que reducir la problemática de lo mental a un problema exclusivamente orgánico disminuye las posibilidades de rehabilitación de los padecimientos. Del mismo modo, considerar el campo de la salud mental como privativo del sector de la salud nos impide dar respuestas que muchas veces son necesarias para mejorar la calidad de vida y la salud de las personas con padecimiento mental.

### **De las estrategias de intervención**

Sumado a los marcos regulatorios que encuadran la intervención de los profesionales del Departamento de Servicio Social, resulta relevante dar cuenta de algunos ejes teórico - prácticos que suman a lo anterior. En tal sentido, se retomarán los pilares de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS), la categoría de Itinerarios terapéuticos, la Presunción de Capacidad y la condición de Ambulatoriedad; así también el refuerzo de los “Redes de apoyo”.

Desde hace unos diez años, a partir de la conferencia de Alma Ata, se promueve el desarrollo de la estrategia de APS para un abordaje de los problemas de salud. La APS es una estrategia de intervención en la salud que, entre otras cosas, posibilita profundizar y afianzar la promoción de los derechos de las personas y la construcción de ciudadanía en pos de la concepción integral de salud. La APS posee numerosos elementos que merecen ser rescatados, analizados y ejecutados en beneficio de diversos aspectos de la salud de las personas, pero no es posible considerar la APS como un concepto totalizante, con la misma validez en cualquier país y circunstancia. Sus posibilidades están dadas por el sistema de salud en el que se encuentra inserta. La APS puede tener un “significado concreto”, el que le otorga su inserción en el Sistema de salud, o tener un “significado abstracto”, el que corresponde a su definición ideológica. Los principios de la APS son: la Participación Comunitaria, el Fortalecimiento Institucional, el uso de Tecnología Apropriada,

la inclusión de la óptica Intercultural, la Accesibilidad, la Prevención y la Promoción.

Passarin (2011) describe a los Itinerarios terapéuticos como la “secuencia de actividades que son emprendidas en el proceso de búsqueda de resolución del padecimiento por parte de los propios actores sociales, constituyendo un indicador de los recursos utilizados -Kleinman y Psordas 1996-”. Y aclara que la construcción de itinerarios permite comprender los discursos y prácticas expresados en diferentes lógicas, resultado de las propias experiencias. Reconstruir los itinerarios permite analizar los modos en los que se desarrolla el Proceso Salud Enfermedad Atención de las personas con padecimiento mental con la evidencia proporcionada por la propia experiencia de enfermedad. Trabajar con los itinerarios proporciona un medio de gran utilidad para “analizar las facilidades, dificultades y limitaciones en la búsqueda en relación con el acceso y los resultados encontrados”.

En relación con los itinerarios terapéuticos de las personas que acuden al servicio de Consultorios Externos, se puede decir que en la mayoría de los relatos aparece el hecho de haber concurrido directamente a una guardia hospitalaria en momento de cuadro agudo en su patología. Generalmente en una minoría, estas personas han concurrido acompañadas por algún familiar o vecinos, lo que sí es cierto es que el momento de inicio del tratamiento en salud mental dependerá más de la contextualización de sus necesidades, las cuales pueden comprender factores vinculares, sociales, económicos, culturales, de vulneración de derechos o de situaciones de riesgo social que del propio cuadro. A diferencia de otras patologías, en salud mental se observa una prevalencia en concurrir directamente a atención en instituciones del segundo nivel de atención en medicina occidental.

Si bien se podría pensar que las personas concurren puramente a control de medicación, la intervención profesional con ellas es sumamente extensa, ya que a los fines de lograr un eficaz acompañamiento de su ambulatoriedad, las intervenciones interdisciplinarias le han ido ganando terreno a la prevalencia del tratamiento médico hegemónico. Lo cierto es que este terreno no deja de ser un ámbito de disputas de saberes.

Retomando la normativa legal, uno de los objetivos de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) es “el pleno goce de los derechos humanos, partiendo de una concepción integral según la cual el ejercicio de derechos condiciona la salud mental”. En su artículo 3°, esta ley establece que debe partirse de la presunción de capacidad de todas las personas; en tal sentido, la Resolución N° 65 de la hoy Secretaría de Salud de la Nación (2015), otorga marco interpretativo para el Nuevo Código Civil y Comercial. La normativa de fondo en materia civil y comercial fue reformada de manera integral mediante el dictado de la Ley N° 26.994 y trajo principalmente aportes con relación a criterios etarios relativos a la capacidad para el ejercicio de los derechos vinculados con el cuidado del propio cuerpo, pero que respecto de la “capacidad” es aplicable a las demás esferas de la vida de las personas. Sobre la categoría de “presunción de capacidad”, al igual que en el Art. 3° de la Ley Nacional de Salud Mental, debe asumirse que todas las personas pueden tomar decisiones sobre su salud de forma autónoma. En el art. 3.3. se insta a los equipos de salud a realizar los “ajustes razonables” para garantizar la accesibilidad por medio de las “modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas”; en tal sentido, los equipos de atención de la salud deben ajustar sus prácticas, no las personas. En el 3.4. se promueve la inclusión de los “sistemas de apoyos”; se trata de una “asistencia para que la persona pueda recibir la información y decidir por sí misma”. Esta resolución da un marco superador para las intervenciones en el área de salud mental, entendiéndolo las particularidades y singularidades de cada persona, su familia y su comunidad.

Entendiendo de esta manera el escenario en el que se encuentran las personas con las que se interviene, resulta relevante retomar lo planteado por Chadi (2000), quien define a la Red Social

como un grupo de personas, bien sea miembros de una familia, vecinos, amigos o instituciones, capaces de aportar un apoyo real y duradero a un individuo o familia. Para esta autora, determinar la “funcionalidad” de una red social depende de la intensidad y reciprocidad de ésta, es decir del grado de vinculación entre sus miembros y del compromiso mutuo entre los integrantes del grupo, de acuerdo con las funciones que cada uno cumple respecto a los demás. En tal sentido, podemos definir a las Redes de Apoyo como instancias en las que el profesional tiene la tarea de identificar y recuperar algunas de estas redes. Nos referimos a recuperación, ya que -como se planteó al inicio- muchas veces por la propia patología y los procesos de las familias o referentes vinculares, esas “redes” se encuentran disfuncionales a la cotidianidad de las personas. Existen Redes Primarias, Secundarias, Institucionales o Formales, la intervención del Trabajador Social se enmarcará en esta última, ya que forma parte del ejercicio profesional desde la institución estatal.

Esta autora también sostiene que en primera instancia la intervención profesional del Trabajador Social debería apuntar a organizar y estabilizar la red, para permitir en un segundo momento el fortalecimiento de esta unidad de apoyo hacia un esquema de trabajo más funcional. Propone intervenciones que van de lo micro a lo macro y viceversa, acompañadas de una mirada que valora los recursos más que el déficit presente en la red. De tal manera, en la metodología que plantea, son fundamentales tres elementos para la acción profesional: dar prioridad a las relaciones respecto de las personas, ampliar el campo de observación y ordenar y activar puentes de comunicación.

### **A modo de conclusión**

Como se puede identificar en el desarrollo del presente trabajo, la impronta profesional del Trabajo Social en esta Institución Hospitalaria ha sido históricamente de gran relevancia. Los orígenes de la profesión son los que han marcado, en un comienzo, el rumbo de la modalidad de intervención, modificándose con el devenir de la historia mundial y la propia de nuestro país. Frente a los escenarios actuales (no sólo a nivel nacional sino también a nivel hospitalario), los Trabajadores Sociales afrontan nuevos desafíos respecto a su posicionamiento e intervenciones, siempre orientados a una dimensión socioeducativa y a partir de la singularidad de cada sujeto.

Al hacer referencia a Consultorios Externos se trató de identificar ejes de intervención profesional sobre los cuales se sientan las bases de la tarea diaria, permitiendo complejizar la mirada sobre la realidad social en la que intervenir.

### **Bibliografía**

Alayón, Norberto (2007). “Historia del Trabajo Social en Argentina”. Espacio Editorial.

Alayón, Norberto (2012). “La primera escuela de servicio social (que no fue...)”. En: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000446.pdf>

Castel, Robert (1995). “Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado”. Editorial Paidós.

Chadi, Mónica (2000). “Redes Sociales en el Trabajo Social”. Buenos Aires: Editorial Espacio Editorial.

Código de Ética para Graduados en Servicio Social o Trabajo Social (1986). En: <http://www.trabajo-social.org.ar/wordpress/codigo-de-etica/>

Constitución Nacional y la Declaración de los Derechos Humanos (1994). En [http://www.infoleg.gob.ar/?page\\_id=63](http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=63)

Garcés Trullenque, Eva (2010). “El Trabajo Social en salud mental”. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo Universidad de Zaragoza. En: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS1010110333A/7489>.

Ley N° 448 Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (2000). En: <https://www.legislatura.gov.ar/posts/sabias-que187.html>

Ley Nacional N° 23.377 (1986). Del ejercicio de la profesión del Servicio Social o Trabajo Social. Promulgación: 1986 (C.N. art. 70). En: <http://www.trabajo-social.org.ar/wordpress/ley-nacional-no-23-377/>

Ley Nacional N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010). Disposiciones complementarias. Derogase la Ley N° 22.914. En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Nicolini Segovia, Mónica y otros (2012). “La intervención en problemáticas sociales desde un hospital monovalente”. En Los terrenos pantanosos del Trabajo Social. Problemas Campos y Dispositivos Sociales. Ediciones Universidad del salvador.

Oilva, Andrea Antonia (2005). “Antecedentes del Trabajo Social en Argentina: asistencia y educación sanitaria”. Programa de Posgraduación en Servicio Social de la PUC-SP (Brasil), con el título “Trabalho Social na Argentina. Traços Históricos”, Brasil.

Parra, Gustavo (1999). “Antimodernidad y trabajo social”. Luján. Editorial Universidad Nacional de Luján, Argentina.

Pasarin, Lorena. (2011). “Itinerarios terapéuticos y redes sociales” Actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología. Mendoza. Editorial de la Universidad del Aconcagua. Argentina

Resolución N° 65. Secretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2015). En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000259999/257649/norma.htm>