

Reflexiones sobre intervenciones territoriales en salud: construyendo lo colectivo en contexto de pandemia

Por María Paula Devoto Córdova y María Belén Martino

María Paula Devoto Córdova. Licenciada en Terapia Ocupacional, Residente de 3° año del Hospital Infantojuvenil Carolina Tobar García, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

María Belén Martino. Licenciada en Terapia Ocupacional, Residente de 3° año del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

Introducción

LOBE es un dispositivo de salud destinado a la atención ambulatoria de usuaries de sustancias psicoactivas con criterio de umbral mínimo de exigencia. La propuesta del dispositivo consiste en el acompañamiento de personas que se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad y exclusión mediante dispositivos que propician la anudación del lazo social en el marco de la construcción de ciudadanía y restitución de derechos (Abramovici; Baldeli; Barral Santamaría; Butrón; García Blanco; Leoz; Oviedo; Pelagagge; Remolgado; Solodujin, 2020, p. 181).

Además, atiende principalmente la demanda proveniente de les residentes de la zona, tanto de la población objetivo como de sus familiares, allegades y de los actores sociales intervinientes en la trama social local, como también del resto de la CABA. 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, orientados a contener y alojar a les usuaries de sustancias psicoactivas (Baldelli; Bogliano; Ghisell, 2007).

En las siguientes líneas intentaremos dar cuenta de nuestra experiencia, aprendizajes y tránsito por el dispositivo. Si bien la rotación fue realizada dentro de un contexto complejo debido a la pandemia causada por el COVID-19, que como consecuencia trajo cambios en las dinámicas de dicho dispositivo, pudimos observar, reflexionar y cuestionarnos. Es por eso que mediante algunos microrrelatos surgidos de la práctica cotidiana, trataremos de articular conceptos teóricos y generar reflexiones e interrogantes que nos permitan enriquecer nuestra práctica.

La Enunciación Colectiva

“Quizás sea por la ausencia de un compañero bastante activo en el taller es que nos está costando bastante decidir de qué vamos a hablar hoy en el programa. Tiramos temas al tun tun, pensamos en hablar de la flamante incorporación de Marcos Rojo a Boca. Aunque no hay mucho que decir acerca de eso, podemos intentar hablar acerca de problemáticas reales que afectan a nuestro barrio y que lastiman a nuestros pibes y pibas: la inseguridad, los robos, la droga, la falta de oportunidades, la mala junta, las decisiones equivocadas”.

Comenta P que

“no es lo mismo nacer acá que nacer en otro lado, que no es lo mismo cuando a las familias les falta trabajo y plata que cuando lo tienen todo. Entonces los pibes pueden elegir el camino fácil, la forma rápida de tener lo que otros tienen y ellos no”.

El taller de radio es un espacio semanal afianzado en el dispositivo que se desarrolla con continuidad. En este sentido, la radio permite visibilizar a una población vulnerada en sus derechos, buscando reducir el estigma que se asocia a la problemática del consumo de sustancias y otras problemáticas frecuentes de los barrios vulnerables. Desde este espacio se promueve el acceso a un medio de comunicación y una ocupación que busca favorecer procesos subjetivantes (Abramovici; et. al, 2020, p.182). El taller tiene como característica particular la posibilidad de habilitar la palabra de forma amplia. Diversos temas, desde modificaciones en las formaciones de equipos de fútbol de primera división, problemas graves como el abuso sexual infantil, la inseguridad, el consumo de sustancias, hasta emisiones de radioteatro, son solamente algunos de las temáticas abordadas durante nuestro trayecto por la radio.

En cada emisión, cada participante construye un rol, ya sea de locutore, entrevistadore, técnico o asistente, que puede repetirse en las distintas emisiones o ir transformándose según las circunstancias. Se configura así un espacio específico de circulación de la palabra, los sonidos y la música. Un lugar donde poder preguntar, hablar, improvisar, cantar y sobre todo escuchar: escuchar a le otre, escucharse a sí mismo y hacerse escuchar. Se comparte un tiempo de trabajo en equipo, valorando todas las propuestas, fomentando el diálogo y el interés por lxs demás (Abramovici; et. al, 2020, p.182). Muchas veces se exponen experiencias personales, experiencias propias del habitar la vulnerabilidad, vivencias fuertes, a veces de extrema violencia, que en el momento que se transforman en palabra y en una forma de transmisión, se convierten en una acción política.

Algo que ha quedado claro en nuestro pasaje por Radio El Encuentro es que lo personal es político y que no existen soluciones individuales para problemas colectivos. Solamente la acción colectiva puede convertirse en el motor de transformación de algunas realidades. En este sentido, el encuadre de taller convoca al hacer grupal. La grupalidad se refiere a la construcción de dispositivos de intervención que rompan con la lógica bidireccional de la consulta individual (Abramovici; et. al, 2020, p.182).

Muchas de las problemáticas que surgen no solo en las grabaciones de los programas de radio sino también en otros espacios del dispositivo, son de una complejidad tan grande que en ocasiones nos dejan sin palabras y hasta sin recursos para ofrecer. Mediante esta práctica colectiva es posible crear un producto pensado para la circulación: la posibilidad de dar a conocer una experiencia, una opinión, dar un consejo, puede ser una línea de fuga de lo que está dado, de una realidad aparentemente inmodificable.

La calle, el consumo y las construcciones sociales.

“En un recorrido por la avenida nos encontramos con un grupo de varones jóvenes que se encuentran ranchando y consumiendo. Nos saludan de lejos, pero uno se acerca y nos habla muy amablemente, L. Con mucha dificultad y con rastros de consumo en sus movimientos y gestos L nos dice “me quiero internar, quiero estar bien y recuperar a mi familia”. Le preguntamos por algo de su historia y nos cuenta que él en este momento está

en la calle pero que en realidad tiene una casa, con “un balcón grande de color”. Tuvo ocho internaciones, pero no cree que le hayan servido, “me fui porque todos se drogaban y peleaban, y eso no me sirve”. L es muy joven, le cuesta hablar y le faltan algunos dientes, nos pide ayuda.”

Para reflexionar, tanto acerca de esta situación como de las muchas otras que circulan dentro y fuera de LOBE, tomamos la categoría *consumo* como inscripta dentro de la lógica del discurso capitalista en el cual las drogas funcionan como parte de un consumo más dentro del sistema, las sustancias legales e ilegales como una mercancía más del sistema capitalista (Quevedo, 2015, p.43). Además, entendemos que alrededor de dicho consumo se construyen percepciones y discursos que relacionan a las sustancias ilegales con nociones como flagelo, enfermedad, adicción, delito, pero que nada tienen que ver con el tipo de sustancia o su composición. Más bien, se trata de consideraciones sociales, culturales y morales que producen como efectos imaginarios de degradación social que convocan a la producción de estereotipos estigmatizantes y segregativos que recaen sobre los usuarios de drogas y que les excluyen de los sistemas de salud, de los ámbitos educativos, laborales y sociales (Quevedo, 2015, p. 43). A esto se le añaden los estigmas asociados a la problemática de vivir en la calle y encontrarse en situación de desafiliación o ruptura de lazos afectivos o significativos.

El relato de L, su forma de pedir ayuda y hasta el hecho de compartir con nosotros sus datos personales sin conocernos, habla de la carencia de espacios de cuidado con los cuales referenciarse que viven a diario quienes se encuentran en situación de calle y consumo. Son múltiples los relatos de los usuarios de LOBE acerca de las internaciones fallidas, la presión por abandonar el consumo, la culpa en cada “recaída” y el vacío con el que se encuentran cuando salen de esas instituciones cerradas, muchas veces sin hogar, sin vínculos estrechos y sin posibilidades de “otra cosa”. La demonización de la sustancia y esta visión de comunidad terapéutica tienen como consecuencia el borramiento del sujeto de derechos que nunca deja de ser un adicto o ex adicto para el abstencionismo. No hay sujeto. Se considera al otro como objeto y hay otro que decide por él (Goltzman, 2016, p. 13).

En palabras de Lewkowitz (2016), es difícil imaginar situaciones sociales en las que no hubiera individuos que excesivamente se aferraran a alguno de los productos ofrecidos por su cultura. Dicho autor pone énfasis en el concepto de *subjetividad instituida*. Este concepto parte de postular que lo que se denomina naturaleza humana no está determinado de por sí, es decir, que lo que hace individuos a los individuos no es un dato de la naturaleza. Los sujetos somos, por un lado, producto de las condiciones sociales en que nos desenvolvemos y, por otro, esa naturaleza humana situacional, resultante de las condiciones sociales, es intraducible de una situación a otra. De ahí se deriva que la esencia humana es situacional (p. 9).

La expulsión

Buscamos a A, una piba en situación de calle y consumo que padece episodios de violencia por parte de la esposa de un hombre con quien ella tiene una relación amorosa. Ella dice que le manda gente a golpearla, que le pasó muchas veces, aunque ella ya no está con él. La encontramos muy lastimada, con un ojo hinchado, aparentemente infectado. Responde que sí necesita atención médica pero que no puede caminar. Llamamos a emergencias por segundo día consecutivo y después de mucha insistencia y exageración de

la situación, vinieron. El chofer de la ambulancia nos habló muy mal y la médica la miró a distancia y le dijo a A que vaya a la guardia especializada a hacerse ver el ojo. Finalmente se retiraron. Nos contactamos con una enfermera de un CeSAC cercano para comentarle de la situación y ella nos pide que A se acerque al Centro de Salud para realizarle una limpieza en el ojo porque se encuentra bastante comprometido. A dice que no puede ir, que hay partes del barrio por las cuales no puede andar porque si la ven le van a volver a pegar.

Un día de atención en LOBE, llega A espontáneamente y refiere acercarse al dispositivo ya que “afuera estaban consumiendo y como no tenía ganas vine para acá”.

La cuestión de la accesibilidad al sistema de salud y los diferentes tipos de barreras que la impiden constituyen una temática ampliamente discutida pero que no ha encontrado soluciones efectivas en los últimos tiempos y que se ha agravado enormemente en el contexto de la pandemia. La accesibilidad entendida como el encuentro entre las personas y los servicios (Stolkiner, 2006, p. 202) nos permite pensar la problemática desde el punto de vista de ambas partes. El caso de A es complejo, nos encontramos con una mujer joven, en situación de calle, con consumo problemático de sustancias, falta de atención clínica en un estado agudo de salud, con baja respuesta a las sugerencias brindadas por el equipo territorial y al mismo tiempo víctima de la desatención por otros actores del sistema de salud. En el caso de A, las barreras que le impiden acceder a la salud integral son totales: geográficas, económicas, administrativas y, especialmente, simbólicas, en tanto lo que se refiere al imaginario social acerca de las personas que se encuentran en la situación de A (Stolkiner, 2006, p. 202).

Surgen interrogantes de todo tipo: ¿cuál es el límite de las posibilidades de intervención del equipo territorial en casos como este?, ¿qué lugar ocupa la voluntad o la intención de la persona en involucrarse activamente en el cuidado de su salud?, ¿es para ella el acceso al cuidado de su salud integral un derecho?, ¿dónde se encuentra el límite entre acercar el sistema a la persona o ejercer asistencialismo? En este caso particular, creemos que el dispositivo posee las herramientas necesarias para garantizar lo que Stolkiner (2006, p. 205) denomina accesibilidad inicial, es decir, un primer encuentro o la posibilidad de ingresar al sistema. Pero no siempre cuenta con las herramientas necesarias para garantizar la accesibilidad ampliada, concepto que abarca todo el proceso de atención en salud y que garantiza el real ejercicio del derecho a la salud integral y a la consolidación del vínculo entre el sistema de salud y les usuaries.

En el caso de A, los esfuerzos mancomunados por agentes de salud del territorio no fueron suficientes para la resolución de la problemática y el intento del equipo por garantizar la accesibilidad ampliada se vio obturado por diferentes actores intervinientes en la escena que también pertenecen al sistema público de salud. Consideramos que la negación o la inexistencia de un servicio de salud adecuado a las características, necesidades y contextos de la población en situación de calle puede considerarse un acto de violencia institucional y, como mínimo, de invisibilización de las problemáticas inherentes a este grupo social. Asimismo, acordamos con Perelman y Trufó (2017, p. 9) en la categorización que realizan acerca de la violencia institucional, en la cual afirman que necesariamente existen en ella tres componentes: *una práctica específica* (negación de la atención en salud o de utilización del recurso disponible: no trasladaron a A en la ambulancia a un centro especializado, le indicaron que vaya por sus propios medios aun conociendo la falta de recursos para hacerlo), *la participación de funcionarios públicos* (profesionales del SAME que se acercaron, el equipo territorial de LOBE, profesionales del CeSAC que esperaban la presentación de A) y *un contexto de restricción de autonomía y libertad*

(consideramos que vivir en la calle es una situación de máxima vulneración de derechos y de absoluta vulnerabilidad psicosocial que restringe la participación en todas las áreas de la vida cotidiana y restringe la posibilidad de toma de decisiones). Estas prácticas son estructurales y de violación de derechos por parte de funcionarios pertenecientes a diferentes actores y sectores del Estado. Esto no responde a la voluntad de los profesionales o a la toma de decisiones dentro de un equipo de salud, sino más bien al fraccionamiento que existe en los diversos sectores que conforman “el Sector Salud” y a la falta de dispositivos y estrategias pensadas para esta población en particular. A estos componentes necesarios añadimos la existencia de un sector de la sociedad que legitima y muchas veces hasta reclama estas prácticas: “nosotros que pagamos impuestos no podemos conseguir un turno en el hospital público, una vacante para nuestros hijos, un trabajo, etc.” En este contexto de naturalización, los efectos subjetivos recaen sobre sujetos que muchas veces no se reconocen a sí mismos como víctimas sino como depositarios naturales de la violencia.

Apropiación progresiva

R y N son pareja, viven en una ranchada sobre la avenida que armaron al lado de una huerta que cada tanto viene a laburar gente de alguna institución. La cuidan, miran que nadie saque nada. R y N vienen siempre a LOBE, se bañan, desayunan, buscan ropa, hablan con nosotras, a veces nos piden ayuda o buscar alguna información que necesitan en internet. Vienen con sus dos cachorros, a veces también los bañan. Están en la calle, vienen sin nada: sin toalla, sin jabón, sin ropa para cambiarse. A veces vamos a la huerta. Una vez les invitamos a pensar juntas de qué manera se puede retomar el taller de cine de forma presencial en medio de una pandemia y lo hicimos. Retomamos, eligieron ver Forest Gump. Con bastante sorpresa R se acerca más tarde y nos dice -ahora entiendo por qué la gente dice “corre forest”-.

El trabajo con personas en situación de calle, ya sea cuando ellos logran acercarse al dispositivo o cuando el equipo territorial se acerca a los lugares donde suelen “ranchar”, es uno de los ejes principales del trabajo del equipo en LOBE. Desde un punto de vista disciplinar, adherimos a las definiciones que brindan Carvalho y Dias (2011) en las cuales entienden que la problemática es un fenómeno social y realizan una distinción entre las denominaciones *gente de la calle* y *gente en la calle*, afirmando que la segunda nos permite pensar en la problemática en términos de proceso: no son sujetos que pertenecen naturalmente al espacio público sino que, por diferentes vivencias y sucesos en su historia de vida, habitan la calle en este momento. Describen a la población como grupo de personas que, viviendo en los espacios públicos -como calles, plazas y viaductos, o alternativamente en albergues- sobrevive en situación de extrema pobreza e inseguridad y experimenta precariedades y privaciones diversas en el plano material, afectivo, social, político y ético. A menudo estas personas están rodeadas por actitudes sociales de desprecio, negación y violenta exclusión social. Estos conceptos se anclan en lo que Castel (1997) denomina desafiliación social, es decir, la ruptura de redes de integración social, de lazos con la familia y seres queridos, inserción en el mundo del trabajo. A la problemática compleja de la pobreza extrema, vínculos familiares interrumpidos o debilitados, falta de vivienda permanente, imposibilidad de ejercicio de derechos (salud, educación, justicia, etc.), se añaden las representaciones sociales negativas acerca de este grupo social: que representan a una clase peligrosa “quien no tiene nada y no está vinculado a nada se siente impulsado a hacer que las cosas no sigan como están. Quien no tiene nada que conservar se arriesga a quererlo todo.” (Castel, 1997, p. 87).

Barbosa y Lima (2015) afirman que las personas en situación de calle presentan una interrupción del cotidiano y alteraciones de las rutinas que modifican cualquier hábito de higiene, vestido, alimentación, etc., adaptándose a la situación de calle y las oportunidades que allí aparecen. Nos preguntamos si es posible evaluar en qué nivel la vida en situación de calle tiene impacto en las diferentes áreas de la ocupación o si en realidad son sujetos a quienes se les niega completamente su condición de ciudadanía. En este sentido, Cruz (2015) afirma que las personas sin hogar se enfrentan a múltiples barreras sociales y económicas que restringen su habilidad de comprometerse completamente en sus ocupaciones porque suelen ser excluidos de aspectos básicos de la vida como la educación, el empleo, la vivienda, el acceso a productos de higiene, vestido y al cuidado de la salud. Como mencionan Baldelli, Bogliano y Ghisell (2007), la incorporación al dispositivo de salud de la oferta de servicios intra-muros como los sanitarios, la ducha y el comedor no es azarosa. La misma se orienta a la recuperación de hábitos cotidianos por parte de estos sujetos mediante la posibilidad de acceder a un espacio que les facilite la higiene corporal, uso de platos y cubiertos, compartir la mesa con otros en un escenario diferente al del consumo, y la incorporación y respeto de pautas organizativas y de convivencia, generando de esta manera, una apropiación simbólica de los recursos y el fortalecimiento del re-anudamiento del lazo social.

Lo mencionado hasta aquí nos permite afirmar, desde una perspectiva disciplinar, que se observa una privación ocupacional en la población descrita, la cual implica una limitación para desarrollar e implicarse en ocupaciones significativas. A las carencias vivenciadas se añade la falta de acceso a bienes culturales. En este sentido, el taller de cine pretende favorecer un espacio en el cual estas personas puedan disfrutar de un bien cultural, ya sea una película, una serie, u otra producción audiovisual, y del debate que se genera espontáneamente alrededor de la misma. Si bien entendemos que esta oferta no brinda una solución para la privación mencionada, sumada a la falta de políticas públicas en este sentido, el taller es una intervención concreta que logra producir un espacio en el cual se interrumpe por un momento la estadía en la calle para propiciar otras experiencias sociales, culturales y favorecedoras de la construcción de ciudadanía.

Hacia la reflexividad crítica y colectiva

Nuestro paso por LOBE implicó involucrarnos en historias de vida, espacios grupales, conocer personas de distintas organizaciones, convocar a otros profesionales para supervisar, articular con diferentes dispositivos de salud y organizaciones sociales, trabajar intersectorialmente y, principalmente, en equipo. Al mismo tiempo, nos interpeló fuertemente y nos implicó en una revisión profunda y crítica de nuestros propios prejuicios, conceptos, creencias y saberes sobre el trabajo territorial, la atención primaria de la salud y el abordaje de los consumos y las carencias. En concordancia con Baldelli, Quevedo, Suárez Godoy, García Blanco, Bogliano y Alvarez (2007), creemos que es sumamente necesario el trabajo de desmitificación de los diversos discursos y prácticas segregativas que sitúan el uso de sustancias psicoactivas como una forma de desviación social, delito o enfermedad, y entendemos que es un proceso que requiere un tiempo de sensibilización y de comprensión para la apropiación de nuevos recursos y el cambio de prácticas.

Asimismo, creemos que la construcción o habilitación de canales de accesibilidad legítimos y confiables al sistema de salud, la posibilidad de alojar a la población y sus problemáticas cotidianas y la transferencia de conocimientos sobre sus derechos, implica situarles como sujetos de derecho en el marco de construcción de ciudadanía. En este sentido, creemos que existen múltiples herramientas que se llevan a cabo diaria y activamente en el trabajo en los barrios y muchas de ellas se han cristalizado en valiosos aprendizajes durante este camino recorrido: el abordaje de las demandas bajo una lectura comunitaria, la convicción acerca de la capacidad transformadora de las

intervenciones territoriales, la articulación de las demandas con otros dispositivos de salud y/o actores sociales representativos y el accionar en conjunto, acciones imprescindibles para conocer a la población en su propio territorio y que nos permite formular estrategias contextualizadas, historizadas y adecuadas a los códigos socioculturales de la población destinataria (Baldelli. et. al, 2007). Caminar la calle, observar, escuchar, “enredarnos” en las problemáticas que se presentan, nos ayudan a movilizarnos en sentido transformador e intentar dar respuesta a las deudas históricas con la salud de la población.

Bibliografía

Abramovici, G., Baldeli, B., Barral Santamaría, M.V., Butrón, B., García Blanco, L., Leoz, E., Oviedo, N., Pelagagge, F., Remolgado, M. y Solodujin, M. (2020) Cuestión social. Experiencia de abordaje territorial, orientada en reducción de riesgos y daños. Procesos de organización y Trabajo social en el debate sanitario contemporáneo, XXI JORNADAS DE LA APSS.

Baldelli, B., Quevedo, S., Suárez Godoy, V., García Blanco, L., Bogliano, E., Alvarez, A. (2007) Anudando lazos: estrategias de acercamiento en calle con usuarios de Drogas. Trabajo presentado en las Jornadas del Hospital Piñero.

Baldelli, B; Bogliano, E; Ghiselli, S. (2007) Dispositivo de abordaje extramuros con personas en situación de calle y escenarios de consumo.

Biaggio, M. y Soberón, A. (2020) De etiquetas estigmatizantes, a diagnósticos e interdisciplina: un análisis en torno a las pericias judiciales. Recuperado de: https://www.cels.org.ar/web/wpcontent/uploads/2020/08/cels_de_etiquetas_estigmatizantes_v04.pdf

Carvalho de Almeida, M; Dias Barros, D. (2011). Terapia ocupacional y personas en situación de calle: creando oportunidades y tensando fronteras. Cuadernos brasileños Terapia Ocupacional. Vol 19, N 3. DOI: 10.4322 / cto.2011.008

Castel, R. (1997). La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones, XIV*, 201-209. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139943019>

Cruz, A. (2015). Experiencia de Aprendizaje en Servicio Promoción de la Salud y Participación en Ocupaciones en una Muestra de Mujeres sin Hogar que Asisten a un Programa de Recuperación de Base Comunitaria. *Revista Conexio*, Vol 4, Núm 1, P 8-12.

Goltzman, P. (2016) Memorias del Encuentro Intervenciones desde la Reducción de Daños: perspectivas y desafíos actuales. 1a ed revisada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Intercambios Asociación Civil.

Lewkowicz, I. (2016). Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. condiciones históricas de posibilidad. Recuperado de: https://www.iztacala.unam.mx/errancia/v14/PDFS_1/polieticas%20TEXTO%204%20SUBJETIVIDAD%20ADICTIVA.pdf

Perelman, M. y Trufó, M. (2017). Violencia institucional. Tensiones actuales de una categoría

política central. Recuperado de: https://www.cels.org.ar/common/Violencia%20institucional_Perelman_Tufro.pdf

Quevedo, S. (2015). “Los tratamientos que sólo hacen eje en la desintoxicación naufragan”. Revista Quiero Vale 4. Recuperado de: <https://studylib.es/doc/8320457/silvia-quevedo---revista-quierovale-cuatro>