

J. CALMELS - S. HOLC Y M. J. MEDICI (compiladores)

Salud mental y pandemia

Dispositivos de cuidado, asistencia y acompañamiento
en la provincia de Buenos Aires




EduLP

debates

Salud mental y pandemia

Salud mental y pandemia
Dispositivos de cuidado, asistencia y
acompañamiento en la provincia de Buenos Aires

JULIETA CALMELS, SEBASTIÁN HOLC
Y MARÍA JULIETA MEDICI
(Compiladores)

MARÍA JULIETA MEDICI
(Entrevistadora)



Calmels, Julieta

Salud mental y pandemia: dispositivo de cuidado, asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires / Julieta Calmels; Sebastián Holc; María Julieta Medici. - 1a ed. - La Plata: EDULP, 2022.

162 p.; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-8475-51-6

1. Salud Mental. 2. Derechos Humanos. 3. Pandemias. I. Holc, Sebastián.
II. Medici, María Julieta. III. Título.
CDD 362.2042

Salud mental y pandemia

Dispositivos de cuidado, asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires

JULIETA CALMELS, SEBASTIÁN HOLC Y MARÍA JULIETA MEDICI (*Compiladores*)

MARÍA JULIETA MEDICI (*Entrevistadora*)

Foto de tapa: Lucía Irupé Mendez.

Fotografía premiada en Congreso COSAPRO 2022, "Otros Mundos", Hospital Alejandro Korn.



EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (EDULP)

48 N° 551-599 4° Piso/ La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina

+54 221 44-7150

edulp.editorial@gmail.com

www.editorial.unlp.edu.ar

EduLP integra la Red de Editoriales de las Universidades Nacionales (REUN)

ISBN 978-987-8475-51-6

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

© 2022 - EduLP

Impreso en Argentina

Agradecimientos

A todas y todos los trabajadores de la salud de la Provincia de Buenos Aires que brindaron su inmenso compromiso en la tarea diaria durante toda la pandemia y continúan.

A Enio García por su colaboración en la salida de esta publicación.

Al equipo de Comunicación de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud de la provincia de Buenos Aires.

A las autoridades del COSAPRO, Martín Etcheverry y colaboradores, coordinador en concurso de fotografía, cuyas fotos integran parte de este libro.

A las autoridades y trabajadores de la Facultad de Periodismo de la UNLP por brindarnos el espacio y compartir su compromiso a lo largo de todo el proceso de trabajo con el CeTec Salud Mental.

Índice

Prólogo	11
<i>Nicolás Kreplak</i>	
Introducción	15
Amor al pueblo: dispositivos de atención, acompañamiento y cuidado en salud mental en la provincia de Buenos Aires.	
<i>Julieta Calmels</i>	
SECCIÓN I	25
Políticas públicas de cuidado, acompañamiento y asistencia en salud mental en la provincia de Buenos Aires	
ENTREVISTAS	
1-Reorganización de los componentes del sistema sanitario en pandemia	27
El lugar de los dispositivos de salud mental en la red de hospitales provinciales	
<i>Mariano Rey</i>	
2- Dispositivos de acompañamiento telefónico	37
2.1 CeTec Salud Mental (Centro de Telecuidado en Salud Mental) ..	
<i>Sebastián Holc / Nancy Vadura</i>	
2.2 0800 Salud Mental. Orientación y acompañamiento en salud mental.....	
<i>Milvie Stempels / Melanie Sein</i>	
3- Dispositivo Cuidar a los que cuidan	75
<i>Pilar Tuculet / Martín Taramasco</i>	

4- Centros extra hospitalarios. Tecnópolis	87
Carina Lavandeira / Agustina Seihan	
5- Programa Infancias y Juventudes: experiencias de articulación con el dispositivo 0800.	99
Cuidado y Asistencia Cynthia Ramacciotti / Claudia Saavedra	
6- Dispositivo Detectar en los barrios.....	121
Laura Abayu / Ramiro Soliani	
SECCIÓN II	139
Pensando las Políticas de Salud Mental desde el Estado. Reflexiones en torno a la pandemia	
TEXTOS	
Reinventando las prácticas: salud mental en época de incertezas	141
<i>Alicia Stolkiner</i>	
Dispositivos de acompañamiento desde el Estado.....	149
Algunas reflexiones sobre experiencias en Argentina <i>Fabiana Rousseaux</i>	
Cuidar las infancias y juventudes en tiempos de pandemia	159
Cómo construir el futuro en el presente <i>Alejandra Barcala</i>	
ANEXO	165

Nicolás Kreplak¹

Estamos atravesando una de las peores crisis de la historia moderna. Aún con el final entreabierto, esperamos ya haber pasado los peores momentos de la pandemia producida por el virus SARS-COV-II, conocida también como la pandemia del COVID-19. Lejos de un planteo utópico, y menos aún inocente, la esperanza que se transmite está depositada en el intenso trabajo realizado hasta acá, con todo lo aprendido y desarrollado.

El mundo interconectado (aunque desigual en las oportunidades de disfrutar los beneficios de esta conexión) que permitió que un virus que surgió del otro lado del planeta se esparciera en semanas, llegando a nuestro país en cuestión de pocos meses, también permitió que el conocimiento de cómo enfrentarlo circulara de manera dinámica, aumentando las posibilidades de éxito, aunque relativo, de las decisiones tomadas.

1 Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Pero llegar hasta acá y poder transmitir una mirada optimista no fue fácil. Cada uno de nosotros veía las noticias que nos llegaban desde el norte global con estupor y, sobre todo, mucha incertidumbre. Escenas caóticas en los hospitales, terapias intensivas y respiradores que no daban abasto, fosas comunes para los cuerpos de aquellos que no sobrevivían. Todo muy confuso y angustiante.

Nosotros acabábamos de asumir la gestión del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, después de 4 años de un gobierno que -como suele decir nuestro actual gobernador- dejó tierra arrasada. En materia de salud, encontramos un sistema que, más allá de su fragmentación y segmentación histórica, estaba desfinanciado, con hospitales desestructurados, baja capacidad de respuesta y casi nula organización en red, trabajadores con altos niveles de precarización laboral y bajos sueldos, una obra social provincial sobreendeudada. Para traer un ejemplo concreto, mientras se vencían vacunas en la aduana, la provincia se encontraba por primera vez después de 20 años con una epidemia de sarampión. Todo esto, resultado de la impericia y desprecio de la gestión anterior por lo público, el Estado y fundamentalmente, por el pueblo más humilde de nuestra provincia.

En este escenario y con la incertidumbre que teníamos como toda la población, frente a lo que sabíamos que, tarde o temprano, tendríamos que enfrentar en nuestro territorio, los pronósticos eran muy desalentadores.

La idea de estas líneas no es hacer un recuento de lo que pasó en estos dos años vividos en pandemia, sino plantear el contexto y el escenario que nos tocó vivir: la incertidumbre, la sobreinformación, las imágenes cargadas de drama que entraban a nuestras casas, los vaticinios de catástrofe inminente. Todo esto, de por sí afectaba nuestra salud, produciendo angustia, ansiedad y cierta desorientación.

Es importante remarcar también que, más allá de la evaluación que hacemos del enfrentamiento a la pandemia a nivel país y más específicamente en la provincia de Buenos Aires, la cual consideramos en contexto como positiva, entendemos que las medidas de aisla-

miento tomadas también produjeron otros problemas de salud en la población, entre los cuales están seguramente algunos padecimientos de salud mental.

Lejos estamos de plantear cuestiones revisionistas o de denotar algún arrepentimiento por las decisiones tomadas durante los primeros años de la pandemia, donde no había tratamiento, vacuna disponible u otra estrategia eficaz para disminuir el número de muertes y garantizar la atención sanitaria adecuada a toda la ciudadanía, pero tampoco desconocemos la complejidad del tema y las repercusiones inevitables de vivir en pandemia.

Podríamos plantear también que no hubo una sola pandemia, sino que por un lado, tuvimos distintos momentos que requerían respuestas dinámicas y cambiantes, y por otro, diversas pandemias en función de la multiplicidad de territorios por los cuales transitan las personas. A partir de esta reflexión podemos decir que en algún momento estuvo la pandemia de los aislados y la de los trabajadores esenciales. Estaba también la pandemia de los que pudieron mantener su trabajo, la de quienes se quedaron desocupados, y de quienes ya estaban desocupados y tuvieron que bajar sus expectativas para lograr insertarse. La pandemia de los que vivían en barrios de clase alta y media, la de los barrios vulnerables, la del conurbano y la del interior. La pandemia de los trabajadores y trabajadoras del sistema de salud.

Más allá de toda esta diversidad, la política adoptada por el Estado buscó dar una respuesta que fuera lo más equitativa posible, tratando fundamentalmente de disminuir los daños producidos por este fenómeno. Tanto fue así que en la provincia de Buenos Aires, en estudios de desigualdades en salud realizados por el Ministerio, no se observaron inequidades vinculadas a contagios, internación o muerte por COVID-19 según los distintos estratos sociales presentes en nuestro territorio.

Este análisis clarifica el por qué, durante los primeros meses de pandemia, el Ministerio de Salud de la provincia puso en marcha

programas como el “Cuidar a los que cuidan”. El darse cuenta de la inevitabilidad de varios problemas producidos por la pandemia, hizo que desde el campo sanitario, tomáramos decisiones para minimizar algunos de los efectos en la salud mental, tanto de los trabajadores y trabajadoras de la salud, expuestos a un contexto de máxima tensión, como de la población en general.

La mirada integral que tenemos de la salud, y de la salud mental como dimensión constituyente de esta perspectiva, no estuvo ajena en ningún momento de este proceso, aunque seguramente estuvo condicionada por el contexto de incertidumbre imperante durante gran parte de lo que fue hasta ahora esta pandemia.

En este sentido, este libro trata de recorrer y contextualizar los procesos desarrollados en términos de política pública para el enfrentamiento de la pandemia de COVID-19 desde una perspectiva de los derechos humanos y un abordaje de las problemáticas del campo de la salud mental.

El material producido cuenta con textos de compañeras y compañeros que ocupan funciones en la gestión sanitaria de la provincia de Buenos Aires, además de los análisis y reflexiones de tres compañeras con vasta experiencia, producción académica, compromiso y militancia en el campo de la salud mental, como son Alicia Stolkiner, Fabiana Rosseaux y Alejandra Barcala.

A todas las compañeras y compañeros que se dedicaron a esta enorme tarea de reflexionar y sistematizar los procesos y experiencias vivenciados durante estas primeras etapas de la pandemia, mis más sinceros agradecimientos.

INTRODUCCIÓN

Amor al pueblo: dispositivos de atención, acompañamiento y cuidado en salud mental en la provincia de Buenos Aires

Julieta Calmels²

Hay muchísimas formas de narrar, comunicar, conceptualizar, explicar lo que significó asumir un Ministerio de Salud en la provincia de Buenos Aires en el marco de un gobierno dispuesto a iniciar un profundo proceso de transformación en nuestra provincia y que -a menos de tres meses- se desatara una de las peores tragedias sanitarias del mundo. Estar aquí, en este territorio bello, extenso y poblado por más de 17 millones de habitantes como es nuestra provincia; estar aquí en esta provincia que asomaba sus esperanzas de ponerse en marcha después de la triste etapa neoliberal del gobierno³ *que arruinó lo que estaba bien y termino de deteriorar lo que estaba mal* dejando esta provincia como *tierra arrasada*; estar aquí en esta provincia con altos índices de pobreza e indigencia, estar aquí en una provincia de un país que no tenía al asumir el nuevo gobierno un Ministerio de

2 Subsecretaría de salud mental, consumos problemáticos y violencias del ámbito de la salud en la Provincia de Buenos Aires.

3 Nos referimos a la gestión neoliberal a cargo de la presidencia de Mauricio Macri y la gobernadora María Eugenia Vidal (2015/2019).

Salud Nacional; estar en este lugar y en este momento de la historia fue una situación de una excepcionalidad absoluta y de una enorme responsabilidad a la hora de construir formas de cuidado que nos evitaran la declive humanitaria que veíamos tristemente desarrollarse en los países llamados “centrales”. En los momentos iniciales, cuando aún no se conocía la magnitud de lo que vendría, pensamos que se trataba de poner de pie un sistema de salud deteriorado y abandonado, con enorme déficit de infraestructura y de recurso humano. Pero a poco de andar, advertimos que -aunque esta hazaña fuera posible- en simultáneo había que producir otras cosas que hasta entonces no habían sucedido. Lo que devino entonces requirió de una gran invención y valentía de nuestro gobernador, de nuestros ministros de salud⁴ y de nuestra Subsecretaría para construir junto a trabajadores y trabajadoras una apuesta sanitaria y política sin precedentes. Este fue el desafío y la decisión que asumió el gobierno de Axel Kicillof y, junto a él, el Ministerio de Salud de nuestra provincia.

La integralidad de los cuidados

Para cuidar a nuestro pueblo ante una pandemia que afectaba la totalidad de la vida, había que conmover aún más aquella histórica disociación entre la salud biológica y la salud mental, conmoverla más de lo que históricamente habíamos logrado hacer. El COVID-19, como pocos fenómenos, evidenció cómo una enfermedad que afectaba lo biológico a la vez comprometía brutalmente otros aspectos de la vida. Tanto por la manera de defendernos del virus (el aislamiento y el distanciamiento social); como por el hecho de que quienes enfermaban o se aislaban transitaban altos niveles de angustia, incertidumbre, miedo y, muchas veces, terror acerca de lo que podía suceder e implicaba enfermar a distancia de aquellos con los que se comparte la vida, o demasiado cerca con el temor a contagiarnos. Pero estas angustias no solo se experimentaban en quienes enfermaban. El COVID-19

4 Daniel Gollán y Nicolás Kreplak

afectaba a todxs y no solo a aquellxs que portaban el virus. El COVID-19 -y con él la pandemia- se volvió un hecho eminentemente social que tuvo un gran impacto en la salud mental de toda la población expresado de formas variadas, atípicas, intensas y heterogéneas. Y ello evidenció por primera vez en la historia cómo los aspectos de la salud mental están presentes en todos y todas; en suma, cómo es una dimensión de la vida. Por eso, las prácticas de cuidado (incluso el cuidado de los cuerpos y del organismo ante la enfermedad) se volvió inexorablemente un hecho que debía contener formas de cuidado integrales para nuestro pueblo, incluidos los cuidados de la salud mental y de los vínculos sociales, familiares, etc. Cuidar también significó el cuidado de los que cuidaban. Ya no solo en cuanto a brindar insumos de protección, enseñar a usarlos, elaborar y aplicar protocolos sino acompañar, escuchar, ayudar a pensar y elaborar (en lo que fue posible) los altísimos niveles de angustia, desolación, miedo y exigencias ante una responsabilidad que excedía las capacidades de todo ser humano y grupo de ser asumidas por completo, y sin embargo la apuesta debía ser asumirlas y se asumieron. Acompañar a los equipos de salud también implicó acompañar los dolores ante las propias pérdidas de familiares, el tener que ser ellos mismos quienes los atendían en primera persona; también acompañar el desgarrar de los equipos ante aquellos a los que no fue posible salvar y los dolores de sus familiares y seres queridos. Recuerdo una mañana mientras recorríamos los hospitales en medio de la segunda ola de COVID-19 junto al director de un hospital, escucharlo relatar lo que había sido la atención en su espacio y las 18 muertes que habían ocurrido sólo en un fin de semana. También otro profesional, jefe de UTI (Unidad de Terapia Intensiva), que nos contaba cómo después de trabajar todo un día atendiendo a los pacientes el equipo tenía que pasar el parte de salud a más de 40 familiares de pacientes internados graves. Recuerdo pensar para con el equipo si era posible y cómo podía serlo para lo singular de cada trabajadrx y para el colectivo de trabajadorxs de un hospital tolerar en primera persona la intensidad y magnitud

de una catástrofe social de esa envergadura. Y la respuesta era que no era posible y que la desmesura de lo vivido solo podía ser inscripta y elaborada (en lo que se pueda de ello) en una trama colectiva, común, que es a la vez, la que hizo posible cuidar y salvar en condiciones extremas e inauditas.

La invención de los cuidados y los dispositivos

Como decíamos descubrimos que no sólo se trataba de poner de pie un sistema de salud profundamente golpeado por los años y el descuido, sino que debíamos y estábamos inventando una nueva manera de hacer salud y salud mental. Por un lado la reorganización de los espacios de atención con profundos cambios en lo que hacía a las maneras de atender: muchos servicios de salud mental y CPA que pasaron en la primera etapa a la modalidad virtual de atención con los desafíos enormes que supuso, a la vez que también estos equipos cumplieron roles inéditos para adentro de los hospitales en su relación con los otros equipos de salud y en relación al cuidado de las personas internadas; al tiempo que los CPA se incluyeron en procesos comunitarios de cuidado. Pero a la vez también, supuso la invención de dispositivos y ámbitos inexistentes hasta ahora: los interministeriales de enlace con la Dirección de Escuelas y sus equipos territoriales que visitaban las casas de aquellos niños más desvinculados de la escuela para acompañar a las infancias en claves y formas novedosas, inventar centros extrahospitalarios y pensar en esos contextos más cercanos a la “ciencia ficción” cómo podían incluirse cuidados en salud mental. La atención y acompañamientos telefónicos fueron asimismo un modo de hacer accesible un sistema de salud centrado en la atención del COVID en un tiempo social donde debíamos quedarnos en casa y donde el fantasma de la soledad y la desolación amenazaban. Descubrimos la potencia no solo de generar acceso, derivaciones, orientaciones y abordajes situacionales; sino que además descubrimos a través de los dispositivos del Centro de Telemedicina (CETEC) y 0800 formas estables, continuas de acompañar y sostener

el acompañamiento como un modo de intervención en salud y salud mental que no se reducía a la asistencia. Descubrimos una vez más la potencia de prácticas en salud mental que no acontecen en dispositivos tradicionales ni bajo encuadres clásicos en los consultorios, ni en el marco de prácticas interpersonales entre profesionales y pacientes. Recuperamos experiencias históricas de alto valor en la Argentina vinculadas al acompañamiento en salud mental como un tipo de intervención específica que en otros escenarios y con otra población supieron consolidarse con rigurosidad y potencia como lo fue -y lo es- por ejemplo, los acompañamientos a víctimas del terrorismo de Estado. La función de acompañar desde el Estado fue cobrando cada vez más sentido y pertinencia. También implicó disponerse y estar dispuestos en contextos y escenarios donde no estaba prevista una demanda ni un pedido, y a veces ni siquiera una necesidad configurada en términos de salud mental. Ponerse camisolín, barbijo, gafas, guantes y junto a los equipos de salud comunitaria salir a visitar las casas, entrar a los barrios aislados, acompañar las postas de hisopados y muchas veces la entrega de resultados, sobre todo aquellos que traían la mala noticia del “COVID positivo” en un tiempo sin vacunas y con el terror de la muerte como sombra permanente. Acompañar embarazadas, mujeres a cargo de hijos pequeños o adultos mayores a cargo que debían aislarse, constatar que el sufrimiento se localiza en torno a escenarios diferentes donde muchas veces, por la distribución desigual de las tareas de cuidado, son las mujeres las que cargan con responsabilidades no compartidas de ser quienes cuidan a otros en un tiempo donde les pedíamos que puedan ser ellas las cuidadas; trabajar por esto mismo junto al Ministerio de Desarrollo de la Comunidad para que esas dolorosas realidades puedan ser también acompañadas trazando estrategias comunitarias que las hagan menos difíciles y solitarias. Atrevernos, cuando era inimaginable, a hacer protocolos para ingresos de familiares y seres queridos a los hospitales para que el dolor no sea tanto y el acto humano y humanizador de acompañar la enfermedad y, a veces también, el

final de la vida incluso en esas condiciones tan excepcionales, fuera aún posible. Ofrecer, comprar y distribuir dispositivos electrónicos en los hospitales para aminorar la distancia y las enormes fantasías que la ausencia de cuerpos y miradas producía en la desolación de aquellos días. Crear una modalidad específica para acompañar a las personas mayores aisladas con tiempo y espacio para estar sin tener que cortar rápido el teléfono y sin desaparecer al otro día. Tolerar la angustia desgarradora de las pérdidas sin velorio en toda la primera etapa e inventar con otras formas posibles una despedida que acuciaba y se hacía en soledad, buscar formas de inscribir los nombres de aquellos que se iban en el común de una sociedad que no podía despedirlos. Encontrarse una vez más con las infancias en un tiempo inicial de creación del programa de “Cuidados y atención en salud mental para infancias y juventudes” surgido como primera respuesta a la deuda histórica pero en un contexto por entero diferente al que imaginamos, y disponernos a pensar las trayectorias de lxs niñxs, de los jóvenes produciendo materiales que orienten a familias, cuidadores, educadores y la comunidad acerca de cómo acompañar en la pandemia y contribuir a condiciones donde ellxs también puedan hablar de sus dolores, miedos y potencias, y que puedan ser escuchados. También cambiar la dirección de los cuidados y cuidar a los que cuidaban; proponer ahí en el cuerpo a cuerpo de los encuentros con los trabajadores de salud que también ellos necesitaban ser cuidados y experimentar el alivio de que no estaban solos (eso ya lo sabían) sino que además no estaban solos ni aún en sus angustias y que hacer salud para nuestro Ministerio era también hacerla para ellos. Que en esos contextos donde el tiempo se esfumaba en el aire, los recursos humanos no alcanzaban ni aun multiplicando al infinito los existentes, aún ahí había un tiempo y un lugar para cuidarlos a ellos y ellas.

La gobernanza y la búsqueda de la integración del sistema

Mientras esto sucedía se hacía cada vez más imperiosa la necesidad de construir gobernanza, rectoría en un inmenso y fragmentado sistema de salud que contenía instituciones sanitarias provinciales (80 hospitales generales, 4 neuropsiquiátricos, 150 espacios de salud mental) pero también otros sectores de la salud tanto públicos municipales (211 hospitales) como de la seguridad social y la medicina prepaga que era necesario integrar en una política común y coordinada. Que la salud y los cuidados que buscábamos no podían segmentarse según clases o sectores ante una pandemia que borraba a su paso toda división histórica y formal de nuestro sistema. Que era indispensable entonces asumir la responsabilidad de construir salud para que ningún ciudadano/a de nuestro pueblo quedara sin atención; para que nuestro sistema tuviera pautas comunes de cuidado por medio de protocolos de compra de insumos, ampliación y gestión de camas, sistema de fases para las aperturas de actividades, etc., que involucró una inmensa tarea de otras subsecretarías de nuestro Ministerio⁵ junto a Jefatura de Gabinete⁶ en el marco de la coordinación de nuestro gobernador Axel Kicillof⁷ y nuestros Ministros de Salud. Esa rectoría, gobernanza y coordinación de estrategias quizá sean de las primeras experiencias argentinas que evidenciaron la necesidad y posibilidad real de avanzar hacia la integración de nuestro sistema de salud, y permitió lo que no se había logrado hasta entonces: un verdadero acceso equitativo al sistema de salud provincial.

5 Subsecretaría Administrativa, Legal y Técnica a cargo de María Victoria Anadón; Subsecretaría de Gestión de la información, Educación Permanente y Fiscalización a cargo de Leticia Ceriani

6 Jefe de gabinete Carlos Bianco

7 Axel Kicillof. Gobernador de la Provincia de Buenos Aires.

El rol del Estado

Finalmente, la “presencia del Estado” de la que tantas veces hablamos cobró en la intemperie de la pandemia la encarnadura más profunda porque ahí se vio de manera material y simbólica que si no hubiera sido por las decisiones, inversión y determinación de volver capilar el Estado hasta llegar a las personas, nuestra provincia hubiera sido un espejo de lo vivido en los países “centrales”. Un espejo resquebrajado del derrumbe. Nunca fue tan claro como la “mano invisible del mercado” no regula y que el Estado tiene un rol central en el cuidado de la vida y en la salud de todas y todos. Y que eso implica decisión, valentía e invención de formas nuevas para hacer lo necesario porque “a situaciones excepcionales se responde con medidas excepcionales”

Ahora ¿por qué amor al pueblo?

Porque nada de esto hubiera sido posible solamente apelando a la responsabilidad, a la comprensión de la gravedad del tiempo que nos tocó vivir o a la capacidad técnica y/o de gestión. La fuerza, la invención, la indeclinable voluntad de sortear obstáculos de espacio, tiempo y distancias propias del cuidado solo fueron posibles por un sentimiento, una pasión: el amor al pueblo del que formamos parte. Alguna vez, un diputado de nuestra provincia dijo que “no se puede gobernar a quienes se desprecia”⁸. Y tomando esa afirmación, y trasladándola invertida al terreno que nos ocupa podríamos decir que la experiencia sanitaria de cuidado solo fue posible por amor al pueblo. Por ese enigmático sentimiento, esa pasión por el otro, por aquellos a los que nuestra vicepresidenta Cristina Kirchner definió de una vez y para siempre como nuestra patria. Ese lazo de amor entre quienes gobiernan, gestionan y hacen reales las políticas de cuidado y el pueblo, ese lazo fue el que permitió sostener en condiciones de absoluta excepcionalidad todo el trabajo que en este libro se presenta y todo el inmenso trabajo sanitario que otros futuros libros segura-

8 Federico Otermín. Frente para la Victoria

mente puedan testimoniar. Fue ese el motor, la razón que hizo posible crear hasta lo imposible todos los dispositivos de cuidado, atención y acompañamiento capaces de aliviar el dolor del pueblo y salvar de la desolación y la soledad a cientos de miles de hombres, mujeres, jóvenes y también niños y niñas de nuestra provincia. Sin ese amor, nada de todo lo que este libro narra hubiera sido posible. Ni nada de lo que fue posible hubiera sido capaz de extenderse, multiplicarse, ensancharse, doblarse y llegar hasta el lugar más pequeño y la situación más inusual para la atención en salud y salud mental. En las calles, en las camas de personas internadas, en las casas, en los teléfonos, en los centros extrahospitalarios, en los barrios aislados, en el trabajo con trabajadores que solo encontraban a veces en estos cuidados el único espacio donde dejar de cuidar a otros. La experiencia de la pandemia, tenemos que decir, transformó nuestra mirada de las cosas, nuestros límites de lo posible, nuestra capacidad para flexibilizar los encuadres sin perder el sentido y la razón de nuestra tarea. Y lo más bello y novedoso es que esto fue posible porque miles y miles de trabajadores de la salud decidieron también que esa era la apuesta de la historia que nos tocaba hacer y asumir, y que esa experiencia también nos transformó colectivamente porque quizá, por primera vez en muchísimos largos años, también los trabajadores y trabajadoras experimentaron que esa apuesta se hacía desde el corazón mismo del Estado. Que la gestión de lo público no era una máquina burocrática, sino que palpitaba y se arriesgaba a hacer lo inimaginable por salvar y cuidar a su pueblo. La historia dirá cómo esta experiencia transformó el sistema de salud bonaerense y nos transformó. Y la historia abierta que aún transitamos exigirá seguir inventando formas de hacer con los efectos de lo que nos ocurrió. Pero estamos seguros que hubo un antes y un después en la historia de la salud bonaerense, en lo que con ella es capaz de hacerse. Quizá este libro sea una forma de dejar un testimonio en honor a todos y todas los que trabajaron sin descanso por amor al pueblo. Y por ello aquí van a encontrar algunas de sus voces, palabras, formas de narrar lo inventado, sostenido y pensado. Y

también, por qué no, sea un modo de inscribir en la tradición argentina de la salud mental otro mojón donde se han inventado formas de hacer con lo imposible y formas donde las prácticas en salud mental se entramen con las necesidades de su pueblo.

En honor a nuestro pueblo y a lo que trabajamos para que sea una nueva etapa en nuestra provincia de *reparación, reconstrucción y transformación*.

Bibliografía

- AA.VV. (2021, marzo). Revista Soberanía Sanitaria especial pandemia. <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/category/dossier/especial-pandemia/>
- Calmels, J. (2020, agosto). “Políticas públicas en salud mental en el marco de la pandemia: lo singular y lo colectivo”, Revista *El Sigma*. <https://www.elsigma.com/salud-publica-y-psicoanalisis/politicas-publicas-en-salud-mental-en-el-marco-de-la-pandemia-lo-singular-y-lo-colectivo/13831>
- Calmels, J. y Rey, M. (2022, abril) “Las políticas de salud mental para la provincia de Buenos Aires”. Revista *La Gaceta psicológica*.
- Kicillof, A. (2021, marzo). Apertura de las sesiones ordinarias Congreso de la Provincia de Buenos Aires.

SECCIÓN I / ENTREVISTAS

**Políticas públicas de cuidado,
acompañamiento y asistencia en salud
mental en la provincia de Buenos Aires**

1-REORGANIZACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA SANITARIO EN PANDEMIA

El lugar de los dispositivos de salud mental en la red de hospitales provinciales

Entrevista al Licenciado Mariano Rey, director provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos

¿Cómo impactó la llegada de la pandemia en el sistema sanitario de la Provincia de Buenos Aires?

[M.R] Frente a la irrupción de algo novedoso sin una idea previa de cómo poder enfrentarlo, y en un comienzo tomando como referencia lo que acontecía en otras partes del mundo, todos los componentes del sistema sanitario tuvieron que redefinir su rol, en parte en función de las dinámicas propias para garantizar acceso y respuesta en materia sanitaria a lo que demandó el abordaje propio de la pandemia, al tiempo que se impulsaron formas de trabajo que permitieron la no interrupción de los procesos de atención en salud en general y salud mental en particular.

¿Cómo comenzó esa reorganización de los componentes del sistema sanitario?

[M.R] En un primer momento los hospitales provinciales definieron una zona especial de atención para COVID y otra no COVID, cuestión que con el tiempo se modificó en función de la evidencia que fue apareciendo en torno al virus.

Al principio de la pandemia las medidas de cuidados consistían, entre otras, en la reducción del flujo de circulación, el último lugar al que se le pedía que asista a una persona era un hospital. Esto implicó la reorganización de la atención ambulatoria y de la demanda espontánea a los hospitales, el redireccionamiento a otros efectores de la red provincial de atención en salud mental y consumos problemáticos, así como también, en los casos en los que fuera posible, el pasaje de la atención a una modalidad virtual. Esto último no se podía hacer en los casos en los cuales las personas usuarias del sistema carecían de los medios para afrontarlo de esta forma, o bien por la complejidad de su cuadro resultaba imposible el reemplazo de la presencialidad.

Desde la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud pública, encabezada por Julieta Calmels, comenzamos a tener reuniones con los equipos directivos de los hospitales, a fin de acompañar los procesos y situaciones que se desencadenaban diariamente, así como también con los jefes de servicio, con la idea de configurar un entramado que permitiera que los servicios o áreas de salud mental, los cuales históricamente tenían un lugar de marginalidad dentro de la lógica intrahospitalaria, pudieran integrarse de mayor modo y dar respuesta a las necesidades de la pandemia, ubicando razonablemente la importancia de la salud mental dentro de los cuidados integrales de la salud de las personas.

¿Se generaron dispositivos nuevos para hacer frente a la situación de usuarios y trabajadores de los hospitales frente a la pandemia?

Los servicios de salud mental empezaron a generar diversos dispositivos de acompañamiento a sus propios trabajadores en función de las posibilidades y recursos de cada efector, al tiempo que se desarrolló el Programa “Cuidar a los que cuidan” como forma de complemento y recurso para ampliar la capacidad de respuesta. Entre otras cosas, si se requería algún tipo de derivación de algún trabajador lo realizábamos a través de la Red Provincial de Atención, con intervención y mediación de la Subsecretaría. Los Centros Provinciales de Atención (CPA) permanecieron siempre abiertos favoreciendo este circuito de derivaciones, así como la enorme cantidad de pedidos de atención que aparecieron por diversas vías.

Asimismo, se generaron procesos de acompañamiento a personas que se encontraban internadas por estar padeciendo la enfermedad, así como a sus familiares y redes afectivas.

Las áreas de salud mental de los hospitales provinciales tomaron esas líneas de trabajo en un comienzo, previo a la creación del dispositivo “Cuidar a los que cuidan” y algunas luego trabajaron de forma integrada con dicho dispositivo, dándole continuidad a las diversas formas de cuidado frente a la pandemia, generando estrategias de abordaje para áreas críticas tales como Unidad de Cuidado Intensivo, Guardia, Enfermería, entre otras, así como para el conjunto de los trabajadores.

En otros servicios con menor cantidad de trabajadores de salud mental el Cuidar tomó esa función de cuidado en su totalidad, a fin de no discontinuar la tarea del área.

¿Cómo se realizaban las derivaciones de los usuarios en ese momento?

[M.R.] Se reorganizó todo el sistema de salud para no interrumpir los procesos de tratamiento y garantizar la entrega de psicofármacos. Hubo tratamientos en los hospitales generales que se tuvieron que trasladar a otros lugares con menor flujo de circulación de perso-

nas. Hemos hecho derivaciones a dispositivos municipales, así como mencionaba anteriormente también a los centros provinciales de atención, que absorbieron muchísimos tratamientos para que no se perdiera la cobertura de atención, y se instalaron muchos procesos de atención y acompañamiento de forma telefónica, con un equipo de profesionales armado para tal fin.

¿Cómo se fueron dando los modos de acompañamiento para el sostenimiento de la atención en salud mental durante la pandemia?

[M.R.] Armamos distintos modos de acompañamiento:

Casos en los cuales se hizo posible pasar a formas de acompañamiento virtual en función del sostenimiento de cuidados en las personas con padecimientos en salud mental.

En otros casos en que esa modalidad no era posible se trabajó con las redes provinciales y áreas municipales para garantizar los procesos de atención.

Fue muy importante también el trabajo que se desarrolló con la línea telefónica 0800 de orientación, asesoramiento y acompañamiento en salud mental y consumos problemáticos, que amplió su tradicional franja horaria de atención y modificó su forma de trabajo, porque la demanda misma de la población general se modificó para este dispositivo. Y la creación de un dispositivo novedoso como el dispositivo de escucha, acompañamiento y derivación en salud mental CeTeC.

La pandemia mostró que el sistema integrado es posible y sumamente eficaz, permitiendo reducir su histórica fragmentación.

Las tradiciones hospitalarias se pudieron apoyar sobre trabajos previos para generar dispositivos novedosos.

Se construyeron otras alternativas de trabajo intrahospitalarias: reuniones con la Subsecretaría acompañando los servicios hospitalarios, favoreciendo espacios de escucha donde se fueron compartiendo las distintas experiencias que realizaban para poder intentar replicar las buenas prácticas, plantear lineamientos de trabajo y generar dispositivos novedosos. Un ejemplo de ello fue el acompañamiento

de referentes afectivos para personas que se encontraban internadas en terapia intensiva en distintos hospitales, con los cuidados pertinentes y protocolos de ingreso.

Resultó clave diseñar acompañamientos a personas que se encontraban en situaciones críticas, que estaban transitando sus últimos momentos de vida; ha sido posible en muchos casos generar rituales del tipo despedida cuidada, un modo de acompañar el último trayecto de vida.

El Ministerio, a través de la Subsecretaría de Salud Mental, utilizó alguna de esas experiencias como las elaboradas en el Hospital Rossi de La Plata y el Hospital Fiorito de Avellaneda para armar un protocolo, un ordenador normativo utilizado de modo general, respetando todas las medidas de cuidado.

¿Alguna otra situación novedosa que se haya instalado en ese tiempo?

[M.R.] Es importante remarcar la incorporación de un representante del área de salud mental al comité de crisis de los hospitales, otra cuestión novedosa. En los mismos, se tomaban semana a semana todas las decisiones en relación a la coyuntura que atravesaba y atravesaba cada hospital.

¿Cómo se dieron las articulaciones?

[M.R.] Tenemos en el Ministerio una Dirección Provincial de Hospitales, de la cual depende la red de hospitales provinciales, al tiempo que a través de las doce Regiones Sanitarias se articuló con los Hospitales Municipales.

De igual modo, la articulación se dio entre todos los componentes del sistema sanitario que en su conjunto configuran lo que llamamos la red provincial de atención, incluyendo de esta forma los hospitales, los CPA, Centros de Día y Unidades Residenciales provinciales (más anclados en el primer nivel de atención), así como dispositivos de atención de gestión nacional y municipal. En todos los casos en los que fue necesaria una intervención por motivos de salud mental

y/o consumos problemáticos, la Subsecretaría a través de sus efectores y coordinadores regionales generó las articulaciones pertinentes, incluso en muchos casos para personas que no tuvieran cobertura pública universal.

¿Cómo se incorporó el área de salud mental en esta reorganización de funcionamiento del sistema?

[M.R.] Se modificaron todas las lógicas de funcionamiento tradicional, en los distintos tiempos de pandemia.

La participación de áreas de salud mental desde el primer momento de la pandemia, pasando por todas las áreas críticas del hospital: guardia, enfermería, terapia intensiva, generaron procesos de trabajo compartidos que no eran los tradicionales en todos los hospitales, las cuales favorecieron la integración de áreas.

Como mencionara anteriormente, la lógica de funcionamiento permitió que el área o servicio de salud mental se incorporara hacia dentro del hospital de un modo diferente en relación a la tradición de trabajo, la cual quedaba fragmentada y marginada muchas veces en los procesos de atención y cuidado integrales en salud.

En el marco mismo de la pandemia, comenzamos desde el Ministerio con una ardua tarea, y de vacancia histórica, que es garantizar las internaciones por motivos de salud mental en los hospitales generales, modalidad de abordaje que está dentro de los preceptos de la Ley Nacional de Salud Mental para su proceso de implementación. Si bien en un comienzo fue muy difícil dada la sobreocupación de camas por COVID, no se detuvieron los ingresos, y algunos hospitales comenzaron a asignar camas para personas que requirieran atención de sus episodios agudos en salud mental. Dos ejemplos de ello fueron el Hospital Local General de Agudos Dr. Arturo Melo de Lanús y el Hospital Zonal Dr. Enrique Erill de Escobar. Es dable destacar que sólo había ocho salas de internación en los hospitales generales previo a la pandemia.

Asimismo, y más allá del proceso de desmanicomialización que desencadenamos en nuestra provincia, en el marco de la pandemia y debido a la estrategia de cuidado de la población que se encontraba internada en los neuropsiquiátricos públicos -población con muchas comorbilidades y en muchos casos muy mayores, lo cual los hacía especialmente vulnerables- hubo que garantizar internaciones en hospitales generales donde tradicionalmente no sucedía.

Fue muy importante realizar también un trabajo hacia adentro de los neuropsiquiátricos de la provincia para cuidar su población durante la pandemia. En las guardias de dichas instituciones fue fluctuando la atención en función de la circulación viral, y esto dio impulso para la apertura de camas de internación en los hospitales generales.

Los CPA y otros dispositivos de la red provincial también estuvieron recepcionando a las personas usuarias del sistema en el momento de mayor circulación viral, cuando hubo que retirar un poco la atención en los hospitales generales.

Así como la línea 0800 de salud mental y el dispositivo de acompañamiento telefónico y CETEC salud mental: se realizaron cientos de acompañamiento de personas y en algunos casos tratamientos bajo esa modalidad.

¿Hubo ampliación de dotación y formación de trabajadores en el área de salud mental durante la pandemia?

[M.R] El primer año de pandemia cerca de 150 residentes de disciplinas afines al campo de la salud mental se incorporaron al sistema sanitario de gestión provincial, estrategia de reforzamiento para empezar a recuperar un sistema que venía muy desmembrado. Lo mismo sucedió en el 2021, dando la posibilidad al conjunto de residentes que se formaron en el sistema de residencias provincial de continuar trabajando en el sistema. En 2021 fueron cerca de cien los residentes de disciplinas en salud mental que optaron por permanecer trabajando para los efectores provinciales según las necesidades del sistema provincial.

También trabajadoras y trabajadores que se integraron a distintos dispositivos como el “Cuidar a los que Cuidan”, dispositivos de abordaje territorial, reforzamiento de los efectores de la red provincial, en fin, se estableció una política de recuperación en materia de incorporación de trabajadorxs. Además, se incorporaron equipos móviles en territorio, acción como política pública necesaria que nutrió además al abordaje específico que se da en el marco del hospital. La inserción de los equipos móviles facilitó los procesos de sostenimiento en la atención y la continuidad de cuidados en lugar de origen. Sumamos dos a los ya preexistentes (región VI y XI) en zona norte y oeste.

En total, en los distintos modos de ingreso, se incorporaron cerca de quinientos trabajadores del campo de la salud mental.

En cuanto a la formación, se realizaron diversos cursos en articulación con la Escuela de Gobierno en Salud “Floreal Ferrara”, entre los cuales se encontraron cursos para enfermería en salud mental, cursos de uso racional de psicofármacos, abordaje de los consumos problemáticos, y diversos conversatorios sobre salud mental y pandemia entre otros.

¿Qué dejó esta pandemia, la gestión en la reorganización de los componentes del sistema y el cambio de las lógicas de atención?

[M.R.] Puedo enumerar varios hechos: mayores procesos de diálogo entre los componentes del sistema sanitario, la posibilidad de que los servicios hospitalarios puedan pensarse de otro modo hacia adentro de sus instituciones. También una conducción a nivel central del conjunto de la política pública en materia de salud mental.

Se mejoró en la vinculación de los hospitales generales con las comunidades, un proceso muy necesario y sobre el cual nos queda mucho camino por recorrer. La relación de los equipos móviles para articular con hospitales y garantizar los procesos de atención en salud mental con base en las comunidades resulta un acierto, para favorecer la atención desde la complejidad, fortaleciendo o construyendo enlaces con la comunidad o bien como apoyatura para las guardias

hospitalarias. En la misma línea, como ya mencioné, permitió avanzar en la apertura de camas en hospitales generales tan necesarias.

Se pudo avanzar de esta forma en una idea fuerza que nuestra gestión tiene desde el primer momento, que es avanzar en un profundo cambio en el modelo de atención, más solidario, justo y equitativo, pensando dispositivos flexibles que puedan dar respuesta a las necesidades del pueblo, más próximos a la comunidad. Esa es la tarea que nos encomendó nuestro Gobernador Axel Kicillof, avanzar en cambios estructurales para mejorar las condiciones de vida de las y los bonaerenses.

Por último, ¿cómo piensan el rol del Estado en relación a las políticas públicas en salud?

[M.R.] Fue muy claro el rol del Estado como articulador de políticas públicas, como dinamizador para garantizar derechos. Asimismo, la función del Estado como regulador, sólo de ese modo se puede abarcar el conjunto de las necesidades del pueblo, más en donde una parte importante del sistema sanitario no es de gestión pública estatal. En fin, el real garante del acceso a la salud ha sido el Estado, como dijo nuestro gobernador.

Y además la Salud Mental tiene un aporte específico muy importante en el marco de estrategias de cuidado integrales de salud: poder permitir esa adecuación en cada uno de los componentes del sistema y avanzar en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental con todas sus implicancias.

2- DISPOSITIVOS DE ACOMPañAMIENTO TELEFÓNICO

2.1 CeTec Salud Mental (Centro de Telecuidado en Salud Mental)

Con el objetivo de profundizar las políticas sanitarias de cuidado para abordar integralmente la problemática del COVID-19, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública en articulación con Universidades Nacionales y Provinciales comenzó a desarrollar su Programa Salud Mental en el CeTeC (Centro de Telemedicina). Dicho programa consta de dos dispositivos. Por un lado, el “Dispositivo de Escucha, Acompañamiento y Derivación en Salud Mental en el CeTeC-U”. Por otro, el “Dispositivo de Acompañamiento en Salud Mental a lxs operadorxs del CeTeC-U: Cuidar a los que Cuidan”.

Se trata de un programa específico de acompañamiento y asistencia en salud mental para usuarixs afectados por la pandemia y de lxs trabajadorxs encargadxs de la atención de esta emergencia sanitaria. En este marco, se producen articulaciones con diferentes Centros de

Telemedicina Universitarios, no universitarios, Regiones Sanitarias de la Provincia, y Dispositivos de esta Subsecretaría de Salud Mental.

En lo formal, esos enlaces se constituyen a partir del ingreso de usuarixs en seguimiento epidemiológico a una plataforma compartida con el Dispositivo de Escucha, Acompañamiento y Derivación en Salud Mental. El trabajo articulado se fortalece con una labor coordinada entre los referentes de ambos espacios sobre los diferentes casos cuando la situación lo requiere. También por medio de encuentros de reflexión sobre la transferencia a Salud Mental con los equipos de los CeTeC-U.

Dispositivo de escucha, acompañamiento y derivación en salud mental en el CETEC-U

Es un dispositivo específico de acompañamiento y asistencia en salud mental para usuarixs afectados por la pandemia (caso estrecho, sospechoso o positivo de COVID). Se propone acompañar los diferentes modos de afectación subjetiva de lxs usuarixs mencionadxs atendiendo a sus diversas formas de expresión y niveles de complejidad en que éstos se presentan.

En el Dispositivo de salud mental no se establece un protocolo a priori, aplicable a cada sujeto de igual modo. Muy por el contrario, lo que ordena la tarea de lxs operadorxs es la escucha situada de las formas singulares en que se presenta ese sufrimiento, padecimiento y/o situación problemática para cada usuarix. Se constituye como un encuentro que se propone alojar a ese sujeto a partir de lo que enuncia sobre lo que siente, piensa o demanda en esta situación tan excepcional, encuentro que habilita un lugar del Otro en el Estado, quien en este accionar se posiciona como garante de sus derechos.

La realidad dinámica de la situación sanitaria hizo necesaria la permanente actualización de los conocimientos sobre el tema. En tal sentido se generaron bajo este dispositivo espacios de formación continua de diferente naturaleza.

Un ejemplo de ellos fueron los encuentros de capacitación realizados con distintas áreas propias de la Subsecretaría de salud mental dirigida a los operadorxs. Así se producen espacios de intercambio y reflexión sobre la tarea.

Dispositivo de acompañamiento en salud mental a lxs operadorxs del CETEC-U “cuidar a los que cuidan”

Este segundo dispositivo surge de observar el impacto subjetivo que la labor en la emergencia sanitaria produce en lxs trabajadorxs de la salud, no sólo por el aumento de casos de COVID-19 sino porque muchxs de ellxs pueden -al mismo tiempo- encontrarse afectadxs por situaciones personales ligadas a esta circunstancia. En función de esto, el Dispositivo de Acompañamiento en Salud Mental a lxs operadorxs del CeTeC-U: Cuidar a los que Cuidan busca propiciar modos de asistencia específicos para contener y acompañar a estxs trabajadorxs. Este acompañamiento consiste en encuentros de reflexión grupal en los que se generan espacios de intercambio sobre las vivencias y las significaciones singulares de la tarea realizada. Dicho proceso permite recuperar la experiencia conjunta, expresar los malestares en curso y grupalmente construir alternativas ante aquello que produce malestar subjetivo.

CeTeC Salud Mental y CeTeC Cuidar a los que cuidan

Entrevista al Licenciado Sebastián Holc, director de Prevención y Promoción en Salud Mental y Consumos Problemáticos, Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud pública y a la Licenciada Nancy Vadura, Coordinadora General del programa.

¿Cómo surge el Programa Salud Mental en el CeTeC?

[S.H] En el mes de junio del año 2020, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (PBA) firma un convenio con las Univer-

sidades Nacionales y Provinciales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y del interior de Provincia de Buenos Aires por medio del cual se crean y ponen en marcha los Centros de Telemedicina Universitarios (CeTeC-U). Este es un convenio inicial que se suma al desarrollo de todas las políticas públicas que se despliegan para el cuidado de lxs bonaerenses en la emergencia sanitaria.

Surgen de la necesidad de seguimiento epidemiológico de aquellas personas que son identificadas como casos de Covid positivo, sospechoso y/o contactos estrechos. La velocidad en que se expande esta problemática nos llevó a implementar líneas de gestión para abordar integralmente la situación. De ahí que, muy rápidamente, los equipos de salud del Ministerio comienzan a organizar el trabajo articulado para la ejecución de estas líneas de acción. La función principal de estos CeTeC es la del seguimiento clínico y epidemiológico y es ahí, en esos llamados, donde surge la necesidad de acompañar el sufrimiento en términos de salud mental que los operadores escuchaban. No sabían qué hacer cuando se encontraban con la angustia de las personas a las que contactaban. Por eso decimos que es un Ministerio que tiene una mirada y perspectiva integral de la salud.

En esa dirección, un mes después, el 5 de Julio del año 2020, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud elabora y pone en marcha su Programa Salud Mental en el CeTeC, que se organiza en dos dispositivos: el Dispositivo de Escucha, Acompañamiento y Derivación en Salud Mental y el Dispositivo de Acompañamiento a los Operadorxs del CeTeC: Cuidar a los que Cuidan.

Al comienzo, el primer dispositivo, se implementa en una sola aula ubicada en el lugar en donde se constituye el CeTeC-U de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) pero, con el tiempo -y en función de la realidad epidemiológica- se hace necesario ampliar la cantidad de bocas de atención y con eso, el número de operadorxs y de espacios de trabajo en esa institución.

En cuanto al Dispositivo Cuidar a los que Cuidan en el CeTeC se estructura en el mes de agosto en un trabajo articulado con la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

¿Cuál es el propósito y función del dispositivo de escucha y acompañamiento en salud mental?

[S.H] Su función estructural es continuar las líneas de gestión del Gobernador Axel Kicillof en PBA: acercar el Estado a las y los bonaerenses. Con este dispositivo en particular, lo que nos proponemos es profundizar las políticas sanitarias de cuidado en el marco del COVID-19, sustentadas en una perspectiva de derechos que buscan propiciar el acceso a la salud integral, de calidad, humanizada y humanizante.

Esta labor sigue otras líneas de nuestra Subsecretaría que tienen como objetivo fundamental acompañar a la población para que pueda atravesar las situaciones que genera la pandemia con el menor sufrimiento posible. Acompañar en tiempos en los que la vida cotidiana de las personas se ve afectada profundamente y en muchas dimensiones: las relaciones con los otros, con el tiempo y los espacios, con el trabajo y la producción, con la economía. El impacto que tuvo en la subjetividad la posibilidad de enfermar, de contagiar y con el avance de la pandemia, el doloroso impacto de las pérdidas de todo tipo. Hemos escuchado y acompañado a personas que han perdido más de un familiar en el transcurso de pocos días.

Pusimos en marcha este dispositivo novedoso con un horizonte de expectativas trazado por las formas en que concebimos las políticas públicas, aunque, en los inicios, con algunos interrogantes lógicos, son apuestas políticas innovadoras que se gestan en una coyuntura totalmente inédita. No sabíamos si iba a funcionar y cuáles eran los obstáculos con los que nos íbamos a encontrar.

Hoy, a un año de surgimiento del CeTeC Salud Mental -como nosotros lo llamamos- confirmamos la potencia enorme de esta apues-

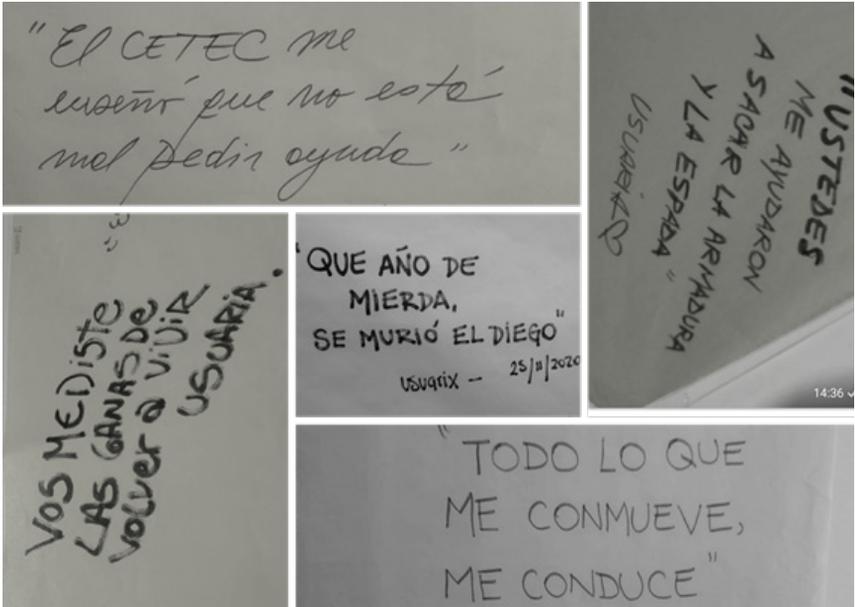
ta en lo que refiere al alcance del Dispositivo y la accesibilidad a la asistencia en salud mental de nuestro pueblo. Honestamente, en los orígenes no imaginamos este alcance ni la recepción que tuvo en la gente.

¿Cómo se conforma la articulación intersectorial del dispositivo con las universidades de la PBA?

[N.E.V] El trabajo intersectorial se va construyendo en distintos momentos y de diferentes modos a lo largo del 2020. En lo formal, un primer organizador para esa articulación lo establece el convenio marco que mencionaba Sebastián. Se produce entre Ministerio, Subsecretaría de Salud Mental y UNLP, particularmente con las facultades que señalamos: Psicología y Periodismo. Posteriormente, este trabajo se profundiza y se extiende a todos los CeTeC del AMBA y a aquellos que coordina Jefatura de Gabinete del Gobierno de PBA.

Algo que no mencionamos, los Centros de Telemedicina son una creación de la Unidad de Fortalecimiento del Sistema de Salud del Ministerio de Salud, junto a dos plataformas digitales que desarrolla Subsecretaría de Gobierno Digital de la Jefatura de Gabinete de Gobernación. Integran las estrategias desplegadas por la Provincia frente a la pandemia. Se constituyen en dos grandes grupos: el CeTeC-19 Central más sus sedes regionales, los primeros en surgir (abril de 2020) y los Universitarios. Retomando tu pregunta, de todos ellos, actualmente venimos trabajando articuladamente con 34 CeTeC que nos derivan situaciones.

Éstas no son las únicas acciones intersectoriales. También nuestro Dispositivo recibe derivaciones del Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino (DETECTAR) que releva las situaciones de COVID en territorio y del CeTeC organizado por el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA). También del Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético de la Provincia de Buenos Aires (PRODIABA). En la emergencia, este programa identifica que, dentro de la población que padece diabe-



Collage confeccionado con frases que rescataron los operadores del CeTec Salud Mental de sus conversaciones telefónicas con usuarios del servicio.

tes, existen algunos adultos mayores con algún grado de sufrimiento afectivo, particularmente un profundo sentimiento de soledad.

Ese diagnóstico de situación produce una articulación que trasciende el perfil de destinatarixs con los que trabajamos inicialmente, no obstante, fue necesario sumarlx al acompañamiento para garantizar la continuidad de cuidados.

La Subsecretaría tiene una línea telefónica en Salud Mental (0800-222-5462) donde llegan las demandas espontáneas de lxs bonaerenses que requieren atención. ¿Es por esta vía que accede este grupo poblacional al Dispositivo?

[S.H] No. Es otra la operatoria que nos damos. Como bien decís, todxs lxs ciudadanxs del territorio de la provincia pueden tener acceso a nuestra Red Asistencial por medio del 0800. Esta es otra de las líneas de acción de la Subsecretaría. El trabajo de abordaje integral con los Centros de Telemedicina inicia allí cuando lxs operadorxs comienzan el seguimiento clínico de las personas identificadas como contactos estrechos, casos positivos y/o casos sospechosos. El circuito de seguimiento se organiza de acuerdo a criterios epidemiológicos construidos por el Ministerio de Salud de PBA y que se ordenan en un protocolo. Este protocolo, en función de lo dinámico de la situación pandémica, se ha actualizado permanentemente. Es un trabajo muy exhaustivo el que realizan lxs operadorxs del CeTeC en tanto contempla no sólo la evaluación de síntomas sino otras cuestiones vinculadas a la situación social de esos usuarixs y que permite -al mismo tiempo- identificar aquello que es prioritario de asistir, de acuerdo a la gravedad en que se encuentran algunas personas.

En ese documento se establece la consulta sobre el malestar subjetivo o sufrimiento afectivo y el ofrecimiento de un servicio especializado que puede comunicarse para escucharlx y acompañarlx; así decidimos presentarlo. Cuando construimos con la Unidad de Fortalecimiento del Sistema Sanitario la forma de ofrecimiento de nuestro Dispositivo, sí señalamos la importancia que tiene para el campo de

la Salud Mental contar con el consentimiento informado de las personas como derecho inalienable. De ahí que esté establecido en el mismo protocolo de seguimiento.

Entonces, en esa operatoria las personas aceptan ser contactadas y lxs trabajadorxs llenan un formulario común con los datos que nos posibilitan contactar a lxs usuarixs. También nos adelantan un motivo de derivación.

Esxs usuarixs ingresan a nuestro Dispositivo de Escucha, Acompañamiento y Derivación por medio de una plataforma común. Lxs llamamos y comenzamos con nuestra labor.

Es una escucha atenta, cuidada y empática que propicia en ese otro que es llamado la posibilidad de hablar. Intentamos a partir de allí que se constituya como una forma de encuentro que busca alojar a esx sujetx a partir de lo que enuncia sobre lo que siente, piensa, demanda y que habilita para la gente un lugar en ese otro que representa el Estado que, en este accionar, busca garantizar derecho a una atención integral de su salud.

Lxs operadorxs atienden a lo emergente del relato en cada llamado, lo que las personas dicen, lo que parecen no decir, lo que podrían ser motivos o intereses. Buscan en ese recorrido identificar lazos, vínculos que poseen. Evalúan los niveles de apoyo y las redes con que cuentan. Con todos estos elementos definen la posibilidad de un acompañamiento más o menos prolongado o la necesidad de derivación a otros circuitos de atención.

¿Se establece un tiempo de duración de estos acompañamientos?

A priori, no. La duración del acompañamiento se define singularmente, según la complejidad que se expresa en el llamado. Es decir, lo que define la continuidad -o no- del acompañamiento es el grado de complejidad en que se presenta la situación.

En la atención telefónica también observamos múltiples formas de expresión del padecimiento afectivo. Usuarixs que manifiestan angustia, miedo, cambios de humor, irritabilidad y/o problemas vinculares

pero que aun así pueden llevar adelante su vida cotidiana, otrxs que expresan sentirse desbordadxs por la situación y se les dificulta el poder hacer algo con lo que le sucede. En general estas últimas situaciones requieren de un acompañamiento más prolongado que los anteriores. Pero emergen, además, otras realidades de mayor nivel de complejidad que regularmente requieren de la intervención de un dispositivo de asistencia especializada, en salud mental y/o en otras problemáticas.

Todo eso conlleva al mismo tiempo un trabajo de registro y sistematización de la información que se sigue por medio del Observatorio de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud de PBA. Institucionalmente nos posibilita otro tipo de lecturas sobre los efectos subjetivos de la pandemia en la población acompañada.

Con respecto a lxs operadorex, quienes tengo entendido son estudiantes avanzados y graduados recientes, ¿qué piensan de estas experiencias novedosas y transformadoras?

¿Pueden beneficiarlos en cuanto a la construcción de su identidad profesional?

[N.E.V.] Más allá del momento fundacional y del convenio con la Facultad de Psicología de la UNLP, en el que se inscriben como voluntarixs algunxs estudiantes, es muy interesante lo que se va dando al poco tiempo de iniciado el dispositivo. El impacto subjetivo que comienza a generar la experiencia en ellxs, que además trae como consecuencia la demanda de otrxs no inscriptos en el voluntariado para participar en el dispositivo. Tenemos una lista de espera amplia, producto de que van contando la experiencia con compañerxs de la facultad y eso genera ganas de participar.

La atención telefónica los acerca a prácticas que no atravesaron nunca. No solo por lo innovador del dispositivo sino porque las prácticas preprofesionales, en líneas generales, son muy escasas y acotadas. La dinámica de la emergencia produce que, rápidamente, realicen este tipo de intervenciones, acompañen a un número considerable de usuarixs.

El impacto se produce no solo por la cantidad de intervenciones que realizan sino porque la tarea produce el encuentro con nuevos interrogantes. Estas formas de atención interpelan al mismo tiempo la formación que tienen. La mayoría se ve atraída por el enfoque de la clínica individual, privada, alejadxs de lo que implica ser agentes del Estado con las responsabilidades que esto trae. No han transitado por experiencias de este tipo ni de semejante alcance, por lo cual interpela su propia formación, las herramientas con las que cuentan y eso es movilizante.

Otro destacable en el recorrido por este año del CeTeC Salud Mental es el cambio de condición de lxs operadorxs en lo que refiere a su inscripción en el dispositivo. Ellxs se suman como voluntarios en julio, pero en el mes de setiembre del año pasado, el Gobierno de la PBA otorga becas de contingencia. Comienzan a ser trabajadorxs de la salud mental siendo para muchxs su primer trabajo ligado a lo que estudian, con todo lo que implica.

Es decir, los convocó una potencia militante de la salud mental que lxs lleva a poner el cuerpo de manera voluntaria en un contexto tan complejo y que se ve fortalecida aún más bajo esta nueva condición. Ese fortalecimiento se ve en el gran compromiso con que asumen la tarea, en su búsqueda permanente de alternativas para resolver las problemáticas que aparecen en los llamados y en los efectos que produce en lxs usuarixs y que muchas veces, recuperamos en sus devoluciones. ¡Realmente emociona mucho verlos trabajar comprometidos con dar respuesta al sufrimiento del pueblo!

Actualmente el equipo se constituye por treinta y siete becarixs y diecisiete voluntarixs y tres coordinadores que están presentes en las aulas y que acompañan a lxs operadorxs de forma presencial.

[S.H] Le sumaría una cuestión que tiene que ver con la formación a la que se refería Nancy: en general las facultades de psicología, no tienen mucho desarrollo específico que pueda construir un saber sobre el trabajo en Salud Mental desde el Estado. Es decir, se aprenden cier-

tas teorías, y luego se aplican, por así decirlo, a dispositivos estatales. La dimensión del Estado emerge como un campo más de aplicación, y muchas veces se lo ve más como un obstáculo para la aplicación de la teoría que como un campo propio, con sus particularidades y problemáticas específicas. Digo esto porque algo muy interesante que pasó con lxs operadorxs es que comenzaron a pensar la responsabilidad del Estado en el tipo de respuesta que se da. Por ejemplo, la vulneración de derechos, no es lo mismo la responsabilidad de quien escucha desde un dispositivo privado o una obra social que si es escuchada por un agente estatal. O mejor dicho, por alguien que asume la responsabilidad de pensarse como agente y parte del Estado.

Uno puede pensar que el dispositivo tiene una dimensión intersubjetiva en el punto que hay un usuario/x y un/x operadrx que escucha y acompaña o puede dimensionar al Estado como ordenador de esa práctica y vínculo.

Eso se hace visible en todo el accionar que se despliega. Por ejemplo: en el aula donde trabajan los operadoras y operadores construyeron un recursero que está ubicado en un pizarrón con una cantidad de teléfonos, otras áreas de gobierno, programas específicos que intentan dar respuesta a ciertas vulneraciones; y entonces cuando reciben una situación o demanda que no tiene que ver específicamente con la salud mental, pero que hace a la salud en términos integrales, lxs operadorxs acompañan también en ese proceso. Son operadorxs del Estado que intentan dar respuesta a ese sufrimiento que no encaja con las disciplinas modernas donde se dividen los saberes. Para que se entienda, cualquier operadrx lleva acompañadas cien, doscientas personas con seguimiento prolongado, es una experiencia muy importante para ellxs, y todo esto producto de una articulación comprometida entre la universidad pública y el Ministerio de Salud. El gobernador Axel Kicillof cuando asumió hizo una definición precisa de que quería que las universidades se articulen entre sí y con la política pública y este es un ejemplo preciso de eso.

Incluir la dimensión del Estado en esa unidad que tiene que ver con los usuarios, trabajadorxs, la comunidad y el Estado como garante de los derechos en cuanto a la salud integral y humanizada, como lo dice la Ley Nacional de Salud Mental.

[S.H] El acompañamiento estatal no es cualquier otro, la presencia del Estado no es la institución X, el Estado como garante de derechos produce un efecto subjetivo, y eso es una dimensión que sabemos existe, que consideramos y aplicamos en nuestra política pública, no sólo pensada en términos de carácter intersubjetivo sino para cualquier usuarix/ciudadanx que pueda sentir el acompañamiento del Estado en esta situación de pandemia. Los usuarios no pueden creer que los llamamos para hablar de lo que les pasa. Nos dicen todo el tiempo... “me volviste a llamar...creía que no lo ibas a hacer...”. Ahí es que hay incluir la dimensión estatal que garantiza derechos. No para destituir lo intersubjetivo -como algunos nos quieren hacer pensar- sino para acompañar ese proceso constituyendo ciudadanía que no es otra cosa que incluir lo colectivo en lo subjetivo.

En el campo de la Salud Mental esto lo aprendimos con la enorme experiencia argentina de atención y acompañamiento a las víctimas de terrorismo de Estado. Aprendimos que a partir de una asistencia y acompañamiento estatal que pueda incorporar la responsabilidad y la garantía de derechos, los efectos subjetivos son otros.

La formación no sólo está pensada en términos estrictamente académicos sino también a un escenario de política pública, inédito.

[S.H] Sin descuidar lo clínico, porque no necesariamente incluir la dimensión de la política pública es en desmedro de lo clínico. En todo caso, lo clínico se incluye en un dispositivo estatal de acompañamiento. La tensión entre lo singular y lo colectivo, la cuestión de la demanda y la responsabilidad del agenciamiento estatal son temas que hay que empezar a abordar con seriedad si queremos construir una política pública que le de accesibilidad a las personas que no lle-

gan a los dispositivos clásicos de atención, o que llegan, pero no hay continuidad en los tratamientos.

Fundamental para pensar la agenda post pandemia. Con respecto a la formación la pregunta apunta a si además tienen espacios de supervisión de estos dispositivos.

[S.H] Sí, hay varios. En las aulas hay coordinadorxs presenciales que, cotidianamente, van acompañando a lxs operadorxs entre llamado y llamado en el seguimiento. No solo se piensa en los casos sino también cómo lo que vamos aprendiendo del acompañamiento de esos casos se incorpora al dispositivo, o por ejemplo se suma al recursero. El Estado es gigante y tiene muchos programas, aprendemos cómo funcionan y los incorporamos a nuestras intervenciones y construimos integralidad.

Aparte de estos encuentros, intentamos ir definiendo cuál es la función de acompañamiento que realizamos, definir alcances y límites. Para eso convocamos a la Asociación Civil Territorios Clínicos de la Memoria (TeCMe) que dirige Fabiana Rousseaux y que junto a Alma Gutman comenzaron a tener encuentros de supervisión externa, con ese carácter de exterioridad tan necesario para este tipo de experiencias.

[N.E.V.] En el armado del dispositivo, algunos lineamientos que nos trazó Sebastián desde su Dirección fue justamente la necesidad de pensar en una formación que debe ser continua. No solo porque es una necesidad para cualquier formación profesional sino porque es una línea clara de gestión de esta Subsecretaría: la responsabilidad del Estado de formar a sus trabajadorxs y de este modo propiciar buenas prácticas en salud.

En esa línea elaboramos una capacitación inicial para lxs operadorxs que permite un primer acercamiento a la tarea, definiciones sobre qué es acompañar. Comenzamos a construir la figura del

acompañamiento en un dispositivo inédito -como mencionaste antes- pero además en una realidad con un dinamismo sin precedentes.

Como decía, ese fue un primer acercamiento porque algo de eso se va co-construyendo entre el equipo en la práctica. Algo ahí tiene que ver con lo que señalaba Holc anteriormente, con mover la formación universitaria para que las prácticas en este dispositivo no se conviertan en un campo más de aplicación lineal de una teoría sino un campo propio, con sus particularidades y problemáticas específicas. Prácticas que producen efectos terapéuticos, aunque -en sentido estricto- no sean un tratamiento. Es muy importante que en el desarrollo de propuestas formativas en políticas públicas exista también una acción de cuidado epistemológico para propiciar buenas prácticas en salud. De ahí que se hayan organizado esos espacios semanales de trabajo sobre casos en donde en grupo se pensaban las intervenciones, el trabajo intersectorial, los alcances y límites de los acompañamientos. Es un dispositivo de formación permanente que constantemente es revisado por nosotrxs. Justamente en este momento, atendiendo a la actualidad de la situación pandémica, estamos en eso.

Luego se nos sumó TeCMe para abordar la temática de duelo en el momento epidemiológico más crítico. A esa formación permanente se suma, además, toda la oferta de formación que la Subsecretaría realiza a través del Departamento de Docencia e Investigación y en su articulación con la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de PBA. Algunxs incluso están cursando la Diplomatura en Políticas Públicas en Salud Mental

Respecto de los espacios semanales que recién contaba, en general se trabaja a partir de la construcción de narrativas sobre algunos llamados y con la elaboración de crónicas de lo que sucede en cada encuentro, de modo que ese material pueda compartirse con el resto del equipo. Ese trabajo fue muy importante porque favoreció la producción de trabajos que presentaron en las Primeras Jornadas Provinciales del año 2020 con muy buenos efectos entre quienes intervinieron en esos espacios y en ellxs mismos. Ahora ya están trabajando

en los escritos para la Segunda Jornada “Hacia la transformación del modelo de atención en Salud Mental” que se va a realizar en diciembre del 2021.

[S.H] Sí. Armamos una jornada desde la Subsecretaría de Salud Mental, donde todos los dispositivos de la red de atención presentaban trabajos y para mí el CeTeC de Salud Mental (SM) copó la jornada, fue muy lindo, presentaron más de diez trabajos.

En relación a los espacios de formación se dio además que las distintas áreas de la Subsecretaría tuvieron encuentros con el CeTeC Salud Mental, el área de Violencias y el área de Infancias y Juventudes. Tuvieron una jornada de capacitación con cada área para poder afrontar la tarea con más herramientas y teniendo en cuenta la perspectiva de derechos que estamos intentando implementar en todos lados. Es una experiencia muy profunda para lxs operadores, como así también para quienes escuchamos y acompañamos.

Refiriéndonos justamente a la población ¿qué impacto consideran que tuvo el armado de estos dispositivos?

[N.E.V] Durante la pandemia, primero en el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y luego en el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) las angustias de la población tenían que ver con el aislamiento, los nuevos modos vinculares, la pérdida del lazo con el trabajo de manera habitual, etc. Hoy las problemáticas son otras: pérdidas profundas del anclaje en lo social, el terrible impacto por el fallecimiento de familiares, las formas en que se les trasmite la noticia, las limitaciones para despedirse. Las pérdidas toman formas muy cruentas. Familias arrasadas.

[S.H] Pensá que muchos operadores se encontraban en el seguimiento que hacen, con cierta frecuencia, con que los usuarios a los que contactaban habían fallecido o había muerto un familiar muy cercano.

El seguimiento inicial se hacía con personas con COVID y contactos estrechos, en el devenir de la emergencia sanitaria, ¿algún otro grupo poblacional tuvo acceso a ser acompañado en su malestar emocional desde el dispositivo?

[N.E. V] Claro, inicialmente las personas derivadas eran usuarixs en seguimiento por COVID o alguna persona identificada como contacto estrecho. La realidad impuso que se fueran ampliando los grupos poblacionales. En ese recorrido nos encontramos con que, en los llamados, lxs contactadx solicitaron acompañamiento para hijxs adolescentes que no salían de la cama o no querían comer, consultas por algún integrante de la familia con ideación suicida, o por adultxs mayores que en el aislamiento de la persona contactada, se quedaron sin asistencia. Incluso se produjeron intervenciones con niñxs pequeñxs. La realidad impuso una readecuación del dispositivo a las problemáticas que fueron apareciendo. Hubo que flexibilizar algunos criterios de partida no sólo en relación a lxs usuarixs sino al tiempo de los acompañamientos, al trabajo con las familias.

Hay distintos niveles y modos de intervención porque la mirada es integral. El abordaje pasa a ser familiar y no individual.

[S.H] Es como que nos metemos en las casas no en el sentido del control y el disciplinamiento, sino en el sentido de lograr un mejor modo de accesibilidad a la salud. Es un modo de llegar que no teníamos, ciudadanos y ciudadanas que no sabían que podían ser acompañados por un Estado presente.

Una manera de pensar la accesibilidad, concepto importante en salud.

[N.E.V] Claro. En este contexto, el seguimiento epidemiológico desde los centros de Telemedicina posibilitó el acceso de muchxs ciudadanxs a una atención integral. Se abordó lo orgánico en juego, pero permitió detectar e intervenir sobre el sufrimiento afectivo, las vulnerabilidades sociales, las problemáticas de niñxs, las violencias.

Me quedé pensando en esto del efecto en lxs usuarixs. Un primer efecto es la sorpresa cuando aparece el Estado. Cuando alguien del otro lado del teléfono está para escuchar lo que esa persona contactada quiere/tiene para decir. Eso se profundizó en el proceso de acompañar. Pero, además, por añadidura, algo de eso posibilitó -mediando encuentros- desarmar esa idea de la salud mental como sinónimo de enfermedad. En términos de la batalla cultural contra la estigmatización del padecimiento subjetivo, no parece menor.

Pensar la salud no solo como ausencia de enfermedad, que se puedan sostener otros discursos posibles más allá del médico hegemónico.

[S.H] Y cuesta mucho que en lo ligado a la salud mental entren otras coordenadas que no sean las del saber médico, de la figura del saber psiquiátrico. Estamos dando una disputa en ese sentido en la provincia. Los operadores del CeTeC que hacen seguimiento médico, como decía Nancy, pudieron construir otra concepción de la salud mental. No solo fueron deconstruyéndola para poder derivar al dispositivo CeTeC Salud Mental (SM), al principio no estaban abiertos a escuchar el sufrimiento, sólo era una escucha médica, los capacitamos y ellos mismos fueron desarmando esta idea hasta tal punto que transcurrido un cierto tiempo de trabajo, y con cierto cansancio, pidieron algún tipo de dispositivo de acompañamiento en salud mental, que es cuando empezamos a crear este segundo dispositivo que pertenece al CeTeC.

Este segundo dispositivo es un Cuidar a los que Cuidan dentro del CeTeC. Ya veníamos con la experiencia de armar equipos para cuidar a los trabajadores de la salud más vinculada a hospitales en pandemia, trabajando en las unidades de terapia intensiva con enfermeros, médicos, con personal administrativo y seguridad. En ese marco pudimos escuchar este pedido y comenzar a armar un nuevo dispositivo, que se suma unos meses después, los equipos de acompañamiento a los CeTeC de seguimiento clínico, y en el día de hoy cada vez nos piden más este dispositivo porque el grado de agotamiento es alto.

[N.E.V] ¡Valioso dispositivo también! Este segundo dispositivo del Programa, se crea con el propósito de acompañar el impacto subjetivo que la labor en la emergencia sanitaria produce en lxs trabajadorxs de la salud. En este caso -y en principio- a lxs operadorxs y coordinadorxs de los Centros de Telemedicina.

Los trabajadorxs de estos dispositivos en la emergencia hacían el seguimiento de cientos de personas por día, muchas con vulnerabilidades de todo tipo. Algunas desbordadas. Eso tuvo consecuencias en lo subjetivo para ellxs.

El Cuidar a los que Cuidan en el CeTeC inició en agosto del año pasado, un mes después que el dispositivo telefónico. Se organizó para contener y acompañar a estxs trabajadorxs. Se trata de encuentros grupales de reflexión en donde pueden expresar los malestares y construir en conjunto alguna alternativa ante aquello que produce sufrimiento y obstaculiza la tarea.

Inicialmente costó que los equipos tomarán la propuesta como una herramienta. Luego, de manera similar al dispositivo telefónico, la transmisión boca a boca de la experiencia produjo que otros equipos que estaban trabajando para la emergencia sanitaria, pero que en sentido estricto no eran parte de los CeTeC, demandaran este espacio. Tuvimos que ampliar la oferta de partida.

Actualmente el dispositivo se organiza con veintiocho compañeros psicólogos y estudiantes avanzadx. Es un equipo valiosísimo, que autogestiona permanentemente espacios para pensar sus prácticas, con un compromiso que conmueve.

Dispositivos absolutamente transformadores de las prácticas para pensar la salud mental desde otro lugar ¿Hay algún grado de perspectiva a futuro con el dispositivo?

[S.H] Si tengo que subrayar dos cuestiones, una es la novedad en todo sentido que trae el dispositivo, lo que imaginábamos ocurrió aún mejor y produce conocimiento que puede aplicarse a otras políticas públicas que puedan crearse. Inscribe una forma de articulación entre la

universidad y el Estado que para mí tiene que marcar algún camino. Hay que ver cómo se desarrolla en términos de post pandemia, es un dispositivo que puede trabajar con lo postraumático, dimensión que tenemos pensado abordar. Algunas cuestiones vamos pensando que no queremos adelantar.

Me parece que este dispositivo mostró que los estudiantes de los últimos años de la carrera y recién graduados pueden trabajar muy bien si se los acompaña, si se los forma. Es una modalidad que permite a la facultad que sus estudiantes realicen prácticas en una carrera que en general carece de prácticas en el Estado. También es muy útil para el Estado ya que permite un mejor acceso a la salud, al mismo tiempo que funciona en términos también de prevención para que las problemáticas no se transformen en urgencias que luego desbordan el sistema.

Pensaba en las prácticas de cuidado hacia la comunidad en todos esos aspectos que mencionan, el trabajador de la salud lo transmite en su tarea diaria.

[N.E.V] Así es. El cuidado en distintas direcciones y dimensiones. El cuidado de la ciudadanía como apuesta ética política de un Estado que trabajó y trabaja denodadamente para garantizar derechos. El cuidado/acompañamiento de sus trabajadorxs para alivianar la carga de sus malestares con propuestas diferentes, desde espacios de escucha hasta apuestas de formación como herramientas que propician la posibilidad de llevar mejor la tarea, en un contexto tan complejo. Estamos convencidxs que todo este inmenso trabajo que nos estamos dando deja marcas que instalan políticas de cuidado que probablemente tengan efectos identitarios para aquellxs que transitaron y transitan estas experiencias.

2.2 0800 Salud Mental. Orientación y acompañamiento en salud mental.

El servicio telefónico de orientación y acompañamiento en salud mental es un dispositivo creado para atención de la demanda espontánea de la población y una puerta de entrada a los dispositivos de la red pública de la Subsecretaría de salud mental, consumos problemáticos y violencias en la salud, de la Provincia de Buenos Aires. También a otros referentes del Estado provincial como ser obras sociales estatales (IOMA, PAMI), el Ministerio de Desarrollo de la Comunidad, el Patronato de Liberados, orientación a servicios de emergencia y a otros servicios de atención a diversas problemáticas (guardias hospitalarias, dispositivos, municipales, etc.); que suponen la articulación intersectorial para la atención integral de la salud de los y las ciudadanas de la provincia.

El objetivo principal de dicho dispositivo, que tiene un horario de atención ampliado (de lunes a viernes de 8 a 24 horas y los sábados, domingos y feriados de 10 a 22 hs.) es poder brindar a la persona que llama una primera escucha de su padecimiento, un diagnóstico situacional en el que se encuentra, y a partir de allí la construcción de una estrategia de intervención, lo más adecuada posible, para su estado de situación. Dichas estrategias de intervención se construyen a partir de los recursos con los que cuenta la red, sus programas y dispositivos. Por tanto, cada llamado, será alojado por el equipo del dispositivo telefónico, y posteriormente derivado o articulado con los dispositivos en territorio, según corresponda.

Una vez que se ha podido delinear el diagnóstico de situación que propone cada llamado telefónico, se procede a realizar la derivación correspondiente de acuerdo a los criterios de derivación de cada efector tratante.

Entrevista a la Licenciada Milvie Stempels, Coordinadora del dispositivo y a la Licenciada Melanie Sein, operadora.

¿Cómo fue el recorrido histórico de este dispositivo y cómo se fue adaptando a este contexto de pandemia?

[M.S] El dispositivo de atención telefónica surge en el año 1994 en lo que por aquel entonces era la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, como un instrumento innovador para la década de los '90, cuando estaba muy en boga el surgimiento de los call center, destinado a la telefonía fija, porque en ese entonces no había telefonía móvil. El objetivo era acercar a los afectados por el consumo de drogas a los centros de atención. En ese contexto histórico, social y político el paradigma de abordaje se centraba en la peligrosidad de las personas adictas a sustancias y se ponía el foco en los efectos de las drogas ilegales. Este modelo relacionaba el consumo con la inseguridad y la salud individual.

¿Trabajando bajo un paradigma abstencionista?

[M.S] Con un abordaje abstencionista, respondiendo también a lo que plantea la Ley de Estupefacientes, en contradicción con la Ley de Salud Mental. Con la idea de obligar a las personas afectadas a que cumplan con medidas de seguridad curativas y educativas, y en ese sentido el 0800 garantizaba el anonimato, que era lo que le daba la esencia al dispositivo, y desde ese enfoque pensaba a las personas con estas problemáticas como peligrosas, o estigmatizadas, en la clandestinidad; entonces el anonimato favorecía que alguien se atreva a hacer una consulta telefónica como primer contacto. Han pasado muchos años y me parece importante leerlo en clave a la historia, al momento político, social e histórico. Recién yo le comentaba a Melanie -hablando un poco de mi recorrido- que no es bueno tener una mirada anacrónica y juzgar cuestiones que ocurrieron en el pasado con los ojos del presente. Digamos que en ese contexto era un dispositivo innovador, que tuvo mucha pregnancia en la comunidad con su

famoso nombre FONO DROGA que lo queremos desterrar porque justamente no representa nuestras prácticas actuales.

El servicio estaba circunscripto solo a la atención de los consumos problemáticos y hemos recorrido diferentes formas de abordaje en el transcurso de todos esos años, abandonamos ese modelo del abstinencionismo para pensar en políticas de reducción de riesgos y daños.

Hace mucho tiempo que venimos proponiéndonos modificar nuestras prácticas en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental. A principios del 2020 estábamos con todo el entusiasmo de adecuar el dispositivo, no quedar circunscriptos a las respuestas de los problemas de consumos, sino a toda problemática de salud mental, cuando a los pocos meses se desató la pandemia y en gran medida aceleró todo el proceso de transformación.

¿El dispositivo en un principio consistía en una orientación y acompañamiento en relación a consumos problemáticos?

[M.S] Sí, como un servicio de orientación en relación a las adicciones. La manera de nombrar tiene que ver también con la manera de abordar, no hablábamos de acompañamientos, el énfasis era proponer a las personas que se consideraban adictas e incluso las llamábamos drogodependientes, que cumplimentaran con esas medidas de seguridad curativas y educativas en los centros que se habían creado para ese fin, el 0800 era solo una herramienta de acercamiento. En el transcurso de los años hemos transformado esa forma de abordar y pensar los consumos problemáticos y con la nueva gestión, renovando el entusiasmo de transformar nuestras prácticas, de poder sistematizar lo que era el dispositivo de atención telefónica, se desata la pandemia. En el contexto de esta emergencia sanitaria tuvimos que reestructurar el servicio y fortalecerlo para dar respuesta, un primer nivel de respuesta a toda la población, que en el marco del ASPO, del aislamiento, quedó sin atención, porque no había presencialidad en los distintos dispositivos asistenciales.

Entonces fue una herramienta fundamental en ese momento

[M.S] Sí, en ese momento la atención telefónica tuvo una centralidad inesperada, se convirtió en una pieza estratégica, no solo el 0800, sino todos los abordajes remotos, que en alguna medida nos obliga a pensar que algunas cuestiones vinieron para quedarse, no solo en el contexto de pandemia.

¿Cómo era la modalidad de trabajo? ¿Cómo eran las derivaciones, a qué población se dirigió?

[M.S] Las prácticas de acompañamiento fueron la novedad con respecto a lo que es el dispositivo. Qué significan estas prácticas a las que tratamos de conceptualizar, de darle forma, de llenarlas de contenido, de sentido. En principio, en el contexto de la emergencia sanitaria, el 0800 fue una pieza clave ofreciendo acompañamiento para que nadie viva en soledad en ese contexto tan dramático y poder instaurar la presencia del Estado para garantizar el derecho y el acceso a la salud. El 0800 es un componente del sistema de salud mental, porque genera accesibilidad, en este sentido, garantiza derechos. Justamente en el contexto pandemia, las consultas se empiezan a diversificar y aparecen un montón de padecimientos o sufrimientos que son esperables y que no tenemos que psicologizarlos o psicopatologizarlos, en el sentido de que a veces es más saludable que alguien este conmovido por una situación inédita como es la pandemia, a que le sea indiferente. También entendemos que no todas las personas disponen de los mismos recursos o sistemas de apoyo para sobrellevar esas situaciones. Melanie se incorporó al equipo del 0800 en ese momento tan crítico, haciendo su aporte como trabajadora social y tuvo la experiencia de atender el teléfono varias horas, ella nos puede transmitir algo de lo que escuchaba. Hemos tipificado los malestares que aparecen, como la angustia, la ansiedad, el miedo, el insomnio, las dificultades en la alimentación; todo lo que implican los cambios en la cotidianidad, distintas reacciones frente a un hecho disruptivo.

¿Cómo era todo el proceso del circuito del llamado?

[M.S] Para sistematizar el circuito, el Observatorio de datos de la Subsecretaría diseñó un formulario que nos permite registrar cada una de las consultas, consignar los datos personales de los usuarios y detallar la situación. Cuando es necesario realizar una derivación a un dispositivo asistencial este instrumento nos permite articular con el área de Admisión y derivación para que gestione la intervención sugerida.

[M. Sein] Había un ímpetu marcado que es totalmente disruptivo como contaba Milvie, de dejar de lado el anonimato para ir al sujeto, concebirlo como un sujeto de derecho que necesitaba manifestar su malestar subjetivo, su dolor, su padecer en función de la pandemia y también por fuera de la pandemia, con sufrimientos más estructurales si se quiere que viene del devenir de la historia. Por ello, empezar a hacer ese registro era muy importante, tomar todos los datos, hacer articulaciones; estuvimos trabajando mucho, codo a codo, mancomunadamente con todas las áreas de la Subsecretaría, con referentes regionales, en comunicación permanente con los coordinadores, siempre acompañados/as y aprendiendo de ese proceso. La verdad que en mi caso, al ser trabajadora social mi praxis cotidiana estaba antes con un otro que lo tenía enfrente, ya sea en el territorio, en los barrios, en las municipalidades en donde he trabajado, etc. pero en este caso era con alguien del otro lado del teléfono y eso fue un desafío enorme, y es lo que seguimos construyendo y consolidando. La escucha como acompañamiento, sentir que el que está del otro lado del teléfono me lo está contando en ese momento, se establece un vínculo en ese recorte de su vida, donde hay que reconstruir esta parte de la trayectoria que trae. Sin psicopatologizar los padecimientos, como indicaba Milvie también, porque son resultados y síntomas esperables productos en su mayoría de la situación excepcional que estamos viviendo, la pandemia en sí es productora de malestar y sufrimiento.

[M.S] Hablamos de la necesidad de sostener una escucha activa, empática, en el primer tramo de la conversación aparece algo del desborde, algo que se sale del borde del silencio para expresarse y las presentaciones no son siempre iguales, a veces hay que esperar que esa persona que llama en una crisis de angustia, se calme, ayudarlo a ordenar el relato, habilitar para que pueda conectar lo que le acontece con lo que siente y el eje de todas las intervenciones, en cada una de las consultas, es el respeto y la consideración como un acto de salud. Generar un trato humano y humanizante, en el sentido de reconocer al otro como sujeto que padece un sufrimiento y establecer un vínculo relacional afectivo que tiene que ver con el cuidado, para poder ordenar, para poder identificar cuáles son los factores de protección, para poder maximizarlos, buscar potencialidades en esa persona, que tenga más herramientas para transitar el padecimiento.

También identificar los factores de riesgo para poder minimizarlos. Poder ordenar esa consulta y determinar si en esa conversación, en ese encuentro de acompañamiento con el otro, puede encontrar estrategias para afrontar su malestar, si tiene recursos propios para poder transitarlo y culmina ahí nuestro acompañamiento, que sucede en muchas de las consultas, o si es necesario realizar una derivación para que inicie un tratamiento en algún dispositivo asistencial. Al inicio de la pandemia se sumaron muchos profesionales de la red al dispositivo de acompañamiento para darles seguimiento a las situaciones.

[M.Sein]: Exactamente. No salimos de la pandemia, seguimos con ciertas incertidumbres, con los cuidados que nos proponen desde lo sanitario, no estamos en una situación de regularidad absoluta a lo que era la situación anterior, pero se han recuperado los espacios de atención presencial, así que tenemos una vía de derivación, un circuito activo a través de los formularios que utilizamos en los registros de la consulta, canales para poder hacer llegar las situaciones al territorio, que le puedan dar respuesta. En ese sentido, tenemos articulación con distintas áreas.



Operadora de atención del servicio telefónico de acompañamiento en Salud Mental 0800. Fotógrafo: Gustavo Bezzolo.

¿Qué áreas serían esas? ¿Infancias, adultos mayores?

[M.S] Adultos mayores no está configurada actualmente como área en la Subsecretaría, pero en la emergencia sanitaria, al inicio de la pandemia, el 0800 tenía una opción que los usuarios podían marcar y dar con un equipo que se ocupaba del acompañamiento de los adultos mayores. Al volver a la presencialidad y restablecerse el funcionamiento de otros organismos que dan respuesta, como por ejemplo PAMI, podemos sugerirle que soliciten allí las prestaciones.

¿Teniendo en cuenta la cercanía?

[M.S] Sí, es muy importante que los usuarios reciban la atención en su comunidad, lo más cercano posible a su domicilio. Para lograrlo articulamos con el área de admisión y derivación, quienes se encargan de gestionar las solicitudes de intervención con cada una de las regiones sanitarias.

[M. Sein] El armado de redes territoriales es muy interesante.

¿Ahí existe una articulación entre provincia y municipio también?

[M.S] Así es, a través del circuito de derivación se hace la vinculación con la red provincial de salud mental e incluso con los centros de atención primaria en salud que tienen los municipios.

[M. Sein] Y además con la propuesta de lograr un sistema de salud integrado, trabajar en redes, nosotros tenemos un recursero que dice cuáles son los centros de atención municipal y vamos generando algún tipo de articulación para que la población pueda conseguir respuestas en su territorio.

[M.S] En este sentido nosotros revalorizamos mucho y trabajamos permanentemente en nuestros espacios de reunión, generando la construcción de un espacio de co-visión en donde pensamos los diagnósticos situacionales, posibles alternativas de acción, impacto

del malestar subjetivo en los trabajadores del equipo. Las personas que nos convocan en cada llamado lo hacen desde la singularidad y particularidad de su trayecto de vida, es decir no hay recetas ni un protocolo rígido, construimos colectivamente conceptualizaciones y criterios que sirven como ejes que nos permiten delinear estrategias de intervención.

[M.Sein] Un proceso dinámico, de formularnos y reformularnos

[M. S] Exactamente, no es lineal, es dialéctico, cada persona que consultamos va desafiando a poder construir otras acciones, entonces ninguna intervención es igual a la otra.

Un espacio de co-visión donde se intercambia, se produce experiencia.

[M.S] Claro, Melanie hace referencia a las reuniones de equipo, esta idea de la co-visión, es un equipo muy heterogéneo el de operadores, que recién ahora empezó a tener cierta estabilidad porque hubo muchas idas y vueltas de recursos humanos. Es darnos un espacio donde cada uno pueda aportar desde su lugar y así tener una mirada construida en conjunto que nos sirva de aval para las prácticas, revisarlas y re-conceptualizarlas.

[M. Sein] Quiero mencionar que en el espacio de co-visión a lo que se apunta es a trabajar temáticas de diversas índoles: abuso sexual en infancias, violencia intrafamiliar pero también en esos espacios nos cuidamos entre nosotros, como un espacio de “cuidar a los que cuidan”; intentamos también construirlo en el servicio. Estamos en ese desafío. Es un eje que lo incluimos en este momento.

[M.S]: También tenemos la propuesta de la Dirección de Asistencia para darnos una mano en ese sentido, el Dispositivo Interdisciplinario para Fortalecimiento y Acompañamiento a los equipos de la Red (DIFAR), propone encuentros en el marco de una dinámica partici-

pativa como un espacio de formación a partir de la construcción conjunta de conocimiento, trabajar en forma grupal, en la formación de espacios de acompañamiento recíprocos que den lugar al surgimiento de nuevas visiones y reflexiones para pensar nuestras prácticas.

¿Cuántos operadores hay? Como para tener una dimensión del dispositivo

[M.S] Dieciséis personas que garantizamos la cobertura de guardias de lunes a viernes de 8 a 24 horas y los sábados, domingos y feriados de 10 a 22 hs. Tenemos dos líneas simultáneas, así que sostenemos esas guardias con dos operadores por turno.

¿Los equipos son interdisciplinarios?

[M.S] Sí, no todos tienen formación académica pero sí capacitación específica en la temática y en la modalidad de atención telefónica, además varios llegaron con trayectorias en otros dispositivos de atención.

[M.Sein] Trabajadores también que tienen una vasta experiencia en la red de salud, que han trabajado mucho tiempo en territorio, eso lo hace muy rico al espacio de trabajo.

Con respecto a la pandemia en sí ¿qué situaciones relevantes se encontraron? ¿Y en los procesos de cuidado que el mismo dispositivo fue generando en la población? Son dos cuestiones muy importantes para pensar lo que es un dispositivo de acompañamiento.

[M.Sein] Particularmente tal vez tenga una ejemplificación, en realidad tengo dos, una que compartí, creo que al principio de las reuniones que realizamos, con directivos, con autoridades también de aquí de la Subsecretaría; que al principio estaba muy focalizada en dar una respuesta casi sin escuchar la demanda. Lo digo en detrimento de mí accionar. No es que me enorgullezco de eso, lo hemos trabajado mucho.

Es muy interesante poder reflexionar sobre la propia práctica.

[M. Sein] Sí, y me desesperaba el hecho de pensar ¿dónde coloco lo que escucho en el registro que veo en pantalla en la computadora? Tenía la sensación de que el sufrimiento debía ser ubicable allí. Y que había una respuesta única a esa demanda. Eso fue todo un desafío para mí y por otra parte encontrarme con situaciones totalmente disruptivas y dolorosas, donde entendí que el otro, aunque estaba del otro lado del teléfono, en realidad sentía que estaba ahí en la oficina, con el abordaje de situaciones de ideación suicida, aprendí mucho de mis compañeros y de la coordinadora; apuntar a la pulsión de vida, ver qué había allí de esa pulsión. Recorrer la historicidad y ver cómo podíamos armar esas redes para poder generar una contención y un posible tratamiento; pero también un espacio de acompañamiento en la escucha, que los usuarios puedan volver a referenciarse, que nosotros podamos volver a reiterar el llamado, que no solamente se limite a la derivación.

[M.S] Lo que conviene aclarar es que esta idea de ayudar al otro no es desde una concepción filantrópica, como si fuese un acto de caridad, ni depende de las voluntades individuales de ayudar a otro, sino que hay que pensarla como una política de Estado que debe garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos. Instrumentar las prácticas de acompañamiento como política pública, como lógica simbólica de asumir las políticas del dolor.

Eso atraviesa la lógica de todos los dispositivos sobre los que vengo dialogando, la intervención del Estado como garante de derechos.

[M. Sein] Y tal vez el eje transversal de hacer como un interjuego, lo que llamamos en trabajo social entre la singularidad de la persona, la universalidad: este plano de las leyes, las reglamentaciones, lo que hay que cumplir, lo que no; las restricciones, etc. y también la particularidad de ese trabajador que está alojando la escucha y debe mediar con esa demanda. Pero siempre en clave de derechos humanos.

[M.S] Y la particularidad de la pandemia, insisto en eso como incidente crítico que no atraviesa solamente a la población que nos está consultando, sino que nos atraviesa a todos nosotros, entonces también trabajar sobre algunas cuestiones de nuestra propia subjetividad que están en juego y que hay que hacerla circular por la palabra para poder reflexionar sobre eso, para poder sostenernos entre todos.

Deben haber recibido no solo consultas de personas que estaban en situaciones difíciles sino también de familiares.

[S.M] Fundamental pensar, con la importancia que eso tiene, que haya personas preocupadas por otras personas, fortalecer la idea de los cuidados por el otro, es también poner en juego lo que el dispositivo puede ofrecer en esas instancias.

[M.Sein] En ese sentido recuerdo varios ejemplos de escuchas y acompañamientos a padres, madres o referentes afectivos con situaciones en infancias y juventudes, donde muchas veces uno puede trabajar con aquel adulto también, en su propio bienestar, en la posibilidad de identificar entornos saludables para ver de qué manera potenciar a esa persona, que pueda trabajar en algunas cuestiones de su vida que puedan impactar después favorablemente en sus hijos, hijas. Eso también fue importante, esa construcción, a veces es esto, que llaman por algo en particular, por chicos muy pequeños, también solicitando algún asesoramiento en relación a la tramitación del certificado único de discapacidad o de llamados en los que se escucha: “yo llamo porque quiero internar a una persona” tal vez con la creencia de que es la única alternativa posible. Surge en familiares, padres, madres, amigos, redes sociales cercanas a las personas.

Pensaba en esto de los llamados, del dispositivo en sí, que es virtual, cómo se materializa igualmente, aun siendo virtual, algo de la presencialidad.

[M.S] Como adquiere fundamental importancia la tonalidad, el tono de la voz como un elemento indicador del estado de ánimo del otro.

[M.Sein] La incorporación de la ternura también. Aunque parezca que no. Las instituciones mediadas por la ternura a través del rol del Estado humanizan.

La línea 0800 debe ser imaginada por la población como algo inmediato, “¿bueno llamo acá no?” Debe haber habido que hacer muchas cosas con respecto a esa demanda.

[M.S] Me parece importante situar que las líneas de atención telefónica son muy sensibles a las difusiones que de ellas se hacen, porque generan expectativas en la población, entonces depende cómo se transmite lo que se ofrece en esa línea telefónica la gente supone ahí un saber o una respuesta, llegan a la consulta con cierta expectativa, después hay que ordenar y desandar eso, para poder invitar al otro a construir una respuesta en conjunto. También nosotros involucramos al consultante para construir alternativas proponiendo ahí un espacio de reflexión y construcción. Sabemos que tenemos herramientas, elementos que permiten ordenar eso, pero también convocamos al otro para poder pensar juntos estrategias de cuidado, y también en eso consiste el acompañamiento.

El proceso del cuidado en el acompañamiento ¿es a través de las estrategias que se van pensando de modo integral?

[M. Sein] Claro, estrategias pensadas con el otro y no para el otro, aunque parezca un juego de palabras, dice mucho. Cuando uno dice “bueno voy a trabajar para la gente” y cuando uno dice “voy a trabajar con la gente” es distinto. Acá intentamos trabajar con las personas, ellos también son protagonistas de la construcción de alternativas posibles para su bienestar.

¿Qué cantidad de llamados por día llegaron a tener aproximadamente y qué cantidad de derivaciones?

[M.S] Llevamos 18.600 consultas desde que comenzamos con este tipo de atención, el 20 de marzo del 2020, y ha habido picos. El ritmo

lo pone el usuario, a veces nos preguntamos si tiene que ver con el día o el horario, pero es variable; hay fines de semana muy movidos, otros que baja la demanda, a veces durante el fin de semana hay pocas llamadas pero que demandan más tiempo en la escucha para lograr la contención. También hay muchas consultas que tienen que ver con servicios saturados, por ejemplo el 148 tuvo días de mucha congestión y la gente intenta por otros medios hacer consultas por COVID, por vacunación, entonces repercute en este 0800 y sube el caudal de llamados, que no entendemos que sean ajenos a nuestras prácticas porque es justamente gente que está ansiosa, angustiada, que no está encontrando respuesta, y es ahí donde está el Estado presente para escuchar y atender esas inquietudes, a veces con la ayuda de internet colaborar y ofrecer alguna respuesta, por ejemplo sucedió con los permisos de circulación y las dificultades en la aplicación Cuidar.

[M. Sein] Y me parece clave lo que recién vos transmitías no solo de la cantidad sino de la calidad, porque esta gestión valoró la importancia de seguir sosteniendo la atención durante los fines de semana, aunque en algunos baje el caudal de llamados, porque cada llamado vale, esas personas saben que el servicio está a disposición de la escucha y de ese acompañamiento. Sabemos que el padecimiento no tiene horario y día fijo.

[M.S] También identificamos recurrencias de usuarios que llaman con mucha frecuencia, entonces poder analizar qué es esto de la recurrencia de un usuario, por qué motivo; no siempre es porque algo está fallando sino porque nos toman como lugar donde los alojamos pero la idea no es generar sobreintervenciones, si están en un espacio de tratamiento entonces empezamos a vincularlos con los equipos tratantes, preguntamos, buscamos alguna orientación en relación al caso concreto. Eso también lo vamos gestionando en el caso por caso. Y también les es funcional a algunas personas con ciertos padecimientos que no respetan los encuadres, “está el 0800 y llamo a

cualquier hora para cualquier cosa”. Entonces ordenar algo de eso entendiendo que ayuda a encontrar maneras más saludables de afrontar las situaciones, antes que llamar siempre al 0800, ahí se hacen vinculaciones con los profesionales donde esas personas están en atención para recibir alguna indicación, eje, recomendación o sugerencia y ver cómo se encauza eso, o cómo se establece algún límite que tiene que ver con la contención de esa persona, no con dejarla en banda.

Y en términos de derivaciones ¿Hubo muchas? ¿Cómo las fueron pensando en todo este tiempo?

[M.S] Entendemos que el 0800 es una vía de entrada a la institución y las derivaciones son acompañadas, en el sentido de que nosotros pedimos una serie de datos, eso pasa al circuito de admisión y derivación y llega a la región sanitaria para que el equipo de salud se ponga en contacto con esa persona, con toda la descripción que pudimos hacer en el detalle de la intervención de la consulta.

[M.Sein] Ver si hubo tratamiento con anterioridad, qué redes sociales cercanas tienen de apoyo.

¿Esa trayectoria se va indagando en cada llamado?

[M.Sein] En cada llamado está esa construcción. Intentamos interpelar la demanda, por decirlo de alguna manera. Ver de qué se trata, porque a veces las demandas son unas y después se reconfiguran en otras.

¿El 0800 se articuló con otros dispositivos? Pensaba en cuando se armaron, por ejemplo, los equipos de acompañamiento en territorio de salud mental con el Detectar en los barrios

[M.Sein] Sí, con el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (Detectar) y con el Centro de Telemedicina COVID-19 (CeTeC) también, hemos recibido algunas situaciones puntuales.

[M.S] Si, el CeTeC Salud Mental (Centro de Telecuidado) trabaja con acompañamientos y seguimientos de determinada población, la que tiene COVID o es contacto estrecho con personas y están en condición de aislamiento, pero no reciben la demanda espontánea, sino los listados de los que hacen las teleconsultas y detectan una situación con padecimiento en salud mental, entonces se ocupan de llamar y hacer los acompañamientos. Cuando el CeTeC detecta que hay una problemática que no está ligada al aislamiento y esa persona puede encontrar una respuesta en el 0800 las deriva.

[M. Sein] Y también tenemos llamados que se relacionan con: “ya fui derivado a tratamiento, pero los llamo porque necesito apoyo”.

Y en ese caso ¿cómo se manejaba?

[M.S] A veces es pertinente y entendemos que es nuestra función ofrecer un apoyo y acompañar, volver a escuchar a esa persona que vuelve a recurrir en momentos que se siente desbordada por la angustia o la ansiedad pero cuando detectamos que esto puede ser en detrimento de lo que es el proyecto terapéutico porque se está saliendo del encuadre, es ahí cuando empezamos a hacer algún contacto con el equipo tratante y ver si vamos por el mejor camino, que nos den alguna sugerencia, alguna recomendación para hacer ahí. Hay que tener en cuenta que el operador de turno recibe una consulta y tal vez ese usuario vuelva a llamar cuando no está ese operador; nosotros no hacemos un lazo que requiera continuidad, sino que atendemos la demanda espontánea, acompañamos en esa primera escucha, orientamos y en los casos en que es necesario derivamos. Tenemos que ser prudentes en lo que se despliega en esa primera consulta porque no podemos evaluar los efectos que eso produce en términos de seguimiento desde el 0800; pero sí en una construcción conjunta definir estrategias de intervención frente a la recurrencia, contar con la información necesaria para ir ordenando esas situaciones.

Mirando desde el presente hacia el pasado, ¿qué impacto piensan tuvo todo este recorrido, este dispositivo en la población? Impacto en general en contexto de pandemia.

[M. Sein] Para mí fue muy sorprendente el agradecimiento de la gente, a veces hasta la sorpresa: “no pensé que me iban a atender de esta manera, que me iban a dedicar este tiempo”. Es para revalorizar el trabajo y la presencia del Estado.

¿Qué piensan de la diferencia de un dispositivo con mediación estatal, de cualquier otro dispositivo en donde no medie el Estado con respecto a las intervenciones?

[M.S] Bueno, justamente me parece que ahí está lo fundamental, pensar la impronta que tiene la presencia del Estado en esa escucha garantizando derechos.

Como trabajadores propios de la salud, representantes de ese Estado.

[M. Sein] Y generando también rupturas con viejas o falsas creencias que se han vivido en otras gestiones de Estados más ausentes, o con una mirada criminalizadora de algunas situaciones y que hoy estamos para escucharlos y poder armar conjuntamente alternativas de acción. Me parece que ahí está la clave: “ah pensé que me iba a atender un contestador automático, no puedo creer que sea una persona”.

¿Algo más que quieran comentar del dispositivo o de la propia experiencia en el dispositivo?

[M.S] El desafío ahora es sostenernos como un componente dentro de la política de salud mental más allá del contexto de la pandemia, saber que un 0800, un dispositivo con estas características construye accesibilidad y que ese es el desafío, sostenerlo como un referente para la comunidad y apostar en esa dirección.

[M. Sein] Absolutamente. Seguir consolidándonos como equipo y trabajando en pos de eso, durante la pandemia, y pos pandemia también con todos estos ejes que mencionábamos: perspectiva de derechos, de género, seguir capacitándonos y cuidándonos también.

3- DISPOSITIVO CUIDAR A LOS QUE CUIDAN

En el marco de la Emergencia por el Covid-19, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, definió incorporar una estrategia destinada al acompañamiento y contención de los equipos de salud coordinada por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública. Dicha estrategia consistió en la constitución de equipos de salud mental para el acompañamiento y contención de los equipos de salud en los hospitales generales donde se asistía por Covid-19, como así también estrategias destinadas al fortalecimiento de equipos psico-sociales dependientes de hospitales generales y/o regionales y ofrecimiento de recursos de acompañamiento psicológico a trabajadores/as del sistema de salud que lo requerían de manera puntual o extendida en el tiempo.

El objetivo general del Cuidar a los que cuidan fue crear un espacio de contención, acompañamiento y consejería para los equipos de salud involucrados en la asistencia del COVID-19 a cargo de profesionales de la salud mental, preferentemente conformados con criterio interdisciplinario y funcionamiento de co-coordinación.

Entre sus objetivos específicos se encontraron: construir un espacio donde hablar y desplegar temores, ansiedades, conflictos y demandas (aunque estas no se vincularan con posibilidades de resolución certeras), producir un espacio de escucha entre pares que permitía pensar en común y escucharse a través de una coordinación externa del espacio.

Entrevista al Licenciado Martín Taramasco, director de Asistencia de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias y a la Licenciada Pilar Tuculet, directora de Prevención y Atención de Violencia Familiar y Género de la Subsecretaría de Salud Mental Consumos Problemáticos y Violencias.

¿Cómo se fue armando el dispositivo “Cuidar a los que cuidan”?

[P.T] El Cuidar es un dispositivo que surge de la necesidad de poder acompañar con una política de cuidados a los trabajadores del sistema de salud, en un momento que sabemos fue durísimo para toda la población, pero particularmente para los trabajadores que tenían que sostener la salud de la población en un momento tan crítico. El Cuidar surge como un espacio de acompañamiento, que es una palabra que nos atraviesa en todos estos dispositivos y que la hemos ido construyendo paso a paso. Es un acompañamiento a los trabajadores del sistema de salud de manera directa o indirecta. A veces la estrategia de acompañamiento era directa, entonces se generaban espacios de encuentros de talleres en cada región sanitaria o institución. Eso fue tomando formas muy singulares y a veces cuando el espacio de acompañamiento no se daba en lo individual o en lo grupal con los trabajadores y las trabajadoras, se daban otras políticas de cuidado, que tenían que ver también con la población, de manera tal que se pudiera descomprimir y acompañar a esos trabajadores y trabajadoras que tenían tantas tareas; que probablemente no podían alojar tan hospitalariamente a quienes estaban enfermos o enfermas o quienes

estaban atravesando alguna problemática de salud en general o en particular, entonces se fueron haciendo estrategias de cuidado más destinadas a los familiares y a los pacientes.

¿Estos dispositivos funcionaban sólo en los hospitales de la provincia de Buenos Aires?

[M.T] Funcionaban principalmente en hospitales y en dispositivos de atención al COVID, o sea, también se extendió para algunos hospitales municipales que lo pedían y para lo que eran algunas postas de vacunación y/ o incluso lugares del dispositivo Detectar, pero la mayor demanda del programa o el dispositivo surgió desde la dirección de hospitales generales provinciales. De hecho, me acuerdo cuando arrancamos que teníamos un pequeño escrito, un documento con el convenio entre la Subsecretaría de Salud Mental y la Dirección Provincial de Hospitales; entonces vos veías ahí ese convenio por el cual llegan a presentar duplas de Salud Mental, como para escuchar, acompañar y armar estos equipos de cuidado en los dispositivos de salud, como contaba Pilar.

¿Y las duplas cómo estaban conformadas y cómo lo están en la actualidad?

[M.T] Hubo dos etapas: la del año 2020 y la del año 2021 donde se reforzó con más recurso humano. En la primera etapa cada región convocó a miembros de su equipo o de los dispositivos de la red regional en los Centros Provinciales de Atención, quiénes querían participar, quiénes podían, de los mismos recursos de la región; en general psicólogos y psicólogas. En principio armaron una dupla, en algunas regiones por ahí fueron de a tres o cuatro, depende la extensión o la posibilidad de quienes se habían ofrecido. Muchos de los que participamos del CUIDAR interpretamos esas articulaciones como algo novedoso, como algo que tenía que ver con el Estado articulado, además de ser una estrategia de cuidado para los que estaban más

estresados y comprometidos en la atención de COVID y desbordados con esto.

¿Cómo una política estatal?

[P.T] Una política pública dirigida al cuidado de los trabajadores, también un poco para habilitarnos, porque la historia de la Salud Mental siempre ha tenido un lugar muy marginal, de hecho, muchos trabajadores de los hospitales todavía se sorprenden de que la Subsecretaría de Salud Mental pertenezca al mismo Ministerio que ellos, pero en aquel momento del año pasado más. Ahora hubo un avance en esto, estamos en otro momento, en aquel primer momento, además de la desorientación, era la nueva gestión de la Subsecretaría también qué se encontró con este estigma, o con esta historia de cierta marginalidad de la Salud Mental, de estar por fuera. Así que se dio desde ese origen, qué fue muy celebrado por lo menos en el campo de la Salud Mental, celebramos mucho esa convocatoria, era la primera vez que empezábamos a recorrer los pasillos de los hospitales e interactuar con los compañeros y compañeras del sistema de salud de los hospitales generales.

En la actualidad, en este año 2021, el acompañamiento en estos dispositivos no debe ser el mismo, estamos en otro momento de la pandemia, ¿dónde focalizan?

[P.T] Sí, hubo un cambio importante, el año pasado, en el 2020 el foco, los miedos, las ansiedades, las preocupaciones, estaban puestas en un campo problemático. Había muchísimo miedo a contagiarse, a llevar el virus a las casas, una sensación de estar preparándose para el terror que llegaba, que tampoco nunca se dio en la dimensión de cantidad de contagiados como este 2021. Entonces este año, ya vacunados la vivencia fue otra, la angustia, el malestar o vino mucho más ligado a la cantidad de muertes, al porcentaje de muertes en relación a la totalidad de personas que ingresaban a la terapia intensiva, y eso producía una angustia tremenda, la pérdida de sentido por lo que se

hacía. Por ejemplo, la tarea de los enfermeros y de las enfermeras, en muchas circunstancias, ellos planteaban que lo más gratificante de su tarea era el vínculo con el paciente, el vínculo con el otro; y la gente tanto tiempo en terapia intensiva, entubada con tantas capas de protección entre uno y otro, la falta de contacto, la imposibilidad de tocarse. Es como que de alguna manera el COVID les sacó todo eso que humanizaba su práctica, que le daba un sentido, entonces realmente ya sea el rol que sea que ocupara, con quienes nos encontramos en el momento en el que podía circular algo de la palabra, algo de esto aparecía muchísimo. La dificultad de encontrar un sentido a tanto horror, a tanto sufrimiento. Así que el Cuidar en muchas oportunidades sobre todo este año tuvo que ver con ayudar a repensar ese sentido. Se han hecho desde videos de los equipos del Cuidar para los trabajadores y las trabajadoras de los servicios, devolviéndole el sentido de lo que habían hecho con algunas personas que sobrevivieron a la internación. Hay en Bahía Blanca una experiencia de reconocimiento articulada con el Ministerio de Cultura de la Provincia, se están haciendo algunos homenajes para el personal de salud con orquestas, danzas también, el Cuidar articulando con propuestas de cuidado y reconocimiento. Es como si este dispositivo hubiera podido reconocer la humanidad de esos trabajadores y trabajadoras que han trabajado a destajo, por demás, en este tiempo de la pandemia. Existía ya desde antes de la pandemia un proceso, si se quiere, de precarización del Estado provincial, de corrimiento del Estado en relación a las políticas de salud, de vaciamiento en que los trabajadores ya venían muy desgastados, muy golpeados entonces la pandemia viene cómo a agudizar un montón estos procesos. Con el cambio de gestión provincial, con un montón de inversión del Estado también y de reconocimiento, se arman estos dispositivos como el Cuidar que genera que muchísimas personas digan: “es la primera vez que siento que me están escuchando, que puedo hablar, que alguien me escucha”. Había algo de la palabra que no caía en saco roto, en la nada, una escucha atenta que producía efectos, que es lo más gratificante de todo el proceso Cuidar.

¿El Cuidar se inicia con una demanda que ustedes empezaron a detectar? ¿Cómo fue surgiendo?

[M.T] Hay un origen institucional de este convenio, se les ofrece a los directores de los hospitales que pidan recursos para su hospital, entonces en la primera etapa no dábamos abasto para todos los hospitales, entonces se focalizaba en los hospitales donde la dirección decía que lo necesitaban. Así que hubo una primera etapa de demanda inicial y después una vez que nos poníamos a trabajar con el servicio, con el grupo de trabajadores, se determinaba un horario, y un lugar, y ahí empezamos a leer otras demandas posibles que en esa primera etapa tenía que ver más con la organización del servicio desde donde pararse, desde disminuir los márgenes de incertidumbre con cierto reconocimiento de los compañeros para poder organizarse y contenerse y en la segunda etapa tenía más que ver con cierto agotamiento, cierta sensación de que los abandonaban o que los sobre exigían más, lo que contaba Pilar.

El nivel de desborde que hubo en los primeros meses de este 2021 fue muy grande, entonces se trataba de humanizar esas prácticas, en lugar de enojarse o enfrentarse con las familias, por ejemplo, escucharse, no exigirse, encontrar modos de organización para dar respuesta a esa familia, para disminuir también en ese caso los grados de incertidumbre de las personas que estaban con sus miedos, angustias y sufrimiento. Incluso algunos equipos, sobre todos los de terapia intensiva, estaban muy preocupados con la imposibilidad de la visita de la persona al familiar que estaba en terapia intensiva o entubado, entonces los trabajadores iban como encontrando permisos o modos, ellos mismos se organizaban para decir “bueno, que sean cinco minutos y le ponemos todo el traje de protección” y entonces en esta segunda parte de la pandemia, en este año 2021 el Cuidar también produjo un protocolo para que los familiares puedan entrar de una manera organizada.

¿En el momento de la despedida?

[M.T] En la visita y también tener la posibilidad de contactarse, eso vino con unos dispositivos Tablet, para que en algunos casos también pueda haber una comunicación entre familiares.

¿Un soporte virtual?

[M.T] Sí, hubo equipos que se sintieron muy aliviados con este protocolo, me acuerdo un caso que nos dijeron “nosotros lo estábamos haciendo y pensábamos que era algo clandestino, no saben el alivio de que ustedes nos autoricen”.

Algo del orden de la legalidad.

[M.T] Claro y también pudimos ser testigos de cómo la organización disminuye la angustia, la organización colectiva, la posibilidad de que circule la palabra.

¿Y en equipos territoriales también acompañaron o era solo en hospitales?

[M.T] Sí, este 2021 se dio en algunas postas de vacunación, donde había también algunos problemas de desbordes de trabajo, desencuentros entre el equipo municipal y el provincial o de trabajadores que se enfrentaban a otros, problemas personales; una variada gama de situaciones. Las intervenciones fueron más cortas, es muy distinto la organización de una posta y los problemas que allí se suscitan en comparación con la complejidad organizacional que significa un hospital.

¿Las intervenciones con los trabajadores son grupales?

[P.T] Sí, es muy heterogéneo el Cuidar, es una estrategia que se pone a disposición, al menos yo lo pienso así, entonces es de lo más variado en ese sentido y me parece que es estratégico que así sea porque no fuerza nada. Si las enfermeras quieren un espacio de escucha y ese

espacio se da antes de que entren a trabajar mientras se toman unos mates es así, si es a las doce de la noche porque eso es lo que se puede, es así, si se necesita un diálogo entre los enfermeros y las enfermeras con los directores del hospital porque no los ven más que en la pantalla de la televisión, también. En algunos casos los jefes de servicio eran como un tapón que no permitía que la información circule, ni de la dirección a los trabajadores y a las trabajadoras, ni de los trabajadores y las trabajadoras a la dirección, no se generaban espacios de diálogos. Otras duplas han generado una biblioteca y han armado espacios de encuentro, por eso digo que es una política de cuidados que mira con interés la idea de reconocimiento del otro y escucha atentamente lo que se necesita, para generar esas condiciones de posibilidad, para que otra situación suceda. Como dice Martín, tiene mucho de lectura institucional, porque cuando empezas a escuchar registras muchísimo el sufrimiento que produce la pandemia, pero incluso prestando un poco más de atención se ve que muchas situaciones vienen desde antes.

¿Lo que podríamos llamar “mortificaciones institucionales”?

[P.T] Totalmente, por eso nosotros insistimos mucho que el Cuidar tiene que ser una política que llegó para quedarse, porque hay algo del modo en el que circula, en el que el trabajador y la trabajadora se sienten reconocidos, escuchados, y eso produce efectos que estamos convencidos que en el proceso de transformación del proceso de salud es indispensable para poder generar otras dinámicas institucionales. A mí me tocó estar en el Cuidar porque todos los funcionarios nos pusimos a disposición de la pandemia, pero yo estoy en la Dirección de Violencias, el Cuidar es una estrategia de prevención de las violencias. El ámbito laboral de salud es uno de los más violentos, dicho por la Organización Internacional del Trabajo, no es algo que pasa solo acá, los modos jerárquicos, los procesos formativos, los horarios de trabajo, las modalidades de guardia son dinámicas que se han ido institucionalizando y producen muchísimos sufrimientos,

la mayoría de las situaciones completamente naturalizadas, entonces cuando uno pone ahí alguien a operar terceridad, escuchándolo y haciéndole preguntas de algo de lo que es tan natural, seguramente esa política que empezó siendo una política para la pandemia termine transformándose en una política de cuidado que nos permita y facilite todos esos procesos de transformación que queremos, para tener mejor salud para el pueblo.

[M.T] Eso de la terceridad es un punto fundamental, porque funciona desde ese lugar. Si sos parte de la institución, perdés esa perspectiva. Una terceridad que funcionó muy bien fue hacia los equipos directivos de los hospitales.

Es un dispositivo vertical y transversal, lo cual puede generar determinadas sensaciones e ideas dentro del propio personal de salud, ¿cómo lo manejaban?

[M.T] Había un primer momento de cierta paranoia, sí. Pero en la disposición de escuchar y al no ir a imponer nada, enseguida eso se diluyó y pasamos a otro tema, que en general siempre es reconocido como un alivio.

¿Los profesionales que integran el dispositivo tienen su espacio de supervisión? ¿Cómo se trabaja en este sentido?

[M.T]: Sí, acompañamiento también para ellos, fue un espacio importantísimo porque lo institucional tiene muchas dimensiones. Es difícil para los equipos y es el acompañamiento de una experiencia nueva que se construye también colectivamente. En el equipo de esta segunda etapa del Cuidar se incorporaron compañeros nuevos, y eso refrescó la propuesta y generó también mucha decisión de los compañeros y compañeras por entender de qué se trataba el dispositivo.

¿Llegaron a articular con otras instituciones para estos espacios de supervisión?

[M.T] Se fueron dando desde la gestión, justamente Pilar se tomó el rol de acompañar y supervisar a varias regiones y a otros compañeros.

[P.T] Sí, hay un espacio de supervisión con algunos equipos de regiones, viene gente de la universidad también a supervisar algunos encuentros. Pensamos en espacios de encuentro y acompañamiento grupales con cada equipo de cada región sanitaria. Luego empezó la necesidad de querer compartir el trabajo con otras, intercambiar experiencias y ahí pasamos a construir espacios de intercambio. Poder escuchar otras experiencias, ver las dificultades, obstáculos, avances, se fue produciendo un espacio de acompañamiento rico en el que venimos tratando de escribir, de producir algunas cuestiones, de darle una vuelteita a esto que es tan nuevo al menos con este nivel de masividad, simultáneamente y en distintos lugares de la provincia de Buenos Aires. Los coordinadores y coordinadoras de los equipos regionales fueron quienes sostuvieron a personas que se incorporaron específicamente a realizar esta tarea; porque no es fácil sumarte con una beca y de un día para el otro meterte en un hospital a escuchar todo esto, lo sostuvieron en un cuerpo a cuerpo personas muy valiosas que han puesto la escucha y los espacios de acompañamiento.

¿Los coordinadores regionales son una pieza clave en esto?

[M.T] Sí, las regiones fueron también organizándose en fortalecer sus equipos, justamente porque también venían de una historia de marcada marginalidad en salud, tampoco los coordinadores regionales de Salud Mental tenían mucho anclaje en las regiones sanitarias, la región que maneja el Ministerio siempre estaba como aparte, y bueno hay todo un proceso que también aceleró la pandemia. También se están agregando equipos de la Dirección Provincial de Violencia en la región, como empezando a hacer un Estado más articulado más multidimensional también.

El mismo dispositivo produjo una intervención integral y también intersectorial

[M.T]: Lo intersectorial estaba en un proceso dinámico y muy particular en cada lugar.

[P.T]: Y también pensar esto: somos el Ministerio de Salud y estamos trabajando todos los días para un sistema de salud integrado, planteamos como intersectorialidad el desafío de trabajar articulados cómo Ministerio, porque el sistema de salud solo puede funcionar cuando dejemos de tener eslabones, islas, el hospital, el CPA, la región, etc. El sistema funciona articulado entonces en ese marco todos los procesos que nos vamos dando, el dispositivo Cuidar por ejemplo, van en ese sentido. Por supuesto que para sostener en el cuerpo a cuerpo este dispositivo, este programa, como todos los otros que se van implementando los equipos en las regiones sanitarias cumplen un rol fundamental porque uno desde acá puede tener ideas, implementar políticas, pero si uno no le da territorialidad a eso se queda haciendo política de escritorio.

¿Cómo piensan ustedes la intervención estatal en un dispositivo de este tipo a diferencia de otros dispositivos que se armaron en pandemia sin intervención estatal?

[M.T]: Hay una primera diferencia, el Estado asume como rol principal la responsabilidad de cuidar a la ciudadanía, al pueblo. Entonces desde ahí es diferente porque es una responsabilidad que va en su propia estructura y a la que tiene que responder. Me parece que haberlo hecho es muy importante para todo el sistema y en particular este Ministerio -por lo que contaba Pilar- creo, que tiene este desafío y se lo planteó y se lo plantea desde la cabeza máxima del Ministerio, ir transformando el sistema en este punto tan mortificante de la fragmentación, mortificante y poco efectivo aparte y poco eficaz y se si quiere entonces tanto era la fragmentación en el territorio de dispositivos del Estado desarticulado, que también reflejaban un mo-

delo médico antiguo. Porque al interior del hospital mucho del sufrimiento y de las dificultades de las organizaciones tiene que ver con una fragmentación interna, que un poco venimos contando también y está terceridad iba transversalmente pudiendo plantear y terminar con esa organización tan rígida en los hospitales generales.

[P.T]: Y porque es una decisión política también o sea nosotros creemos en un Estado presente queremos un Estado garante de derechos y creemos que los trabajadores de salud son agentes estatales digamos, en el profundo sentido de ser agente estatal, que es ser un agente garante de derechos, la contracara de eso es que cualquier violencia que nosotros ejerzamos es una violencia institucional y es una vulneración de derechos. Pero tenemos una gran responsabilidad como agentes estatales, no somos un médico a una médica o un psicólogo o una psicóloga, un enfermero o una enfermera que está en su consultorio particular. Hay una responsabilidad, el Estado no es nada más y nada menos que la presencia de ese trabajador ahí entonces, para poder garantizar abordajes adecuados y buenos tratos hacia la ciudadanía, -que si se quieren es nuestro fin último- garantizar el derecho a la salud de toda la población de la provincia de Buenos Aires; nosotros necesitamos cuidar a los trabajadores y las trabajadoras de nuestro propio sistema.

[M.T:] Es muy difícil visto desde el otro lado esperar que los trabajadores puedan cuidar a la ciudadanía si ellos mismos no están siendo cuidados, así que es una política que garantiza derechos: principalmente el derecho a ser cuidado.

4- CENTROS EXTRA HOSPITALARIOS. TECNÓPOLIS

La emergencia sanitaria por COVID 19 exigió adaptar lógicas y modos de funcionamiento de los establecimientos sanitarios a la vez que creó otros espacios nuevos destinados también a atender a la salud de la población. En este escenario, se dispuso para el cuidado de las personas contagiadas sin criterio clínico de internación, el aislamiento extra hospitalario en el domicilio del paciente o en centros de aislamiento preparados para tal fin.

Partiendo de un concepto de salud integral, el equipo de la Subsecretaría de Salud Mental Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública en colaboración con integrantes de la Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico (PROSAMIC) elaboró un material de recomendaciones con el propósito de brindar pautas y lineamientos generales en salud mental a los equipos que acompañan y/o asisten a las personas que se encuentren cumpliendo su aislamiento físico en centros extra hospitalarios, así como para las autoridades a cargo de su diseño y sostenimiento.

Poder tener presente la incorporación de los aspectos de la salud mental, entendidos de manera amplia y más allá de las “patologías”.

Un evento inesperado, amenazante e incierto como la pandemia, genera altos niveles de malestar singular y colectivo que se incrementan ante la noticia del contagio y la situación de aislamiento, que implica la interrupción de los espacios y vínculos, como así también la convivencia repentina con personas ajenas y desconocidas.

Entre las recomendaciones generales se propuso convocar a las áreas de salud mental municipales para participar del diseño, seguimiento, acompañamiento y asistencia de los centros extrahospitalarios como así también la inclusión de instancias donde las personas aisladas tuvieran contacto y posibilidad de hablar con referentes del centro, más allá de su seguimiento médico y de las tareas de asistencia alimentaria y limpieza, es decir de equipos interdisciplinarios.

Centro de aislamiento de Tecnópolis

Entrevista a la Licenciada Carina Lavandeira, directora provincial de la Dirección contra las violencias en el ámbito de la salud pública, Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud y a la Licenciada Agustina Seihan, Coordinadora del equipo psicosocial del parque sanitario Tecnópolis.

A raíz de todo lo que ocurrió el año pasado con la emergencia sanitaria por el COVID-19. ¿De qué modo desde la Subsecretaría se intervino en el parque sanitario de Tecnópolis?

[C.L.] El centro de aislamiento de Tecnópolis se inscribe en una cantidad de dispositivos que se crearon en el marco de la emergencia sanitaria por COVID 19. Teníamos una primera planificación de trabajo, y la emergencia sanitaria nos puso como Subsecretaría en otro lugar. Fue en ese escenario que comenzamos a pensar una cantidad de dispositivos inimaginados. En ese contexto pensamos las necesidades y todos nos pusimos a trabajar desde el desconocimiento. Todos los dispositivos fueron novedosos, pensábamos si tomábamos algún ele-

mento de experiencia similar, si el foco había que ponerlo en el usuario, en el equipo o en la familia.

¿El dispositivo que comienzan a pensar era para centros de aislamiento para personas con COVID sin criterio de internación?

[C.L.] El foco estaba puesto en que el virus no se expanda, la consigna de quedarse en casa, estar aislado sin contagiar al resto de la familia parte la población no lo podía cumplir porque no estaban dadas las condiciones habitacionales, entonces se pensó en construir una respuesta a todo esto. Muchos municipios con acuerdo de Nación fueron armando sus propios centros de aislamiento para la población, uno fue en la Universidad de Quilmes para que no se propague el virus en Villa Azul y morigerar el contagio, también en clubs y hospitales de campaña. Cómo pensar la primera acción desde la salud mental en esos espacios: los psicólogos y trabajadores tenemos algo que decir en ellos. Se abrieron una cantidad de preguntas que organizamos: recomendaciones generales, eso fue lo primero con el equipo de emergencias de salud mental de la provincia de Buenos Aires, y la redacción de alguna herramienta que les pudiera servir a los municipios donde se localizaron estos lugares. Escribimos el primer material de recomendaciones para esos centros que aún está en la página de la Subsecretaría y en paralelo se armó un Centro propio principal con la misma finalidad en Tecnópolis. De este modo pensamos de nuevo la importancia de que ahí haya un equipo psicosocial, definimos el requerimiento en ese nivel provincial. Desde el comienzo el Centro en Tecnópolis se pensó con estos equipos psicosociales para incluir. Fue tomando forma. En un principio llegaban las personas contagiadas y no sabíamos si además habían tenido una situación de descompensación, o de consumo, por ejemplo.

Es decir ¿personas que llegaban al centro de asilamiento con alguna problemática de salud mental?

[C.L.] Sí y personas que no se conocían entre sí, pensar cómo generar pautas de convivencias, cuestiones en relación a la historia clínica, fue todo un proceso de aprendizaje. Tuvimos todos los recursos, se fue modificando sobre la marcha. Después aparecían otras particularidades.

[A.S.] Escuchaba esto del aprendizaje, pensar los protocolos, criterios que fueron mutando en función de las necesidades de la población, transformándose para poder responder. Primero contábamos con una población mayor de 18 a 65 años. Al principio el grupo de riesgo eran los mayores de 60 años, si iban a entrar con comorbilidades, el equipo médico fue evaluando todo esto. La mayoría de mujeres que eran madres no se aislaban ya que no tenían con quién dejar a sus hijos. Después se abrió un espacio para la familia. Solo estaban mujeres: hermanas, abuelas, madres con los chicos a cargo y se armó otro dispositivo donde sí había un hermano, padre, en otra parte del Centro podían ir a visitarlos. Luego se generó un lugar de hisopados con cuidados, fue una experiencia que permitió dar respuesta a lo que se necesitaba.

¿Cómo estaban conformados los equipos de salud?

[A.S.] Había médicos, enfermeros, el grupo psicosocial que sistematizaba estaba conformado por psicólogos y trabajadores sociales, y todo el equipo de coordinadores y operadores sociales. Figura novedosa, eran los principales responsables de posibles conflictos que se generasen en la convivencia entre tantas personas. Era un tiempo de aislamiento para esas personas con sintomatología leve o moderada, había que proponer actividades para que la gente no esté sin hacer nada, la figura del operador social fue esencial.

[C.L.] La primera idea era poder salir del modelo médico de la persona yendo al Centro quedándose catorce días en la cama, sin visitas sin nada. El Estado gestionando una política pública de la mano de asociaciones civiles, Cruz Roja, Cascos Blancos, súper interesante y

en esta diversidad de equipos también fue lograr que la mirada hacia esa persona sea una mirada articulada e integral. El COVID era el problema principal pero las personas que se contagiaban no solo les pasaba eso, también había otras cuestiones a atender, a acompañar y el Estado también tenía que responder en este punto.

En ese sentido, ¿cómo piensan el dispositivo impactando en la población?

[C.L] El COVID fue algo más que les pasaba, se encontraban con un contraste fuerte, de donde venían y el lugar en el que estaban aislados preparado para 500 camas al inicio, con espacios de recreación, juegos, biblioteca, etc.

[A.S] Se hicieron un montón de talleres: a cargo de médicos, Cruz Roja y los equipos psicosociales. Se fue pensando una propuesta colectiva que le permitía a una persona que transitaba ese aislamiento poder llevarse algo más, una experiencia, el paso por un dispositivo del Estado.

¿Cómo fue la articulación intersectorial en cuadros que se complejizaban y necesitaban internación?

[A.S] Se derivaban a los hospitales y si venía derivado de alguno se intentaba, si se complejizaba el cuadro, regresarlo al mismo. Después mucha gente llegó por su propia cuenta a aislarse, venían a la puerta con su bolsito para hisoparse.

[C. L] Se instaló un modo de cuidado sobre la población vulnerable, de cuidado y amorosidad, y esto se veía. La gente no se quería ir pasado el tiempo, se generaron condiciones más allá de la pandemia, muchos iban a volver a su casa y no iban a estar mejor que en el Centro.

¿Y estas cuestiones como pudieron manejarlas?

[A.S] Había gente en situación de calle, cómo íbamos a dejarlos de nuevo en esa situación. Entonces empezamos a buscar lugares donde

podrían ser recibidos, gestionando con la Subsecretaría, hablando con el equipo médico y acordando que no se le iba a complicar su situación médica, algunas personas se quedaban más tiempo, se armaba algo para no dejar a la persona a su suerte.

[C.L] Intervino el Ministerio Provincial de Desarrollo de la Comunidad, tuvo un espacio acompañando. Apareció rápidamente que en esta población la preocupación era el afuera, no tanto su estado de salud, sino quién llevaba la moneda a la casa, quién se quedaba con los chicos, preocupaciones que les impedía sostener el aislamiento. Las compañeras de Desarrollo de la Comunidad estaban allí en Tecnoópolis. El equipo psicosocial estaba dividido en dos partes: acompañamiento de las familias y otra dedicada a los destinatarios, cada vez que alguien llegaba había una comunicación con la casa a modo institucional, se les informaba que la persona está ahí, que iba a tener las cuatro comidas garantizadas, recreación, wifi para mantenerse comunicado. En ese momento había mucho fantasma sobre los centros de aislamiento, se los veía como un lugar oscuro donde quedabas a tu suerte, se les explica, había mucho miedo y la comunicación bajaba la angustia.

La palabra asilamiento generalmente se asocia a una idea de incomunicación, soledad y encierro.

[C.L] Por eso los llamábamos destinatarios y no pacientes. Estos centros tenían ese nombre pero era una contradicción en sí misma porque nuestro mensaje era “no te aísles”, justamente para no tener aislamiento social había equipos de acompañamiento con operadores socio comunitarios, espacios de recreación, etc. En realidad, era todo lo contrario a esa idea común de aislamiento.

[A.S] Las palabras construyen sentido. El trabajo que hicieron desde Desarrollo de la Comunidad fue muy importante. Cuando en la comunicación con las familias se detectaba que había alguna necesidad que era necesario acompañar, alimentos u otros elementos, se elevaba



Tecnópolis. Fotógrafo: Jorge Figueroa

toda la información y eran ellos quienes les acercaban, en el plazo de unos días, la asistencia para que la persona que estaba alojada se quedara tranquila que su familia estaba acompañada.

¿Podemos pensar en una intervención integral como se viene trabajando o se intenta trabajar en el área salud?

[C.L.] El Centro en Tecnópolis fue todo lo que está bien, al principio había personal y seguridad, las personas suficientes para atender a la gente y la articulación con los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social. Estábamos frente a una población en la que sus necesidades básicas no estaban satisfechas. Tecnópolis fue un ejemplo de articulación que en las prácticas en salud de la cotidianeidad muchas veces no sucede. Cuántas veces alguien lleva un familiar a un hospital y no sabe si lo van a operar o no y pasan horas. Ese recaudo de contemplar que había una familia del otro lado, en qué se podía ayudar. Había además un centro de acompañamiento telefónico a la familia.

¿Cuáles fueron las situaciones más relevantes que encontraron en este dispositivo a medida que fue transformándose?

[A.S.] Las personas en situación de calle fueron un desafío grande, la gente que estuvo en Tecnópolis se fue con la experiencia de un Estado que aloja, veníamos de muchos años de un Estado que no respondía a las necesidades, pero cuando llegas a un dispositivo donde hay recursos, se escucha y existe un compromiso a hacer algo con eso que se escucha, es una experiencia transformadora. A los tres, cuatro días de aislamiento aparecían muchas situaciones relacionadas a violencia de género, problemática grande en nuestro país. También colaboramos con Hogares y Centros que trabajaban con chicos en rehabilitación, y empezaron a comunicarse entre ellos y nos derivaban, terminábamos hablando con los coordinadores de esos Centros, de cómo sostener un aislamiento en situaciones de abstinencia, de cómo aislar a varias personas para evitar el contagio en el resto de la comunidad, fueron articulaciones más institucionales que se fueron armando.

[C.L] Un hecho significativo fue cómo se fueron conformando los equipos: compañeros trabajadores se organizaron para realizar sus tareas cuando aún no había salido la vacuna, sin saber cómo se comportaba el virus y qué propuesta era la del trabajo. Enloquecido el mundo, todo un caos, no era fácil darle ese nivel de humanidad, entraban a la zona roja (contagiados de COVID) y hablaban con las familias, pusieron el cuerpo en el momento que había posibilidades de enfermarte y morir, cada vez era confrontarse con eso, haber logrado un equipo en ese marco fue muy significativo.

[A.S] Los equipos estaban conformados por operadores sociales y coordinadores, el equipo médico, enfermería, y el equipo psicosocial. Después el trabajo en la cotidiana estaba tan articulado que no es que era clarísimo qué hacía cada uno, tanto médicos como enfermeros la mayoría tenía experiencia en trabajo en salud, pero los del equipo psicosocial no todos tenían experiencia y los operadores eran personas que venían haciendo un trabajo territorial previo, fue un animarse con este valor agregado y lograr trabajar entre todos más allá de las incumbencias de cada uno. Los médicos detectaban situaciones en donde se consultaba esto de dejar a los destinatarios un día más por otras cuestiones.

¿Tenían experiencia de acompañamiento en supervisión?

[A.S] La supervisión la hacían con la Subsecretaría, después teníamos al mes de arrancar reuniones en donde abríamos el día, se veía el temario, si iba a ver talleres, las altas, situaciones importantes para tener en cuenta, derivaciones y contención de las mismas por parte del equipo psicosocial. Y después los responsables de cada equipo teníamos dos veces a la semana reuniones para evaluar, ajustar con el director médico y la directora ejecutiva.

¿Han quedado centros de aislamiento en el actual contexto?

[C.L] Este año, 2021, fue distinto al pasado. Cerró el Centro de Tecópolis y los centros de aislamiento de los municipios. La segunda ola

fue con ferocidad. El año pasado, en el 2020, la preocupación no era tanto el requerimiento de los hospitales si podían resistir la demanda de camas, este año sí. En abril se armaron los centros de atención médica que tiene otra característica porque son pensados en lugares de derivación de hospitales, en el caso hipotético de faltante de camas, con personal médico, enfermeras, gestionados con el municipio en articulación con la provincia de Buenos Aires. Y ahí volvemos a proponer nosotros que en cada lugar haya equipos psicosociales, después de la experiencia de Tecnópolis, son diferentes el armado y el objetivo del espacio de coordinación. Transmitir además la experiencia previa.

¿Hubo otras propuestas desde la Subsecretaría como la que comentan?

[A.S] Otras propuestas desde la Subsecretaría fueron las experiencias en el marco del dispositivo “Cuidar a los que cuidan”, donde era pensar que no solo el equipo psicosocial tenía que estar acompañando a familia, a los destinatarios también y a los profesionales de la salud que en determinado momento de la pandemia estábamos pasados, en la subida de casos de números y muertes había algo ahí para acompañar, espacios para poder alojar a la persona de salud también. Se armaron talleres de relajación del cuerpo, se compartió música, traían sus instrumentos musicales para algún momento libre que tenían, en definitiva, experimentamos propuestas en este marco. Algo de esas experiencias también se pueden transmitir hoy.

[C.L] Fue un grupo al que se le exigió, dejaron muy velados sus miedos, con un compromiso enorme, la formación no te prepara para una pandemia ni en lo conceptual ni en la práctica. Muchas veces encontramos en la formación poco compromiso con las personas que tienen sus derechos vulnerados y poner el cuerpo en una situación muy difícil. Ante el COVID fue una experiencia de fuego, la posibilidad del contagio se incrementaba.

[A.S] Pensaba en la complejidad de la situación, de lo que le pasaba a la gente en su vida, no alcanzaba con una sola mirada: el equipo psi-

cosocial estaba compuesto por psicólogos, trabajadores sociales, psicólogos sociales, licenciados en educación, docentes, gente que venía de distintas experiencias. Eso enriquecía mucho, profesionalmente poder pensar lo transdisciplinar. Y la experiencia de Tecnópolis tuvo eso: la experiencia de territorio, del conflicto.

¿Eran equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios?

[A.S] Totalmente, ese fue el objetivo, y fue clave la participación de la Cruz Roja, Cascos Blancos, cada uno venía con sus conocimientos específicos y experiencias ganadas y se pusieron al servicio del otro.

¿Tecnópolis tenía alguna edad para el acceso al espacio sanitario?

[A.S] Al principio era para mayores de 18, después se habilitó para menores acompañados por un adulto y tuvimos una experiencia de aislar a un grupo de niños que venían de un hogar donde había un caso de COVID positivo, trabajamos en la articulación con las autoridades provinciales de niñez.

Para ir finalizando, ¿qué diferencia un dispositivo que se implementa desde el Estado provincial en relación con otros configurados sin intervención estatal?

[C.L] No siempre se ve una decisión tan fuerte y articulada para hacer un dispositivo de trabajo, se puso y se pensó lo mejor para el pueblo, mayores recursos y acciones para los más postergados, en el medio del desconocimiento estaba la convicción de que se tenía que armar lo mejor, todo lo que necesitamos estuvo, todo lo propuesto. El acompañamiento en recursos y la decisión política hicieron la diferencia.

[A.S] Cuando el Estado toma la decisión de hacerlo bien es distinto, garantiza derechos, y eso no lo hace una empresa privada.

[C.L] Otro ejemplo cercano a esto es la campaña de vacunación. No importa si la persona tiene plata o no, es llegar a todos. La campaña

de vacunación y el Centro en Tecnópolis son dos ejemplos de cómo tiene que ser atendida la población, con dar lo mejor y llegar a todos, con buenos tratos, amorocidad, con pensar qué necesita la persona, con acompañamiento.

5- PROGRAMA INFANCIAS Y JUVENTUDES: EXPERIENCIAS DE ARTICULACIÓN CON EL DISPOSITIVO 0800

Cuidado y Asistencia

El Dispositivo de Acompañamiento Remoto (telefónico), surgió en el marco de la emergencia sanitaria por Covid19 y se extendió desde mayo del 2020 a marzo-abril 2021. La demanda ingresaba por varias vías. A través de la línea 0800 de la Subsecretaría de Salud Mental, en este caso mediante el email del Programa donde también ingresaban solicitudes de asistencia desde los Servicios Locales y Servicios Zonales del sistema de protección y promoción de derechos de niños, niñas y adolescencias, Juzgados, Hospitales Provinciales y Municipales, Centros de Salud Municipales, Ministerio de la Mujer de la Provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Derechos Humanos de la PBA, Unidad de Letrados, Organizaciones sociales y comunitarias, entre otras. Otra modalidad de recepción de demandas se configuró a partir del acuerdo marco con el Programa de Fortalecimiento de las Estructuras Territoriales perteneciente a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, a partir del que se crean los Equipos Focales Territoriales Educativos para la Emergencia (EFTEE). En este caso las solicitudes se recibían median-

te derivación a una línea interna prevista para estas situaciones. Los requerimientos eran realizados por referentes de los Equipos EFTEE, Equipos de Orientación, Directivos y Docentes. Esto permitía una pequeña red de acompañamiento conjunto otorgando otra impronta y posibilidad al acompañamiento. En todos los casos la demanda se concentraba en el equipo del programa en sede, desde donde se evaluaba y organizaba la respuesta. Se ofrecía acompañamiento remoto en todos los casos en que fuera posible y en caso de requerirse asistencia presencial se articulaba con los referentes regionales de la Subsecretaría y otros efectores de niñez y adolescencia de organismos del Estado. Según la complejidad de las situaciones se proponían mesas de trabajo interinstitucionales y/o intersectoriales. La configuración de redes para los abordajes en el caso del marco acuerdo con Educación, era facilitada por la modalidad de la demanda que ponía en contacto los equipos de salud mental y educativos en la primera instancia del requerimiento. Las demandas no se restringían a la asistencia o acompañamiento remoto si no que en muchos casos se extendió a intervenciones en pos de configurar la red de sostén comunitaria.

Programa Infancias y Juventudes Cuidados y Asistencia. Lineamientos.

El Programa Infancias y Juventudes Cuidados y Asistencia en Salud Mental, comienza a funcionar como área de trabajo a inicios del año 2020, formalizado como Programa en junio de 2021. Se trata de un programa que tiene por objetivo ampliar y fortalecer la red de atención y acompañamiento en salud mental a Niños Niñas Adolescentes y Jóvenes (NNAyJ) en la provincia de Buenos Aires, en el marco de las políticas que desde la Subsecretaría de Salud Mental Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud se vienen implementando para la transformación del modelo de atención en salud mental de acuerdo a los marcos normativos vigentes. Se desarrollan diferentes líneas de trabajo en articulación con otros organismos estatales que abordan temáticas vinculadas a infancias y juventudes propiciando al

mismo tiempo el trabajo articulado con las direcciones y programas del Ministerio de Salud Provincial. Como objetivo transversal nos proponemos la consolidación de una red de buenas prácticas en salud y salud mental con NNAyJ en la provincia de Buenos Aires, mejorando el acceso a los servicios del sistema de salud público y fortaleciendo las redes de sostén y acompañamiento comunitarias.

Entrevista a la Licenciada Cynthia Ramacciotti y a la Licenciada Claudia Saavedra, coordinadores del Programa Infancias y Juventudes.

¿Cómo surge el programa Infancias y Juventudes en la Provincia de Buenos Aires?

[C.R] El programa Infancias y juventudes, cuidado y asistencia en salud mental se formalizó el 16 de junio de este año, 2021, y se puede decir que se trata de una política en construcción porque es inédita en la Provincia de Buenos Aires. Es decir que es creada sin antecedentes previos. Implicó una construcción de cero desde el punto de vista institucional porque existían muchas prácticas y recorridos de trabajadores del sistema sanitario, especialmente de la red de la Subsecretaría que no tenían inscripción institucional. Desde que se arma el espacio como área a inicios del 2020 y que coincide con la pandemia por COVID 19, se comienza en otros espacios a instrumentar respuestas que ante un contexto excepcional no podían ser convencionales o por los menos las habituales.

¿Cómo se llevó a cabo la articulación en este tiempo de pandemia entre el área de infancias y juventudes que luego se formaliza como programa y el 0800, el servicio telefónico de orientación y acompañamiento en salud mental de la Subsecretaría de Salud mental, consumos problemáticos y violencias en el ámbito de la salud de la Provincia de Buenos Aires?

[C.R] Desde nuestra Subsecretaría se había creado para la atención en acompañamiento en la provincia, la línea abierta y pública 0800. Como área de trabajo en creación, formamos parte de la propuesta de modo general recibiendo vía email las demandas de instituciones vinculadas al Poder Judicial, Ministerio de Justicia y en ese marco la Subsecretaría de Derechos Humanos, Organismo de Niñez de la Provincia, Órgano de Revisión Local y Nacional entre otros y de un modo particular de la Dirección General de Cultura y Educación. Hacia mayo-junio del 2021 se realiza un acuerdo marco con Educación participando como área en la mesa de Ayuda del Programa Institucional de Intervención de las Estructuras Territoriales de la Dirección de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social “Nos cuidamos y cuidamos a quienes cuidan” con el objetivo de recepcionar mediante una línea de derivación interna, aquellas demandas que los Equipos Focales Territoriales Educativos de Emergencia (EFTEE) encargados de trabajar la continuidad educativa en aquellas familias con mayor vulneración de derechos, pudieran recurrir directamente al área en caso de encontrarse con alguna problemática vinculada a salud mental de los estudiantes que acompañaban. Es así que desde el 0800 se trabajaba con derivaciones a partir de una demanda directa de la Comunidad, con las demás instituciones mediante solicitudes intermediadas por las mismas y con los equipos EFTEE a partir de solicitudes que venían de docentes, directivos, inspectores y los mismos integrantes de los equipos EFTEE. Entonces en el caso del 0800 recibíamos las demandas a través de un email del área y nosotras derivábamos a nuestros articuladores de infancias a través de los referentes de las regiones sanitarias en salud mental, que vehi-

culizaban la demanda de asistencia, restringida en ese momento en lo presencial por las medidas preventivas de cuidados por pandemia. Es importante tener en cuenta que al mismo tiempo que se consolidaba el acompañamiento remoto y la organización del equipo (en un primer momento éramos cuatro personas) para la vehiculización de la demanda, íbamos construyendo un mapa de los equipos, las articulaciones, la atención y las posibilidades de respuesta desde nuestra red. Es decir, la emergencia sanitaria nos pone ante el desafío de dar respuesta a la urgencia sin demora, lo que demandó que el mapa, el estado de situación y la red de articulación para la derivación la fuéramos conociendo y construyendo al mismo tiempo que atendíamos las demandas. También y necesariamente al tratarse de infancias requeríamos de articulaciones con otras instituciones lo que nos permitió comenzar a armar redes por ejemplo con el Sistema de Promoción y Protección de Derechos tanto en el ámbito municipal como provincial. El dispositivo de acompañamiento remoto organizado para dar respuesta desde nivel central (hay que recordar que al tratarse de un área de trabajo nueva no disponíamos de redes previas) a las situaciones que requerían acompañamiento, recibía en gran parte demanda desde educación (a través de la línea interna dispuesta para eso en el marco-acuerdo mencionado más arriba) lo que nos permitió en principio contar con una pequeña red y un conocimiento previo de la situación que es la que tenían las escuelas, docentes, inspectores, directores e integrantes de equipos de las situaciones por las que se comunicaban directamente. En definitiva, nos permitió poner en funcionamiento uno de los propósitos iniciales que trazamos para el área que fue trabajar con los abordajes en salud mental con niños, niñas, adolescentes y juventudes (NNAyJ) desde una perspectiva comunitaria y en red, que con el advenimiento de la pandemia veíamos casi imposible de poner a funcionar.

¿Había un proceso de derivación desde el llamado del usuario al 0800 hasta el referente local?

El 0800 enviaba la solicitud vía email, la recepcionábamos, nos poníamos en comunicación con la persona que solicitaba la asistencia y despejábamos en una primera escucha si era un caso para una asistencia presencial o para dispositivo de acompañamiento remoto. En el primer caso de acuerdo al domicilio se articulaba con el referente de la región sanitaria donde la persona residía y el regional enlazaba con equipos en lo local. Tratábamos de que en esta primera escucha se pudieran ofrecer los mayores datos posibles, entre ellos si la familia estaba en condiciones de trasladarse al lugar para la atención. Había situaciones de mucha vulnerabilidad socio-económica y muchas veces había que propiciar o sugerir la articulación con Desarrollo de la Comunidad u otros Ministerios. Era importante también en el enlace informar si había tratamientos previos y si las personas tenían un conocimiento que iban a entrevistarse con un psicólogo, psiquiatra, trabajador social, porque en muchos casos se llamaba para pedir ayuda sin contar con experiencias previas de asistencia o acompañamiento en salud mental. En el caso que la opción adecuada era el acompañamiento remoto, lo realizábamos a nivel central (con el tiempo el equipo se fue nutriendo y llegamos a ser ocho compañeras realizando este trabajo) o lo derivábamos a otras líneas de acompañamiento también. Se informaba la situación con todo el contexto al equipo que tomara el acompañamiento de esa situación, desde una perspectiva comunitaria, con sugerencia de las redes que se podían vislumbrar, e información sobre los circuitos que ese niño transitaba en territorio en tiempo anterior a la pandemia, también si ya había habido un acercamiento o tratamiento previo en salud mental, si era primera vez, si había familias que pudieran acompañar. Es decir que más allá de la situación y el motivo de consulta se trataba en la primera escucha de acercar una perspectiva de contexto social y familiar a quien tomaba la situación.

¿Ustedes le daban respuesta entonces a ese primer contacto de email que venía del 0800, pedido de datos y luego lo articulaban?

[C.S] Claro. El llamado a veces venía de parte de familia, de educación (línea interna) a veces llamaba directamente un docente, o padres, familiares o referentes territoriales sobre situaciones particulares de niños, niñas y adolescentes y ahí evaluábamos para tratamiento presencial, acompañamiento remoto, etc. Organizábamos la respuesta en función de la complejidad.

I. ¿Cómo piensan el abordaje de la atención en esos contextos?

[C.S] Cuando uno trabaja con infancias y juventudes la situación es transversal, pensada en contexto, con qué cuenta ese niño, joven, si hay redes, qué soportes comunitarios hay para acompañar esa trayectoria, el llamado a la escuela, al servicio zonal, a la familia.

[C.R] Como mencionábamos veníamos con una idea de trabajo en relación a las redes, al territorio, a las distintas miradas y construcción de estrategias. Cuando se inicia la pandemia y el aislamiento obligatorio, la restricción en la presencialidad, la estrategia preventiva por contagios, se rearma todo lo que veníamos pensando.

A raíz de lo que vienen contando y en el contexto de la pandemia, ¿cómo definirían el trabajo comunitario de atención en salud mental?

[C.R] Lo comunitario no es solo el barrio, lo geográfico, es una perspectiva de trabajo. Pensar cómo se traslada esa perspectiva a un acompañamiento remoto virtual no generó pocas discusiones y hubo que hacer síntesis de líneas de trabajo, aun en estas circunstancias. Esto constituyó un desafío enorme, pero nos permitió al mismo tiempo construir vínculos con los equipos e ir consolidando las líneas de trabajo.

¿Fueron construyendo los equipos y los dispositivos?

[C.S]: Sí, y sosteniendo la perspectiva y la lógica comunitaria de trabajo que mencionaba Cynthia que trasciende la ubicación geográfica desde donde uno trabaja.

Con respecto a las derivaciones, ¿su origen era diverso?

[C.R] Recibíamos derivaciones del 0800, de otras instituciones vía email, más las del acompañamiento remoto con acuerdo de trabajo de la Dirección de Cultura y Educación provincial. Ahí la línea de derivación interna estaba abocada a la demanda de acompañamiento en relación a todo lo educativo.

¿Cómo eran estas últimas derivaciones que mencionas?

[C.R] Tuvieron una impronta muy particular porque las escuelas cuando llamaban a través de los Equipos Focales de Emergencia Educativa que se armaron en la provincia para acompañar el enlace educativo, cuidaban que no se desenlacen aquellos niños con más vulneración de derechos. Entonces nos encontrábamos recibiendo una demanda en salud mental de un docente, equipo, de un referente educativo que analizaba una situación donde la complejidad era enorme. Era a través de ellos que hacían la solicitud de niños y niñas que en algunos casos por ejemplo no tenían ni siquiera celular para comunicarse y ahí cobraba relevancia más aún la perspectiva comunitaria: quiénes son los referentes familiares y barriales, ¿el docente es referente o no?, ¿conoce a otros posibles? ¿Quién podía acercar un celular? ¿Quién podía facilitar un espacio para hablar? Hubo varias situaciones también donde intervenía el Servicio Local de Protección de Derechos, armamos mesas de trabajo virtual en relación a pensar estrategias para que la institucionalización no sea la primera opción para esos niños, niñas y jóvenes y el esfuerzo por relevar los recursos de apoyo disponible era muy importante. Se empezaron a conformar entonces las primeras mesas interinstitucionales de trabajo vía zoom con el objetivo de pensar estrategias conjuntas y armar la red de trabajo.

¿Qué piensan de ese acompañamiento que sostuvieron?

[C.R] Obligó a pensar el acompañamiento como dispositivo. Surgían preguntas, por ejemplo, cuando se da el alta en un acompañamiento, ¿cuándo se cierra?, ¿en qué se distancia y en qué puntos se encuentra con un tratamiento? Cuando decimos que es un dispositivo flexible, ¿de qué estamos hablando?, ¿lo hace el trabajador social, el psicólogo, cualquier compañero? Empezamos a pensar el encuadre del acompañamiento como dispositivo.

¿Cómo estaban conformados los equipos de salud?

[C.R]: Teníamos trabajadoras sociales, sociólogas, psicólogas, psiquiatra en algún momento.

[C.S] Cuando empezó la pandemia éramos 5 profesionales, se estaba conformando el equipo de trabajo. Nosotras nos conocíamos del trabajo en territorio. Armamos el equipo con compañeras con las que compartíamos la misma mirada y que traían experiencia en abordajes comunitarios. En la pandemia se fortaleció la identidad de algunas líneas de trabajo que vinieron para quedarse como por ejemplo el acompañamiento. Es una forma de acompañamiento en las trayectorias de esos chicos que a veces complementa los tratamientos, que no son lo mismo, pero que complementa y sirve para acompañar la trayectoria de ese niño, niña o joven. Es decir, es una estrategia que incorpora la idea de movimiento, articulación y circuito.

¿Cómo surge esta idea de acompañar?

[C.S] Nosotras nos empezamos a preguntar en relación a la demanda de la población que fue creciendo cada vez más. Teníamos que ampliar, sentíamos la responsabilidad como trabajadores del Estado de estar ahí, de acompañar a los pibes y pibas, pero había que sentarse antes y definir esto, escribirlo. Qué es acompañar, qué límites tenía, qué diferencias había con un tratamiento, cuándo era un cierre, el encuadre de los tiempos, hasta dónde escuchar, quién demanda, cuál

era la demanda, para cuando nos ampliáramos poder transmitir en la práctica el cómo hacerlo a las propias compañeras que se sumaron después.

Como capitalizar la experiencia y tomar distancia para reflexionar sobre todo lo que se estaba dando en el aquí y ahora.

[C.S] Exacto. Una experiencia muy potente, sentó bases muy fuertes que hasta hoy están. Teníamos espacios de intercambio sobre las situaciones donde pensábamos mucho en equipo.

¿Siguen en algunos casos con el acompañamiento remoto para algunas intervenciones?

[C.S] Nosotros ya no hacemos acompañamiento remoto, poco a poco fuimos orientando esta intervención a sugerir criterios y acompañar a equipos que tienen que intervenir en situaciones complejas, pero sí algunas regiones sanitarias tomaron la herramienta de trabajo.

[C.R] Y con esta perspectiva comunitaria. Nosotras queríamos incorporar la idea de que en el acompañamiento de un niño había que incluir otros y otras y las articulaciones con el Estado, las estrategias de trabajo y la línea del cómo, fundamental. Uno habla de lo comunitario, pero se diluye de qué estamos hablando cuando hablamos de comunitario, de red, de construir una estrategia con otras instituciones del Estado. Hicimos en ese punto un esfuerzo de síntesis con el equipo de cómo íbamos a transmitir, recuperar lo metodológico como línea de abordaje y volver a la pregunta de qué significa transformar el modelo de atención con niños, niñas y adolescentes en salud mental y qué significa construir una red de buenas prácticas en salud mental. Todo eso se fue nutriendo en el marco de la pandemia y fueron líneas que se extendieron desde lo metodológico hacia varios dispositivos desde una síntesis que traíamos desde lo territorial. Esto permitió incluir y transversalizar lo situado en los abordajes. Además, entramos en una instancia de articulación con otros actores

como hospitales y otros efectores en salud que eran tomados ahora en cuenta de modo integrado y que nos permitió resignificar y ampliar las líneas de trabajo. En este sentido el acompañamiento remoto fue un muy buen punto de partida que se configuró a partir de las limitaciones, pero también de las oportunidades que la pandemia ofreció. En este punto la condición de excepcionalidad dio lugar a dar un debate sobre los abordajes que en otro contexto quizás no hubiera sido recepcionado por los equipos como lo fue en este momento. El acompañamiento remoto nos permitió el mejor de los ejercicios aún en contexto de pandemia.

¿Algún ejemplo en este sentido?

[C.R.] Por ejemplo, una cuestión que resignificamos fue la respuesta a la solicitud de atención que de algún modo se invertía. Nosotros nos trasladábamos a la casa del usuario, ingresábamos telefónicamente en el domicilio del otro, es decir la persona no era la que se acercaba a la institución. El encuadre no lo daba la lógica institucional sino el trabajador al otro lado del teléfono y lo que desde allí se ofrecía. En ese contexto, siempre estaba la pregunta sobre la accesibilidad, qué significaba encontrarnos con las pibas y los pibes, si era en un marco institucional, si era en los barrios, con esta mirada comunitaria que nos permitía enlazar lo institucional y el contexto. En un primer momento en pandemia había situaciones donde lxs niños y niñas no querían hablar pero escribían a través de la aplicación de celular whatsapp, entonces el recurso tecnológico fue una herramienta interesante a incorporar porque empezaban con el chat intercambiando imágenes, construyendo cuentos, videos, para acercarnos y comunicarnos, y en un segundo momento aparecía la voz y la palabra. Es decir que la palabra y el intercambio a través de ella constituyó un punto de llegada donde las demás formas de comunicación oficiaron como puente y en algunos casos constituyeron la forma de intercambio que se pudo establecer (en edades tempranas esto fue aún más frecuente). Los recursos tecnológicos además donde lxs niños y jó-

venes se sentían más cómodos y realmente manejaban mejor que los adultxs. Para reflexionar también sobre cómo se dan en estos tiempos los saberes y la comunicación entre las generaciones.

[C.S] Lo virtual tuvo mucha llegada a algunos pibes que no hubieran puesto su cuerpo en una entrevista en un centro de salud. Esas herramientas favorecieron que se ponga a jugar eso que no hubiera sido posible de otra manera. Al comienzo era muy por el borde, establecer un vínculo, empezar a jugar, dibujar, cantar, empezar a poder poner otro tipo de contenido que no sea la palabra y el sufrimiento sino otras cosas, promover espacios de disfrute en pibes atravesados por cuestiones muy mortíferas, ese espacio y tiempo significaba mucho.

[C.R] No es casual que el primer video que construimos en relación a la pandemia es un video donde los chicos mandan voces, dibujos, canciones, la consigna era qué tengo para decir de este momento que estamos transitando. Ellos expresaron su padecer y sus formas de transitar ese momento con dibujos, canciones, es una línea fuerte que continua en cómo entendemos la promoción de los cuidados en salud mental y también en cómo entendemos la manera de convocar a niños, niñas y adolescentes para encontrarnos. Y ahí tenemos nuevamente todo el tema de la accesibilidad. La pandemia en este sentido fue una oportunidad de construir líneas de trabajo con los distintos equipos en simultáneo, discutir qué es construir accesibilidad desde el Estado en salud mental, en esta época, en este momento en la provincia de Buenos Aires. Nos permitió intercambiar y discutir cuáles eran nuestros desafíos.

Entonces la herramienta virtual conocida por los niños, niñas y adolescentes facilitó las prácticas en este campo y la posibilidad de intercambios.

[C.S.] En algún punto sí, no en todas las situaciones. Recuerdo un caso en particular, donde aparecía esto del teléfono. En muchas familias el teléfono es compartido y en muchos casos lxs jóvenes no tenían teléfono. Entonces, cómo armar una ingeniería con otros para que el acompañamiento remoto sea posible. Ahí necesariamente se ponía a jugar la lógica comunitaria. Había además una mesa ya constituida, para trabajar la situación de este joven con educación, derechos humanos, defensoría, servicio local, etc. Quienes teníamos el contacto con el pibe desde el acompañamiento remoto éramos nosotras. Una responsabilidad de visibilizar esa voz y el desafío de no transmitir desde una mirada adultocéntrica en el diálogo con los equipos.

Crear las condiciones de posibilidad para que niños, niñas, puedan ser oídos es fundamental. Y además favorecer espacios lúdicos de expresión.

[C.R.] Totalmente, y además las mesas como estrategia para el abordaje integral nos ponía a discutir no solo lo que se denomina tradicionalmente el caso desde el punto de vista clínico sino el estado de situación de ese joven y qué quería decir ofrecer en estas circunstancias una respuesta integrada desde el Estado. Es siempre el/la niño, niña, joven y sus circunstancias. Enseguida identificamos que la dificultad en estas mesas, se daba a la hora de construir acuerdos comunes, respetarlos y sentirse parte de una estrategia. En este sentido es que decimos que lo comunitario es un efecto de la intervención y que está orientada también a los equipos. Se da en la posibilidad de constituirse como equipo de trabajo más allá de las lógicas institucionales de pertenencia, hay algo de eso que tiene que ceder y flexibilizarse para que advenga lo colectivo. No siempre se logra. Estas experiencias en la participación en mesas de trabajo dieron lugar a que luego nos soliditaran no ya la intervención en situaciones directas si no acompañar

a pensar estrategias de abordaje en espacios de mesa que encontraban algún obstáculo o dificultad para trabajar alguna situación.

¿Esas mesas cómo estaban integradas intersectorialmente?

[C-R] En general estaban presentes la escuela y los equipos de orientación escolar, distintos actores y efectores del Organismo de la Niñez y Adolescencia de la provincia de Buenos Aires a través de los servicios zonales, hogares convivenciales, centros cerrados y Servicios Locales que son municipales. Siempre alguna organización social del barrio, algún efector hospitalario a veces. Se trataba de distintas instituciones que trabajaban con las infancias, cuando se requería alguna estrategia de acompañamiento en un momento donde la presencia y las redes territoriales se dificultaban por la pandemia. Y ahí empezamos a construir un criterio, porque una de las cuestiones que también aparecía era cómo se instalaba una política que no estaba presente en la provincia, lo que se veía era lo municipal o nacional directamente pero no aparecía hasta ese momento el efector provincial en salud mental. Esto nos sirvió como ejercicio para formalizar las redes del Estado y empezar a visibilizar al Estado provincial, ofreciendo institucionalidad en esas mesas barriales y formalidad a las articulaciones en red que venían funcionando hacía largo tiempo, con una muy rica y potente experiencia, pero de modo informal. Llegamos a la presentación del año 2020 con una mesa de trabajo integrada por la Dirección de Niñez del Ministerio, el Organismo de Niñez de la Provincia, Educación y Derechos Humanos de Provincia. Desde Derechos Humanos nos solicitaban intervenir por cuestiones de violencia institucional, chicos judicializados, y hemos hecho por ejemplo a partir del acompañamiento remoto informes a los juzgados por situaciones de vulnerabilidad importante. Todo eso fue el semillero de líneas de trabajo que hoy tienen distintas instancias.

¿Cómo piensan el impacto de todo lo que están contando en las infancias, en relación a los procesos de cuidado que se fueron dando?

[C.S] Creo que fue muy bueno hacer esa experiencia previa de acompañamiento remoto en pandemia, porque nos dio un panorama de por dónde ir, y luego en presencialidad construir los abordajes que alojen a lxs niños, niñas y jóvenes. Existe una necesidad de revisar las prácticas. Creo que hay que construir muchas líneas de abordajes en infancias y juventudes, por ejemplo, en la atención en crisis que está pensada desde el adulto, y a veces con el adulto también se piensa que el tratamiento en una crisis es la cama y nada más, el espacio con el psicólogo y nada más o el plan psicofarmacológico y nada más. Hay que aportar ahí una mirada integral. Hemos pensado mucho en la integración del sistema, que se incorpore la idea de las trayectorias y la continuidad de los cuidados, no pensar que la historia de una persona empieza y termina con una intervención, sino pensar en clave de ciclo de vida, también en la respuesta de salud tenemos como Estado que pensar que hay otras áreas que pueden acompañar cuando se necesita, las instancias no se articulan solas.

[C.R] Pensaba en la medicalización, por ejemplo, nosotros cuando recibíamos llamados desde la derivación de las escuelas muchas veces aparecía el “llamo porque (tal estudiante) tiene una depresión”, creo también que existía una dificultad al no acceder a algunas cuestiones de modo presencial, sopesar qué tan grave era la situación. En varias oportunidades se afirmaba que se requería de un psiquiatra, se expresaba así y lo que aparecía era la situación propia de la pandemia que había que deslindar en ese caso puntual, justamente para no psicopatologizar un sufrimiento esperable que debía acompañarse de otro modo. Por ejemplo, una niña por la que se consultaba por depresión y que luego cuando nos poníamos en contacto lo que escuchábamos era que por primera vez compartía todo un día con su papá, en el mismo espacio, antes de la pandemia el padre trabajaba todo el día y casi no se veían. Orientar para propiciar espacios de diálogo y a la vez

de privacidad. Ese trabajo se fue realizando con la niña, sus padres y la escuela. Cuando algo de esto se pudo organizar y propiciar, la niña volvió a conectarse con la escuela, sus pares y el estado de aislamiento y tristeza cedió.

Hubo al comienzo una tendencia a psicopatologizar la pandemia y la cuarentena sin dar tiempo a los procesos de reacomodamiento. ¿Qué piensan al respecto?

[C.S] Exacto. ¿Urgencia para quién?, nos preguntamos. A veces son urgencias de quien interpreta desde una lógica que no tiene que ver con la vida y el cotidiano del otro, ni con la situación excepcional que aparecía. Creo que en las infancias esto se da de modo reiterado, la urgencia es supuestamente del niño mirado desde un adulto que lee esa urgencia.

[C.R] Se sumaban demandas de distintos tipos, desde la línea de derivación interna. Llamaban docentes e inspectores, que querían hacer consultas no por un niño particular si no por la escuela, por lo que les sucedía a sus alumnos en pandemia. Planteaban por ejemplo que lxs chicxs extrañaban el recreo. En una ocasión se propuso pensar en la posibilidad de un recreo virtual, entonces armamos reuniones por zoom para pensar esta propuesta; nuestro rol también empezaba a jugarse en el armado de estrategias de cuidado colectivas. El Estado proponiendo estrategias de cuidados colectivas.

Pensaba en las intervenciones desde el Estado diferente a otro tipo de intervención sin mediación estatal, ¿ubican diferencias en este sentido?

[C.R] Sí, recuerdo una situación puntual en La Matanza, la articulación con Desarrollo Social del municipio era muy necesaria, porque ingresaban situaciones complejas, no podemos recortarlas, abordamos la salud mental pero corresponsablemente propiciamos que las demás situaciones puedan ser atendidas, se notaba en este trabajo la

diferencia con otros periodos anteriores. Fácilmente armamos redes. La disposición de los organismos estatales era otra.

[C.S] La integralidad del estado marca la diferencia.

Con respecto al programa que se lanzó este año de Infancias y Juventudes, Asistencia y Cuidados en salud mental, existen varios dispositivos y abordajes territoriales, ¿es un programa integral?

[C.S] Hay ejes que organizamos: el territorio es un eje, hay varios. Es necesario pensar no solo lo institucional sino todos los soportes comunitarios que a veces no se advierten cuando se mira solo con el ojo de lo institucional. El territorio tiene otras organizaciones, clubes, comedores, espacios de encuentro para la construcción del lazo social de pibes y pibas.

[C.S] Enlazar esos espacios por donde lxs pibes circulan cobra sentido en la propuesta de acompañar trayectorias. Después tenemos todo lo que son los tratamientos ambulatorios o internaciones, situaciones en crisis, atención en urgencias, ahí promovemos abordajes desde la integralidad. Trabajar primer y segundo nivel de atención, las derivaciones cuidadas, no fragmentar las trayectorias. En el momento en que alguien ingresa a una internación pensar la estrategia de egreso. Dónde y con quiénes, con qué soportes, para que pueda ser algo factible de sostener y para que no sean cíclicas las internaciones. Pensar qué derechos garantizarles a esos niños dentro de esa internación como espacios de juego, educativos, qué estrategias de redes armamos para acompañar, la perspectiva comunitaria en los distintos escenarios. Lxs niñxs por ejemplo están acompañados en las escuelas, también tienen que ser acompañados en los espacios de salud. Tenemos que pensar el cómo.

¿Cómo impacta todo este gran trabajo que se dan en lo formativo?

[C.R] La formación nosotros la planteamos como intercambio de experiencias, sistematización de saberes. No ha existido previamente desde la política pública espacios que estén previstos para que los y las trabajadoras puedan sistematizar sus experiencias. Aparece esta idea de un saber especializado que se transfiere, eso es una parte, pero también tiene que existir otra parte que es la de reflexionar sobre la propia práctica, discutir sobre los obstáculos, generar estrategias de articulación. La formación la pensamos como una instancia que debe contemplar un tiempo de intercambio y reflexión sobre las situaciones; y también como una forma de construir las líneas de la política pública, por ejemplo, las líneas de articulación con las otras instituciones. En este tiempo venimos construyendo líneas concretas con dos áreas del Organismo de la Niñez y Adolescencia de la provincia de Buenos Aires. Una es la de responsabilidad penal juvenil donde estamos haciendo una experiencia piloto con equipos de ambas instituciones, que empiezan a trabajar en acompañamiento a procesos de egreso y el sistema de promoción y protección donde trabajamos también acompañando a niños institucionalizados. En este punto insistimos en hacer foco en la salud y no en la respuesta a la justicia y en que los equipos dialoguen, articulen y se encuentren. Que se historicen. Es importante que el acompañamiento haga foco en lo asistencial y en los cuidados y no en lo judicial. Desmarcar esta cuestión y pensarla en clave de derechos, es el desafío. También es importante el acompañamiento en términos de la continuidad de los cuidados, en articulación con el primer y segundo nivel de atención. Esta idea de corresponsabilidad interinstitucional en el territorio tiene que darse también entre los servicios en los hospitales. Tenemos que pensar en clave de circuitos, porque si hay algo que puede aportar salud mental a la integración del sistema sanitario por no reducirse a una estrategia exclusiva del modelo biologicista, es una perspectiva donde la internación no puede reducirse a una cama, porque la internación en salud mental no supone estrictamente una situación de reposo. Es muy

importante empezar a incorporar la idea de circuito y trayectoria al interior de las instituciones hospitalarias.

¿En qué consiste el trabajo con estas dos áreas que mencionaban?

[C.R.] Con el área de responsabilidad penal juvenil venimos pensando la construcción de informes, no circunscribir el informe al diagnóstico sino a los cuidados que ese niño, niña o joven requiere y también a los intereses que se pudieron detectar y que es muy importante que se ponderen y alojen a la hora de pensar la continuidad de los cuidados. Incluir el contexto social en las estrategias de abordajes, los saberes que los pibes y pibas institucionalizados traen y valoran y fundamentalmente pensar la asistencia en salud mental enlazada a las estrategias de egreso, en el caso de los centros cerrados. Con Promoción y Protección trabajamos con los hogares convivenciales y zonales, de allí parten las mesas de trabajo para situaciones complejas y el trabajo con el personal de los hogares. Las internaciones en niños, niñas y adolescentes no han estado mayoritariamente a cargo del sistema sanitario en la provincia, esto implica desandar algunos caminos instalados con lógicas muy cristalizadas. Pensar que una atención en crisis puede ser domiciliaria, identificar cuándo es preciso una internación en un hospital general y cuando no. El alcance y lo que implica el enorme trabajo que se está llevando adelante con la desmanicomialización necesariamente nos conduce también a estas discusiones. Las prácticas asilares-tutelares o las que se proponen desde las legislaciones con enfoque de derechos vigentes. Es imprescindible entonces, poner en diálogo la Ley Nacional de Salud Mental (N°26.657) con la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (N°26.061)

¿Alguna otra línea de trabajo que quieran mencionar?

[C.S.] La línea de trabajo propia con el Ministerio de Salud que se organiza en regiones sanitarias en diálogo histórico con los hospitalarios y que se empieza a integrar en una lógica compartida. Empezar



Fotografía premiada en Congreso COSAPRO 2022. “Territorios de encuentro”. Collage. Equipo “Infancias en movimiento”. Programa Infancias y Juventudes.

a dialogar también en la continuidad de los cuidados con efectores de primer nivel de atención y efectores provinciales con esta lógica de acompañar trayectorias; ahí integramos una mesa que se llama “niñas no madres” que propicia la Dirección de Equidad de Género del Ministerio de Salud de la Provincia, que aborda el tema de la interrupción legal y voluntaria del embarazo en niñas menores de 15 años, y que nos permite integrarnos con los equipos de salud y discutir estrategias como mencionamos inter-servicios e interinstitucionales. También la línea de trabajo vinculada a primeras infancias. Los cuidados tempranos y el lugar de la salud mental en el Plan de los Primeros Mil Días, por ejemplo. Los diagnósticos tempranos y el tema de la medicalización de las infancias es otro de los ejes de trabajo que nos interesa abordar. A nivel de los Municipios propiciar la conformación de mesas interinstitucionales para la red de derivación cuidada, que potencie la capacidad de respuesta del Estado a partir de la articulación estratégica de sus efectores.

6- DISPOSITIVO DETECTAR EN LOS BARRIOS

A lo largo de esta pandemia se realizaron intervenciones en territorio de los equipos de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género, en el marco de los operativos de abordaje territorial, estrategia principal de detección activa de casos sospechosos de COVID-19. Las estrategias a seguir fueron planificadas en función de las medidas sanitarias implementadas, de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, para cada barrio donde se estableció la necesidad de acompañamiento en los operativos sanitarios.

Los equipos de salud mental fueron conformados por trabajadores/as de la subsecretaría, voluntarios en el marco de convenios con universidades públicas en función de las necesidades dinámicas de cada etapa y situación puntual epidemiológica.

El equipo territorial colaboró en la detección de casos, visualización y armado de estrategias de urgencia, organizando su derivación al área de salud mental del municipio, o bien a los dispositivos de la red provincial.

Otro recurso importante fue poner a disposición la línea telefónica 0800 222 5462 para acompañamiento, asistencia y orientación en salud mental, destinado a toda la población del territorio bonaerense.

Las intervenciones se realizaron en distintos niveles de acuerdo a los casos de padecimiento mental, con distinto grado de complejidad y urgencia, articulando con los dispositivos de la red como así también con otros actores territoriales en el caso de los usuarios que así lo requirieran.

Fue fundamental apoyarse en los niveles de organización local para fortalecerlos y colaborar en su organización, recurso que luego quedó instalado en cada territorio.

Se distribuyó, además, en el marco de los operativos, material de difusión con los números de teléfono de atención y acompañamiento de la Subsecretaría (0800) u otros específicos y focalizados municipales para el cuidado de la salud.

Entrevista a la Licenciada Laura Abayu, coordinadora de los operativos territoriales en salud mental del dispositivo Detectar y a Ramiro Soliani, co-coordinador territorial.

¿Cómo surgen estos operativos en el marco del Detectar?

[L.A.] El equipo de salud mental se incorpora en los operativos Detectar, cuya particularidad u objetivo es la búsqueda activa de casos COVID-19, se coordinó todo el abordaje territorial de equipos interdisciplinarios y de varias áreas. En particular, el Ministerio de Salud de PBA, articulado con Nación y con el municipio; en relación al barrio al que se iba, se fue planificando el abordaje territorial dependiendo la particularidad de cada barrio en referencia a la situación epidemiológica. Se articuló con organizaciones sociales y municipios en relación a la cantidad de equipos para “el puerta a puerta” y también con quienes quedaban en los móviles fijos de cada punto estratégico donde se hisopaba. Y fue allí donde los equipos de salud mental acompañaron y se integraron en el abordaje con los equipos de salud comunitaria y también en los equipos de los camiones de salud.

Una articulación entre municipios, provincia de Buenos Aires y Nación. ¿Podrían dar un ejemplo de esta articulación?

[L.A.] Por ejemplo Nación ponía los camiones y algunos profesionales de salud, pero en su mayoría los equipos sanitarios eran de Provincia de Buenos Aires. También participaban para el hisopado profesionales del municipio, eso se iba acordando previamente a medida que se iba planificando el abordaje en los distintos barrios, por lo general, y lo más fuerte fue en el AMBA, teniendo en cuenta que eso tiene una planificación previa, lo cual tenía que ver con la cuestión epidemiológica que iba sucediendo; se iba evaluando el momento epidemiológico en que se encontraba cada municipio y lugar y en relación a eso se planificaba y se armaba el desarrollo del operativo en los barrios. Otro tipo de articulación con el municipio -y de gran importancia para la población y el vecino/a de cada barrio- se realizó particularmente con las áreas de Desarrollo Social, quienes proveían alimentos a las personas que, por cuidado y aislamiento sanitario, no tenían posibilidad de salir a hacer las compras o, como en muchos casos, no tenían los medios económicos para tener acceso a alimentos. En muchos casos tenían que dejar de trabajar por el aislamiento o de hacer alguna changa y eso dificultaba el acceso a la alimentación, entre otras cosas.

¿Cuál era el papel de estos equipos de salud mental?

[L. A.] La decisión fue trabajar sobre los estigmas, por lo cual desde el inicio se incorporó el área de salud mental en todo el desarrollo de los operativos, porque en lo que implica la pandemia es fundamental nuestro rol. Podemos ver que se fue construyendo en relación a la demanda tanto de los mismos equipos de salud como y, fundamentalmente, de la población del territorio de nuestra provincia.

¿Pensar la salud mental en el territorio?

[L.A.]: Sí, fundamental para mí.

[R.S]: Con ese prejuicio que a veces aparece.

¿Se refieren a un imaginario cultural?

[L.A] Sí, cómo está dado eso culturalmente y cómo se rompió claramente porque la demanda fue creciendo cada vez más, entendiendo la importancia de la salud mental y que no es que uno va al psicólogo porque está “loco”, digamos, sino que es lo popular instalado.

Esa ruptura tiene que ver con la concepción o con la política estatal que se dio, entendiendo que todos los actores por lo menos del sector salud y en particular de la provincia de Buenos Aires entienden la salud integral y lo comunitario en estos abordajes, entonces esta intersectorialidad fue importante. Pudimos trabajar coordinadamente con distintas áreas de salud comunitaria porque estaba el Centro que organizaba los operativos en territorio y nosotros nos sumábamos y también pensábamos en conjunto ciertas situaciones que surgían en cada operativo.

[R.S] Incluso también con el resto de los compañeros que pertenecían a salud comunitaria, a personas del municipio; se fue aceptando esta lógica y el trabajo entre todos, y empezamos a percibir determinadas situaciones y a demandarnos.

¿Y cómo estaban conformados los equipos de salud mental?

[L.A]: Fue muy diverso en relación también a los distintos dispositivos que nosotros tenemos en territorio. Dispositivos asistenciales en relación a los trabajadores que componen los CPA (Centro Provinciales de Atención, pertenecientes a la red asistencial de dispositivos de la Subsecretaría de Salud Mental Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud). Se hizo una convocatoria para que puedan participar dependiendo de los barrios y municipios donde se efectuaban los Detectar y ahí se iban articulando y armando los equipos a medida que se iba avanzando; después se pudo articular y aceptar mejor con los regionales de salud mental, quienes son los

referentes y coordinadores de las regiones sanitarias de la provincia en materia de salud, teniendo en cuenta que la provincia de Buenos Aires está dividida en doce regiones sanitarias y cada una de ellas tiene un referente sanitario de salud mental. Con ellos se pensaba y planificaba qué puntos teníamos estratégicos y qué recursos humanos podían participar y ser parte también.

¿Los CPA se encuentran en el primer nivel de atención?

[L.A.] Los CPA son dispositivos provinciales que no son del segundo nivel sino que están más anclados en una lógica territorial. Por lo general abordamos situaciones de salud mental y también de consumos problemáticos. En el periodo de pandemia, el poder estar en territorio nos permitió articular con estos dispositivos para que se puedan abordar en conjunto, en red, las distintas problemáticas que fueron emergiendo, y con el desarrollo del proceso de abordaje en territorio fue acrecentándose la demanda en atención de salud mental y consumos problemáticos.

[R.S.] Creo que lo importante es que pudo comprenderse desde varios niveles la importancia de lo que es e implica la salud mental en general. Durante los abordajes territoriales se pudo observar que están naturalizados ciertos discursos e imaginarios en torno a la salud mental y a los consumos problemáticos. Circula mucho el punitivismo, lo no dicho de ciertos padecimientos por miedo al qué dirán. De a poco y atravesados por la pandemia esos discursos y prácticas se fueron desnaturalizando, dándole sentido e importancia al hacer desde la salud mental con la población y el mismo equipo de salud.

¿Pueden contar un ejemplo de un caso puntual, para transmitir cómo fue el funcionamiento de los equipos de salud mental en este marco?

[L.A.]: Fue acompañar e integrar, dentro de la planificación de abordajes en los operativos territoriales en general, la relación entre salud comunitaria y salud mental. Era una cuestión estratégica.

[R.S] Y se pensaba desde la flexibilidad más que nada.

[L.A] Exacto, por la particularidad del territorio y por lo que también iba sucediendo en ese contexto socio-sanitario, era todo nuevo, pero fuimos aprendiendo todos, a ir articulando, cómo intervenir y detectar la demanda, o estar más permeables a las subjetividades que iban apareciendo en ese momento.

[R.S] Sí, fue cambiando bastante la lógica del trabajo. En principio sobre todo era comunicar e informar dónde estaban localizados los centros de aislamiento, que eran donde las personas con COVID positivo iban a tener que realizar el aislamiento y permanecer catorce días, además de darles acceso a un teléfono para seguir sosteniendo contacto y vínculo con sus familiares, conocidos, amigos. Eso le facilitaba a la persona que iba a un lugar de esas características y que además no sabía cuánto tiempo iba a estar, tener un panorama un poquitito más claro, y en función de eso sobrellevar de la manera más tranquila posible si aparecían miedos y ansiedades, que podían padecer, entendiendo y transmitiendo que eso se llevaba a cabo en una lógica de cuidado, tanto para la persona como para sus familiares o convivientes.

[L.A] Muchas veces en la dinámica del operativo no se le informaba a la persona que llegaba al punto fijo de testeo a dónde iba a ir ni cuánto tiempo si era COVID positivo, o sea cómo era la modalidad de su aislamiento y el proceso que ello conllevaba. Al principio la situación era muy repentina: se le preguntaba a quién asistía al operativo “¿tenes síntomas?”, entonces se sugería el aislamiento a la persona y en ese momento tenía que irse al centro de aislamiento y con lo puesto. ¡Tremendo! Después eso se fue trabajando con todo el equipo, se fue modificando y ahí tuvieron una participación importante el conjunto del equipo de salud, porque bueno le comunicabas a esa persona que debía aislarse, aunque pareciera que es algo muy banal, fue muy importante, con respecto a tener la comunicación de cómo se iba a proceder con la persona aislada y con su familia que por ahí lo acompañaba al hisopado, para contener también algún episodio de angustia o incertidumbre que surgiera.

[R.S]: Claro, porque no solamente se daba el desconocimiento por parte de la persona que se testeaba, sino también de la familia de a dónde iba a ir esa persona, entonces también esa situación generaba un grado de angustia importante. Y pudimos acompañar en ese proceso.

¿Cómo estaban conformados los operativos?

[L.A] Había operadores comunitarios del municipio, trabajadores de la salud de distintas áreas, a veces estaba Desarrollo Social de PBA y sino municipal. Fue muy importante conformar así el operativo porque muchas veces los sectores donde se llevó a cabo el Detectar eran barrios populares y cuando las personas se tenían que aislar siendo sostén de familia se quedaban sin el alimento para llevar a sus hogares o familiares.

[R.S]: Quizá esta persona que iba al centro de aislamiento era la persona que trabajaba y obtenía el dinero para el día a día.

[L.A] Se generaban ahí situaciones complejas, en ese momento. Muchas veces sucedió también que por el nivel de informalidad de ciertos trabajos las personas no querían decir que estaban con síntomas de COVID, porque dejaban de trabajar y eso hacía que no podían llevar el alimento a sus casas.

[R.S] Con respecto a los consumos problemáticos, me acuerdo un caso de un hombre que había sido testeado estando alcoholizado, entonces también surgió este pedido de ayuda, para tratar no solamente el contagio sino su trayectoria de vida y al consumo en particular.

Pensaba además cuántos efectos subjetivos despertaron estos operativos, porque quizá después se podía acompañar en ciertas trayectorias desde salud mental.

[L.A]: Totalmente, sí, eso surgió y se dio por ejemplo también en la interrupción de los tratamientos, o de los acompañamientos que se llevaban a cabo en algún centro de salud que en ese momento se

había cerrado por la pandemia, por lo que fuera, o porque estaba aislado y no podía seguir con ese tratamiento y eso hacía que se produzcan mayores crisis o se agudicen los padecimientos que venían atravesando.

¿Y ustedes se encontraban con personas con tratamientos interrumpidos? ¿Qué se hacía por ejemplo en esos casos, se podía articular con algunos lugares?

[R.S] Sí, generalmente nosotros tratamos siempre de articular con todos los dispositivos que se pusieron en funcionamiento para abordar la situación de pandemia desde la Subsecretaría de Salud Mental como ser la línea de acompañamiento telefónico (0800), al dispositivo del CeTeC salud mental y derivaciones directamente a las regiones y a los CPA como para que esa persona pudiera acceder al lugar más cercano que tenía, se dieron articulaciones también con secretarías de salud de los diferentes municipios y con hospitales generales si así hubiera sido necesario.

[L.A] Y con otros organismos. También aparecían situaciones de violencias, que sucedieron bastante, entonces lo que se intentaba hacer era, si el municipio estaba presente en ese momento articular directamente, que es la primera instancia. Y después también se hacía algún tipo de diagnóstico situacional, para saber cuál era lo apropiado en ese caso, en esa puntualidad que demandaba el usuario o la usuaria para poder llegar lo más rápido posible, por una cuestión de cuidados y que acuda al lugar correspondiente.

¿Esa tarea la hacían ustedes?

[L.A] Sí, la articulación sí. Después se relevaban esos casos y si no se podía solucionar en el momento se derivaba el caso al organismo estatal correspondiente.

[R.S] Se armaba una reseña de ese caso en particular.

[L.A.] Y ahí pensábamos con el equipo cuál era la mejor vía de acceso que tuviera en salud.

¿Los trabajadores de la salud provenían de distintas disciplinas?

[L.A.] Sí, por lo general eran equipos interdisciplinarios.

[R.S.] Psicólogos, trabajadores sociales, había médicos también, enfermeras.

[L.A.] Psiquiatras muy pocos, que es un tema creo recurrente en todos los niveles de atención en salud, sobre todo en territorio.

Y en la actualidad, ¿los equipos siguen funcionando?

[L.A.] Sí. Después se rearmaron en los puntos fijos de testeo.

[R.S.] Y al día de hoy quedó la articulación particularmente con los puntos de testeo a través de los cuales nos siguen llegando situaciones que articulamos con otras instituciones: hospitales generales, CPA o lo que sea más cercano para que pueda acceder esa persona a la atención en salud mental.

Haber trabajado en este dispositivo en medio de una pandemia, articulado desde el Estado provincial conlleva diferencias en relación con muchos otros dispositivos donde no existe la intervención estatal ¿Qué características tienen para ustedes esas diferencias?

[L.A.] Es la construcción de un dispositivo con base en la comunidad, con otros actores sociales como los referentes barriales, con intervención estatal, más lo sanitario a full, pero entendiendo que no estamos solos, eso también es el Estado. La diferencia es poder construir esas redes comunitarias, que no sea la barrera de la inaccesibilidad de la salud y a otros derechos también, que las personas tuvieron garantizados también por esta relación y articulación con los distintos actores en el nivel municipal, organizaciones barriales y sociales, etc. Entiendo y tengo la convicción, desde mi profesión -como trabajado-

ra social- y desde la dimensión política que es desde lo estatal donde se deben garantizar los derechos del pueblo, entendiendo al Estado no solo desde una gestión simplemente, sino donde se construye y planifican las políticas públicas, con los distintos niveles y actores de la sociedad en su conjunto, intersectorialmente, garantizando sobre todo la equidad y la justicia social.

[R.S] Sí, es muy importante la participación de referentes barriales en el territorio.

¿Y cómo se fue dando la participación de esos referentes?

[R.A] Ellos se iban insertando también en los recorridos que se hacían puerta a puerta para conversar con los vecinos acerca de si tenían síntomas, cómo venían atravesando la pandemia, fueron importantes porque conocen la lógica del barrio, porque están en el día a día ahí, entonces era fundamental la presencia de ellos y las organizaciones sociales que los sostenían.

[L.A] Claro como que se daba esta doble cuestión, estar ahí en ese punto que estaba el camión con el operativo, pero también se armaban recorridos puerta a puerta donde ellos participaban y era importante porque por ahí salía también alguna cuestión, a la persona que iba a hisoparse también le surgían un montón de cuestiones que se podían tomar como malestar subjetivo, pero no era lo mismo que el recorrido puerta a puerta, ahí se daban otras situaciones.

[R.S] Porque no eran solamente personas que presentaban síntomas, sino que se sentían solos, por ahí estaban alejados de sus familiares, entonces acercarnos y poder charlar con ellos era muy importante y también brindarle acceso a algún dispositivo de la Subsecretaría; por ejemplo, lo que hacíamos era bastante difusión con respecto la línea 0800 de atención y acompañamiento en salud mental como otra herramienta al alcance.

¿Y cómo se organizaba esa “puerta a puerta”?

[L.A] Se armaba en el operativo cuando se llegaba, en relación con los distintos actores que se encontraban allí, planificando el recorrido según la dimensión del barrio.

[R.S] Quizá había barrios que eran diez manzanas, otros cincuenta, entonces en base a las personas que estaban presentes en el operativo se iban armando diferentes grupos como para hacer un recorrido por todas las manzanas del lugar y tratar de alcanzar todas las casas.

[L.A] Era bastante variable. El área de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud PBA que hizo un trabajo enorme y muy comprometido, tenía junto a nosotros la tarea de ir coordinando con los municipios en base a los recursos que había municipales, provinciales y lo que surgieran, entonces en base a eso se armaban estratégicamente los equipos.

¿Se tenía un mapeo del territorio?

[L.A]: Sí, estaba antes armado y en base a eso se pensaba y planificaba la injerencia en general del equipo comunitario de intervención.

[R.S] También fue importante la participación de voluntarios y voluntarias. Sobre todo, gente del barrio que conocía el lugar, la dinámica del territorio, se les informaba que el operativo iba tal día, se sumaban y eran un montón. Acá en La Plata también surgió con la Secretaría de Extensión de la UNLP y las áreas de extensión de la Facultad de Medicina y de Psicología también. Llevan adelante trabajos en territorio previos y se fue coordinando con ellos y sus voluntarios el abordaje de algunos operativos territoriales, en particular en La Plata y alrededores.

[L.A] El área de extensión territorial que pertenece a la Universidad Nacional de La Plata y que están como voluntarios, acá en La Plata funcionó muy bien y había mucha participación.

[R.S]: Se armó una brigada que se llamó Ramona Galarza que participaba en todos los operativos, eran voluntarios de la universidad, estudiantes, también de toda la zona de La Plata y alrededores.

Y con respecto al dispositivo en sí, ¿se fueron dando procesos de cuidados en esos acompañamientos?

[R.S] Sí, sobre todo en el momento en que las personas hacían el aislamiento en sus casas, cuando dejaban de ir a los centros de aislamiento, fue muy importante trabajar los modos de cuidados para cuidar también al resto de la familia y vecinos en los barrios.

¿Cuándo fue esto?

[R.S] Fines del año 2020, donde quizás los casos se estaban empezando a controlar un poco más y se podía sostener un aislamiento en la casa, por ahí dar las pautas de cuidado, la importancia de sostener determinados espacios aireados, e informar las medidas de cuidado oficiales que favorecían a prevenir contagios de COVID.

Y estos procesos de cuidado en particular desde la salud mental, ¿cómo se dieron?

[L.A] Desde la escucha y acompañamiento que es fundamental. Me acuerdo de una chica que estaba en una situación de violencia con su pareja, bueno también había que llamarla para saber, para pensar con ella, y poder informarle y mostrarle las diversas estrategias o medidas que podía llegar a tener para estar cuidada, con un acompañamiento desde el Ministerio de las Mujeres de PBA, también se hizo en ese caso concreto una articulación provincial y a través de la Dirección de Violencias de la Subsecretaría, con los compañeros también construimos ese canal de comunicación para poder derivar situaciones complejas, para que las mujeres víctimas de violencia tuvieran un canal directo con el Ministerio de Mujeres para poder intervenir.

¿Cómo era el funcionamiento de esta intersectorialidad?

[L.A.] A través de informes y llamados, se lo comunicábamos a la Dirección de Violencias de la Subsecretaría de Salud Mental y consumos problemáticos y violencias en el ámbito de la salud. Era un seguimiento medio cuerpo a cuerpo, pero a su vez era intersectorial o interministerial también. Para que no quedara ahí solo el pase de la información porque eran situaciones algunas muy complejas y graves que no podían esperar.

Es un dispositivo con el que se trabajó en la urgencia.

[L.A.] Sí, con las situaciones de vulnerabilidad en los hogares. Otra particularidad de urgencia muchas veces era lo que se jugaba en el momento que le informaban a la persona que era positivo de COVID.

[R.S.] Sí, cuando aparecieron los test de antígeno donde se tenía el resultado en el momento, transmitir el resultado era una instancia que conllevaba para la otra persona angustia, ansiedad, y poder contener en esos momentos esa situación.

¿Esa persona estaba en ese momento solo a la hora de saber el resultado?

[L.A.] Fue muy heterogénea la situación, porque por lo general ellos hacían la fila para hacerse el test y después esperaban el resultado, a veces estaban solas y otras con sus familiares esperaban cerca del punto de testeo. Entonces ahí había una coordinación interna con el equipo de salud de quién y cómo informar a la persona.

[R.S.] El acompañamiento era centralmente de los trabajadores que estábamos ahí, porque si una persona se acercaba con síntomas, pero la familia no los tenía lo ideal era que no esté en ese lugar, sino esperándolo en la esquina, justamente para no ponerse en riesgo, entonces era acompañar a esa persona que en esa instancia se encontraba sola.

[L.A] En todo ese proceso de los distintos momentos de la pandemia surgió una cuestión interesante que fue atender y acompañar la demanda de los equipos de salud.

¿De los propios equipos de salud?

[L.A] Sí, de los que están en territorio y también en los hospitales generales. Se armó el programa “Cuidar a los que Cuidan”. El objetivo del programa fue crear un espacio de contención, acompañamiento y consejería para los equipos de salud involucrados en la asistencia directa del COVID, a cargo de profesionales de la salud mental. Se constituyeron equipos profesionales de salud mental para esa tarea, en las distintas regiones sanitarias.

¿Participaron también?

[L. A]: Nosotros no participamos directamente, sí derivábamos situaciones a ese dispositivo que se presentaban en territorio o solicitaban los mismos compañeros de los equipos de salud.

¿Y esto era un pedido directo?

[L.A] En algunos casos sí, y en otros llegaba indirectamente por algún/a coordinador/a que lo advertía y requería entonces la intervención de estos equipos.

[R.S] De a poco fue surgiendo la demanda debido al cansancio, el trabajo desconocido, que, si bien después de un determinado tiempo te vas familiarizando con la lógica y con este dinamismo del que hablábamos, también impacta en la persona que está ahí. Y porque se vieron afectados directamente por tener familiares contagiados y/o fallecidos.

¿Cómo piensan todo este gran trabajo que se dieron impactando en la población?

[R.S] Principalmente lo que resalto es el acceso a la salud, que muchas veces por distancias, por cuestiones singulares, no se daba que el Estado estuviera ahí, acercándose al barrio, a la casa de esa familia.

[L.A]: Sí, totalmente, principalmente el acceso a la salud y el acceso también como te decíamos a entender que faltaba el alimento y se articulaba con Desarrollo y eso llegaba, y bueno otras cuestiones de derecho que no estaban garantizadas y eso pudo garantizarse, articuladamente más allá de las urgencias y la pandemia, con un Estado presente.

Bajo el funcionamiento de estos dispositivos hubo un efecto de ampliación de derechos en la población.

[R.S] Sí, en relación al acceso a la salud como también a otros derechos, por ejemplo, el derecho a la identidad, había personas que no tenían un documento y también se tramitó ese acceso.

Tema muy importante para el acceso a las políticas públicas

[L.A] Totalmente. Con todas las redes que se habían armado institucionales, pudimos llegar a la población.

[R.S] Y la importancia de esto, de trabajar de manera colectiva.

[L.A] Articulada y colectivamente, con la comunidad, con el otro, ya sea institución o usuario.

Esto que relatan se debe haber visto reflejado también en la comunidad en sí misma, en esto que contaba Ramiro con todo el tema de los voluntarios, de esas prácticas de aprendizaje de la comunidad que quedan como experiencia.

[L.A] Sí, creo que eso tiene que tomarse, si bien la salud comunitaria siempre estuvo, está en el primer nivel de lo que es la atención insti-

tucional propiamente dicha; creo que también esto nos abre una pregunta de cómo reorganizar y llegar de otra manera y estar ahí porque es lo necesario, haciendo con otro, tejiendo redes y fortaleciéndolas, creando un sistema donde se conjuguen todas las partes necesarias.

La misma práctica produce efectos comunitarios.

[L.A.] Lo comunitario no es que no estaba, en este contexto tan fuerte de emergencia, de pandemia, pero sí deja a las claras que ese es el camino, que necesitamos estar con el pueblo pensando una política pública que sea acorde a las necesidades, que esté bien y que tiene que suceder, pero siempre articulado, en relación con la comunidad y el territorio.

Todo este trabajo habrá dejado también un montón de datos importantes a nivel informático, para después poder elaborarlos.

[L.A.] Sí, también, que no lo nombramos aún, pero el Observatorio de la Subsecretaría de salud mental, consumos problemáticos y violencias jugó un papel importante organizando toda esa información estadística junto a todo el trabajo de la línea 0800 (dispositivo de escucha, acompañamiento y derivación en problemáticas de salud mental y consumos problemáticos).

¿Pudieron tener todos los insumos de protección trabajando en territorio?

[L.A.] Sí y los mismos vecinos también, se les proveía si no tenían en ese momento de barbijos y elementos de seguridad.

[R.S.] Sí, sobre todo pasaba con madres que estaban gestando, que, por ahí para poder sostener el amamantamiento, les brindábamos las máscaras de protección, esas herramientas que por ahí no las tenían y no podían acceder.



*Operativo Detectar. Lomas de Zamora. Equipo del Ministerio de Salud, PBA.
Fotógrafa: Laura Abayu.*

¿Algo más que les parezca importante sobre este dispositivo?

[R.S] Una reflexión personal de lo que dejó la experiencia fue la importancia de la intersectorialidad, de la articulación con diferentes organizaciones, como podían replicar también los mismos referentes barriales estas cuestiones que se daban en los operativos para con los vecinos. Nunca habíamos atravesado algo así como una pandemia.

[L.A] Me quedan palabras como sensibilidad, que es fundamental, y creo que, vuelvo a repetirlo, todo deja a las claras de hacia dónde, de acá para adelante, poder integrar desde lo que es salud mental en salud, la importancia que tiene, que se vio reflejado también en personas que no lo tenían en cuenta o tenían un estigma, creo que se apunta al sistema de salud integrado, el cual estamos construyendo para que sea así. No fue un hecho aislado de un operativo en sí, sino que tiene que ver con una mirada y con una política pública en construcción y con ese rumbo que es esencial. Lo colectivo es fundamental en este proceso de construcción.

El Estado como garante de derechos y nuestro rol desde el lugar de la salud mental, atravesar todo ese proceso, desde lo colectivo.

[R.S] Sí y la posibilidad aún en pandemia de continuidad para los usuarios porque quizá haber presentado síntomas, haberse acercado al testeo fue la apertura para poder tener un espacio terapéutico y continuarlo, no solamente fue esa situación particular, sino que ya queda la persona enganchada al sistema de salud.

Eso que decís es muy importante, porque muchas veces tampoco hay accesibilidad al sistema público de salud, aunque esté garantizada su universalidad.

[R.S] Porque la pandemia fue como la punta del iceberg, para muchas personas que venían con una trayectoria de padecimientos, este dispositivo fue una posibilidad para poder tener su espacio de escucha e inserción en el sistema de salud.

SECCIÓN II

Pensando las Políticas de Salud Mental desde el Estado. Reflexiones en torno a la pandemia

REINVENTANDO LAS PRÁCTICAS: SALUD MENTAL EN ÉPOCA DE INCERTEZAS

Alicia Stolkiner⁹

“La principal dificultad de toda cosmopolítica es la reconciliación entre lo universal y lo particular...la universalidad es la perspectiva del observador, nunca la del actor”

Yuk Hui

Breve marco general

En el año 2022 la humanidad lleva atravesando una acelerada transformación general, en el marco de una catástrofe sanitaria. La con-moción todavía no se ha desacelerado ni encuentra un nuevo punto de equilibrio. Mientras, se suceden acontecimientos que, aunque son presumibles afectan como inesperados. Tal el caso de una nueva cepa de contagiosidad multiplicada, previsible existiendo millones de personas sin acceso a la vacunación, que dismanteló una cierta ilusión de que habíamos entrado en la etapa final del COVID 19.

9 Licenciada en Psicología, hizo su posgrado en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la UBA en 1985, previamente cursó una Maestría en Psicología Clínica en la Universidad Nacional Autónoma de México. Doctora Honoris Causa de la Universidad Autónoma de Entre Ríos. Profesora Titular Regular de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (1985-2021). Profesora Regular del Doctorado Internacional y de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, de La Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional de Entre Ríos; y de otros posgrados nacionales y extranjeros

El proceso tensionó las fuerzas y los antagonismos que ya se vislumbraban desde crisis anteriores. En estos dos años millones de personas murieron, enfermaron o vieron precarizarse sus condiciones de vida, a la par que los cultores degradados de la “destrucción creativa” inherente a la acumulación desenfrenada celebran las ganancias increíbles que para algunos ha producido esta misma situación.

Según la ONU (2020) alrededor de 400 millones de empleos se perdieron a nivel mundial y las principales afectadas fueron las mujeres. La pérdida en América Latina era ya, a finales de 2020, de 26 millones de empleos (OIT, 2021). Mientras que el 2020 fue un año record para los más ricos del mundo, con un aumento de riqueza de US\$ 5 billones y una cantidad sin precedentes de nuevos multimillonarios (Forbes, 2021). A su vez, la cumbre sobre el cambio climático y la inequidad en la distribución de las vacunas mostraron la avaricia suicida de los poderes concentrados en la era del predominio mercantil.

Todo esto coincide con una increíble velocidad de los cambios geopolíticos y la dinámica de las sociedades, particularmente de Occidente. Pese a la pandemia, a su vez, la creciente tendencia a las movilizaciones sociales que venía marcando la segunda década del siglo no se detuvo, y fue notable en algunos países de América Latina, potenciando actores y discursos nuevos (Dillion C. y Ventura D. 2020).

Tensiones y Antagonismos en el campo de la Salud Mental

Detallar este contexto general, que requeriría más espacio, es necesario para reordenar las preguntas y los postulados con que trabajamos en lo concreto de las prácticas cotidianas en el campo de la salud mental. Sucede que afecta la producción de sufrimientos subjetivos e inclusive los modos de subjetivación y las condiciones en que tales prácticas se producen.

Sabemos además que parte de este cataclismo se acompaña de una necesaria sucesión de descentramientos respecto a supuestos y teorías, que son las herramientas de nuestras tareas. Esto no significa

tirarlas por la borda, sino reconsiderarlas críticamente y aumentar la capacidad de innovación.

La pandemia promovió una reubicación de la función de los Estados -recordemos que las políticas de salud mental nacieron con los Estados sociales de posguerra-que entra en tensión con fuerzas que promueven un nuevo ordenamiento centrado en la hegemonía del poder corporativo financiero, y necesitan para ello horadar aún las democracias, inclusive las formales. Entre tales fuerzas corporativas, se produjo una avanzada del complejo médico- industrial-financiero que pugna por incrementar sus beneficios con la catástrofe y construye discursos que lo convalidan.

Como uno de sus efectos, se profundizó la tensión entre las tendencias a reducir el sufrimiento psíquico a lo biomédico individual ofreciendo una respuesta medicamentosa e inclusive quirúrgica o de tecnología informática y, en el otro polo, la búsqueda de acciones sociales, territoriales y comunitarias fundadas en el fortalecimiento del lazo social, articuladas con políticas de Estado en miras a procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados integrales y en perspectiva de derechos. En la Argentina contamos para apoyar esta última tendencia con la Ley Nacional de Salud Mental número 26.557.

Desde el inicio de la pandemia hubo estudios locales e internacionales que tendían a psicopatologizar las formas subjetivas de transitar una situación que alteraba radicalmente la vida cotidiana y conmovía radicalmente las condiciones y formas de vida (Stolkiner A., Ferreyra J., 2020). Se difundió la frase “una pandemia de enfermedades mentales” e inclusive se diagnosticó un incremento epidémico de “depresión mayor” (The Lancet, 2021). Al incorporar esta categoría como forma de encuadrar muchos de los sufrimientos producidos, se abrió la puerta para proponer la prescripción masiva de psicofármacos e inclusive instalar masivamente cirugías específicas o implantación de chips cerebrales (Yampolsky C. y Bendersky D., 2014). Si bien esta tendencia precedía la crisis, se potenció de manera casi ficcional. Aclaremos que no se trata de desechar los avances de las neurociencias.

cias o algunas propuestas de la biomedicina, sino su posible aplicación medicalizante, abusiva por mercantilizada. Se requiere una correcta vigilancia epistemológica sobre el método de estas investigaciones, lo que obliga a revisar críticamente las categorías y las herramientas que muchos de tales estudios utilizan (Stolkiner, 2019) y desechar una universalización conceptual de la subjetividad humana que habilitaría respuestas técnicamente universalizables o sea sometidas a una cultura hegemónica monotecnológica (Yuk Hui, 2020).

Los esfuerzos adaptativos a realidades radicalmente nuevas producen conductas, sensaciones, sentimientos, etc., que pueden fácilmente ser confundidos con nosografías preexistentes, aunque no lo sean, y se desprende de ello la necesidad de revisar las formas de intervención. Si no se cae en el error de confundir conceptualmente lo subjetivo singular con lo individual, se impone reflexionar que los procesos traumáticos colectivos, esos que se inscriben en la historia de una sociedad, requieren de procesamientos colectivos que articulen con los singulares. Es en este punto que importa trabajar con la categoría sufrimiento subjetivo o sufrimiento psíquico (Ausburger, 2004) como lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental.

Mientras tanto, el campo de la salud mental en la Argentina, que se ha consolidado también como un movimiento social, conjugó los desarrollos teóricos y académicos, con la acción y los actores necesarios para dar muestras de innovación y capacidad de respuesta durante la pandemia aún con dificultades muy grandes; y no sin costo, desgaste y esfuerzo para sus actores.

Acciones, reflexiones e innovaciones

Apenas iniciado el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en marzo de 2020, en salud mental se enfrentaban los siguientes desafíos: cómo seguir dando respuesta y profundizando la atención de quienes ya se asistían en los servicios, cómo responder a las necesidades de cuidado por los padecimientos que conllevaba el COVID y cómo acompañar y generar espacios de acompañamiento

y soporte al personal de salud sometido a una situación laboral extrema.

La gestión de la Provincia de Buenos Aires sumó, además, la decisión y el desafío de profundizar y seguir adelante con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, que marcaba el año 2020 como aquel en el que debían transformarse las instituciones asilares manicomiales, de las que la provincia tenía algunas gigantescas y centenarias.

Lo auspicioso de muchas de estas experiencias y prácticas, incluyendo el proceso de la Provincia de Buenos Aires, ha sido el registro, la narración, la relación entre reflexión y acción mediada por la escritura, por las imágenes y la voz de sus actores. Nos llevará tiempo y será una tarea riquísima revisar y sistematizar lo que se produjo en innovación, reinventando o reapropiándose de saberes y prácticas que conjugan lo “universal” con lo absolutamente particular y propio de nuestra historia en este campo, y de cada institución, colectivo y equipo. Interesará ver cómo se pusieron a trabajar las herramientas teóricas y cómo se articularon los saberes. Las dimensiones políticas, político técnicas y técnicas desplegadas en esos procesos confluyen finalmente en acciones singulares. Publicaciones como las que contiene este libro son indispensables.

Todas estas experiencias deben promover sucesivos procesos de integración de: las acciones de salud mental en el campo de la salud en general, de prácticas sanitarias en políticas de Estado cuyo núcleo fundamental sea la perspectiva de derechos, entre las prácticas estatales en sus distintos niveles y las de actores y movimientos sociales que confluyen en este tipo de objetivos.

Es por eso que el campo de la salud mental requiere confluir como movimiento con todos los movimientos que colocan los cuidados de la salud y la vida como prioridad, y que apuntan a una integralidad de los mismos en el marco de políticas centradas en los derechos y con la participación de sus actores. Hacer nuestra tarea y efectivizar los principios de la Ley Nacional de Salud Mental es contribuir a ello.

Bibliografía:

- Ausburger, C. (2004.mayo/agosto) La Inclusión del Sufrimiento Psíquico: un desafío para la epidemiología, *Revista Psicología & Sociedad*; 16 (2): 71-80.
- Boletín Oficial de la República Argentina (2010, 3 de diciembre) Ley Nacional de Salud Mental número 26557.
- Dillion, C. y Ventura, D. (2020, marzo-abril) Por qué protesta tanta gente a la vez, *Revista Nueva Sociedad*, Nuso 286, <https://nuso.org/articulo/por-que-protesta-tanta-gente-la-vez/>
- Naciones Unidas (2020, 30 de Junio) Noticias ONU, Asuntos Económicos. La Pérdida de Empleo COVID 19 – Peor de lo que se esperaba <https://news.un.org/es/story/2020/06/1476782>
- Organización Internacional del Trabajo - América Latina y el Caribe: Serie Panorama Laboral 2021(2021, 8 de abril) La región perdió 26 millones de empleos en un año de pandemia, https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_779116/lang-es/index.htm
- Revista Forbes (2021, 22 de junio) Riqueza global aumentó en 2020 pese a los efectos de la pandemia, <https://www.forbes.com.mx/riqueza-global-2020-pese-efectos-pandemia/>
- Revista The Lancet (November 06, 2021) Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic, Volume 398, 1700–12. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext)
- Stolkiner, A. y Ferreyra, J. (2020, 3 de julio) Psicopatologizar la Cuarentena, *Revista Lobo Suelto*, <http://lobosuelto.com/psicopatologizar-la-cuarentena-alicia-stolkiner-y-julian-ferreyra/>
- Stolkiner, A. (2019, noviembre) Las dimensiones políticas de la investigación en el campo de la salud mental y sus prácticas. En el libro: *El Fin del Manicomio - construcción colectiva de políticas y experiencias en salud mental y derechos*. (109-124). Buenos Aires, Ed. Noveduc.

- Yampolsky, C. y Bendersky, D. (2014) Cirugía de los trastornos del comportamiento: el estado del arte. Revista Argentina de Neurocirugía. Vol. 28, N° 3: 78-98.
- Yuk, H. (2020) Fragmentar el Futuro-Ensayos sobre tecnodiversidad, Buenos Aires, Ed. Caja Negra.

DISPOSITIVOS DE ACOMPAÑAMIENTO DESDE EL ESTADO

Algunas reflexiones sobre experiencias en Argentina

Fabiana Rousseaux¹⁰

1. El acompañamiento: traducción de lenguas entre el Estado y las víctimas de Estado

El gran obstáculo al que se enfrentan quienes intervienen en el campo de los estudios de memoria, como así también quienes desarrollan una práctica ligada a víctimas, es el referido a los discursos técnicos en los cuales muchas disciplinas hacen pie. El hecho de escuchar a seres parlantes, divididos por efecto del lenguaje e inscriptos por lo tanto en el equívoco estructural, en lo imposible de ser dicho de modo absoluto; marcan un límite para aquellas intervenciones sostenidas en discursos técnicos como pueden ser el del derecho, el de la victimología, el discurso médico, el de las políticas públicas, etc. En definitiva, las perspectivas técnicas se enfrentan con el campo de “lo

10 Lic psicología UBA/ psicoanalista/ Ex directora del Centro de Asistencia a Víctimas de violaciones de Derechos Humanos Dr Fernando Ulloa de la Secretaría de DDHH de Nación, coordinadora del Plan Nacional de acompañamiento a testigos en los juicios contra el terrorismo de Estado (2005-2014)/ coordinadora nacional del Proyecto Clínicas de Testimonio del Ministerio de Justicia de Brasil (2015)/ Directora de la Asociación civil Territorios Clínicos de la Memoria (TeCMe)

que no cesa de no escribirse”, aquello que Lacan definió como lo real, lo traumático, lo imposible (Lacan, 2004).

Cuando esos discursos se topan con lo traumático, en algunas ocasiones intentan llenar de categorías unívocas el agujero que se produce ante la falta de significación, y de ese modo pretenden hacer coincidir y/o cerrar aquello que no cierra. Porque el sujeto que habla, que transmite la memoria, que realiza un acto de transmisión sobre lo acontecido, intenta traducir lo intraducible, por lo tanto es el primero en toparse con ese límite: no puede dar cuenta de todo y, a pesar de ello, se ve compelido por razones éticas y es exigido por razones técnicas, a tener que traducirlo de todas maneras.

Los discursos tomados por la técnica se dirigen a ese Sujeto haciéndolo hablar en una lengua que no habla. Más bien -esto lo sabemos por el psicoanálisis-, es hablado por su verdad. Un ejemplo claro de este dilema es lo ocurrido en el terreno del juzgamiento por crímenes de lesa humanidad en la Argentina y la larga experiencia construida para establecer una interlocución entre esos discursos que intervienen, o también podríamos decir, entre esas diversas lógicas.

Allí la tarea que emprendimos a mediados de los años 2000, desde el interior mismo de las estructuras estatales, para producir y consolidar una nueva significación acerca del significante “acompañamiento”, fue nodal. En ese punto de intersección -que anuda pero no coincide- se pusieron en juego diversos discursos como el psicoanálisis, la psicología, la salud mental, los derechos humanos, entre otros. Se llevó adelante desde la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación una tarea que cobró un valor muy considerable para los procesos testimoniales, dando lugar a nuevas coordenadas para la intervención en el marco de una experiencia inédita y éxtima al ámbito estatal-hasta ese momento-, a la vez que tan radicalmente propia. Podríamos decir que recién allí el Estado asumió su responsabilidad y eso trajo diversas consecuencias.

En el libro “Políticas y lugares de la memoria”, Juan Besse realiza una aseveración muy pertinente para pensar las políticas de memoria

en la Argentina, y dice: "... el movimiento por los derechos humanos es un movimiento que no solamente se piensa contra el Estado, como expresión de demandas de justicia y verdad por parte de la sociedad civil, sino que quiere darle forma al Estado, que quiere producir institucionalización de esos derechos conseguidos y no solo en el plano estricto del Derecho sino también en la materialización de una institucionalidad que haga efectivo lo establecido en la esfera estrictamente jurídica" (Besse, 2019).

Esta definición que Besse trae para hablar de la singularidad del caso argentino en materia de derechos humanos abre una dimensión importante, porque si hay algo que diferencia a nuestro país del resto de los países en torno a las políticas de memoria, verdad, justicia y reparación es el complejísimo y profundo vínculo que el movimiento de derechos humanos estableció con el Estado. Ello se debe, por una parte, al trabajo decidido y serio de lectura que el Estado -a través de las gestiones gubernamentales encabezadas por Néstor Kirchner y Cristina Fernández- realizó acerca de las marcas simbólicas, los legados, las políticas orientadas fundamentalmente por las Madres, las Abuelas, los H.I.J.O.S., los sobrevivientes, y el impacto de esas políticas sociales de memoria en las nuevas generaciones que sostienen aún el deseo de saber sobre aquello que sin lugar a dudas seguirá produciendo un nuevo horizonte en la memoria de lo traumático.

2. Derivas en pandemia. El Estado y las víctimas, retornos impensados

Si en trabajos anteriores hemos hecho referencia a la especificidad de la tarea de acompañar desde el Estado en el marco de los juicios contra el terrorismo de Estado; aquí nos interesa continuar abriendo interrogantes impensados, a partir de lo que la pandemia resignificó en relación a aquella práctica instituida.

En el tiempo anterior al acontecimiento COVID-19, no hubiéramos podido imaginar siquiera hasta qué punto las marcas, los legados

asumidos por el movimiento de derechos humanos primero y por las políticas públicas de Estado después; habían constituido un terreno ético posible para afrontar los significantes que circulan por el universo de las actualmente llamadas “políticas del cuidado”. En el caso argentino, vimos esas marcas asumidas en el presente, por un Estado que intentó restituir algo del tejido social dañado frente a la destrucción generalizada de lo pandémico. Una destrucción que vino a profundizar los ya deteriorados escenarios que dejó la gestión presidencial anterior¹¹, fundamentalmente frente a las políticas de derechos humanos, donde el negacionismo fue una de sus mayores huellas simbólicas y tuvo diversas traducciones a lo largo de la experiencia pandémica.

Aún está por verse si el enorme esfuerzo de inscripción social de la memoria, la justicia, la verdad y la reparación-que en nuestro país lleva más de cuatro décadas de insistencia- puede convertirse en una vía privilegiada para anudar aquellas huellas con derecho a la vida hoy jaqueado por la pandemia. Creemos que para el avance democrático, es indispensable analizar hasta qué punto los Estados que rescatan las marcas de memoria, han podido afrontar y pensar hoy de otro modo, las políticas sanitarias del cuidado, enlazándolas a discursos que se instituyeron sobre el valor que cobró en nuestra sociedad el dolor de las víctimas de delitos de lesa humanidad.

Cabe la pregunta acerca de si ¿será posible ampararnos en las marcas indelebles de la memoria traumática para lograr un nuevo pacto, en pleno escenario de desintegración de los lazos sociales, como parece provocar y profundizar la pandemia actual y sus múltiples derivas sanitarias y económicas? Es allí que la resignificación social –siempre retroactiva– a partir de la compleja construcción de lazos entre el Estado y las víctimas de Estado, pueden jugar un papel preponderante hoy. Y si esto es así ¿podrán dar lugar a condiciones de posibilidad que constituyan nuevos escenarios y obstaculicen en algo la marcha hacia lo que la pulsión de muerte parece haber desatado?

11 Nos referimos a la gestión neoliberal que estuvo a cargo de Mauricio Macri (2015/2019)

En la actualidad, frente a la dramática situación sanitaria global, se introdujo un concepto crucial, el *cuidado*, referido al modo en que los Estados asumen –o no– la protección, el amparo de los ciudadanos que quedaron expuestos al contagio, sobre todo en aquellos sectores de mayor vulnerabilidad social donde el confinamiento que se estableció como única medida eficaz al comienzo, se hizo difícil de sostener o imposible en algunos casos, sobre todo para esos sectores sociales.

También asistimos en gran parte de la región –y una vez más– al espectáculo obscuro de enfrentarnos con miles de muertos cayendo en fosas comunes, con los familiares buscándolos y sin respuestas estatales que asuman la responsabilidad de impedir que los cuerpos desaparezcan bajo la cifra de la muerte masiva y sin rostro. Estados que solo aplicaron políticas sanitarias bajo la lógica de la excepción, sin construir ningún otro canal que haga posible la implementación de esas políticas para recién allí inscribirse bajo el modo del cuidado. Lejos de eso, vimos en nuestra región, el retorno del desamparo hacia los ciudadanos del modo más radical y conocido: la indignificación de la muerte.

¿Qué lugar allí, entonces, para la perspectiva del acompañamiento como categoría de Estado? ¿Se introduce alguna diferencia si el significativo “acompañar” se anuda al Estado en momentos límites donde la muerte y la pulsión de muerte acechan volviendo todo ingobernable?

En tiempos de pandemia todo está en riesgo de desanudarse, los significantes se enloquecen y se sueltan de sus cadenas simbólicas, la temporalidad se desorganiza y los límites se borron. En ese contexto caotizado, la apelación a las respuestas estatales es determinante, sobre todo en lo tocante a lo que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) define como el derecho a la “trazabilidad” de los cuerpos, el derecho a una información precisa y certera del destino de los muertos y el derecho a la inscripción de la muerte aún en escenarios urgentes (Rousseaux, 2020).

Estos conceptos con enorme traducción jurídica, surgieron a la luz de la búsqueda permanente de familiares de desaparecidos, asesinados, apropiados a lo largo de toda América Latina, y hoy forman parte del conjunto de leyes, estatutos, resoluciones y protocolos que organizan el derecho internacional. No estuvieron desde siempre, fueron extraídos de esa experiencia de lucha e insistencia. Sabemos que nuestra región convive con una multiplicidad de países donde se perpetúan violaciones de derechos humanos y en su gran mayoría vinculadas a la desaparición de personas, lo cual produce una enloquecedora y permanente búsqueda de cuerpos, que provoca una reactualización inmediata ante lo siniestro de esas escenas, y la pandemia mostró la forma en que esos significantes pueden reintroducirse en lo social.

La inédita imposibilidad de ritualización de la muerte a escala global, ante las medidas sanitarias de prohibición de contacto con los cuerpos infectados, reactualizó escenas que provocaron una pregunta nueva al interior de los equipos que trabajan con estas temáticas y también al interior de las estructuras públicas donde diversos profesionales responsables de la aplicación de políticas sanitarias, debieron instituir intervenciones que recorten el efecto feroz de las desidias estatales que vimos desplegarse en países como Brasil, Colombia, Perú, entre otros.

Frente a esta situación, nos topamos muy rápidamente con efectos incalculados, provenientes del amplio universo de víctimas, producidas por el terror estatal. Estos efectos de terror, angustia, desamparo se sobre inscribieron en los nuevos discursos estatales en tiempos de pandemia. La compleja categoría de “víctima”, configura algo en torno a la representación de lo sagrado, en el sentido del tratamiento simbólico que sobre lo imposible realiza lo sagrado. Aquello que toda sociedad instituye para recubrir lo intocable, o dicho de otro modo, lo que opera en su función de límite al marcar una frontera (Rousseaux, 2018). También lo podemos pensar como un nudo alrededor del cual se reúnen diversos discursos que articulan de un modo nue-

vo significantes de peso tales como desaparición, memoria, ley, rito, terror, verdad, justicia, etc. Lo sagrado siempre tensiona los lugares que se abren a la construcción de una nueva lengua como la que se construyó en nuestra sociedad a partir del significante asintótico “desaparecido”, que es la figura que designa cabalmente a la “víctima” en nuestro país.

La invención del “dispositivo” de acompañamiento frente a este nuevo campo producido por la emergencia de esa lengua, tiene-para quienes lo teorizamos en su cruce con la representación estatal-, el efecto de las diversas conceptualizaciones que lo antecedieron: por un lado lo que Foucault definió como dispositivo “*lo que surge en respuesta frente a una urgencia en un momento histórico dado*” (Foucault, 1991) pero además también, desde lo que Lacan define como “*una capacidad de maniobra tal que es posible imprimirle cualquier tipo de movimiento*”. (Lacan 1981)

Nombrar al acompañamiento como dispositivo en la intersección de estas dos perspectivas es un modo de sacarlo del terreno de la técnica para llevarlo al terreno de las prácticas subjetivantes, para lo cual siempre está comprometido el intervalo que va entre un significante y otro, por lo tanto, nunca sabemos de entrada qué efectos producirá en cada sujeto. Se trata de una apuesta, cada vez.

Así tanto desde las novedosas prácticas estatales en materia de salud, desde el ámbito de la gestión que encabeza la Subsecretaría de salud mental de la provincia de Buenos Aires, como desde la asociación civil TeCMe, que trabaja con víctimas de violaciones de derechos humanos, nos sumamos a los debates internacionales respecto del problema del duelo suscitado en el marco de la pandemia. Ante la imposibilidad de enterrar a los muertos con ceremonias rituales, impedimentos de contacto con los familiares internados, etc. surgieron desde allí diversas propuestas clínicas, entre las cuales el acompañamiento en sus diversos modos cobró un valor central.

Los significantes puestos en marcha bajo los episodios globales del COVID-19 y aquellas experiencias del límite que atravesaron en

los años '70 -sobre todo las muertes sin restos mortuorios ni rituales funerarios y el deslizamiento hacia el estatuto de las “desapariciones”-impusieron sentidos que llevaron hacia la amenaza de lo que podemos llamar políticas de excepción, como un modo de nombrar el desamparo radical. Se intentó de este modo, la problematización y corte de esa vía siniestra para traer hacia el terreno de las políticas sanitarias del cuidado las diversas intervenciones derivadas de una inesperada interrogación clínica. ¿Por qué la cuarentena como política pública del cuidado, se tocaba -en su representación- con las marcas del encierro impuestas por el terror estatal remitiendo a muchos sobrevivientes a las peores escenas de sus secuestros? ¿Hasta dónde se habían anudado ambas situaciones, siendo que provenían de dos escenas radicalmente opuestas? ¿Cómo se podría introducir una ética de la diferencia frente a esto? ¿Qué Estado retornaba en ello?

Aquí por supuesto el escenario era el inverso en cuanto al modo en el que el Estado operaba respecto de las “políticas del cuidado” y la sociedad en su conjunto estaba comprendida dentro de esta lógica de la privación. Por supuesto, en estos casos también se cumple la lógica psicoanalítica del uno por uno, ya que la situación resonaba con absoluta singularidad en cada quien y no podemos establecer ningún tipo de generalizaciones al respecto.

En este sentido, desde TeCMe, pensamos lo clínico en su anudamiento a la memoria, en la medida que implica su barradura y por lo tanto no es sólo un territorio de la memoria a secas, sino un territorio “clínico” de la memoria, donde se aloja al sujeto del inconsciente. Dado que nos interesa pensarlo desde las diversas resonancias que las políticas públicas abren, establecimos una tríada teórica *Memoria-Clínica-Estado*, a partir de la cual impulsamos algunas formulaciones en torno a la clínica con víctimas de violaciones de derechos humanos¹².

12 Al respecto ver los trabajos publicados en <https://tecmered.com/>

Tomando esas tres categorías, sugerimos una formalización de la tarea de acompañamiento sostenida por los equipos de salud mental de la provincia, que produjeron un dispositivo telemático novedoso en plena urgencia de aislamiento, -CeTeC salud mental-13. Propusimos anudar una nueva tríada que incluyera a la anterior pero estableciendo algunas torsiones para dar cuenta de la especificidad de la tarea estatal en pandemia: Duelo - Estado - Acompañamiento, considerando que podía resultar orientadora para aportar nuevas líneas de trabajo a quienes se disponen a escuchar situaciones muy problemáticas ligadas al duelo en pandemia pero también abriendo a otros escenarios posibles dentro del Estado.

Esta articulación teórica que se deriva de la experiencia de “acompañamiento” estatal en el contexto de los juicios por delitos de lesa humanidad, como mencionamos más arriba, se instituyó en los pliegos mismos del Estado a efectos de crear un nuevo lazo con las víctimas de Estado, a condición de entender ese dispositivo como una práctica en el límite.

Problematizar el concepto de límite como así también el de la urgencia, fueron centrales para una teorización del acompañamiento telemático de los CeTeC-salud mental, cruzado también en este caso por el lugar que se encarna en esa escucha telefónica que no es solo del orden de lo terapéutico -al modo tradicional, proveniente de un campo de saber ya establecido-, sino que el saber “a construir” está en el acto mismo de acompañar escuchando lo que hay de ilimitado y urgente en esa demanda, para bordear la urgencia, orientarla, dar forma y hacer posible una intervención, encarnando lo estatal siempre complejo y fallido. Ese es el nudo teórico del acompañamiento, intentar hacer algo nuevo con eso que se desborda.

13 El Programa CeTeC-Salud mental fue creado para el acompañamiento telefónico -en primera instancia- a familiares de personas que fallecieron por Covid-19, son contactos estrechos o tienen confirmado un diagnóstico de contagio. Se derivan desde el sistema telemático de “CeTeC- general” que es el primer dispositivo al que llegan las personas que atraviesan situaciones vinculadas al coronavirus y presentan alguna situación de sufrimiento en salud mental.

El estatuto de lo digno que el dolor trae cuando es alojado en un dispositivo pensado para producir un efecto humanizante -tanto en aquellos que son escuchados como en quienes escuchan- se soporta cuando las garantías de eficacia se ponen en suspenso y se da lugar a la apuesta por lo inesperado.

Bibliografía

- Besse, J. y Escolar, C. (compiladores) (2019) *Políticas y lugares de la memoria. Figuras epistémicas, escrituras, inscripciones sobre el terrorismo de Estado en la Argentina*. Buenos Aires, Miño y Dávila Ed.
- Foucault, M. (1991) El juego de Michel Foucault, En *Foucault, M. Saber y verdad*, Madrid, Ediciones La Piqueta.
- Lacan, J. (1981) El Seminario, Libro 1, *Los escritos técnicos de Freud*, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (2004) El Seminario, Libro 20. Buenos Aires, Paidós.
- Rousseaux, F. (2020, 5 de mayo), *Rito y Ley*, <https://tecmered.com/rito-y-ley/>
- Rousseaux, F. (2020, 7 de mayo) *30.0000*, <http://tecmered.com/30-000-ni-idea-el-estado-y-losacro/>

CUIDAR LAS INFANCIAS Y JUVENTUDES EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Cómo construir el futuro en el presente

*Alejandra Barcala*¹⁴

La irrupción de la pandemia por COVID 19, y las medidas de aislamiento que se implementaron como consecuencia, generaron una profunda y abrupta transformación de la vida cotidiana que abarcó tanto dimensiones sociales como económicas y culturales. Esto llevó a que se modificaran las tramas vinculares, lo que a su vez derivó en un gran impacto en la subjetividad.

El potencial traumático que devino de la pandemia requirió un enorme trabajo psíquico para ser afrontado, y un gran esfuerzo de elaboración para tramitarlo. En particular en niñas, niños y adolescentes implicó el desencadenamiento de afectos, emociones, sentimientos, preocupaciones y malestares que, sin ser comprendidos en términos patológicos, requirieron de cuidados y acompañamiento

14 Psicóloga Magister en Salud Pública, Dra. en Psicología (UBA). Postdoctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventudes. Directora del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. Profesora Titular e investigadora. Asesora del Programa Niñez y Juventudes de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud pública. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires.

para afrontar la incertidumbre de las circunstancias que estaban viviendo.

En un contexto de enorme vulnerabilidad social, que dejó al descubierto la reproducción y profundización de las desigualdades ya existentes, las instituciones, especialmente las de salud, se vieron exigidas a transformar los modos de producción de atención y cuidados brindados hasta entonces. A partir de ello, se puso en agenda la importancia de la implementación de políticas de salud mental para el cuidado de las comunidades.

En este escenario, el gobierno de la provincia de Buenos Aires creó en junio del año 2021 el “Programa Infancias y Juventudes, cuidados y asistencia en salud mental”. Implementado en el marco de ampliación de políticas sanitarias, logró visibilizar y amplificar un tema tan sensible y relevante en las niñeces y juventudes, que históricamente fueron relegadas en este aspecto, y aportó una perspectiva interdisciplinaria de derechos humanos y género. A su vez, el programa reconoce las necesidades de una gran cantidad de niñas, niños y adolescentes de la provincia que se encuentran en condición de pobreza y con sus derechos vulnerados. Para ellas y ellos es necesaria esta iniciativa, que evidencia un posicionamiento ético y político que apuesta a construir el futuro en el presente.

Principios innovadores

En primer lugar, en consonancia con la Convención Internacional de los Derechos de los Niños y las leyes de protección integral nacional y provincial, el Programa se propone escuchar y acompañar a niñas, niños y adolescentes para garantizar el interés superior de los mismos como derecho. En múltiples investigaciones sus voces indican que no se sienten escuchados en sus sufrimientos, afectaciones, malestares, y no encuentran espacios para hablar de múltiples temas: angustia, depresión, autolesiones, intentos de suicidio, situaciones de vulnerabilidad, acosos y discriminaciones. La creación del Programa responde a esa demanda, ya que se propone abordar el complejo proceso de

cuidados y acompañamiento que requiere la construcción de subjetividad e identidad por los que transitan niñas, niños y adolescentes en el marco de un sistema capitalista global que origina precariedad y construye subjetividades individualistas, promueve ruptura de lazos sociales y provoca sentimientos de soledad y desamparo.

A esto se suma una acuciante situación de vulnerabilidad de muchas familias con altos niveles de padecimientos que, evidenciando los efectos de los determinantes sociales en la salud mental, obliga a repensar el abordaje de los traumatismos sociales. Las situaciones complejas de la vida cotidiana fueron agravadas por la pandemia y generaron sufrimientos, vivencias y afectaciones que superaron las capacidades de simbolización y elaboración, requiriendo dispositivos que desde una escucha activa y respetuosa acompañen y colaboren en esta tarea con una dinámica creativa y plástica.

En segundo lugar, el Programa intenta evitar miradas adultocéntricas que vacían de sentido aquello que sienten y piensan niñas, niños y adolescentes, favoreciendo la problematización de las prácticas de salud hegemónicas que privilegian procesos biomédicos donde se objetivan, patologizan y medicalizan los sufrimientos sociales.

Este posicionamiento requiere un permanente ejercicio de reflexión sobre dichas prácticas, ya que la principal herramienta con la que se cuenta en el campo de la salud mental es la subjetividad de los trabajadores, es decir, la capacidad para escuchar, comprender y acompañar a las niñas y adolescencias en el proceso de constitución subjetiva y construcción identitaria.

En tiempos de pandemia este Programa invita a pensar con otras y otros en diálogo, a escuchar y reconstituir memorias colectivas, a repensar las prácticas, a desarrollar praxis innovadoras territorializadas rescatando la agencia de las niñas y las adolescencias, propiciando la emergencia de sus propias narrativas, incluyendo sus voces y territorios. Desde un enfoque de derechos, comprende a las niñas, los niños, las y los adolescentes como sujetos epistémicos generadores de saberes con capacidades para explorar, reflexionar, actuar y va-

lorarse en sus entornos como sujetos políticos. Es decir, los considera sujetos activos, con intereses colectivos propios y con posibilidad y capacidad de influir en las dinámicas sociales, de actuar en el mundo y transformarlo. A partir de ello, promueve y facilita su participación en las distintas instancias de la vida social. Una participación que no pretende solo empoderar a niñas, niños y jóvenes, sino que en sus apuestas generativas amplifique y acompañe el poder que ellas y ellos tienen. Así, el Programa muestra la presencia del Estado a través de una institucionalidad que promueve y articula una praxis que pretende evitar el sentimiento de desvalimiento y desamparo frente a la percepción de niñas, niños y adolescentes y sus familias de no ser escuchados en sus necesidades y sufrimientos.

En tercer lugar, tiene en cuenta las múltiples diversidades culturales, territoriales, étnicas y de género. Se reconocen, de esta manera, subjetividades situadas, contextualizadas territorialmente en las diferentes localidades de la provincia. De esta forma busca romper con una noción de normalidad que invisibiliza las diversas formas de ser niñas, niños y adolescentes. Esto va en consonancia con lo observado en el reciente estudio “Salud Mental en tiempos de COVID” (Unicef, 2020), que al recoger las voces de ellas y ellos mostró que la aceptación de la diversidad produce beneficios en la salud mental, así como participar y ser protagonistas en las decisiones concernientes a su vida y sentirse acompañadas y acompañados, escuchadas y escuchados.

Una práctica con desafíos

Poner en práctica estos principios requiere de una construcción colectiva y participativa entre saberes, y de un proyecto crítico para transformar la realidad. A partir de la creación del Programa comenzó un trayecto que promueve la implementación de una institucionalidad diferente, que apoya el diseño de servicios con una lectura crítica. Son mucho los desafíos y retos hacia el futuro en un escenario provincial en que existe una brecha importante entre los servicios de salud mental existentes y las necesidades y problemáticas de las

niñeces y juventudes, así como barreras de accesibilidad culturales a los mismos. Esto implica una modificación en las formas de abordaje en salud mental, que incluye como ejes centrales el trabajo interdisciplinario en red, intersectorial y territorial y la co-responsabilidad, así como el rescate de lo singular en cada situación particular. También, a partir de la necesidad de historizar las situaciones traumáticas vividas y los duelos producidos durante la pandemia, el Programa se propone elaborarlos con intervenciones que apunten a eliminar los distintos tipos de violencia que lesionan la autoestima, y que generan identidades denigradas, subalternizadas. Y a través del acompañamiento intersubjetivo y de la construcción de lazos sociales tiernos y amorosos, visibilizar la potencia de la construcción de lo común.

De esta manera se construyen nuevos dispositivos y herramientas que permiten evitar las prácticas de segregación en sus diversas variantes, y promueven y garantizan el derecho al juego, a la participación y a la realización de actividades recreativas propias de cada edad valorizando la apropiación de los espacios públicos. Esta propuesta incluye y compromete a todas y todos los que trabajan en el campo de la salud, porque junto a las políticas públicas se necesitan recursos humanos que estén a la altura del desafío y la oportunidad de construir un sistema de salud mental disponible a abordar los problemas que presentan las niñas, los niños, las y los adolescentes de la provincia de Buenos Aires.

Una poesía colectiva compuesta por niñas y niños de la provincia de Buenos Aires, junto a compañeras y compañeros de Latinoamérica, en el marco de la Bienal Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales, Niñeces y Juventudes, refleja de manera precisa el espíritu del Programa y la idea de que garantizar derechos produce salud mental.

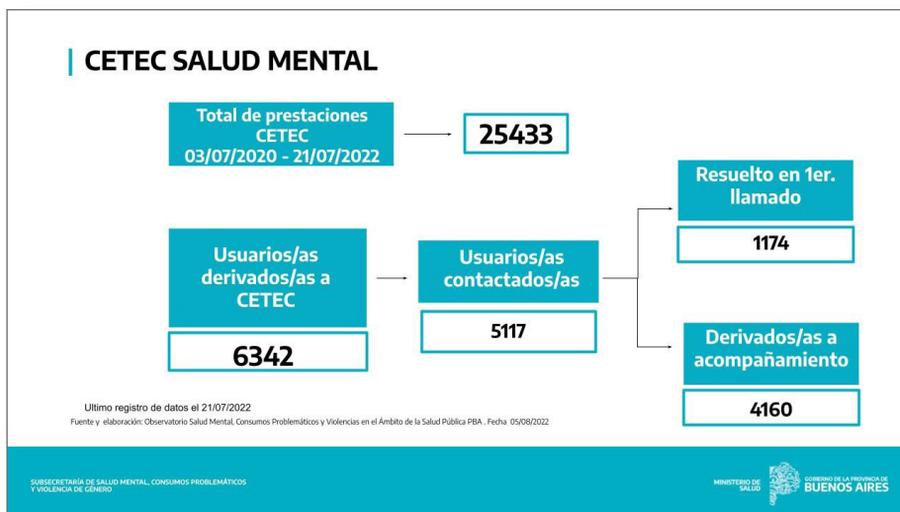
Recreando los derechos
Porque ellos sí que existen,
pero en algunas situaciones se nos resisten.

Derecho a soñar, a volar,
aunque también a una confiable seguridad.
Derecho a leer y pensar mejor,
que las bibliotecas tengan libros con mucho color.
Derecho a descubrir lo que hay por dentro,
para repararlo, aunque sea un intento.
Derecho al aprendizaje y a proteger el mundo,
aunque sin madrugones ni contando segundos.
Derecho a que se vuelvan dulces los pimentones,
y tengamos más tiempo libre y juegos de a montones.

Bibliografía

UNICEF (2020). Salud Mental en tiempos de coronavirus. Estudios en los efectos en la salud mental de niños, niñas y adolescentes por COVID-19. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/11051/file/Estudio%20sobre%20los%20efectos%20en%20la%20salud%20mental%20de%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20por%20COVID-19.pdf>

Alcances de acción de políticas de cuidado, acompañamiento y asistencia en salud mental en pandemia en la Provincia de Buenos Aires.
(Periodo 2020/2022)



SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA 0800 222 5462

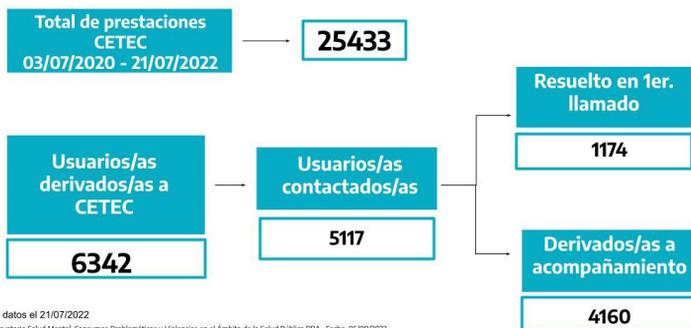


Fuente y elaboración: Observatorio Salud Mental, Consumo Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública PBA. Fecha: 05/08/2022

SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL, CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y VIOLENCIA DE GÉNERO

MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CETEC SALUD MENTAL



Ultimo registro de datos el 21/07/2022

Fuente y elaboración: Observatorio Salud Mental, Consumo Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública PBA. Fecha: 05/08/2022

SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL, CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y VIOLENCIA DE GÉNERO

MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CUIDAR A LOS QUE CUIDAN*

PERIODO 2020 - 2022



(*) Último registro de datos 21/07/2022

Fuente y elaboración: Observatorio Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública PBA. Fecha: 05/08/2022

SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL, CONSUMOS PROBLEMÁTICOS
Y VIOLENCIA DE GÉNERO

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

CUIDAR A LOS QUE CUIDAN

DISPOSITIVOS ALCANZADOS: 99

- 54 Equipos de Hospitales Generales
- 13 Centros de Telemedicina (Cetec)
- 10 Unidades Pronta Atención (UPA)
- 6 Centros Alternativos Atención Médica Extrahospitalarios (CAAME)
- 4 Postas de Vacunación
- 6 Hospitales Municipales
- 3 Centros de Testeo
- Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria (SIES)
- Ministerio de Salud
- Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros

SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL, CONSUMOS PROBLEMÁTICOS
Y VIOLENCIA DE GÉNERO

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

ABORDAJES TERRITORIALES

Cantidad de operativos realizados

460

Municipios alcanzados

ALMIRANTE BROWN
AVELLANEDA
ENSENADA
GENERAL SAN MARTÍN
GENERAL PUERTRREDÓN
JUNÍN
LA MATANZA
LINCOLN
LA PLATA
LOMAS DE ZAMORA
L. ALEM
PILAR
QUILMES
SAN ISIDRO
SAN MIGUEL

Acciones realizadas

ACOMPANAMIENTO PRE-POST TRIAGE
ACOMPANAMIENTO A EQUIPOS DE SALUD
ACOMPANAMIENTO A FAMILIARES
ARMADO DE REDES COMUNITARIAS
DIFUSIÓN 0800-SALUD MENTAL
DERIVACIÓN CETEC-SALUD MENTAL
ORIENTACIÓN

- **TOTAL DE PERSONAS ALCANZADAS: MÁS DE 50 MIL**

Fuente y elaboración: Observatorio Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública PBA. Fecha 22/10/2021

Los afectos y emociones singulares con los que cada persona pudo transitar la pandemia de COVID 19, las modalidades colectivas de cuidado, acompañamiento y solidaridad que se desplegaron en la comunidad y las políticas públicas -en este libro, políticas sanitarias- son los niveles de análisis que intentan abordarse.

El presente libro nace con la intención de compartir algunas reflexiones sobre la salud mental en el contexto de pandemia y colectivizar una serie de experiencias de políticas públicas llevadas a cabo por la *Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires*, durante la emergencia sanitaria.

Para leer este libro con la profundidad a la que se invita, por la innovación de las intervenciones y el amor por el pueblo de las experiencias relatadas, el lector o la lectora deberá situarse en el marco de los hechos que conmovieron a la humanidad en su conjunto al mismo tiempo que la salud mental cobró un protagonismo que no tenía.

