.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Repositorio Digital Institucional

Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: "Y ahora, ¿Qué hago de mi vida?". los procesos de externación y la problemática habitacional

Autores (en el caso de tesistas y directores):

Agostina Spadea

Silvia Ghiselli, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2019

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: http://repositorio.sociales.uba.ar/

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)
La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR

Repositorio Digital Institucional

.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Universidad Nacional de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Trabajo Social
Área de Investigación

"Y ahora, ¿Qué hago de mi vida?"

Los procesos de externación y la problemática habitacional

Trabajo de Investigación Final

Autora
Agostina Spadea
DNI 37.375.908
(spadeaagostina@gmail.com)

Tutora temática
Silvia Ghiselli
(silviaghiselli@gmail.com)

Seminario de Tif
Año 2018

Fecha de presentación
6 de Junio del 2019

Agradecimientos

A Silvia Ghiselli, quien como docente de Taller IV y tutora temática de esta investigación, me aportó su lectura crítica, su acompañamiento y fue un gran sostén para este proceso. Sin dudas sos una referente indiscutida para mí en esta profesión.

A la Universidad Pública, a todxs mis docentes y compañerxs, quienes me ayudaron a problematizar(me) y construir(me) como profesional a lo largo de todos estos años.

A Ruth, mi referente de las prácticas pre-profesionales, quien me demostró que se puede ser instituyente y construir un abordaje comunitario en Salud Mental desde una institución total.

A lxs profesionales del Hospital en Red, por su predisposición y apertura para brindarme todas sus experiencias de intervención como aporte sustancial para la construcción de este Trabajo Final.

A lxs referentes entrevistadxs por abrirme las puertas de sus instituciones, dejarme conocer un poco de su trabajo cotidiano y aportarme otra perspectiva sobre la problemática habitacional.

A todxs lxs pibxs internadxs en el Hospital, por compartirme sus miedos y angustias en cada uno de sus procesos de externación, puntapié inicial de esta investigación.

A mi familia, que acompañó y apoyó con paciencia y amor no sólo este largo proceso de investigación, sino también todo el transcurso de la Carrera.

A mis amigxs y compañerxs, por escucharme y bancarme en cada momento de angustia, estando a mi lado siempre para abrazarme y brindarme toda su contención.

Y a Mery, mi compañera de largas noches sin dormir en el transcurso de toda la Carrera.

A cada unx de ustedes,
¡Gracias Totales!

Agos

Resumen

Título: Los procesos de externación y la problemática habitacional

Autora: Agostina Spadea (spadeaagostina@gmail.com)

Fecha de presentación: 6 de Junio de 2019

Palabras claves: Procesos de externación - Salud Mental - Consumo Problemático - Problemática Habitacional.

El presente trabajo tiene como finalidad analizar cómo se vinculan las intervenciones de los equipos interdisciplinarios del servicio de internación del Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte, en torno al fortalecimiento del acceso a la vivienda de las personas con múltiples internaciones en sus procesos de externación del Hospital. La metodología seleccionada es de enfoque cualitativo, basada en entrevistas semi-estructuradas tanto a profesionales de los equipos de internación como referentes de las instituciones con las que articula el dispositivo para realizar externaciones. También se han analizado Historias Clínicas y registros de campo.

En base a dichos insumos y a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 como normativa vigente, que se presentan de forma transversal durante todo el trabajo final, realizamos el análisis de la investigación. Se utilizaron los aportes teóricos sobre el concepto de campo de Spinelli y los escritos de autorxs como Benedetti, Cazzaniga, Levin, Touzé y Goffman -entre otros- para analizar la institución. También tomamos tanto los aportes de Filho como de Stolkiner y complejizamos nuestra mirada sobre la interdisciplina. Para pensar la autonomía relativa y el rol de lxs profesionales nos basamos en los aportes de Aquín y Pantanalli. Con los postulados de Foucault analizamos las relaciones de poder, y a fin de comprender su implicancia en nuestros cuerpos, debatimos con los escritos de Forte y Pérez. Por último, para dar cuenta de los procesos institucionales, profundizamos los postulados de Lewkowicz. Y utilizamos los aportes de García Delgado para repensar el rol del Estado.

Con estos aportes, realizamos un recorrido histórico donde analizamos los paradigmas institucionales vigentes en el Hospital, caracterizamos el dispositivo de internación y su modalidad de abordaje. También, caracterizamos las redes de apoyo institucionales construidas como estrategia para abordar la problemática habitacional en el proceso de externación. Y describimos, en profundidad, las complejidades que se atraviesan en los procesos de externación del Hospital, haciendo hincapié en las dificultades habitacionales de las personas que realizan tratamiento allí.

Aclaración para la lectura

Lenguaje inclusivo y primera persona del plural

En este Trabajo de Investigación Final haremos uso del lenguaje inclusivo ya que consideramos que el lenguaje es una forma de transmitir lo que sentimos, pensamos y somos; es el reflejo de nuestras actitudes y creencias. Por lo tanto responde a un posicionamiento ético-político. El lenguaje -no inclusivo- no es neutro, es un mecanismo de poder del sistema patriarcal que esconde una clara invisibilización de la mujer y de los géneros disidentes. Entendemos entonces, que nuestro posicionamiento como cientistas sociales debe plasmar, también en nuestros escritos académicos, la lucha contra la heteronormatividad del modelo binario hombre-mujer, visibilizando no sólo a la mujer sino a las identidades no hegemónicas. Esta disputa de sentidos, de la que somos coyunturales en este tiempo histórico, nos obliga a repensar nuestros modos de expresarnos. Como sostiene Díaz Rojo, *"La lengua refleja la cultura, es decir, las creencias, los valores y las actitudes culturales propias de mentalidades, visiones del mundo e ideologías diversas. Una lengua no contiene una sola cosmovisión o cultura correspondiente a un único grupo o colectividad humana. Una lengua es el sedimento histórico de la influencia que sobre la conceptualización semántica del mundo externo ejerce la cosmovisión de las distintas generaciones y de los distintos grupos sociales y comunidades culturales que hablan dicha lengua. El vocabulario puede ser reflejo, aunque indirecto y parcial, de una mentalidad o visión del mundo mantenida por una comunidad más o menos homogénea y cohesionada"* (Díaz Rojo, 2004:65).

Por lo tanto, esta investigación intentará salir del patrón binario, machista y heteropatriarcal, utilizando en la elaboración de la misma la "X" para todas las palabras que reflejen género entendiendo que de esta manera podemos hacer referencia al conjunto inacabado de expresiones del mismo. Sin embargo en varias ocasiones se utilizaron los artículos "el/la" cuando fue imposible reemplazarlos –intentando preservar el anonimato de lxs entrevistadxs- teniendo en claro que se estaba reproduciendo la heteronorma.

Por último, creemos necesario aclarar que se utiliza la primera persona del plural con el fin de darle un carácter impersonal a la investigación, y así tomar distancia de lo que se escribe a lo largo de la misma.

Índice

Introducción **5**

Abordaje Metodológico **7**

Tipo de estudio y metodología seleccionada 7

Obstáculos y Facilitadores 9

Resguardos Éticos 10

Capítulo 1: Las Transformaciones en el Hospital de Salud Mental **12**

1.1 Recorrido Histórico e Institucional 16

1.2 Dispositivo de Internación 21

1.3 Hospital en ¿Red? 25

Capítulo 2: La modalidad de trabajo en el dispositivo de Internación **27**

2.1 Interdisciplina y relaciones de poder 28

2.2 El rol del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios 32

2.3 Estrategias de intervención y autonomía relativa 33

Capítulo 3: ¿Redes de apoyo institucional? **36**

3.1 ¿Construcción de red o articulación interinstitucional? 37

3.1.1 Dispositivos Estatales 38

3.1.1.1 Paradores del GCBA 40

3.1.2 Dispositivos confesionales 43

3.1.3 Dispositivos de las Organizaciones de la Sociedad Civil 45

Capítulo 4: Las complejidades en los procesos de externación **49**

4.1 La situación habitacional 51

4.2 Los dispositivos de externación del HNR 55

Anexo **65**

1.1 Guía de Entrevistas a profesionales del equipo interdisciplinario de salud 65

1.2 Guía de entrevista a referentes de las redes institucionales de apoyo 66

1.3 Cuadro 1. Obstáculos para la implementación de la Ley 67

1.4 Cuadro 2 . Informe Preliminar - Censo Popular de Personas en Situación de Calle 68

Introducción

Este Trabajo de Investigación Final, se propone dar cuenta de los resultados obtenidos en la investigación desarrollada en el marco del Seminario de Trabajo de Investigación Final, de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Buenos Aires. Esta investigación se desarrolló entre los meses de Agosto del 2018 y Junio del 2019.

A partir del interés surgido en las prácticas pre-profesionales de la materia Taller IV, desarrolladas durante todo el año 2018 en el Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte, nos inscribimos en el campo temático de la Salud Mental y el Consumo Problemático. Y nos planteamos como pregunta problema *¿De qué manera la construcción de redes de apoyo institucionales, que proponen los equipos interdisciplinarios del dispositivo de internación, se constituye en estrategia de accesibilidad a la vivienda de las personas con múltiples internaciones?*. La misma será la que guiará toda la investigación.

Nos resulta de gran importancia abordar esta temática ya que entendemos que el análisis de la vinculación entre estos dos fenómenos es un terreno poco explorado, que puede ser un aporte para re-pensar los procesos de externación del Hospital y para problematizar las estrategias que se piensan para el mismo.

La hipótesis en la que se enmarca esta investigación sostiene que las estrategias de intervención que proponen los equipos profesionales, se complejizan con la dificultad que conlleva fortalecer el acceso a la vivienda de las personas internadas en el Hospital, haciéndose cada vez más necesario contar con instituciones de apoyo para poder fortalecer el proceso de sus externaciones.

Teniendo en cuenta esta hipótesis, buscamos profundizar el análisis en la construcción de redes de apoyo institucional por parte de los equipos profesionales del dispositivo para el abordaje de las externaciones. Nos planteamos, por lo tanto como objetivo general: *Analizar cómo se vinculan las intervenciones de los equipos interdisciplinarios del dispositivo de internación en torno al fortalecimiento del acceso a la vivienda de las personas con múltiples internaciones con sus procesos de externación, en el HNR durante los años 2017-19.* Para poder llevar adelante este objetivo fue necesario plantear los siguientes objetivos específicos:

1) *Conocer las intervenciones de los equipos para la construcción de redes de apoyo institucionales para el abordaje de las externaciones, a través de entrevistas con profesionales, referentes de las instituciones y con la lectura de historias clínicas.*

2) *Indagar, a partir de entrevistas con profesionales, registros de campo y lectura de historias clínicas, de qué manera influye la situación habitacional en las externaciones de dichas personas.*

3) *Caracterizar, a partir de entrevistas con referentes de las instituciones de apoyo, las condiciones de amparo que le brindan a las personas externadas del Hospital.*

Abordaje Metodológico

Tipo de estudio y metodología seleccionada

Esta investigación se realizó basándose en la metodología cualitativa ya que nos propusimos analizar la vinculación de las intervenciones de los equipos interdisciplinarios del servicio de internación del Hospital Nacional en Red (HNR), en torno al fortalecimiento del acceso a la vivienda de las personas en sus procesos de externación. Para ello entendemos que es necesario *"estudiar las cosas en sus escenarios naturales, tratando de entender o interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas le dan."* (Denzin y Lincoln, 2005: 4). Como bien plantean lxs autores dicha investigación consiste en realizar una serie de prácticas interpretativas, que hacen al mundo visible, localizadas en un cierto lugar y tiempo que sitúan al observador en el mundo. De modo que la misma permitirá realizar, como sostiene Taylor y Bogdan (1984) -retomando los postulados de Emerson-, *"descripciones íntimas presentando detalladamente el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes de los involucrados"* (Emerson, 1983:24). Teniendo como eje los objetivos específicos planteados, realizamos un estudio de carácter descriptivo con el fin de poder expresar una imagen fiel de los planteos, significaciones y percepciones acerca de los fenómenos vinculados.

Dentro de las técnicas de recolección de datos de tipo cualitativa que existen seleccionamos, como fuente primaria, la realización de entrevistas semi-estructuradas a los equipos profesionales interdisciplinarios del servicio de internación del Hospital, así como también a los referentes de las redes institucionales de apoyo. Considerando que esta es la mejor herramienta ya que, como sostiene Mallardi, la misma nos da *"la capacidad de comprender el enunciado del usuario en el marco de la totalidad en la cual se inscribe. Esta postura se caracteriza por ser esencialmente dialógica, en la medida que no se trata de la imposición de significados de uno a otro, sino en la posibilidad de construir un espacio en el que los interlocutores, a partir de su historia puedan generar interrogantes en el otro que le permitan reflexionar y problematizar constantemente sobre su situación"*. (Mallardi, 2004:15). Como fuente secundaria, se utilizaron los cuadernos de campo de las prácticas pre-profesionales de la propia autora de esta investigación final y las Historias Clínicas de lxs pacientes, para reconstruir las vivencias y percepciones sobre las propias externaciones de las personas internadas en el dispositivo.

Tratamiento de la información y unidad de análisis

Para el procedimiento de análisis de datos, se utilizó el método de comparaciones constantes. El mismo, como plantea Samter, "*permite formular teoría a través de la generación de categorías conceptuales que el equipo investigador construye a partir de la evidencia empírica. Esta evidencia es utilizada para ilustrar el concepto o categoría formulada, que es una abstracción teórica que sintetiza o explícita lo que está ocurriendo en el área de estudio. A medida que van surgiendo, por comparación de grupos, nuevas categorías conceptuales, éstas van a ir relacionándose entre sí, y en un proceso que implica recolección y análisis casi simultáneo"* (Samter, 2017: 138). Así mismo en esta investigación realizamos la codificación, categorización y comparación de los distintos discursos de lxs entrevistadxs, reconociendo la vinculación de las intervenciones de los equipos del dispositivo en torno al fortalecimiento del acceso a la vivienda de las personas que se encuentran en proceso de externación del Hospital.

La unidad de análisis planteada para esta investigación fueron los equipos interdisciplinarios de salud, quienes también fueron la unidad de recolección de datos *"la fuente proveedora de la información requerida, son los elementos que funcionan como informantes"* (Lanzetta y Malegaríe, 2013:13) . En este caso fueron 7 (siete) profesionales entrevistadxs: 3 Licenciadxs en Trabajo Social, 2 Licenciadxs en Psicología y 2 Licenciadxs en Psiquiatría. Con ellxs analizamos la construcción de redes de apoyo institucionales para el abordaje de las externaciones y la influencia de la situación habitacional en las mismas.

Sin embargo, utilizamos una segunda unidad de recolección para complementar las categorías anteriores, y así también poder caracterizar las condiciones de amparo que brindan las instituciones de apoyo a las personas que se externan del Hospital. En este caso realizamos 5 (cinco) entrevistas a lxs referentes de las instituciones y/o dispositivos que forman parte de la red de apoyo institucional: 1 del Centro de Integración Frida, 1 del Hogar de Cristo, 1 del Centro de Integración Monteagudo, 1 del Buenos Aires Presente (BAP) y 1 de la Casa de Medio Camino del propio Hospital.

En las diferentes recolecciones utilizamos dos herramientas distintas, adjuntadas en el anexo.

Por último, creemos necesario destacar que si bien en el diseño de esta investigación nos propusimos centrar nuestro análisis en la población con múltiples internaciones, durante el proceso de recolección de datos lxs entrevistadxs destacaron que la problemática habitacional condiciona las externaciones de la mayoría de las personas que se internan en el dispositivo, descartando nuestra hipótesis inicial que sostenía que en la población de múltiples internaciones se daba de manera más aguda. Tendremos en cuenta esta salvedad de ahora en más para referirnos a la población del dispositivo.

Obstáculos y Facilitadores

Uno de los principales obstáculos con los que nos encontramos a la hora de realizar esta investigación, fueron algunas resistencias por parte de el/la referente del Buenos Aires Presente (BAP) para realizar la entrevista. Sin embargo, luego de mucha insistencia, se pudo acceder a la misma. No obstante, en el transcurso de la entrevista estas resistencias no se hicieron visibles, ya que el/la entrevistadx pudo brindar mucha información referida al Programa y a sus modos de articulación con el Hospital.

A su vez, un facilitador de este trabajo de investigación ha sido la gran predisposición de la mayoría de lxs entrevistadxs, tanto de lxs profesionales del Hospital como así también de algunxs de lxs referentes de las instituciones anteriormente mencionadas. Cabe destacar que muchxs de ellxs han manifestado un gran interés en la temática de la investigación, ya que consideran que es un tema novedoso, poco investigado. Todas las entrevistas fueron grabadas en soporte electrónico y se desgrabaron para su análisis. Las mismas fueron realizadas en su totalidad en las instituciones a lxs que pertenecían cada profesional: es decir los equipos del dispositivo de internación fueron entrevistadxs en el propio Hospital, y cada referente de las instituciones de apoyo seleccionadas en sus respectivas instituciones, exceptuando la/el referente del BAP y la/el referente del Hogar de Cristo que prefirieron ser entrevistadxs en otros lugares (el/la primerx en un bar, y el/la segundx en su propia casa). Todas las entrevistas fueron realizadas de forma individual y en espacios donde lxs entrevistadxs se sintieran cómodxs, esto permitió que se generara un clima distendido donde todxs pudieron explayarse. Con la/el únicx que se encontraron algunas dificultades respecto al espacio de la entrevista, fue con la/el referente del Centro de Integración Monteagudo, ya que no cuenta con un espacio propio dentro de la Institución, situación que generó que fuera interrumpidx reiteradas veces.

Por último, es necesario resaltar que en el diseño de esta investigación habíamos planteado 9 (nueve) entrevistas a profesionales de lxs equipos del Hospital, sin embargo al entablar el proceso de recolección de datos se llegó a una saturación teórica, hecho que generó que las últimas dos entrevistas (1 Lic. en psicología y 1 Lic. en Psiquiatría) se decidiera no realizarlas. También nos propusimos hacerle una entrevista a el/la referente del dispositivo “Casa de Medio Camino”, sin embargo aunque la entrevista se realizó, el dispositivo fue cerrado por directivas del Hospital. Por lo que los datos recabados en ella, no han sido significativos para esta investigación.

Resguardos Éticos

Desde un primer momento se les informó a la totalidad de lxs entrevistadxs el objetivo de la investigación y se manifestó expresamente que se iban a preservar las identidades de todxs. Por este motivo dentro de este Trabajo de Investigación Final solo se lxs nombrará a partir de sus profesiones, algo que nos permite también entender los posicionamientos teóricos-políticos de cada una de las disciplinas seleccionadas como unidad de análisis. A cada unx de ellxs se les solicitó permiso para grabar sus entrevistas, así como también para utilizar la información obtenida para los fines de esta investigación.

Por otro lado si se decidió nombrar el Hospital y al dispositivo sobre el que se está investigando porque este dato resulta de vital importancia para entender varios de los procesos que se analizan a lo largo de la investigación.

Estructura del trabajo de Investigación

Esta investigación cuenta con cuatro capítulos que tienen como hilo conductor y articulador el análisis de las intervenciones de los equipos interdisciplinarios del dispositivo de internación en torno al fortalecimiento del acceso a la vivienda en los procesos de externación de las personas con múltiples internaciones en el Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte (HNR).

En el primer capítulo, se desarrollan las diversas transformaciones sufridas a lo largo del tiempo por el Hospital de Salud Mental. Se realiza un recorrido histórico sobre las diversas teorías y modelos de intervención que se dieron a lo largo de los años en dicho campo, se planten las tensiones vigentes entre las distintas modalidades de abordaje que se sostienen hasta la actualidad. Luego se realiza una articulación entre el recorrido histórico institucional del Hospital y los distintos modos de intervención que se dieron a lo largo de los años. También se caracteriza el dispositivo de internación y la construcción de redes.

En el segundo capítulo, analizamos la modalidad de trabajo del dispositivo de internación, las tensiones latentes entre las distintas disciplinas que lo componen y las relaciones de poder que se encubren en ellas centrándonos especialmente en el rol del Trabajo Social. También se caracterizan las estrategias que construyen lxs profesionales para adaptar sus intervenciones a las situaciones complejas que se presentan en el dispositivo

En el tercer capítulo, realizamos un análisis de las estrategias de externación que despliegan los equipos de internación, particularizando en las condiciones habitacionales de la población internada en el dispositivo. Por último, caracterizamos uno de los dispositivos propuestos por el Hospital para el abordaje de las externaciones.

En el capítulo cuatro, analizamos las formas de alojar de las instituciones que conforman la red de apoyo institucional con la que suele articular el dispositivo de internación, delimitamos sus características principales y los modelos y paradigmas a los que suscriben. Por último caracterizamos de qué manera articulan con el Hospital.

Como cierre de este Trabajo de Investigación Final, se exponen diversas recapitulaciones surgidas a lo largo del proceso de investigación y se arrojan algunas conclusiones sobre la misma.

Capítulo 1: Las Transformaciones en el Hospital de Salud Mental

Y tu cabeza está llena de ratas
Te compraste las acciones de esta farsa
Y el tiempo no para
Yo veo el futuro repetir el pasado
Veo un museo de grandes novedades
Y el tiempo no para, no para, no…
Disparo contra el sol con la fuerza del ocaso
Mi ametralladora está llena de magia
Pero soy solo un hombre más
Cansado de correr en la dirección contraria…
Bersuit Vergarabat

En este capítulo realizaremos un breve recorrido histórico sobre el Hospital Nacional en Red Lic. "Laura Bonaparte" (Ex Cenareso), el cual nos permite contextualizarnos para comprender el porqué se perpetúan prácticas divergentes, que responden a paradigmas diferentes (Abstencionista/Reducción de Riesgos y Daños), las cuales implican un posicionamiento ético-político que se encuentra en tensión constante. Y analizaremos tanto la importancia como el impacto, que las mismas generan en la modalidad de trabajo de toda la institución en general y del dispositivo de internación en particular.

Para comenzar el análisis de este Trabajo de Investigación Final debemos comprender, como punto de partida, que "Salud Mental" es una categoría que implica un sinfín de definiciones, tantas como enfoques epistemológicos y teóricos existen. Sin dudas es un terreno recorrido en más de un sentido, por lo tanto no sólo no hay una única definición sino que muchas de ellas se contradicen. Teniendo en cuenta esto podríamos entender a las argumentaciones en torno a la Salud Mental como *"un campo de fuerzas, de lucha de sentidos, en el que se enfrentan y confrontan concepciones de lo sano y de lo enfermo en correspondencia con concepciones del hombre y de la sociedad"* (Custo, 2008: 19). Ese campo de fuerzas, no es distinto al que plantea Spinelli al definir al campo como *"la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales"* (Spinelli, 2010: 276) Por lo tanto es central entender que la institución desde donde desarrollamos esta investigación, está inscripta dentro de ese campo de relaciones de fuerzas que es la Salud Mental.

En dicho campo se dan permanentes conflictos de intereses, disputas de sentido y de poder. Y se plantean, según el momento histórico, distintos modelos de intervención clínica y distintas estrategias para llevarlos a cabo. Como plantea Benedetti, en uno de los libros de la propia editorial del hospital, es necesario comprender que *"nuestras prácticas clínicas e institucionales muchas veces*

están gobernadas por modelos de intervención construidos en otros contextos epocales, normativos y político-institucionales. Y, además, suponen y reproducen las representaciones sociales sobre instituciones psicoactivas, el consumo y los consumidores más extendidas" (Benedetti, 2015: 22)

Retomaremos entonces una pequeña reseña de los distintos modelos, basadas en los diferentes tipos ideales desarrollados por Helen Nowlis y recuperados en los escritos de Edith Benedetti en el libro *"Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático"*. Según las autoras es posible distinguir entre cuatro modelos distintos: 1) modelo ético-jurídico, 2) modelo médico-sanitario, 3) modelo psico-social y 4) modelo socio-cultural.

El **modelo ético-jurídico** es el primer modelo preventivo-asistencial y surge hace más de cien años, siendo la primera aproximación moderna al tratamiento de esta materia. En este modelo el eje de análisis está puesto en la sustancia psicoactiva, siendo ella el "causante de todos los males individuales y sociales". Aquí el sujeto es un actor secundario, que se convierte en un objeto dominado por la sustancia. Al tratarse de un modelo jurídico, su consideración con las sustancias está determinada por el criterio de legalidad, por esto mismo resulta un modelo principalmente punitivo. Por lo tanto hay sustancias lícitas y sustancias ilícitas, siendo los consumidores de estas últimas transgresores que violan la ley. Dentro de este modelo queda por fuera de todo análisis el contexto social y se mantiene una división taxativa entre "normales" y "desviados". Teniendo en cuenta esto, las categorías que suelen dominar este tipo de análisis suelen ser: vicio, delincuencia, desviación, anormalidad, etc. Sobre esto Benedetti sostiene que *"se trata de una valoración ética (podríamos decir moral) de las conductas humanas que distingue y prescribe entre lo bueno y lo malo, entre lo correcto y lo incorrecto"* (Benedetti, 2015: 24). Al tratarse de un modelo punitivo, las principales estrategias tienen que ver con reducir las sustancias psicoactivas a partir de la prohibición de su venta, elaboración y cultivo; así como también la penalización al consumidor. Ambas son estrategias abstencionistas.

El **modelo médico-sanitario** surge a mediados del siglo XX, se trata de una mirada médica epidemiológica por lo tanto las adicciones son leídas en términos de enfermedad y al consumidor se lo ve como un enfermo (ya no como un transgresor o delincuente). Aquí también el eje del análisis recae en la sustancia y no en el sujeto. Sin embargo tiene que ver más con los efectos clínicos que produce la misma, y es por esto mismo que en esta concepción no resulta relevante la distinción entre sustancias lícitas o ilícitas. En este modelo se comienza a realizar un análisis del contexto, pero en los mismos términos en los que se analiza una enfermedad infectocontagiosa, es decir como "población en riesgo". Por esto mismo las estrategias de salud pública se vinculan con instancias de control y disciplinamiento social; y se pretende *"evitar el consumo de la sustancia entendida como la causa de todos los males individuales y sociales"* (Benedetti, 2015: 26). Estas estrategias también son

abstencionistas e intentan comunicar (principalmente a través de campañas publicitarias) los "daños" que producen el uso de sustancias psicoactivas.

El **modelo psico-social** surge en la década de los '80 y a diferencia de los anteriores modelos, se concentra en el vínculo que cada sujeto construye con la sustancia, convirtiéndose en el protagonista principal del análisis invirtiendo así el foco de atención a lo que antes era protagonismo puro de la sustancia psicoactiva. A partir de esto, tanto la condición lícita o ilícita como el estatus farmacológico de la sustancia se convierten en asuntos necesarios pero secundarios. Este cambio radical en el análisis, trae como consecuencia la introducción de nuevos conceptos como ser "el uso y/o abuso de sustancias", hecho que da lugar a comenzar a hablar de la distinción entre el consumo problemático y el consumo no problemático. Estas categorías son completamente incompatibles con los dos anteriores modelos, aquí el consumidor problemático tiene estatuto de enfermo pero la distinción principal es que el consumo se entiende como síntoma de un malestar previo que el sujeto tiene con su medio social. Según Benedetti, *"la adicción es pensada como la manifestación de un trastorno psíquico que requiere de una intervención en el campo de la salud mental no reductible a la estrategia abstencionista."* (Benedetti, 2015: 27). La autora también sostiene que si bien este modelo conlleva un gran avance ya que pone énfasis en el sujeto y en su forma de vinculación con la sustancia, no contempla la dimensión social y el sujeto continúa siendo considerado un enfermo.

El **modelo socio-cultural** también surge en la década del '80, pero centra su mirada en lo social. Entendiendo así que las causas de cualquier consumo problemático y no problemático se describen como cualquier hecho social. Según esta mirada analizando las diversas formas de presión, influencia y/o condicionamiento de lo social sobre el individuo podremos entender este tipo de fenómenos. Según Benedetti, *"cualquier exponente de este modelo podría sostener que 'la droga funciona como evasión de la realidad' y por eso se convierte en un síntoma de una sociedad en crisis. O si lo pensamos desde los individuos, en la manifestación de la imposibilidad de esa sociedad de ofrecer a esos individuos un proyecto existencial"* (Benedetti, 2015: 28)

En cualquiera de los modelos descriptos, se inscriben alguna de las dos estrategias de intervención que en la actualidad se encuentran en pugna en el campo de la salud mental y el consumo problemático: *la estrategia abstencionista - prohibicionista y la de reducción de riesgos y daños.*

La **estrategia abstencionista-prohibicionista** se inspira principalmente en los modelos ético-jurídicos y médico-sanitario, estos modelos ponen énfasis en la sustancia psicoactiva como causante del consumo. Por tal motivo, lograr la abstinencia es la condición principal para comenzar un tratamiento, siendo la supresión del consumo el principal objetivo del tratamiento abstencionista. Es por eso que la sustancia es un objeto completamente prohibido. El sujeto es visto como un sujeto completamente pasivo, que se deja manipular dócilmente. Esta idea está fuertemente instalada en el imaginario social de las personas, hecho que hace suponer que hay algunas drogas que son "la puerta

de entrada" para otras más tóxicas, como si la sustancia causara adicción por sí sola y nada tuviera que ver el sujeto y su vínculo con ella. Desde esta perspectiva, una de las intervenciones posibles es la reducción de la oferta, por lo que podríamos relacionarla con el control de las personas. El hecho de encontrarse en tratamiento y volver a consumir, es entendido como una "recaída". Sobre esto se refiere Benedetti, y sostiene que *"una 'recaída' significa pensar linealmente el consumo problemático como una enfermedad. En esta misma lógica, si la cura es la abstinencia, entonces si el paciente vuelve a consumir, vuelve a enfermarse"* (Benedetti, 2015: 31). Esta estrategia se asocia con los tratamientos a puertas cerradas, como lo son los tratamientos en las comunidades terapéuticas (CT) o granjas por ejemplo.

Por otro lado, la **estrategia de reducción de riesgos y daños** surge como alternativa a la estrategia abstencionista-prohibicionista y una de las características más importantes es la posibilidad de disminuir la entrada a la adicción y a los riesgos asociados al consumo. Dejar de consumir no es una condición para comenzar un tratamiento, por el contrario, se entiende que la persona que consume (que no quiere o no puede dejar de consumir) debe ser orientada por el profesional para intentar disminuir los riesgos (de salud, sociales o legales) que puedan estar vinculados al consumo. Aquí el sujeto es definido como una persona activa y responsable de sus prácticas, por lo tanto se considera que debe tener participación en su propio tratamiento. Sobre esta estrategia Benedetti refiere,*"en la reducción de riesgos y daños se parte del hecho de que la persona está consumiendo y está en riesgo. Que hay situaciones a las que se expone y que hay cosas que no sabe. Y que es posible ayudar a esa persona a esclarecer algunas informaciones sobre su propio consumo, así como también a cuidarse"*. (Benedetti, 2015: 33)

Todos los modelos caracterizados y las estrategias desarrolladas orientan (siendo conscientes de ello o no) las acciones de todxs lxs profesionales que trabajan en el campo de la Salud Mental y el consumo problemático en general, y de lxs profesionales del Hospital Nacional en Red (HNR) en particular. Y, aunque a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, se empiezan a esbozar algunas características principales que marcan el norte de la propuesta actual de intervención; no debemos dejar de analizar que en las prácticas actuales continúan rastros de modelos correspondientes a otras visiones y una mixtura de estrategias de intervención que responden a los modelos contrapuestos anteriormente. Sin embargo, como plantea Benedetti *"el diseño y la implementación de las intervenciones clínicas, hoy más que nunca, nos exige una lectura interdisciplinaria de los sujetos y su padecimiento que además no puede excluir las dimensiones históricas y sociales. En definitiva, es necesario pensar la singularidad del sujeto en clave de época y situación."* (Benedetti, 2015:5) Teniendo presente esto, dentro del recorrido histórico institucional intentaremos dilucidar las corrientes hegemónicas de cada contexto histórico y los distintos actores que pusieron en tensión los paradigmas instituidos.

1.1 Recorrido Histórico e Institucional

El Hospital se encuentra ubicado en el barrio porteño de Barracas, en la por años llamada "manzana de la locura" de Buenos Aires, debido a que se encuentra compuesta por distintos Hospitales monovalentes psiquiátricos. Sin embargo la particularidad del Hospital Bonaparte es que es el único Hospital a nivel nacional que se especializa en Salud Mental y Adicciones, por lo tanto la población que hace uso de sus servicios proviene de diferentes partes del país.

Si bien el edificio fue construido en 1875 y utilizado primero como Hospital Militar recibiendo heridos del ejército y luego como Hospital Nacional Central para Enfermos Tuberculosos. Fue recién en el año 1973 cuando por medio de la Ley 20.332 se crea el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO), estableciendo que el Hospital *"tendrá por objeto la asistencia integral de personas adictas a sustancias estupefacientes o psicotrópicas causantes de dependencias psíquicas o físicas, y desarrollará tareas de investigación biomédica, psicológica y social, como asimismo de capacitación en servicio para personal especializado."* (art. 2) . Así la institución se convirtió en un proyecto pionero y modelo de referencia no solo a nivel nacional por ser la única en el país en trabajar con adicciones, sino también a nivel internacional, por ser el primer Hospital latinoamericano para trabajar la temática. El sólo hecho de repensar el nombre con el que fue bautizado el Hospital nos da un indicio de los paradigmas teóricos desde donde se pensaba la problemática: "Reeducación social". Como sostiene Susana Cazzaniga en *"el propio acto de nombrar se conjuga toda una concepción: se produce un reconocimiento al hacer presente a los sujetos, pero a la vez el modo en que se los nombra define el lugar del Otro, ofreciendo las condiciones en que se establecerá la propia intervención profesional."* (Cazzaniga, 2005:3). Así mismo con un fuerte sesgo educativo se entendía que las adicciones eran un "síntoma social" y que las formas de abordarlo debían responder a ello generando la integración y la adaptación social. Por otro lado, es necesario destacar que desde sus inicios el Hospital siempre propuso un enfoque profesionalizado e interdisciplinario. Estos lineamientos fueron extrapolados de experiencias internacionales que ya habían comenzado a intervenir con la problemática de las toxicomanías, los cuales recomendaban la creación de instituciones especializadas, excluyendo su tratamiento en Hospitales generales y en Hospitales psiquiátricos y proponiendo el abordaje interdisciplinario. Si bien en sus inicios la modalidad de atención era exclusivamente ambulatoria, en el año 1974 se comenzaron a realizar internaciones entendiendo la necesidad de generar el aislamiento del adictx[1], generando tratamientos abstencionistas de tipo psicológicos y grupales. Una vez terminado el mismo, se comenzaba la etapa de resocialización la cuál duraba aproximadamente cuatro meses. El eje perseguido en esta etapa se centraba en la construcción de un proyecto de vida extra institucional que difiera del proyecto anterior

[1] La categoría "adicto" responde a los modos de nombrar y de entender a las personas con consumo problemático durante esa época. Si bien esta categoría persiste, no es la que actualmente utiliza la institución ni es a la que adherimos en este escrito.

al tratamiento. El asistido iba adquiriendo progresivamente seguimiento en forma ambulatoria. Y, al egresar, se continuaba el tratamiento en los consultorios externos. Un detalle crucial de este período es que no se permitía, salvo en los tiempos libres, que lxs asistidxs organicen sus propias actividades.
En los escritos de Levin, el autor hace referencia a la concepción que tenía Carlos Cagliotti quien fue el encargado de diseñar el proyecto que dio vida a la creación de la institución como así también fue el director del Cenareso durante los años 1973 y 1987. El mismo sostenía que *"(...) el problema de las adicciones era concebido como un problema de personalidades débiles, relacionado con aquellas concepciones de "contagio" que asociaban la adicción a una enfermedad infectocontagiosa y que afectaba especialmente a los adolescentes, grupo de riesgo al que hay que vigilar."* (Levin, 2014: 34) Podemos encontrar en estos dichos, una fuerte mirada biologicista de la problemática y una perspectiva clara de responsabilidad individual atribuída a aquellas personas con "personalidades débiles".

Luego, con la apertura democrática en la década del '80, comienzan a tomar fuerza en el país la modalidad de las comunidades terapéuticas bajo un modelo profundamente humanista. En ese contexto, se designa a Liliana Chamó, una psicóloga que había estado en España trabajando en los abordajes de Comunidad Terapéutica, como nueva interventora del Hospital. Fue entonces cuando lxs profesionales viajaron exclusivamente a Italia para especializarse sobre el tema. A su regreso, el Hospital comenzó a adoptar de dicha corriente los lineamientos que comprenden a las actividades autogestionadas, generando a partir de ellas un posicionamiento más participativo de los propios pacientes en sus tratamientos. Dichas prácticas persisten hasta la actualidad, como sostiene unx de lxs profesionales entrevistadx:

> "(...) lo que nos planteamos fue esto: que el taller no fuera un divertimento, no fuera una distracción, que estuviera orientado al trípode formación-inserción cultural-inserción laboral, en un sesgo terapéutico, con proyección a microemprendimientos, infiltrando, desde lo que es el afuera, una gama de posibilidades que sea proliferativa para el paciente y que le permita tener opciones, ¿sí? Y esto es el planteo de nuestro trabajo desde entonces." (Lic. en Psiquiatría, Diciembre 2018)

Otros hechos de importante trascendencia, que forjaron la impronta actual de la institución, fueron la irrupción de la epidemia del VIH[2] a mediados de los años '80 y el cambio de dependencia de la institución de Bienestar Social al ámbito de Salud. Estos dos hechos permitieron redimensionar la importancia de lo médico y sus prácticas específicas en la institución. Por tales motivos se comenzaron a incorporar de manera paulatina, diferentes prestaciones como ser la clínica médica, el

[2] En ese entonces una de las poblaciones con mayor contagio y riesgo de contraer el virus eran las personas que utilizaban drogas inyectables.

laboratorio de análisis clínicos, odontología y farmacia. Si bien aunque no todas estas especialidades se mantienen en la actualidad, es imposible negar que la importancia a las cuestiones clínicas es un hecho fundante en la historia de la institución, que se mantiene hoy en día.

A partir del año 1994, se reformula el modelo de atención brindado por el Hospital dejando atrás el "recorrido" estructurado que se planteaba para el abordaje de las personas en tratamiento y se comienza a desarrollar un abordaje más "flexible" posibilitando que cada unx realice su recorrido personal por las diferentes áreas de la institución. Durante este período, direccionado por el nuevo interventor José Luis González[3], el Hospital adquirió una fuerte impronta psicoanalista dejando atrás la concepción comunitaria e intentando lograr la responsabilidad y el compromiso subjetivo de las personas en sus tratamientos. Fue en este contexto donde se incluyó de manera obligatoria la psicoterapia individual, forjando así dos grandes ejes en el tratamiento: el que incluía todas las cuestiones médicas y psicológicas individuales; y el social que abarcaba las acciones socio terapéuticas y de servicio social.

Con el nuevo milenio, un nuevo interventor se puso al frente de la Institución, hablamos del Dr. Marcelo Bono, hombre por demás criticado e investigado por diversas denuncias de malversación de fondos, falta de rendición de cuentas, precaria situación laboral de lxs trabajadorxs del Hospital, precarias condiciones edilicias de la institución y hasta sospechas de "estudios farmacológicos" en los que se utilizaría a pacientes internadxs. Las diversas denuncias hicieron que en el año 2006 la Oficina Anticorrupción iniciara una investigación hacia el funcionario público. Teniendo a esta persona al mando del Hospital, demás está decir que la situación institucional era por demás turbulenta e inestable.

En el año 2012, a partir de la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación, se ordena una nueva intervención general para el Hospital, a cargo de la Lic. en Psicología Edith Benedetti, y se dispone una nueva misión para la institución. Dicha resolución se inscribe en el marco de las políticas públicas nacionales en Salud Mental, bajo los lineamientos de la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 creada en al año 2010, la cual tiene como objetivo principal *"(...) asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional (...)"* (art. 1). La promulgación de la Ley, lleva consigo un hito histórico en el campo de las adicciones y el consumo problemático, porque por primera vez las adicciones son reconocidas como pertenecientes al campo de la Salud Mental; *"Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud."* (art. 4)

[3] Licenciado en Trabajo Social y Psicólogo.

Teniendo como premisa dicha Ley, la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529, y las disposiciones de las leyes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como ser la Ley 153 Básica de Salud[4] y la Ley 448 de Salud Mental[5] de CABA, las cuales promueven, en línea a lo que propone la Ley Nacional de Salud Mental anteriormente mencionada, garantizar el derecho a la salud integral, entendiéndose por salud integral la satisfacción de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente; así como también un abordaje interdisciplinario e intersectorial. La perspectiva política-institucional adoptada por la institución en este contexto se enmarca en dichas normativas, y se propone desplazar el eje del consumo problemático del objeto en sí (la sustancia lícita o ilícita), al sujeto, centrándonos en el vínculo que sostiene cada sujeto con en el objeto en cuestión. Se plantea como necesaria, reforzar la construcción de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, teniendo como premisa los principios de la atención primaria de la salud (APS) para promover el fortalecimiento y/o restitución de los lazos sociales. Una de las principales líneas de acción que guiarán esta nueva estrategia de abordaje será el eje de reducción de riesgos y daños en los tratamientos, como así también la creación de nuevos dispositivos pertenecientes al Hospital, que favorezcan el abordaje territorial e integral. Algunos de ellos son: el dispositivo de APS –Atención Primaria de la Salud – con equipos interdisciplinarios y asentamiento en diversas villas y barrios de la ciudad, dentro del cual también se encuentran "las casas amigables" que se localizan en el territorio favoreciendo así el ingreso a tratamiento de personas que aún no han pedido asistencia, "La Casa de Medio Camino" que es un dispositivo que favorece la autonomía de las personas que se encuentran en el proceso de externación y el "Programa Vuelta a Casa" que se propone dar un apoyo de carácter económico para favorecer las externaciones. También en este período, el Hospital se consolida como Centro Nacional de Referencia en Salud Mental y Adicciones, teniendo como un objetivo fundacional "construir redes" estableciendo articulaciones con instituciones de todo el país. A partir de ello se crean también dispositivos de formación como ser la propia Editorial del Hospital llamada ediciones "Laura Bonaparte" donde se promueve la creación de materiales teóricos sobre las prácticas de intervención del mismo hospital. También se constituye la RISaM – Residencia interdisciplinaria de Salud Mental, entre otros espacios de formación. A principios del año 2016, con la prórroga de la intervención de la institución, se modifica a través de la Ley N° 27.267 la denominación de Centro Nacional de Reeducación Social (Cenareso), sustituyendola por la actual de "Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones, Licenciada Laura Bonaparte[6]". Este hecho, fue de gran trascendencia para todxs lxs trabajadorxs, porque corona el cambio de perspectiva y paradigma sobre el que viene trabajando la institución. Y como expresamos anteriormente es de real importancia

[4] Ley 153 Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionada el 25 de febrero de 1999.
[5] Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionada el 27 de Julio de 2000.
[6] Laura Bonaparte era integrante de Madres de Plaza de Mayo - Línea Fundadora. Licenciada en Psicología que desempeñó un largo recorrido en el campo de la Salud Pública.

la manera de nombrar, ya que como consigna Susana Cazzaniga *"Las enunciaciones disciplinares constituyen corpus conceptuales inscriptas en matrices teóricas e ideo – culturales que guían las interpretaciones y acciones sobre diferentes aspectos de la realidad, que a la vez operan efectos de designación y clasificación por donde circula inevitablemente el poder."* (Cazzaniga, 2005:3).

Todos estos hitos fundamentales para el Hospital, se vieron afectados con el cambio de Gobierno Nacional. En el año 2015, a partir del gobierno de Mauricio Macri, se comenzaron a generar cambios a nivel nacional, que no tardaron en impactar en la institución. Estamos vivenciando un capitalismo financiero, bajo un gobierno neoliberal que aplica como política de gobierno medidas de ajuste sobre el sector público, teniendo una notable incidencia en la Salud Pública. Sin ir más lejos en Septiembre del 2018 vivimos la desjerarquización del Ministerio de Salud, ahora devenido a Secretaría. La degradación del Ministerio no es un hecho aislado, sino más bien parte de un proceso de desmantelamiento del sector público que viene desarrollando el Gobierno actual.

Con este cambio de Gobierno Nacional, se dio también un hecho significativo para la institución, que fue el corrimiento de la hasta entonces interventora Lic. Edith Benedetti (referente de las importantes reformas que se venían dando en el Hospital), y con ella la renuncia de varixs profesionales. A raíz de esta situación varios cargos quedaron vacantes ya que sus puestos de trabajo no fueron cubiertos, por lo tanto podemos hablar de que se comenzó a registrar una situación de vaciamiento en diferentes servicios que brinda el hospital, como es el caso del dispositivo de atención primaria de la salud que promovía instancias de prevención y promoción; y que actualmente sufrió grandes transformaciones y reducciones en sus posibilidades de intervención. El abordaje territorial era uno de los lineamientos más fuertes que se venían desarrollando en la institución, sin embargo, poco a poco, el Hospital comenzó a perder su impronta territorial y de abordaje desde la APS que venían realizando, y comenzó a volver a recluir las estrategias de trabajo dentro de los muros de la propia institución.

En este contexto Nacional e Institucional; en el año 2018, luego de varios meses de estar vacía la vacante de interventor, se designó al sociólogo Ignacio O'donnell quien mantiene el cargo hasta la actualidad. Una de las estrategias más fuertes impulsadas por la actual intervención, es el programa "referente pares" que como sostiene el propio Interventor
en el vídeo institucional del programa *"esto no solo es un curso es el desarrollo de nuevos paradigmas, y un movimiento por la recuperación"* (O'Donnell, 2018). Con una modalidad de abordaje del tipo que promueve la corriente de Comunidades Terapéuticas, la institución comenzó un viraje nuevamente hacia ese paradigma. Varixs de lxs entrevistadxs dan cuenta de ello:

> "La nueva intervención del hospital tiene una **i**mpront**a** más del orden de lo que sería terapias grupales, estilo Alcohólicos, Narcóticos Anónimos, lo cual antes era algo imposible. Era una mala palabra, por la orientación que se le daba al hospital, que era de orden psicoanalítico, de la subjetividad de cada paciente. Ahora es diferente. Es el polo

> opuesto y están inmiscuidos con nosotros (se refiere a los referentes pares), entre nosotros, en los pases, incluso, en el acompañamiento de los pacientes, en las terapias que tienen los pacientes Y, sí, eso es una impronta nueva, claramente." (Lic. en Psiquiatría, Diciembre 2018)

Por otro lado continúan los desfinanciamientos a los dispositivos de abordaje territorial como ser APS y las casas amigables, y el cierre definitivo de la Casa de Medio Camino. Y si bien se comenzaron a cubrir varios de los puestos que habían quedado vacíos, se hicieron con profesionales que se encuentran realizando la residencia en el Hospital. Todas estas cuestiones dan cuenta del nuevo posicionamiento en cuanto al abordaje de la Salud Mental y el consumo problemático que está tomando la institución. El HNR está perdiendo su mirada amplia en el abordaje del consumo problemático, se está comenzando a cerrar en sus propios muros, han perdido espacios de reflexión y formación como ser las supervisiones interdisciplinarias o la propia editorial del Hospital, se está dejando de dar centralidad a la importancia de los dispositivos territoriales como herramienta de prevención y promoción así como también de accesibilidad y construcción de la demanda. El modelo institucional que parece volver a tomar fuerza es el médico-sanitario, con estrategias de intervención y posicionamientos más abstencionistas-prohibicionistas; aunque algunxs profesionales no dejan de disputar e intentan intervenir posicionadxs desde los modelos psico-social y socio-cultural, planteando estrategias más convergentes con el paradigma interventivo de reducción de riesgos y daños. Sin embargo esta disputa es una pelea constante frente a los lineamientos generales institucionales.

1.2 Dispositivo de Internación

En el HNR Laura Bonaparte en la actualidad hay dos dispositivos de internación: uno aborda las internaciones agudas y el otro aborda las situaciones de personas con un cuadro clínico que requiere de mayor tiempo de internación. Este trabajo de investigación final se centra en este último, internación "a secas" como suelen nombrarlo varixs de lxs entrevistadxs. Como vimos anteriormente, se encuentra desde los primeros años en los que se creó el Hospital. Sin embargo sus modos de intervención se inscriben y varían según cada contexto Nacional e Institucional.

El dispositivo de internación se conforma por profesionales de la psiquiatría - psicología - trabajo social, y se complementa con talleristas, musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, psicopedagogos. El dispositivo está coordinado por un Lic. en Psicología y un Lic. en Psiquiatría[7] quienes son los encargados de tomar las decisiones operativas del mismo.

[7] No podemos dejar de mencionar que varios de los cargos jerárquicos del Hospital son asumidos por hombres, como así también por profesiones que históricamente tuvieron mayor posicionamiento dentro del Hospital,

El dispositivo interviene desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, que incluye el abordaje interdisciplinario como modalidad de interpretación y asistencia a lxs sujetxs en situación de internación. Si bien, este es el planteo institucional mayormente arraigado, por encontrarse instituido en el inconsciente colectivo de gran parte de lxs profesionales que trabajan en la institución, sabemos que las intervenciones son heterogéneas y contextuales, sumado a que en la institución conviven profesionales posicionadxs desde otros paradigmas que reeditan su vigencia, como el paradigma abstencionista. Uno de lxs entrevistadxs sostiene que en la actualidad, la normativa institucional a la que deben adherirse es el paradigma abstencionista:

> "la norma institucional que rige fundamentalmente en la actualidad es básicamente… Actualmente, ¿no? Porque en una época tenía cierta fama la institución o se trabajaba con otra normativa. La normativa institucional básica es el abstencionismo. Actualmente, no se puede hacer reducción de daños. El abstencionismo es el criterio fundamental, entonces, vos te tenés que adecuar a esa norma. Entonces el abstencionismo es la norma que rige fundamentalmente las normas internas. Después, obviamente, la aplicación de la Ley de Salud Mental, ¿no?" (Lic. en Psiquiatría, Diciembre 2018)

Retomando las líneas anteriormente enunciadas ratificamos que desde la nueva intervención del Hospital la estrategia abstencionista se está impulsando con fuerza, de la mano de la corriente de las comunidades terapéuticas. Para entender a qué nos referimos cuando hablamos de "comunidades terapéuticas" (en adelante "CT") podemos definirlas, como lo hace en sus escritos Luciano Levin: *"Las CT comenzaron siendo poco más que unidades de supervivencia en donde casi el único criterio compartido era la motivación (a veces demasiado autoritaria) orientada hacia la abstinencia. Sin embargo las instituciones que brindan este tipo de tratamiento han incorporado, en la actualidad, modalidades no residenciales como el hospital de día y los tratamientos ambulatorios. Hoy, casi la totalidad de las CT están conformadas por un staff mixto de profesionales y no profesionales (estos últimos generalmente poseen una gran experiencia en los tratamientos de adictos y el manejo de este tipo de grupos y son, muchas veces, adictos recuperados). Aunque originalmente se*

como ser la psicología y la psiquiatría. No se puede negar como la cuestión del género y de las profesiones hegemónicas se reproducen también en el campo de la Salud Mental.

fueron conformando en base a la experiencia, hoy en día sus tratamientos reciben los aportes de muchas disciplinas." (Levin, 2016:227)

En relación a la modalidad de abordaje lxs profesionales del dispositivo de Internación entienden que el consumo se constituye en problemático en tanto depende de: los sujetos, su relación con las sustancias que consumen y el contexto/entorno en el cual se produce ese consumo. Como plantea Touzé *"se ha insistido en homogeneizar el 'problema de la droga' como si fuera un mismo fenómeno universal, atemporal y ahistórico*" (Touzé, 2010) Sin embargo no es el consumo de sustancias lícitas y/o ilícitas lo problemático, sino el vínculo que construye cada persona con ese consumo. Por lo cual, como establece la Ley 26.657 en su artículo N°4; cualquier ciudadano que tenga un vínculo problemático con el consumo, está padeciendo y es competencia de las instituciones sanitarias darle tratamiento a la temática. En este sentido el desafío de los equipos interdisciplinarios y de la institución en sí, es poder intervenir en este campo problemático entendiendo a los sujetos de manera situada y promoviendo que sus estrategias fortalezcan el desanudamiento de la complejidad contemplando la singularidad del paciente y la particularidad de su situación actual. Como sostiene unx de lxs entrevistadxs:

> "(...) lo que hay que tener en cuenta es no sólo el cuadro clínico, sino también la situación. Si uno piensa únicamente en el cuadro clínico, lo que está haciendo es trabajar en un sentido de clínica restringida. Si uno tiene en cuenta la situación del paciente, ahí es donde entran todas las otras dimensiones. Hay una cuestión ahí de una división muy tajante entre lo clínico y lo social que tiene incidencia en la práctica y hay que revisarlo." (Lic. en Psicología, Diciembre 2018)

El trabajo en conjunto es un elemento importante para la intervención en éstas situaciones problemáticas que son altamente complejas. Como explica Cavallieri, ya que suponen una interacción entre las diferentes dimensiones en las que se materializa la vida, manifestándose como espacio de la particularidad de cada sujeto en el que se cristaliza la relación de su singularidad (marcada por cada trayectoria de vida) con la universalidad a la que nos "somete" el sistema capitalista del que somos parte. Así mismo, es necesario no perder de vista la coexistencia de lo objetivo, con lo subjetivo de cada sujeto. El concepto situación problemática, implica tener presente que se trata de diferentes manifestaciones de la

cuestión social que se entrecruzan, interactuando las distintas dimensiones sociales, culturales, económicas, políticas, ideológicas, combinando expresiones en las que coexisten aspectos subjetivos y objetivos, dando como lugar de intervención el espacio de la particularidad de la situación.

Dichas intervenciones se basan en un enfoque de bajo umbral, se trata de un enfoque de baja exigencia que busca el involucramiento de lxs sujetxs *"a través de varios medios: saliendo a la calle y consiguiendo asociarse y cooperar con la población necesitada de nuevos programas y servicios, reduciendo el estigma asociado con conseguir ayuda para este tipo de problemas y ofreciendo un enfoque sano, normalizando al consumo de sustancias de alto riesgo y prácticas sexuales."* (Marlatt, 1998:6) Lo interesante de esta propuesta es que abarca el abordaje de todas las prácticas de consumo problemático de sustancias, tanto las "lícitas" como las "ilícitas". Y al no tener como premisa básica la abstinencia, genera en los usuarios del Hospital mayor adherencia a los tratamientos, siendo que las alternativas de "consumo moderado" o "disminuido" las encuentran más viables de realizar. No obstante desde este posicionamiento no se está en contra de la abstinencia sino que *"es entendida como un punto-final ideal situada en una graduación continua que oscila entre consecuencias excesivamente perjudiciales y menos perjudiciales. Los partidarios de la reducción del daño sitúan en un continuo los efectos perjudiciales del consumo de drogas o de la conducta sexual, en lugar de dicotomizar el consumo como legal o ilegal, o diagnosticar el consumo como presencia o ausencia de una enfermedad adictiva, animando a avanzar en la dirección correcta, hacia la disminución del daño".* (Marlatt y Tapert; 1993) Por lo tanto se trata de modelos flexibles *"orientados a contener y alojar a los usuarios de sustancias psicoactivas"* (Baldelli, 2013) que buscan, mediante el reanudamiento del lazo social y la construcción de la ciudadanía, generar un proceso de inclusión social.

Sin embargo, por otro lado, la convivencia de paradigmas diametralmente opuestos como ser (reducción de riesgos y daños/abstencionismo y comunidades terapéuticas/enfoque del psicoanálisis) se da de manera simultánea en la misma institución, lo cual le suma una mayor complejidad a la estrategias que se seleccionan para poder abordar situaciones que ya de por sí son problemáticas.

1.3 Hospital en ¿Red?

La premisa principal del dispositivo de internación es que las mismas sean lo más reducidas en el tiempo posible, por lo tanto lxs profesionales de los equipos comienzan a pensar la externación desde el día del ingreso al dispositivo de la persona con consumo problemático. Sin embargo las externaciones de las personas son una de las cuestiones más complejas a resolver y es por esto que lxs profesionales suelen recurrir a la "red" conformada por la institución para intentar abordar la problemática en conjunto. Sin embargo, aunque uno de los objetivos principales que se propone la institución es conformar dicha red de manera interinstitucional e intersectorial donde dispositivos tanto públicos como de la sociedad civil que abordan la problemática puedan articular de manera formal para la realización de estrategias en conjunto. En la actualidad esta "Red" es demasiado lábil, situación que dificulta y complejiza aún más el abordaje de las externaciones de las personas. Esta dificultad en la construcción de esta red hace que las mismas no sean permanentes. Entendemos que la fragilidad de la misma no puede atribuirse a una única causal, sino que seguramente habrá varias situaciones que confluyen para ello. Será que ¿la dificultad se encuentra en las escasas opciones que existen de instituciones de Salud Mental y dispositivos de medio camino o en la dificultad que genera el hecho de que cada interventor motoricé nuevas articulaciones según sus propio recorrido?. O ¿el hecho de que cada interventor favorezca las internaciones y/o establezca presiones en los criterios de internación de las instituciones con las cuáles él se vincula?. O ¿será que la mayor dificultad se encuentra en la falta de decisión política, ya que no es una problemática que se encuentra en la agenda política de turno?. Varios son los interrogantes que se nos plantean a la hora de pensar en la dificultad que conlleva la generación de una red amplia y sostenida en el tiempo. Sin embargo sobre algunas de las dificultades enunciadas se refirieron varixs de lxs entrevistadxs:

> "(...) cada intervención que hubo… Desde que yo estoy, hubo tres distintas. Las tres muy distintas en cuanto a cómo pensar la salud mental y cada uno venía con sus contactos. Obviamente, todos son bienvenidos mientras sirvan para algo, pero, bueno. Es verdad que, cuando se va un interventor, se pierden esos contactos, esas referencias." (Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

> "Yo creo que es fundamental la creación de servicios de salud mental o adecuar los servicios de salud mental en los hospitales. (...) Igual, no hay predisposición política ni hay inversión económica, y menos concepción popular. Digamos, el loco tiene que ir al manicomio. Es así. El loco es molesto." (Lic. en Psiquiatría, Diciembre 2018)"

A modo de cierre de este capítulo, podemos comenzar a analizar las categorías que se encuentran en tensión. Como vimos el recorrido histórico institucional, las diversas modalidades de trabajo, los modos de nominar y de entender la problemática han forjado la realidad actual de la institución. Luego de caracterizarla de manera detallada, debemos inscribirla, como plantea Goffman como una institución total ya que *"es un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente"* (Goffman, 1970). Estas instituciones se caracterizan principalmente porque todos los aspectos de la vida cotidiana se desarrollan en el mismo lugar y bajo una figura de autoridad, en todo momento se está acompañado de otras personas para llevar dichas actividades a cabo, a esos "otros" se les da el mismo trato. Y algo crucial en esta institución es que todas las actividades cotidianas están conducidas y reguladas de manera estricta y prefijada mediante un sistema de normas que se exponen de forma explícita a todxs los usuarios de la misma.

A su vez, como ya fue expuesto, la existencia en paralelo de dos paradigmas completamente antagónicos, modifican las modalidades de trabajo del servicio. Por otro lado, el contexto político-económico actual, complejiza las estrategias de trabajo que tiene el Hospital en general y el dispositivo de internación en particular; y establece el tipo de redes que se puedan generar. En el próximo capítulo realizaremos un acercamiento más exhaustivo a la modalidad de trabajo del dispositivo de internación y a las estrategias específicas de los equipos. Por otro lado analizaremos la idea de interdisciplina y el rol del Trabajo Social en la Institución.

Capítulo 2: La modalidad de trabajo en el dispositivo de Internación

El tipo de ciencia social que uno puede hacer
depende de la relación que se tiene con el mundo social,
Y, por ende, de la posición que se ocupa en dicho mundo.
Pierre Bourdieu

En este apartado nos centraremos en el análisis de la modalidad de trabajo del dispositivo de internación, las tensiones latentes entre las distintas disciplinas y las relaciones de poder que se encubren en ellas centrándonos especialmente en el rol del Trabajo Social. También indagaremos sobre qué estrategias construyen lxs profesionales para adaptar sus intervenciones a las situaciones complejas que se presentan en el dispositivo.

La Internación es uno de los dispositivos planteados por la Institución para el abordaje de situaciones complejas que requieran, por un período específico, de un tratamiento más intensivo. Las mismas son planteadas como "breves" ya que como sostiene la Ley N° 26.657 deben ser, por su carácter restrictivo, el último recurso terapéutico en Salud Mental. Serán producto de una evaluación interdisciplinaria, donde se deberán enmarcar en los criterios de un plan terapéutico, considerándose que en esa situación y ante ese sujeto específico la internación es la estrategia apropiada. Si bien, la mayoría de lxs profesionales entrevistadxs describen que las formas de ingreso de la demanda se dan de ese modo. Algunxs profesionalxs han asegurado que los criterios de internación se pueden ver "influenciados" por diferentes tensiones institucionales, siendo este un criterio altamente permeable a la coyuntura institucional por la que se atraviese:

> "No tenemos internaciones directas, salvo que a veces sí influyen cuestiones institucionales… Bueno, es una "solicitud de evaluación". Después está el criterio de cada equipo...y, después, no se puede negar, hay presiones institucionales. A veces, el criterio no es que no existe…Pero hay cosas que se pueden trabajar o que requieren un mayor tiempo y, muchas veces, por situaciones de vínculos institucionales, a veces, se camufla ese criterio y se puede como flexibilizar. Sucede con instituciones como el *Hogar de Cristo* y otras con las que hay vínculos, y esto se flexibiliza." (Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

Mallardi y Gianna proponen tres categorías para analizar nuestras intervenciones: socio-institucional, subdeterminante popular y ético político, tomaremos la dimensión socio

institucional para analizar lo planteado precedentemente: *"(...) comprender los nexos causales entre la posición adoptada por el Estado para atender las manifestaciones de la "cuestión social" mediante las políticas sociales, y la particularidad que asume dentro de la dinámica institucional, a partir de la configuración de la demanda institucional y los recursos movilizados para ello"* (Gianna y Mallardi, 2011: 60/61). Teniendo en cuenta esto, consideramos que el espacio institucional no es un ámbito homogéneo ni "neutral", ya que el mismo se encuentra constantemente atravesado por intereses contrapuestos que moldean nuestras prácticas. Esto nos hace repensar, los límites que tienen los criterios establecidos por la Ley en las propias Instituciones.

2.1 Interdisciplina y relaciones de poder

La intervención llevada a cabo por los equipos del dispositivo se encuentra atravesada por la dimensión socio institucional mencionada. Los mismos tendrían que, según lo establece la Ley 26.657, adoptar la modalidad de abordaje interdisciplinario, entendiendo que *"El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales."* (art. 9)

Mucho se ha escrito sobre el concepto de interdisciplina; si bien se ha llegado a varios acuerdos, hay quienes complejizan dicha categoría. Un ejemplo de ello, son los autores Filho y Ribeiro Valério (2010:46) quienes retoma del autor DEMO (1997:86) la idea de entender a la interdisciplina como el arte de profundizar preservando lo particular y lo complejo. Y sobre esta concepción el autor afirma que el conocimiento es un terreno incompleto, y que es el diálogo entre los distintos saberes lo que profundiza y enriquece dicho conocimiento, presentándose como un suelo donde las relaciones creativas pueden mantener el saber en constante transformación:

> *"a característica central é a idéia de conhecimento como terreno marcado por lacunas, conferindo-lhe caráter sempre incompleto. O diálogo entre os saberes encontra-se aí como possibilidade de aprofundamento, troca, enriquecimento, justamente (e somente) em função da existência da diferença entre estes mesmos campos. Essas diferenças, limites, são a tradução do permanente questionar humano. A interdisciplinaridade apresenta-se, assim, como solo onde relações criativas possam manter o saber em constante transformação"* (Nery Filho y Ribeiro Valério, 2010:47)

> *[La característica central es la idea de conocimiento como terreno marcado por lagunas, dándole carácter siempre incompleto. El diálogo entre los saberes se encuentra allí como posibilidad de profundización, cambio, enriquecimiento, justamente (y solamente) en función de la existencia de la diferencia entre estos mismos campos. Estas diferencias, límites, son la traducción del permanente cuestionamiento humano. La interdisciplinariedad se presenta, así, como suelo donde las relaciones*

> *creativas puedan mantener el saber en constante transformación.]* (Nery Filho y Ribeiro Valério, 2010:47 - traducción propia)

Los autores resaltan que se deben resguardar los espacios para cada uno de los saberes, ya que cada disciplina tiene una mirada particular de los fenómenos, en función de la singularidad de su propio campo científico, que le otorga una mirada específica sobre él. Así cada disciplina, al entrar en contacto con las demás, encuentra la posibilidad de profundizar y cuestionar su propio conocimiento.

> *"cada parte envolvida, ao entrar em contato com outros saberes (e consequentemente com pressupostos outros), encontra possibilidade para aprofundar e questionar seu próprio conhecimento, caminho essencial em todo processo de desconstrução e renovação. (...) É importante ressaltar, diante desse projeto interdisciplinar, o cuidado em resguardar o espaço para cada saber. Cada disciplina lança um olhar particular aos fenômenos, em função da singularidade de seu próprio campo, que lhe confere uma percepção/concepção específica."* (Nery Filho y Ribeiro Valério, 2010: 46)

> *[cada parte involucrada, al entrar en contacto con otros saberes (y consecuentemente con otros presupuestos), encuentra posibilidad para profundizar y cuestionar su propio conocimiento, camino esencial en todo proceso de deconstrucción y renovación. (...) Es importante resaltar, ante este proyecto interdisciplinario, el cuidado en resguardar el espacio para cada saber. Cada disciplina lanza una mirada particular a los fenómenos, en función de la singularidad de su propio campo, que le confiere una percepción / concepción específica.]* (Nery Filho y Ribeiro Valério, 2010: 46 - traducción propia)

Complementando lo planteado por estos autores, Alicia Stolkiner agrega que la interdisciplina no es una teoría unívoca sino que es más bien un posicionamiento y el mismo *"obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legitima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas (...). La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello."* (Stolkiner, 2005:5)

Por lo tanto, podemos entender que los posicionamientos de lxs autores suscriben a la idea de entender a la interdisciplina más allá de la incorporación de distintas disciplinas a los equipos; sino que se acerca más a la idea de entender la incompletud de esos saberes, que sólo en un diálogo dialéctico se podrán articular en torno a una misma situación problemática. Y así poder analizarla desde distintas vertientes, teniendo como premisa que es de la única manera que se va a poder abordar dicha complejidad. En línea con estas ideas, varixs profesionales entrevistadxs acuerdan con esta concepción del trabajo interdisciplinario:

> "El trabajo interdisciplinario es, para mí, pensar la problemática desde diferentes marcos conceptuales y teóricos, pero de una manera articulada, donde cada disciplina puede discutir esa problemática. Pero, a la vez, puede construir una mirada integral y no fragmentada para aportar a la solución o al mejoramiento de esa situación inicial. Tiene que ver con la construcción desde cuestiones disciplinarias, personales y teóricas de cada profesional. Y, eso, que van construyendo, van armando un marco más amplio para definir una intervención." (Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

> "Creo que se trata de compartir e integrar saberes, sesgos epistémicos, metodologías, formas de acción. Por eso, es importante que cada uno tenga un método de trabajo y adscriba a él seriamente, y se forme en eso. Pero, en la práctica, también es necesario poder abordar al paciente desde las múltiples facetas de lo que le afecta, de lo que es su problemática. Entonces, yo te tendría que responder que desde esta perspectiva, la interdisciplina es un imposible que se hace. Pero, como nuestro trabajo es sobre lo imposible, es coherente. ¿Se entiende? El que sea imposible no nos releva de hacerlo y, al hacerlo, algunas cosas que parecían imposibles se tornan posibles. Si lo que parecía imposible se torna posible es porque no era imposible, pero hay que averiguarlo. ¿Quién lo sabía antes, no es cierto? Bueno, este es el punto. Yo creo que el trabajo interdisciplinario se trata de eso." (Lic. en Psiquiatría, Diciembre 2018)

Sin embargo, sería difícil de pensar que el diálogo entre disciplinas se realiza de manera homogénea y estática, ya que no podemos dejar de analizarlas dentro de las relaciones de poder. Que, como sostiene Foucault, son *"un modo de acción que no actúa directa e inmediatamente sobre los otros, sino que actúa sobre su propia acción. Una acción sobre la acción, sobre acciones eventuales o concretas, futuras o presentes."* (Foucault, 1984: 3). Por lo tanto, las mismas, son acciones posibles que se inscriben en el comportamiento de los sujetos e *"incita, induce, desvía, facilita, amplía o limita, hace que las cosas sean más o menos probables; en última instancia obliga o prohíbe terminantemente. Pero siempre es una manera de actuar sobre uno o sobre sujetos activos, y ello mientras éstos actúan o son susceptibles de actuar. Una acción sobre acciones."* (Foucault, 1984: 3) Teniendo en cuenta lo expresado, podemos afirmar que las relaciones de poder son una forma de estructurar el campo posible de acción de otrx. Poniendo dicha categoría en diálogo, observamos como efectivamente trabajar de manera interdisciplinaria comienza a complejizarse, ya que las relaciones de poder se inscriben en cada uno de nuestros vínculos. Y, en el dispositivo de internación, esto no queda eximido. Hay disciplinas hegemónicas que se inscriben desde el nacimiento de la Institución, como vimos en el anterior apartado, como las disciplinas de mayor "peso específico". Hablamos tanto de la psiquiatría como de la psicología. El carácter médico y la psicoterapia, como hitos fundantes del Hospital, hasta la actualidad continúan siendo mayormente reconocidos[8] y respetados por sobre otras disciplinas. Sobre esto se refieren algunxs entrevistadxs:

[8] Nuevamente, no es menor destacar que los coordinadores del dispositivo de internación son un psicólogo y un psiquiatra.

> "¿Si se trabaja de manera interdisciplinaria? Y si, se intenta, se intenta. Obviamente hay disciplinas más hegemónicas, como la psiquiatría, donde todavía tienen un peso importante en algunas decisiones. Pero, en este hospital específicamente, se viene trabajando mucho en que cada disciplina tiene un rol importante en el tratamiento y que la idea es eso: que siempre se intente poner en discusión, desde cada disciplina, qué hacer o cuáles son las estrategias a seguir, por lo menos." (Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

> "Me parece que la institución no respeta la interdisciplina porque todavía se siguen moviendo de manera jerárquica, donde el psiquiatra es más que el psicólogo, el psicólogo es más que el trabajador social, el trabajador social es más que el acompañante terapéutico, el acompañante terapéutico es más que el enfermero, y a mí me parece que en este y en todos los tipos de trabajo, en cualquier institución, nadie es más que nadie. Cada uno con su disciplina, trabajando en equipo. Es eso, ¿no? Es poder abrirte vos un poco la cabeza de tu línea, de tu disciplina, de tu escuela o lo que fuere y dejar entrar una opinión que tenga que ver con una disciplina diferente, pero que vaya en concordancia con lo que querés hacer con un paciente. Estamos, creo, inconscientemente tratando de cambiar esto, ¿no? El modelo médico hegemónico que rige todos los hospitales, todas las instituciones de salud. Es difícil…" (Lic. en Psicología, Diciembre 2018)

Aunque es innegable el avance que se está dando en torno a la posibilidad de deconstruir los roles hegemónicos de la medicina en el abordaje de la Salud Mental. Siendo una muestra clara de esto las disposiciones que trajo la nueva Ley de Salud Mental 26.657, incorporando por ejemplo, el trabajo interdisciplinario, la amplitud a nuevas disciplinas como parte fundante de los mismos, o la necesidad de contar con al menos dos integrantes del equipo para establecer los criterios de internación (no quedando relegado a la disposición única del médicx psiquiatra). No podemos dejar de reconocer que las pujas de poder son tan intensas, que aunque por momentos sea de manera más solapada, continúan operando tanto en el imaginario colectivo como en las instituciones, y fundamentalmente, en las instituciones de Salud.

Alicia Stolkiner hace referencia a esto y sostiene que *"(...) todo grupo humano pone en juego la cuestión del poder. Un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación reduce el mismo."* (Stolkiner, 2005:8) Y plantea que uno de los modos de superar dichas situaciones, es cuando en los equipos interdisciplinarios de salud *"la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión."* (Stolkiner, 2005:8)

2.2 El rol del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios

Como venimos analizando, los equipos del dispositivo de internación suscriben a una visión integral del trabajo interdisciplinario. Sin embargo, a la hora de indagar acerca del trabajo intersectorial y el modo en que se realizan las articulaciones con otras instituciones, distintxs profesionales refieren a que esa es *"tarea del/la Trabajador/a Social"*, situación que se repitió en la mayoría de lxs entrevistadxs:

> "De eso se encargan, en general, las trabajadoras sociales *(refiriéndose a la articulación con redes institucionales)*. Yo mucho de eso no te puedo decir, más que lo que ellas me comentan a mí. No estoy tan al tanto de esas cuestiones." (Lic. en psicología, Diciembre 2018)

Esta situación, que se reitera a lo largo de las entrevistas, desencadena una serie de interrogantes en torno a cuál es la posición que ocupa el Trabajo Social en el dispositivo de internación en particular; y en el Hospital en general. Ya que lxs trabajadorxs sociales entrevistadxs si pudieron enunciar de manera clara cuál es su función institucional y hacen referencia a que, en comparación con otros ámbitos de salud, el HNR les ha abierto muchos espacios. Principalmente, lxs ha reconocido como parte integrante de los equipos tratantes (previamente a que la Ley lo haga). Como así lo sostiene unx de lxs entrevistadxs:

> "(...) nuestro rol específico tiene que ver con pensar la inclusión social de esa persona que viene, que, generalmente, llega acá a la institución en una situación de mucha vulneración. Vulneración social…Trabajamos en relación a eso. Cómo reconstruir algo de esos vínculos y esas redes que el paciente fue perdiendo, y las áreas vitales de esa persona, como para pensar en la posibilidad de, después, hacer un tratamiento ambulatorio y mejorar su calidad de vida. Pero, bueno, ya te digo, todas las intervenciones son pensadas, o se intenta que sean pensadas, de manera interdisciplinaria." (Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

Sin embargo, aún cuando las jerarquías de las profesiones hayan sido equiparadas en los equipos interdisciplinarios, nos preguntamos ¿Por qué sigue otorgándosele fundamentalmente al Trabajo Social la responsabilidad de la resolución del egreso de lxs pacientes? ¿Cómo se está pensando la interdisciplina? ¿Qué es lo que hace que lxs trabajadorxs sociales no perciban este trayecto del tratamiento, como un problema de abordaje interdisciplinario? ¿Por qué pareciera que el abordaje del proceso de externación está eximido de la clínica? Para repensar estas cuestiones, tomaremos los aportes de Susana Cazzaniga, que le atribuye a la fuerte influencia del positivismo, en la configuración histórica de la disciplina, el instalarla en una posición puramente técnica; *"esto es como mero hacer, provocando por una parte una división entre el conocer y la acción, relegando al*

Trabajo Social a una destreza en el manejo de técnicas e instrumentos, y colocándolo en un lugar subsidiario respecto de lo teórico." (Cazzaniga, 2001:3). El establecerla en esa posición genera que lxs trabajadorxs sociales terminen siendo auxiliares de otras profesiones, *"su ambigüedad trae aparejado esa especie de condición de todólogos que en la práctica cotidiana se transforma para los trabajadores sociales, en un hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales, (...) donde el adjetivo de "social" que portamos en nuestro título habilitaría a resolver todo aquello que entraña marginación, pobreza y exclusión."* (Cazzaniga, 2001:3). En términos de "amplitud", unx entrevistadx hablo sobre esto, y sostuvo:

> "Después, bueno, el trabajo social es muy amplio...Yo siempre les digo a las trabajadoras sociales, inclusive hasta la Ley que reglamenta su profesión es amplísima, ¿no?" (Lic. en psicología, Diciembre 2018)

Probablemente parte de esta historicidad, haya construido un imaginario sobre la profesión que ha dejado huellas hasta el día de hoy, las cuales muchas veces son reproducidas por lxs propixs Trabajadorxs Sociales.

2.3 Estrategias de intervención y autonomía relativa

Como vimos a lo largo de todo este capítulo, la complejidad en la que deben desarrollar sus intervenciones los equipos profesionales del dispositivo son varias; por un lado se encuentra la dimensión socio-institucional, por el otro las cuestiones propias del trabajo interdisciplinario vinculado con las relaciones de poder. Sumado a esto, las complejidades estructurales que atraviesan cada vez más a las personas que asisten al dispositivo, en conjunción con los escasos recursos para trabajar sobre ellas; convierte a la intervención profesional, cada vez más, en un desafío complejo en el que necesariamente deben buscar nuevas maneras de abordaje. Frente a ello surgen, como sostiene Pantanali, las "estrategias" en las que lxs profesionales despliegan todas sus capacidades creativas para combinar acciones - medios - para alcanzar objetivos - fines-, considerando siempre las fuerzas sociales antagónicas que se encuentran presentes en el campo de intervención. Si bien la autora habla específicamente del Trabajo Social, consideramos que es una categoría que se puede ampliar a las demás disciplinas ya que plantea la idea de concebir la actividad profesional en términos estratégicos y sostiene que para ello *"se requiere entonces indagar sobre las posibilidades y límites puestos para la realidad, a partir del análisis de las situaciones concretas, en pos de ampliar los márgenes de autonomía para imprimir a los procesos de intervención la direccionalidad socio-política buscada por el profesional"* (Pantanali, 2015: 5)

Nos interesa retomar la idea de autonomía relativa, pero para ello es necesario definir ¿qué entendemos por autonomía? frente a esto la autora Nora Aquin, entiende a *"la autonomía, siguiendo a Freidson (1978), como la posibilidad de las profesiones de controlar su propio trabajo (...). De manera que una profesión es autónoma cuando es capaz de definir y transformar la esencia de su propio trabajo. Y precisamente la mayor o menor autonomía, el modo en que las profesiones alcanzan, consolidan o pierden el control sobre las condiciones y el contenido de su propia actividad, es un analizador central para comprender los distintos procesos de profesionalización y las relaciones de poder entre las distintas profesiones"*. (Aquin, 2009:158). Por lo tanto, cuando hablamos de autonomía relativa, nos referimos a esos márgenes de maniobra y libertad que tienen lxs profesionales para reconfigurar los modos de actuar y decir. Sobre esto unx de lxs profesionales del equipos afirma:

> "En teoría, la modalidad de trabajo la definen los coordinadores, ¿sí? Ellos, cuando ingresa un paciente, eligen un equipo, les dan una especie de ABC del paciente y se arma así como una especie de ruta terapéutica, de objetivos. Pero, después, **cada profesional hace su propio recorrido**. Yo soy una de las ovejas negras del Servicio. No hago mucho caso de las indicaciones. Me guío por mi experiencia y mis instintos, y mi trato con el paciente." (Lic. en Psicología, Diciembre 2018)

Sin embargo, los márgenes de autonomía cada vez son más estrechos, lo que va limitando aún más las posibilidades de generar estrategias de intervención que logren modificar alguna condición de la situación problemática inicial. Sobre esto, Pantanali, afirma que *"(...) la inexistencia o insuficiencia de prestaciones y la falta de disponibilidad de tiempo, generan que las intervenciones profesionales puedan terminar siendo iatrogénicas. La insuficiencia y precariedad de los recursos puede tener como contrapartida una desesperada "sobreintervención" de los profesionales, "compensatoria" de las prestaciones que no existen. La "sobreintervención" es en realidad, intervención sin estrategia."* (Pantanali, 2015: 19). En referencia a esto, podríamos triangular varias de las experiencias que afirman lxs entrevistadxs, donde los márgenes para maniobrar comienzan a quedar pequeños y empiezan a impactar en lxs profesionales:

> "A veces, tenemos algunas problemáticas muy difíciles de resolver con pacientes que uno se las lleva. Nosotros somos seres humanos, también. Sentimos, pensamos, proyectamos, nos frustramos. Este es un trabajo muy frustrante, a diferencia de un trabajo afuera en consultorio, que vos le podés dar el alta a un paciente a un año y medio de atenderlo. Acá, sabés que le das el alta de la internación y a los dos meses lo tenés internado de nuevo. Entonces, eso frustra mucho y no tenemos un espacio para poder trabajar nosotros con eso que nos pasa, con el trabajo que hacemos. Las imposibilidades, las limitaciones. No hay espacio para poder hacer eso." (Lic. en Psicología, Diciembre 2018)

> “A partir del aumento de la demanda y de un montón de cosas que fueron pasando a nivel institucional, dejamos de hacer eso *(se refiere a unas reuniones de “micro-equipo” para pensar los “planes estratégicos”)*, pero me parece que era un lugar de reflexión interesante para parar un poco y decir “bueno, vamos en esta línea”.(Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

Vemos entonces, que la “autonomía relativa” se ve condicionada por las relaciones de fuerza que interpelan las prácticas de lxs integrantes de los equipos interdisciplinarios del Hospital, por las lógicas institucionales y por el contexto político-económico actual. También, por otro lado, podemos ver lo necesario que es contar con espacios de reflexión y/o supervisión, que inviten a lxs profesionales a re-pensar sus prácticas y a construir nuevas estrategias de intervención. Estos espacios -institucionalizados por la anterior interventora del Hospital- se han ido debilitando fuertemente a lo largo de estos últimos años y muchos de ellos se han perdido como por ejemplo, las supervisiones interdisciplinarias de todxs lxs equipos.

A lo largo de este apartado, pudimos detallar las distintas complejidades que condicionan y son condicionantes en la dinámica del dispositivo. En el próximo capítulo nos enfocaremos en analizar la complejidad que atraviesa a la población que se realiza tratamiento en el dispositivo de internación, sus condiciones habitacionales, las distintas estrategias de externación propuestas por lxs equipos y los dispositivos generados por el Hospital para favorecer dichas estrategias.

Capítulo 3: ¿Redes de apoyo institucional?

"Él no necesita un lugar para vivir,
necesita un lugar en el mundo"
R, Mayo 2018[9]

En este último capítulo caracterizaremos las "redes de apoyo institucional" que utiliza frecuentemente el HNR para realizar las externaciones, analizaremos en detalle sus formas de dar alojo, los distintos paradigmas a los que adscriben y sus formas de articular con los equipos del dispositivo.

En el epílogo del libro "¿Cómo intervenir en las urgencias?", de la editorial del propio Hospital las autoras Oliveira y Cantarelli se refieren a la tensión existente en la Ley de Salud Mental, que propone lograr un proceso de desmanicomialización proyectando el cierre de los hospitales de Salud Mental para el año 2020, imposibilitando abrir nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes (públicas o privadas). Y propone a su vez, la adaptación de los ya existentes a los nuevos objetivos establecidos por la Ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos. Sobre esta situación las autoras se preguntan *"¿Cómo se podría pensar hoy una política pública en salud mental sin pensar sobre todo en el segundo tiempo de ese partido? (...) la lectura de la desmanicomialización como desinstitucionalización nos impide pensar un conjunto de situaciones paradigmáticas que requieren más institución y no menos. Más dispositivos ambulatorios, por ejemplo. Más dispositivos territoriales (...). La consigna de la desinstitucionalización en un horizonte manicomial y tutelar puede comprenderse como una operación que buscaba demoler las paredes del manicomio. (...) Pensar hoy la desmanicomialización, en el marco de la legislación actual en salud mental en nuestro país (...) implica pensar nuevas formas institucionales, nuevos dispositivos clínicos y asistenciales, nuevas formas de hospitalidad."* (Oliveira, 2014: 383)

Frente al panorama actual, las estrategias que se proponen los equipos del dispositivo para construir los procesos de externación son, como dijo unx de lxs entrevistadxs, *"sumamente artesanales"*. Sin embargo retomando los aportes de Gianna, develar la complejidad de la trama histórica y conflictiva, hace que el/la profesional pueda suspender el cotidiano y avanzar en la construcción de estrategias de intervención para que su *"direccionalidad no quede limitada a corto plazo, sino que incluya otras finalidades más amplias y universales, es decir estrategias a mediano y largo plazo, y en el cual el profesional pueda orientar su arsenal teórico-metodológico e instrumental-operativo a la conformación de alianzas con las fuerzas políticas involucradas, en pro*

[9] Fragmento de una reunión de equipo en donde se discutía una estrategia habitacional para un "paciente histórico" del HNR, recuperado del diario de campo de la autora de este Trabajo Final de Investigación.

de ampliar y fortalecer los proyectos societales de las clases subalternas". (Gianna, 2011: 66). Una de las estrategias que se proponen lxs profesionales del dispositivo de internación es la construcción de redes con las que se pueda articular, aunque las mismas sean muy frágiles e informales por la escasez de dispositivos. Esta es la estrategia fundamental de intervención que han encontrado los equipos, ya que les permite abordar de manera más "colectiva" la complejidad de esta problemática en general, y específicamente, en este contexto en particular.

3.1 ¿Construcción de red o articulación interinstitucional?

Ahora bien, ¿De qué hablamos cuando hablamos de red? ¿Por qué la consideramos una estrategia fundamental de intervención?. Cómo sostiene Pantanali, trabajar en red significa construir una única estrategia de intervención la cual genera *"un efecto sinérgico en las intervenciones de los profesionales de cada institución/organización: optimiza su trabajo al hacerse responsable cada uno de distintas acciones que componen la estrategia (...) evita las "sobreintervenciones" y las intervenciones con orientaciones contrapuestas, con el consecuente efecto iatrogénico en los usuarios de las políticas sociales"* (Pantanali, 2015:24). Teniendo en claro esta definición que nos propone la autora, intentaremos realizar un recorrido por distintas instituciones con las que habitualmente articula el HNR Lic. Laura Bonaparte. Para ello, analizaremos las entrevistas realizadas a referentes de las distintas instituciones, así como también a lxs profesionales del dispositivo, e intentaremos problematizar a partir de las mismas el tipo de trabajo en red que plantea el Hospital.

Si bien el trabajo en Red se puede establecer como estrategia para abordar diversas complejidades, en este trabajo de investigación final nos abocaremos al trabajo en red en torno a las articulaciones habitacionales. Por lo que, haremos referencia a estas "redes de apoyo institucional" que, con sus diversas complicaciones, se generan para poder abordar la cuestión habitacional de las personas que se encuentran próximas a externarse. Para ello comenzaremos definiendo las redes institucionales que, según lo propuesto por Gianna, son espacios donde lxs profesionales pueden construir y/o facilitar mecanismos colectivos de trabajo en conjunto y articulación; esto *"permite al profesional contar con otros recursos que tal vez la institución no dispone y, en muchos casos, potenciar el desarrollo de la intervención profesional"* (Gianna, 2011: 63). Nos parece importante destacar que las instituciones que articulan no tienen que ser solamente de índole estatal (seguramente si fuera así la red se limitaría muchísimo debido al gran déficit de dispositivos de tipo estatal), sino que incluye a las instituciones del tercer sector, y los propios dispositivos creados por el Hospital, como respuesta a la demanda habitacional.

A partir de los escritos realizados por las autoras Castro y Fleder, nos interesa analizar el rol que muchas veces cumple el Hospital y el dispositivo de internación en particular, para las personas que realizan tratamientos allí. Las autoras retoman la teoría de 'lugares' y 'no lugares' de Mark Augé; quien se basa en la distinción propuesta por Marleau-Ponty, de espacio "geométrico" y espacio "antropológico". Esta última categoría se refiere a esos espacios "existenciales" donde se da una experiencia de relación con el mundo. También, refuerzan la categoría propuesta, con los postulados de Heiddegger quien distingue al 'lugar' del 'sitio'; y sostiene que el primero alude a esos espacios que se construyen para ser habitados. Haciendo esta distinción, las autoras sostienen que *"la institución hospitalaria instaura un 'lugar', y se convierte en favorecedora de transferencias que constituyen un anclaje (...)"* (Castro y Felder, 2014:203), siendo así el Hospital un lugar donde se lxs recibe, se lxs escucha, se lxs reconoce como sujetxs; en fin un lugar donde se lxs aloja y se les propicia amparo. Como describen Corea y Lewkowicz, es necesario estar desamparado para requerir de amparo, pero desde que nacemos estamos desamparados y requerimos que alguna institución nos ampare. Entendemos entonces que *"para ampararlos es preciso suponerlos como desamparados (...) esto tiene que ser instituido desde otro que ya esté instituido; por eso las instituciones precisan suponerlo abismalmente desamparado."* (Corea y Lewkowicz, 2004:99) Sobre esta capacidad de ser un lugar donde las personas que se internan encuentran alojo, unx de lxs entrevistadxs sostiene:

> "(...) es el único lugar que los mira, es el único lugar que los escucha, el único lugar que les da un hogar. Y, a veces, lo que hay de trasfondo en esa demanda de cualquier cosa, que puede ser demanda de internarse, demanda de atención o de algún subsidio (...) Tiene que ver con eso, de encontrar un otro que de respuesta, que escuche. Después, de ahí a que puedan hacer algo con eso, bueno, va a depender de la particularidad de cada persona, pero, me parece que si vos desarmas un poco esa demanda inicial, tiene que ver con esos que son pacientes que están en los márgenes del sistema y que van buscando lugares donde puedan encontrar cierto vínculo de cuidado." (Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

Teniendo en cuenta las categorías propuestas -*red de apoyo institucional y amparo*- y lo expuesto por lxs profesionales entrevistadxs, en los siguientes apartados intentaremos caracterizar las distintas formas de alojar que mantienen las instituciones con las que suele articular el dispositivo de internación.

3.1.1 Dispositivos Estatales

Como primera medida es preciso caracterizar las formas que tiene el Estado para dar respuesta a las dificultades habitacionales. Al que mayormente suelen recurrir los equipos interdisciplinarios del HNR, son los subsidios de transferencia directa. (ponelo al revés. Los equipos interdisciplinarios El que principalmente utilizan es el **subsidio habitacional**, el mismo es un subsidio económico que otorga la Ciudad de Buenos Aires para brindar asistencia con fines

exclusivamente habitacionales, planteada como una estrategia a la problemática de la vivienda. Lxs destinatrixs son: *"familias o personas solas en situación de calle que se encuentran en inminente situación de desamparo habitacional o se hallen transitoriamente sin vivienda o refugio por motivo de desalojo u otras causas"*. (Gobierno de la Ciudad, 2019). Sin embargo lxs profesionales entrevistadxs sostienen que los requisitos cada vez son mayores y que al aumentar las exigencias se incrementa la cantidad de personas que quedan por fuera de ellos. Así mismo, visibilizan que sobretodo en los últimos años de la actual gestión del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la vigilancia sobre el cumplimiento de los requisitos es muy rigurosa, cuando anteriormente era más flexible (situación que permitía a lxs profesionales pensar distintas estrategias que puedan "incrementar" de alguna manera el monto del subsidio, como por ejemplo la combinación de subsidios en parejas permitía que entre ambos pudieran acceder a una respuesta habitacional más apropiada. Según la opinión de lxs profesionales entrevistadxs esta rigurosidad excesiva se da porque quienes toman las decisiones sobre dicho subsidio, desconocen la problemática y no tienen en cuenta que tantas exigencias son imposibles de sostener para las personas que lo perciben.

Este subsidio económico no es de ninguna manera una respuesta a la emergencia habitacional. Y, aunque muchas veces a lxs profesionales les sirve como una de las estrategias para abordar la problemática cada vez es más dificultoso obtenerlo, por la extrema rigurosidad de los requisitos, sumado a que el monto económico es muy magro y casi no se encuentran hoteles o pensiones donde puedan alojarse. Generalmente terminan "expulsados obligatoriamente" al "circuito hotelero"[10] de las proximidades de Constitución. La mayoría de ellos son espacios donde las complejidades suelen acrecentarse ya que vivir allí los expone a situaciones de mayor riesgo como ser violencia, consumo y venta de sustancias, prostitución, etc. Vemos de esta manera que el subsidio además de no dar respuesta a la emergencia habitacional, termina muchas veces poniendo en mayores riesgos a las personas, exponiéndolas a numerosos peligros.

Por otro lado, otra de las políticas desarrolladas por el Estado con la que los equipos intentan abordar la problemática es el programa **Buenos Aires Presente[11] (BAP)**, perteneciente al Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. Su objetivo principal es brindar una atención integral en territorio, las 24 Hs., los 365 días del año. Realizando un abordaje personalizado e interdisciplinario que contemple la detección, contención, evaluación, orientación, acompañamiento y derivación de aquellas personas y/o grupos familiares que se encuentren en situación de calle, de emergencia habitacional, de vulnerabilidad y/o de riesgo social en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

[10] Mencionado así -de forma irónica- por unx de lxs entrevistadxs.

[11] Buenos Aires Presente se ocupa de atender a personas y familias en condición de riesgo social, afectadas por situaciones de emergencia o con derechos vulnerados y, en general, a población en situación de calle con necesidad de orientación, información y asesoramiento sobre servicios sociales

Desde el HNR se utiliza a este programa como articulador para poder realizar ingresos de personas a los paradores del GCBA. Sin embargo, los equipos interdisciplinarios del dispositivo de internación, no suelen utilizar con frecuencia este recurso, sino que hacen uso del mismo para resolver la problemática habitacional en situaciones emergentes de carácter inmediato.

3.1.1.1 Paradores del GCBA

A partir de la Ley 3706, donde se establece la Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y Riesgo a la Situación de Calle, los paradores nocturnos[12] del Gobierno de la Ciudad, debieron transformarse en lo que la Ley establece como "Centro de Integración"[13] los cuales deben funcionar las 24 hs. del día. Esto permite que las personas no deban retirarse durante el día. Sin embargo se espera que no funcionen como una respuesta habitacional a largo plazo, por lo que se promueven las permanencias cortas.

Como vimos antes, los equipos del HNR sólo articulan con el BAP para realizar los ingresos a estos paradores/centros de integración, sin embargo no es una estrategia que se suele utilizar mucho ya que la mayoría de lxs profesionales refieren que lxs pacientes no desean ingresar a estos dispositivos. Así como también expresan que "no son para cualquiera" debido a que tienen una impronta más rígida, sobretodo en los criterios de ingreso. Sobre esto un/a profesional del equipo sostiene:

> "Está el BAP, para personas que estén haciendo el tratamiento y no estén internados y está en situación de calle, muchas veces también es otro problema más, porque no da respuesta, y está la rigidez en la cuestión de los criterios de ingreso. Sobre todo, para personas con consumo. Muchas veces, los pacientes han consumido alguna vez en ese lugar, y una solución que se da en estos lugares es tener una lista *(a la que muchxs entrevistadxs la nombran como "la lista negra")* y no poder ingresar más. Entonces, es como que te limita un montón, más cuando la mayoría de los pacientes que están en situación de calle están con consumo, y no se aborda desde un lugar de reducción de riesgos y de daños y de acompañamiento, sino desde la abstención. Tienen normas más desde la prohibición. Son rígidas." (Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

Estas situaciones de expulsividad que generan los propios dispositivos a la hora del ingreso y/o permanencia de las personas generan marcas en los cuerpos, repercuten en las subjetividades y continúan fomentando la exclusión y estigmatización de esta población. Como sostiene Forte y Pérez *"el conjunto de las relaciones sociales, las circunstancias, se inscriben en el cuerpo y lo moldean, lo disciplinan para sustraerlo pero también para configurarlo moralmente. Así es como cobra existencia*

[12] Exceptuando el parador para hombres que funciona en Retiro, que continúa teniendo la modalidad histórica de parador nocturno, en donde la persona al otro día debe irse.
[13] Los Centros de integración del GCBA son el Bepo Ghezzi (sólo para Hombres) y el Azucena Villaflor (sólo para mujeres, con o sin hijxs).

el cuerpo de los explotados como cuerpo disciplinado (...)" (Forte y Pérez, 2010: 34). Este disciplinamiento de los cuerpos se materializa en las formas de amparo que brindan estos dispositivos, ya que se limitan a responder a la necesidad de un techo para pasar la noche. Ninguno de ellos genera prácticas de contención ni de participación colectiva, exceptuando las que puedan generar lxs propixs trabajadorxs movilizadxs por su propio interés. Sobre esta situación se refiere el/la profesional entrevistadx:

> "La contención y/o asistencia de los dispositivos convivenciales depende del profesional, del operador o quien esté. Digo, son laburos muy precarizados, que hay mucha violencia ahí adentro, ¿viste? Que no hay contención tampoco para esos laburantes, entonces es muy difícil sostenerlos, y, nada. Son lugares que, en general, son **depósitos de gente**, lugares que están abandonados. Sí puede haber un profesional que labure, que le ponga el cuerpo, como en todos lados, pero no es algo que del dispositivo, en general." (Trabajadorx del programa BAP, Enero 2019)

Esta poca capacidad de cuidado por parte de estos dispositivos genera el rechazo sistemático de la población, la cual los considera como la peor estrategia posible e intentan (la mayoría de las veces) evitarlos. Tanto que varixs prefieren quedarse en la calle antes de recurrir a los mismos, como vemos en este fragmento del diario de campo donde se mantenía una entrevista con unx de las personas internadas en el Hospital la cual sostenía:

> "prefiero volver a la ranchada...además me dijeron que no vuelva a aparecer que estoy en la lista negra porque hice bardo" (J., Junio 2018)

Teniendo en cuenta estas situaciones, sumado al posicionamiento plenamente abstencionista y a la constante rigidez con la abordan la problemática lxs trabajadorxs de estos dispositivos habitacionales del GCBA, no resulta para nada extraño la poca permanencia que tienen las personas que recurren a ellos. Las personas simplemente dejan de ir, o son expulsados por medio de "listas negras", ninguna de las instituciones mantiene articulaciones formales, ni da respuestas más a largo plazo de las problemáticas de las personas. Entonces esta puede ser una estrategia habitacional de emergencia, pero no está pensada como un dispositivo que aborde la problemática de manera integral. Aunque, muchxs entrevistadxs sostienen que tanto los paradores como el propio dispositivo del BAP podría ser una estrategia territorial interesante para abordar la emergencia habitacional, manifiestan que sin recursos (tanto económicos como de personal idóneo) no deja de ser una (muy mala) respuesta asistencialista a la situación. Por tal motivo, la forma de articulación que mantienen los equipos de internación con el BAP, es muy esporádica y ante situaciones muy específicas donde inevitablemente deban recurrir a ellxs. Lxs profesionales del HNR entrevistadxs, refieren tener

grandes diferencias en cuanto a la modalidad de abordaje del programa y manifiestan que esto complejiza aún más la articulación.

Ante la ausencia deliberada del Estado, son (algunxs) de lxs propixs profesionales tanto del programa como de los paradores, quienes se ponen al hombro la situación e intentan, en términos de Pantanalli, elaborar nuevas estrategias de intervención. Sobre esta situación, hace referencia el/la trabajador/a del BAP entrevistadx, y sostiene que de la única manera que encuentra viable poder sostener un trabajo así -en estas condiciones- es "militando" la problemática, organizándose por dentro y por fuera del ámbito laboral.

Oszlak y O'Donnell definen a la política pública, como un *"conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil. De dicha intervención puede inferirse una cierta direccionalidad, una determinada orientación normativa, que previsiblemente afectará el futuro curso del proceso social hasta entonces desarrollado en torno a la cuestión (...)"* (Oszlak y O'Donnell, 1984:144). Por lo tanto es imprescindible analizar tanto las acciones como las omisiones del Estado, como parte de procesos de disputa en los cuales se abordan sólo algunas problemáticas priorizadas por la coyuntura. Entonces, debemos entender las políticas públicas analizándolas en cada contexto histórico y momento determinado como *"la cristalización de las tomas de posición que va asumiendo el Estado, a partir de los sucesivos conflictos vinculados a ciertos problemas y, en estrecha relación, con la toma de posición de otros actores implicados"*. (Olejarczyk y Demoy, 2017:17). Por lo tanto desde esta perspectiva, la toma de posición del Estado no es para nada ambigua, sino que es producto de la confrontación de diversos actores y es, por demás, conflictiva. Entonces, debemos entender que la precarización estatal a lxs trabajadorxs tanto del BAP como de los paradores/centros de integración de GCBA, el aumento de desprofesionalización del programa y la poca inversión en recursos es claramente una decisión política de no priorizar y relegar esta problemática. Sin embargo, teniendo en cuenta esta perspectiva relacional desde la que entendemos la política pública, es posible incorporar el concepto de Lipsky de "street level burocracy" o lo que aquí llamamos "trabajadores de base". Esta categoría caracteriza las tareas cotidianas de lxs trabajadorxs y sostiene que los mismos pueden mantener *"niveles relativamente altos de discrecionalidad y autonomía relativa respecto a la autoridad organizativa*" (Lipsky, 1996: 281). Esta autonomía relativa, con la que se desarrollan varixs trabajadorxs, imprime a las intervenciones la propia singularidad del profesional. Son *"formas sutiles de torcer el rumbo de las tareas estipuladas en consonancia con la "versión oficial" de la política pública –hacerle trampa– con el fin de ajustarlas a los objetivos que ellos mismos consideran relevantes."* (Olejarczyk y Demoy, 2017:20). Frente a la complejidad de trabajar bajo estas circunstancias, de trincheras permanentes, un/una

entrevistadx sostiene que el impacto personal que genera es muy grande y que sin la "militancia" en la problemática sería muy complejo. Y sostiene:

> "¿Qué impacto? No sé, en algún momento me voy reciclando y me voy armando… Pero, nada. Me interesa mucho la problemática y lo laburamos con las organizaciones, y eso hace que sea un poco de oxígeno, ¿no? Porque hoy trabajar en el Estado es muy difícil, porque estás todo el tiempo diciendo que no, pero la otra pata, laburar desde otro lado, es interesante." (Trabajadorx del programa BAP, Enero 2019)

Como bien pudimos ver a lo largo de este apartado, las respuestas pensadas por parte del Estado para intervenir sobre esta problemática, lejos de estar pensadas de manera integral tienen un carácter plenamente asistencialista, focalizado y fragmentado. No se posicionan desde la complejidad de la problemática, e impactan de manera nociva tanto en la población que se encuentra con dificultades de Salud y Consumo Problemático, como en lxs mismxs trabajadorxs agentes instrumentales de sus políticas.

3.1.2 Dispositivos confesionales

El Estado también, por medio de la Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), financia diversos dispositivos habitacionales convivenciales, que pertenecen al tercer sector (como pueden ser ONGs, Hogares de la Iglesia, de Cáritas o de la sociedad civil). En este ámbito altamente desprofesionalizado, se esconden un crisol de instituciones con modalidades de abordaje y perspectivas política-teóricas completamente antagónicas.

El Hogar de Cristo, es uno de estos dispositivos financiado por SEDRONAR, al que muchas veces recurren, no sólo los equipos del HNR, sino también la mayoría de las instituciones que trabajan con Salud Mental y consumo problemático de sustancias. El Hogar de Cristo se creó en el año 2008 a partir del trabajo que realizan los curas villeros en los barrios más vulnerables del país, a partir de la necesidad de trabajar sobre la problemática del consumo de pasta base de cocaína que estaba en aumento. En un primer momento se crean "centros barriales" en los barrios más vulnerables de la Capital Federal, según la definición propia de la/el referente de la institución: *"la idea de estos centros es encontrarse en la periferia de los barrios con la finalidad de ser puntos estratégicos donde lxs pibxs puedan correrse un poco de las ranchadas para poder descolgar un rato*'. Luego los centros barriales comienzan a extenderse al Gran Buenos Aires, hasta que hoy en día se encuentran en todo el país. El dispositivo tiene una modalidad ambulatoria y el objetivo principal es realizar un acompañamiento integral en la vida de cada unx de estas personas.

Teniendo en cuenta esta visión que mantiene la institución, se plantean realizar un acompañamiento "cuerpo a cuerpo[14]", sosteniendo que ellxs reciben "la vida como viene" y "la acompañan como viene". Por dicho motivo no tienen ningún tipo de requisito para recibir gente, no realizan ningún tipo de entrevista previa, todxs son admitidxs. Unx de lxs entrevistadxs, referente del Hogar, sostiene que la flexibilidad de ingreso que mantiene la institución hace que puedan llegar a lxs pibxs que "están más rotos, más frágiles, más vulnerables". También sostiene que la institución "viene a **dar una mano**" y a "**ayudar**" como si fueran una familia. Y afirma que cada persona tiene sus propios tiempos los cuales se respetan, por lo que tampoco hay un tiempo límite para egresar de la institución.

Para llevar adelante este acompañamiento los centros barriales se organizan en áreas: salud, social y de psicología. A su vez arman emprendimientos y talleres, una de las estrategias más importantes que llevan adelante es la de generar oficios a partir de distintos emprendimientos (actualmente se desarrolla uno de cocina y otro de velas). Si bien son un equipo chico de profesionales (un profesional por área), los equipos se articulan con voluntarixs, con el/la coordinador/a de cada centro, con el cura y con equipos tanto de SEDRONAR como de la Dirección de Readaptación Social que "prestan servicios" en el hogar. Cuando la entrevistada detalla en qué consiste el acompañamiento de estos equipos sostiene:

> "En el centro barrial se aborda absolutamente todo. Se aborda la cuestión del consumo, la cuestión de la salud, lo social....mmmm y se acompaña todo, o sea se acompaña hasta la muerte por ejemplo. **El pibe se muere y nosotros lo velamos** en la capilla, entendes? O sea **acompañamos absolutamente toda la vida**." (Trabajadora del Hogar de Cristo, Diciembre 2018)

A partir de esto se empezó a visibilizar que había muchas situaciones que superaban el abordaje del Hogar, como respuesta a ello se crearon dispositivos específicos para cada una de estas. Por ejemplo para el abordaje de enfermedades infectocontagiosas, para pibxs trans, para pibxs privadxs de su libertad, etc. Esta institución, perteneciente a la Iglesia y con mucho apoyo de SEDRONAR, posee gran cantidad de recursos y posibilidades de generar nuevos cuando no encuentran la forma de abordar la complejidad de la situación. Es por esto que muchas de las instituciones articulan con ellos, por la disponibilidad de recursos que -comparado con todas las demás instituciones que abordan la problemática- es muchísimo más amplia.

En cuanto a la situación de consumo, expresan con mucho énfasis que dentro del dispositivo no se puede consumir, ni se puede entrar bajo efectos de algún tipo de sustancia. A lo largo de toda la entrevista se habla muchas veces de "recaídas" como "parte de los procesos"; hecho que nos hace

[14] Así lo define la/él propix entrevistadx.

pensar que el paradigma que rige en esta institución tiene mayores puntos de contacto con el abstencionista. Pensar la problemática desde este paradigma y el abordaje puramente asistencialista genera tensiones a la hora de articular con diversas instituciones, a su vez ellos mismos establecen articulaciones sólo con instituciones estatales (Hospitales, Cesacs, jardines, sedronar, paradores, etc) y muy pocas (casi nulas) con otras organizaciones del barrio. Sostienen que prefieren realizar las mismas articulaciones dentro de los propios dispositivos que tienen como Institución.

En la misma línea el/la entrevistadx sostiene que si bien articulan con el HNR, no lo hacen de manera fluida, ya que no acuerdan con las formas de abordar la problemática. Expresa que *"el HNR suele medicar a todas las personas como primera estrategia"*, algo con lo que ella/él no acuerda. Sin embargo sostiene que en cada proceso de internación y/o externación de personas que luego iban a ir o ya eran parte del Hogar, los equipos interdisciplinarios del HNR los convocan para realizar el abordaje de manera conjunta.

3.1.3 Dispositivos de las Organizaciones de la Sociedad Civil

Dos de los dispositivos de frecuente articulación con el Hospital, son el Centro de Integración Monteagudo (para hombres mayores de 18 años) y Centro de Integración Frida (para mujeres, lesbianas, trans y travestis, con o sin hijxs). Ambos dependen de la organización Proyecto 7, pero son co-financiados por el Ministerio de Desarrollo de la Ciudad y por la propia autogestión de las organizaciones sociales que los conforman. Comparten una lógica de abordaje y una visión de la Salud Mental y el Consumo Problemático de Sustancias similar. Ambas instituciones se posicionan desde el paradigma de reducción de riesgos y daños y, aunque son estrictos a la hora de no permitir el consumo dentro de sus instituciones, lo que proponen es trabajar a partir de la singularidad de cada sujetx y abordar cada situación en específico.

Persiguen como objetivo, superar la simple respuesta habitacional y que cada persona que ingrese a la institución se plantee trabajar sobre alguna cuestión personal, intentando así que el paso por la misma les brinde herramientas para fortalecer y ampliar su autonomía. En ambos dispositivos el ingreso es irrestricto, cualquier persona que se encuentre en situación de calle y/o en riesgo de calle, puede ingresar. Ambas instituciones implementaron una entrevista previa al ingreso (parecida a una admisión), para evaluar si es un dispositivo que pueda alojarlxs. Dado que los cupos son limitados y las instituciones derivantes (con tal de resolver de alguna manera la cuestión habitacional), gestionan el ingreso de personas que tienen problemáticas más complejas, de las cuales estas instituciones no pueden hacerse cargo.

En cuanto a la articulación con el HNR, ambas instituciones refieren tener un buen vínculo, sostienen que acompañan las externaciones de personas que se encontraban en su dispositivo previo a la internación en el hospital. Pero, cuando ingresan a una persona por primera vez, no suelen acompañar previamente la externación sino que directamente lxs reciben al momento de su egreso del HNR. Sin embargo destacan la apertura al diálogo de los equipos del dispositivo de internación del HNR y la vinculación fluida que se tiene para evitar las sobreintervenciones, no dejando de hacer énfasis que hay equipos con los que se trabaja mejor y tienen un diálogo más fluido que otros.

En el caso específico del Monteagudo comentan que si bien han tenido mucha articulación con el Hospital, ahora no es tan frecuente. Entienden que esto tiene que ver con lo dificultoso que se hace manejar las situaciones de consumo dentro del dispositivo, refieren que al ser una institución de puertas abiertas, es muy flexible, y esto a veces choca con la lógica más cuidada que viene realizando las personas dentro del HNR.

En concordancia con este planteo, surgen interrogantes respecto de la permanencia de las personas en las instituciones, ambas organizaciones refieren que las personas que deciden retirarse (sin un proceso pensado y/o cuidado de egreso), mayormente lo hacen porque no se acostumbran a las normas convivenciales o porque tienen problemas vinculares con otrxs compañerxs. Sin embargo, en ambos dispositivos se plantea que no hay un tiempo estimativo para estar, ya que se entiende que cada persona tiene un proceso distinto y que algunxs necesitan de más o menos tiempo para ordenarse, pensarse en un proyecto propio y generar la autonomía suficiente como para sostenerlo. Sobre las dificultades que conlleva este proceso, lxs referentes de las instituciones sostienen que para las personas que están allí es muy difícil rearmarse y volver a pensarse como sujetx parte de una sociedad que lxs excluyó. Es por esto que, sobre todo en el Frida, se intentan pensar intervenciones de manera colectiva, que les permita sostenerse y acompañarse entre las distintas mujeres que atraviesan las mismas dificultades. Este posicionamiento político ideológico desde el que -como refieren ellxs- "militan la problemática", hace que la complejidad de la misma no impacte de manera nociva sobre sus cuerpos, sobre sus intervenciones, sobre sus propias subjetividades. Por el contrario ambxs trabajadorxs hacen referencia a esto:

> "Laburar en Frida es una de las mejores cosas que me pasó en la vida. Es un proyecto tan hermoso desde que se pensó que no hay palabras para describirlo. (...) Bueno, además, militar en la organización y posta pensar en organizarnos de otra manera. (...) acá en Frida es como, bueno, poner muchísimo el cuerpo, saber que la compañera no te está haciendo nada a vos, sino que todo el mundo le hizo cosas a ella y en algún lugar lo tiene que depositar para poder hacer otra cosa, digamos. Después, en lo personal, es un trabajo maravilloso porque aprendés un montón de cosas. (...) Entonces, bueno, nosotras también podemos ser creadoras de nuestros propios recursos, creadoras de nuestras propias estrategias, creadoras de nuestros propios proyectos, pensarnos posta como protagonistas de nuestros proyectos de vida y de nuestros proyectos políticos, y tomar posición y que nada te pase por el costado. Yo acá no es que trabajo con las chicas: yo acompaño a las

> pibas y, en cierto modo, ellas me acompañan a mí en otras cosas. Hay vínculo, digamos. (...) yo a las pibas las quiero y ellas me quieren a mí. Entonces, es como que no es un laburo." (Trabajadora del Centro de Integración Frida, Diciembre 2018)
>
> "Quien labura en este tipo de lugares, lo hace porque quiere, no porque la va a levantar en pala o para progresar en la vida, sino porque hay una militancia. Y, ¿qué sé yo? Capaz que no resuelve nada y es una medio hippie, pero posta, que haya un vínculo distinto circulando, más allá de que las articulaciones no funcionen y que haya, posta, intervenciones y cosas trabadas… Termina pasando que eso no viene al caso si lo que queremos es que el compañero encuentre un lugar de referencia donde estar y compartir con otros, sabiendo de dónde viene." (Trabajadorx del Centro de Integración Monteagudo, Diciembre 2018)

Como bien vimos a lo largo de este apartado, las formas de intervenir sobre la problemática habitacional y alojar que tienen las organizaciones de la sociedad civil son diametralmente opuestas a las propiciadas por el Estado y la Iglesia. Tanto el Centro de Integración Casa Frida como el Monteagudo parecieran tener mayores puntos de contacto con el modelo socio-cultural y el paradigma de reducción de riesgos y daños. Estas organizaciones intentan pensar respuestas de una manera colectiva, las cuales muchas veces terminan siendo intervenciones más fructíferas no solo para las personas sino también para lxs trabajadorxs que la abordan. Sin embargo, dependen de la organización y la voluntad de los propixs militantes ya que el Estado les garantiza mínimos recursos, en comparación con el apoyo que reciben otras instituciones como ser las dependientes de la Iglesia. Volviendo a los planteos de Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1981), este posicionamiento del Estado frente a esta situación no es azaroso sino que responde al interés y la dirección que le dan, tanto a la problemática habitacional como a la problemática de Salud Mental y Consumo Problemático de Sustancias. Dentro de esta tensión constante se encuentran las organizaciones de la sociedad civil que pujan para poder generar otro tipo de intervenciones. Como sostienen Forte y Pérez, *"aquellos sujetos que no han perdido la capacidad de indignarse y que sostienen cierta sensibilidad frente a las injusticias y la inhumanidad del orden social estarían expresando una constitución moral original y en acción"* (Forte y Pérez, 2010:30). Según los autores estas relaciones de solidaridad y fraternidad deben ser el inicio de la construcción de un cuerpo armado moralmente que cree *"una nueva moral autónoma y sensible frente a la inhumanidad del orden social capitalista"*. (Forte y Pérez, 2010:36)

Como pudimos ver a lo largo de este capítulo, los recursos y dispositivos para trabajar la problemática habitacional son muy escasos y desajustados de las necesidades que presenta la población. Y si bien nunca ha sido una problemática priorizada, en la actual coyuntura esta omisión del Estado cobra otra visibilidad, se intensifica. En este sentido, coincidimos con los planteos del autor García Delgado, el cual refiere que actualmente estamos viviendo un "neoliberalismo tardío" y

sostiene que *"estos nuevos gobiernos vuelven a poner una pauta de mayor mercantilización de la sociedad -privatizaciones, flexibilización, alineamiento automático con la potencia hemisférica y la promoción del emprendedorismo como ideología dominante-. En esta lógica, el desarrollo no existe, la distribución son fantasías populistas, y la economía se debe orientar al crecimiento del PIB"* (García Delgado, 2017:100). Ante este achicamiento del Estado, con esta coyuntura que promueve las políticas públicas fragmentadas y focalizadas, los equipos del dispositivo de internación recurren a la vinculación con "redes de apoyo" como estrategia de intervención. Sin embargo, no podríamos pensar que se trabaja en red o podríamos pensar que es una red muy frágil e informal, ya que como plantea Pantanalli *"la constitución de redes interinstitucionales/organizacionales demanda una cantidad importante del tiempo de trabajo de los profesionales y* ***exige una actitud pluralista, incluso aceptando intervenir con una estrategia que no se considera la más adecuada en pos de no boicotear la acción conjunta"*** (Pantanalli, 2015: 25) Los instituciones habitacionales que son parte de esta estrategia, son sustancialmente contrapuestos, tienen modalidades de trabajo completamente distintas y se posicionan desde marcos teórico-políticos opuestos, lo que dificulta pensar en intervenciones conjuntas. Más bien se generan articulaciones y se intenta que esta mixtura en las intervenciones no repercuta en los procesos que se plantean con cada persona a la hora de planificar su externación.

Capítulo 4: Las complejidades en los procesos de externación

"Y ahora…
¿Qué hago de mi vida?[15]
G. Septiembre 2018

En este capítulo centraremos nuestro análisis en las estrategias de externación que despliegan los equipos del dispositivo de internación, particularizando en las condiciones habitacionales de lxs sujetxs de dichas estrategias.

De las entrevistas realizadas surge que lxs profesionales desarrollan sin mayores dificultades la implementación del plan terapéutico obturándose la estrategia de intervención en el tramo del proceso de externación. Es decir, que desarrollan satisfactoriamente el abordaje clínico[16] imponiéndose en el egreso la dificultad de resolución de la situación. Por las características de los recursos en juego en ese periodo, la intervención recae y es asumida por lxs trabajador/es sociales casi exclusivamente. De este modo, son estxs profesionales del dispositivo de internación quienes a partir de estrategias creativas intervienen sobre este momento:*"lo que la institución no puede, el agente institucional lo inventa; lo que la institución ya no puede suponer, el agente institucional lo agrega. Como resultado de esta dinámica, los agentes quedan afectados y se ven obligados a inventar una serie de operaciones para habitar las situaciones institucionales."* (Corea y Lewkowicz; 2004: 106)

Sumado a esto la institución está tendiendo a convertirse en algo parecido a lo que Lewkowicz (2004) plantea como una "institución galpón", que según el autor son esas instituciones que ya ni instituyen ni son instituidas. Sostiene que *"en condiciones de fluidez, no tenemos la oposición entre lo que cambia y lo que permanece –la clásica oposición entre ser y devenir– sino la oposición acaso más dramática entre lo emergente y lo residual. El galpón es el residuo de la destitución."* (Lewkowicz; 2004:3). Comparativamente con la gestión anterior, que creaba dispositivos tendientes a resolver este nudo problemático asumiéndose como parte de la resolución del mismo, la dirección actual no se implica en ello:

---

[15] Fragmento recuperado del diario de campo, de una entrevista realizada a una persona que se encontraba en proceso de externación, que había vuelto de una entrevista en SEDRONAR, donde había sido rechazado su ingreso a una comunidad terapéutica -única estrategia habitacional que veía viable- .

[16] Siguiendo los escritos de Faleiros entendemos a este abordaje como necesario ya que *"Las prácticas terapéuticas, hoy son muy variadas y pueden hacerse necesarias en el arsenal del trabajador social para enfrentar situaciones de crisis personales o de necesidad de fortalecimiento de relaciones de más equidad entre grupos, pero en la comprensión de la realidad compleja. Una intervención de mediación institucional/social o de negociación política es algo también necesario en situaciones diversas, pero* ***lo más importante es combinar, en equipo, estas prácticas*** *para evitar el reduccionismo a lo psicológico o al economicismo".* (Faleiros, 2002: 1 y 2).

> "Las externaciones son muy complicadas. A veces, vos tenés al paciente seis meses y sabes que ya no tiene criterio de internación y la coordinación te dice que no tiene más criterio, y vos no lo querés externar porque no tiene a dónde ir. Entonces no sabes que hacer...porque decir que no tiene más criterio es fácil, pero nadie piensa en el después...Si bien nos llamamos Hospital en Red, nos falta mucho para ser Hospital y nos falta muchísimo más para ser Red. Perdón mi sinceridad. Gracias que esto es anónimo jaja….Hay muchas cosas acá en el hospital que son discursos y que, en la práctica, hacen agua. De todos modos, yo creo que somos muchos los que tenemos la intención de que esto sea un Hospital, de que sea en Red y que el trabajo sea interdisciplinario y no multidisciplinario. Y, en algún momento, llegará.. Es difícil, pero se puede." (Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

Como ya esbozamos en el capítulo anterior y ahora teniendo en cuenta este devenir institucional, observamos cómo los equipos interdisciplinarios del dispositivo construyen distintas estrategias de externación a partir de la particularidad de cada situación, pero sin embargo es en este momento en el que se entrelazan diversos aspectos. Por un lado se encuentra, según lo que refieren algunxs profesionales, la intención de cada persona. Es decir, sus preferencias sobre cómo y dónde continuar su tratamiento de manera ambulatoria y donde desean vivir. Sin embargo, estas opciones la mayoría de las veces se encuentran limitadas por la escasez de recursos tanto económicos como de dispositivos adecuados a los mismos. Sobre esto hacen referencia varixs profesionales:

> "La idea es trabajar la externación con la persona desde el primer momento en que llega a la internación. Primero, obviamente, se va conversando con la persona para ver cuál es su intención, cuál es su deseo. A veces, coinciden las intenciones con las posibilidades de las personas y, a veces, no coinciden. No son muchas las estrategias posibles, entonces ahí se va viendo. La estrategia se va tratando con el paciente y con sus referentes a medida que el paciente lo va habilitando. Se lo va orientando también (...) Se trata de trabajar con la realidad y tratar de transformarla en la medida de lo posible y de las intenciones de la persona.." (Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

> "Nosotros trabajamos con poblaciones muy vulnerabilizadas, muy frágiles. Entonces, las externaciones se vuelven complicadas no solamente por esa fragilidad, sino porque las situaciones de vulnerabilidad no son fáciles de revertir en poco tiempo. Sobre todo, cuando no tenés los medios adecuados para eso." (Lic. en Psiquiatría, Diciembre 2018)

Según una investigación del Instituto Gino Germani[17] realizada en el año 2014, sobre la implementación de la Ley 26.657, el 54,17% de lxs entrevistadxs señala a la falta de dispositivos alternativos al manicomio y a la escasa inversión de recursos en general, como el mayor obstáculo que se presenta. Sostienen que "*La falta de creación a gran escala de casas de medio camino, pisos*

[17] Ver gráfico en anexos.

asistidos, dispositivos de atención en la comunidad, así como las políticas de reorganización de los espacios de trabajo y la articulación con organizaciones sociales, se revelan como un déficit clave para la implementación de la Ley de Salud Mental y Adicciones en lo que respecta a la efectiva apertura de nuevos dispositivos sustitutivos y apoyo a los existentes. En la mayoría de los casos, los dispositivos y prácticas no tradicionales persisten más como iniciativas de compromiso individual o experiencias extraordinarias que como parte de las políticas públicas en el sector" (Zaldúa, 2014: 8). Esta falta de dispositivos intermedios es algo que se sostiene en el tiempo, ya que la totalidad de lxs entrevistadxs para este trabajo final de investigación, hizo referencia a esta problemática como una situación que atenta contra los procesos de externación de las personas:

> "La mayor dificultad con la que nos encontramos a la hora de pensar estrategias de externación es la falta de recursos de todo tipo. Porque no hay lugares para externarlos, no hay hogares. Los que hay, no aceptan personas con consumo. No hay casas de medio camino, no hay dispositivos intermedios, no hay residencias de estas intermedias para pacientes con problemáticas de salud mental, el subsidio habitacional es de difícil acceso y, cuando acceden no lo pueden sostener por el formato de que todos los meses tenés que presentar el recibo. (...) y eso hace que el paciente se externe y no tenga donde ir. Eso ya es un empujoncito más para que se vuelva a la misma situación de antes." (Lic. en Trabajo Social, Diciembre 2018)

> "El proceso de externaciones es complejo. La falta de instituciones intermedias, el déficit habitacional brutal de la Ciudad de Buenos Aires, la crisis económica devastadora por la que estamos atravesando. Son obstáculos de mucho calibre. (...) Entonces, uno ya sabe que es muy probable que se encuentre frente a una constelación sumamente compleja y no muy auspiciosa. Tratamos de resolverla con los efectores con los que contamos (...) Pero hay que contar que, muchas veces, estas instituciones también están en déficit. Así que, bueno, es un trabajo artesanal el que hay que construir." (Lic. en Psiquiatría, Diciembre 2018)

Teniendo presente las complejidades resaltadas, no sólo a nivel institucional sino también a nivel político-estructural-coyuntural, intentaremos ahora ampliar la mirada sobre lxs sujetxs que llegan al dispositivo de internación, para luego poder vincular las distintas realidades (estructural-institucional-población) con los procesos de externación.

4.1 La situación habitacional

La situación habitacional es uno de los condicionamientos que obturan los procesos de externación en lxs pacientes internadxs. De acuerdo a la Ley n° 3706 que plantea la Protección y Garantía integral de los derechos de las personas en situación de calle y en riesgo a situación de calle, *"se consideran personas en riesgo a la situación de calle a los hombres o mujeres adultos o grupo familiar, sin distinción de género u origen, que padezcan al menos una de las siguientes situaciones:*

1) Que se encuentren en instituciones de las cuales egresarán en un tiempo determinado y estén en situación de vulnerabilidad habitacional. 2) Que se encuentren debidamente notificados de resolución administrativa o sentencia judicial firme de desalojo. 3) Que habiten en estructuras temporales o asentamientos, sin acceso a servicios o en condiciones de hacinamiento." (art. 2).

Ahora bien, ¿Qué significa estar en situación de calle?. Esta categoría no sólo refiere a no tener vivienda o lugar donde vivir, sino que supone otras cuestiones. Así lo plantea Di Iorio (2017) en su investigación "Construyendo Comunidad", donde sostiene que estar en situación de calle es una problemática social compleja en la que *"Además de déficit de vivienda y de trabajo, acumulan otro conjunto de vulnerabilidades psicosociales entre las que se incluyen debilitamiento de la red socio-familiar de apoyo, aislamiento social, padecimientos físicos y de salud mental, exposición a violencias, así como también dificultades en el acceso a derechos sociales, culturales y políticos. (...) la calle constituye un escenario de vivencia y supervivencia en un continuo proceso de posesión/desposesión material y simbólica. La calle (...) implica abrigo, es decir, el lugar donde se está alojado, y modo de vida, en tanto que compleja red de relaciones que se torna invisible para el conjunto de la sociedad."* (Di Iorio, 2017: 2). Además, la autora propone tomar la categoría de Marginaciones Sociales, del autor Sidicaro (2012) para entender a la situación de calle no como un estado o una cosa, sino como una relación social. Constituyéndose así en una forma de padecimiento social *"(...) relacionada con expresiones de inequidad e injusticia social, configurándose identidades estigmatizadas. Constituye una de las formas institucionales en las que se expresan las marginaciones sociales en los contextos urbanos (...)."* (Di Iorio, 2017: 2). Sobre esto unx de lxs profesionales refiere:

> "La primer complejidad es lo habitacional. El porcentaje mayor de los pacientes no tienen dónde ir cuando salen de la externación. Si tienen familia, por lo general, los vínculos están bastante deteriorados y la familia no los quiere volver a recibir. Entonces, tenés que salir a buscar el lugar "más amable", digamos, para el paciente. Hay pacientes que tienen mayor capacidad y tolerancia en los paradores, ¿sí? Vos, cuando trabajás con el paciente, te das cuenta qué paciente va a sobrevivir en un parador y qué paciente no. Los que pueden hacerlo, bueno, se les intenta conseguir un parador. Tenemos los programas Vuelta a Casa y el habitacional, que, por lo general, las trabajadoras sociales los gestionan con los pacientes y, si bien no los cubre completamente, los ayuda bastante a los pacientes para conseguir una habitación en un hotel o alquilar en algún otro lado. Y, si no, vemos con los hogares. Pero hay pacientes que no lo resisten eso y mandarlos a esos lugares es tenerlos a la semana otra vez internados. El otro problema también grave que nos complica muchísimo las externaciones es el tema familiar. Hay pacientes que tienen familia, tienen casas donde volver, pero las familias están agotadas, quebradas. Incluso, te dicen "no me lo mandes porque te hago la denuncia". Entonces, estos son problemas que, a veces, son muy difíciles de resolver....¿Cómo los abordamos?" (Lic. en Psicología, Diciembre 2018)

Estas complejidades que se atraviesan, nos hacen reflexionar sobre las palabras de Cabrera y Rubio (2003) quien sostiene que aunque *"se podría pensar que la mayor parte de estos problemas podrían ser atajados aunando esfuerzos personales, familiares-relacionales y sociales-institucionales. La cuestión es justamente esa. Cada una de las personas sin techo viene a representar el fracaso colectivo de las distintas redes de pertenencia a las que cada individuo trata de amarrarse para vivir en sociedad, como consecuencia en la mayor parte de los casos de la insuficiencia de recursos con que cuentan para hacer frente a las situaciones de crisis."* (Cabrera y Rubio, 2003:53). Esta situación de extrema vulnerabilidad que atraviesan miles de personas que no tienen a quién recurrir cristaliza el debilitamiento de los soportes esenciales para la vida en sociedad y para la integración social.

Según los datos del último Censo Popular de personas en Situación de Calle, realizado en el año 2017 por distintas organizaciones sociales que trabajan con la temática, son **4394** personas las que se encuentran en situación de calle. Sin embargo encontramos sumamente relevantes para nuestra investigación algunos datos arrojados en los informes preliminares[18]. El principal tiene que ver con algunos de los motivos enunciados por lxs censadxs en aquel relevamiento a la hora de describir el porqué se encontraban en esta situación: *"las personas entrevistadas mencionaron haber estado privado de la libertad en una institución penal y problemas de salud/salud mental. Esto adquiere relevancia en lo que respecta a situaciones que se califican como "riesgo a la situación de calle" por haber estado institucionalizado y no tener donde vivir. "* (Informe Preliminar del Censo Popular de Personas en Situación de Calle, 2017). También, enunciaron que las redes de apoyo a las cuales suelen recurrir son principalmente instituciones religiosas (católicas), organizaciones sociales y por último, muy pocos incluyeron la oferta socio-asistencial de la ciudad. Otros datos relevantes mencionados en dicho informe, tiene que ver con la cantidad de beneficiarixs del subsidio habitacional, en ese momento se registraban **6800** beneficiarixs y con la cantidad de personas amparadas judicialmente para garantizar el acceso a una vivienda luego de haber obtenido las 12 cuotas otorgadas por el subsidio habitacional, en ese momento se registraba un total de **5430** personas amparadas judicialmente. Ambas categorías corresponden a personas "en riesgo de situación de calle".

Según lo enunciado por lxs entrevistadxs, la mayoría de la población del dispositivo se encuentra dentro de la categoría: riesgo de situación de calle. Esta situación de tipo estructural es una de las cuestiones que mayormente dificulta los procesos de externación. Ya que, la mayoría de las personas que ingresan al HNR tienen dificultades habitacionales, varixs se encuentran en situación de calle y/o tienen sus redes de apoyo muy debilitadas por lo cual no tienen, a la hora de pensar la externación, una vivienda a la cual regresar (ni ningún otro lugar de referencia):

> "Todos los pacientes que vos ves que tenemos en la población actual, creo que son treinta y seis actualmente, o treinta y ocho, los que vos ves que están más de noventa

[18] Ver cuadro de datos en anexo.

> días internados, salvo uno o dos pacientes por excepción, siguien y permanecen acá por el tema de que no se los puede alojar en un hogar, en una pensión o en una casa de medio camino, que ya casi ni existen. Ese es el mayor obstáculo. Además van a entrevistas de hogares o instituciones y, por el sólo hecho de haber tenido un antecedente de una internación por consumo, no los quieren alojar, no los quieren tener en el hogar. Esto muchas veces lleva a los pacientes a reinternarse, más allá del desvalimiento estatal, el tema de la calle, el tema de no tener una situación habitacional y un lazo firme que acompañe el tratamiento. Un paciente que se externa y no puede sostener un hogar, o no se le encuentra un lugar… Tratamos de que no terminen en la calle, porque el paciente que termina en la calle, termina reinternado. Lo habitacional influye mucho. Ni hablar, obviamente acompañado con esto de la situación familiar inadecuada. Ese sería el trípode para que un paciente pueda sostenerse, ¿sí? Con esas tres cosas, techo, trabajo y trama social, cualquier paciente se puede rehabilitar, pero...de las tres patas, contamos con un cuarto de una, entonces, vuelven a reinternarse. ¿Y cómo trabajamos? Cómo podemos...” (Lic. en Psiquiatría, Diciembre 2018)

Si bien, como sostiene la Ley 26.657, la internación no puede ser una respuesta a las dificultades habitacionales, en lo concreto para muchas personas de manera “indirecta” lo termina siendo. Esto se da debido a que, como refieren muchxs entrevistadxs, no se puede lograr un proceso de externación adecuado, sino que se trabaja con lo posible, con aquellas estrategias de externación, que aún cuando estén condenadas a fracasar, son las únicas viables en el escenario que se presenta, y esto, en ocasiones, termina trayendo nuevamente a las personas a algún dispositivo del hospital.

Sin embargo, este cuello de botella en el que se encuentran los equipos del dispositivo cada vez que elaboran estrategias de externación de las personas con problemáticas habitacionales, genera dos posicionamientos claros en los equipos: quienes visibilizan el riesgo de convertir al Hospital en un asilo y luchan para que eso no ocurra ensayando alternativas de resolución; y quienes encuentran como estrategia “paliativa” prolongar las internaciones hasta “conseguir una mejor opción de externación”. Y, aunque todxs acuerdan discursivamente, con la idea de que el Hospital no puede ser una respuesta habitacional, en la práctica se tensiona con la cuestión de entender que la calle tampoco es un lugar para vivir; esta encrucijada pone en juego lo más subjetivo de cada profesional.

Dicho dilema muchas veces decanta en lo que muchxs profesionales entrevistadxs enuncian como “frustración profesional” generada por no poder realizar la intervención que unx y/o el sujeto considera pertinente en función del análisis de la situación. Esto lleva, como planteamos en el capítulo anterior en términos de Pantanali (2015), a realizar intervenciones iatrogénicas que pueden terminar agudizando la problemática. El hecho de extender las internaciones por no poder realizar las intervenciones esperadas, contrariamente a lo que consideran algunxs profesionales, repercute de manera nociva en lxs sujetxs.

Tomando el concepto de desculturación, propuesto por Erving Goffman en la obra “Internados” (1970) podemos considerar que extender las internaciones puede generar un proceso

propio de las instituciones totales, que implica un desentrenamiento de la vida cotidiana. El estar encerrado en el Hospital puede desconectar al sujetx, de manera paulatina con el exterior. Esta barrera entre la institución y el afuera marca, lo que Goffman llama la mortificación del yo, lo que implica un despojo de las disposiciones sociales de su medio exterior, que le servían de apoyo; como también se da un despojo de sus roles. El prolongar los procesos de internación sin tener criterios clínicos que la sostengan, sólo incrementa esta desvinculación de lxs sujetxs con el afuera, los aísla y les genera fragilidad en su autonomía y vinculación con el exterior.

Esta dicotomía planteada tiene una resolución heterogénea, lxs profesionales del dispositivo de internación van ensayando distintas alternativas analizándolas "situación por situación", planteando así intervenciones que responden a ambas lógicas. La única respuesta institucional que se continúa sosteniendo para intentar abordar las complejidades a la hora del egreso, es el dispositivo "Vuelta a Casa" que trabajaremos en el próximo apartado.

4.2 Los dispositivos de externación del HNR

Como vimos en el primer capítulo, el mismo HNR generó -bajo los lineamientos de la anterior interventora- dos dispositivos que permiten a los equipos interdisciplinarios de internación establecer estrategias de intervención en el proceso de externación. Por un lado tenemos el programa **"Vuelta a Casa"** que se propone *"mejorar la calidad de vida de las personas con padecimientos en salud mental y adicciones que se atienden en la Institución, facilitar el regreso al hogar y contribuir al sostenimiento y manutención del paciente orientado hacia su autonomía e inclusión socio-comunitaria. Ofrece apoyo económico, articulaciones institucionales e intersectoriales, creación de una red comunitaria y tratamiento clínico."* (*Programa Vuelta a Casa*, 2019). El programa fue creado con el objetivo de mejorar de manera paulatina los efectos de las institucionalizaciones "crónicas", promoviendo el desarrollo personal e intentando disminuir el aislamiento y la fragmentación social de lxs sujetxs. Si bien no es un gran monto el que se cobra a partir de él, es una estrategia a la que suelen recurrir muchxs equipos de internación para abordar de alguna manera la problemática habitacional de las personas que están próximas a externarse y que encuentran dificultades para hacerlo por dicho motivo.

Otro dispositivo generado por el Hospital fue **"la Casa de Medio Camino"** el cual se proponía construirse como "*un dispositivo intermedio entre el tratamiento dentro del Hospital y la comunidad pensado para aquellos pacientes que, teniendo la condición de alta, no tienen un grupo familiar receptivo. Pretende reforzar los lazos y vínculos familiares y laborales además de promover una mayor autonomía e inclusión del sujeto social."* (*La Casa de Medio Camino,* 2019). Es

interesante pensar que si bien explícitamente no se propone (ni por parte del HNR ni por parte de los propios equipos) la Casa de Medio Camino como un dispositivo netamente habitacional, los equipos de internación la utilizaban frecuentemente (quizás por el condicionante de la falta de dispositivos habitacionales) como una respuesta y/o estrategia a la problemática habitacional de las personas que se encontraban internadxs. Sobre esta situación en particular hace referencia varias veces el/la referentx entrevistadx y sostiene que frente a estas situaciones en donde el HNR les "derivaba" a todas las personas con problemáticas habitacionales, el dispositivo decidió crear un "perfil" para el ingreso a la casa. El mismo planteaba la necesidad de elaborar, junto con los equipos de internación, "la foto de salida". Para ello se pensaba ¿Hacia dónde querés que llegue este sujetx en dos años? y en base a eso, si en la Casa de Medio Camino se consideraba que esa persona podía lograr esos objetivos se avanzaba con la estrategia. Sin embargo, aunque el planteo y/o finalidad para la Casa era otro, la imposibilidad de contar con dispositivos habitacionales o recursos para abordar la complejidad de la situación de externación, genera que las intervenciones sean muy "artesanales" y que los pocos dispositivos que hay sean aprovechados por los equipos de internación para dar algún tipo de respuesta a las condiciones habitacionales de la población.

A partir de lo desarrollado, podemos visibilizar la necesidad que tienen los equipos profesionales de dar respuestas a la población, sin embargo el tener una coyuntura política-económica que no acompaña, genera no solamente que "lo poco que hay" se utilice "para todo", sino también que el fracaso comience a formar parte de las estrategias de externación. Teniendo en cuenta esto se nos plantean diversos interrogantes: ¿Le corresponde al HNR resolver la cuestión habitacional o no? ¿Por qué las externaciones en el plano de la clínica se pueden continuar trabajando de forma ambulatoria, y el plano "social" -en cuanto a lo habitacional- pareciera necesario tener una resolución definitiva a la hora de externarse?.

Creemos importante remarcar que, aún no siendo una línea de acción que se aborde con el fin de resolver la problemática habitacional de lxs sujetxs, termina siendo una cuestión central en algunos procesos de reinternación. Sobre estas cuestiones reflexionaremos en las conclusiones de esta investigación.

Consideraciones Finales

A partir de la información recabada en las entrevistas, lecturas de Historias Clínicas y registros de campo y habiendo realizado el respectivo análisis con material teórico en el desarrollo de este informe final podemos esbozar que las articulaciones institucionales se constituyen como estrategias a corto plazo que "resuelven" la problemática habitacional sólo en el plano de la inmediatez. Sostenemos esto porque por un lado, refutamos la idea de trabajo en red con dichas instituciones, ya que no se piensan estrategias superadoras en conjunto, sino que solo se limitan a realizar articulaciones e intervenir sobre un mismo sujetx de manera fragmentada y hasta contrapuesta. Es aquí donde las personas comienzan a ser rehenes de los paradigmas divergentes que se encuentran en tensión dentro del campo de la Salud Mental, las intervenciones comienzan a complejizarse y a perder de vista al sujetx. Desde el dispositivo de internación se plantea el paradigma de reducción de riesgos y daños, para el tratamiento clínico de lxs sujetxs. Este abordaje pareciera no tener fisuras dentro del hospital. Sin embargo, no pasa lo mismo con el afuera, ya que es en este momento donde se tensiona la intervención porque no coincide con los planteamientos que se les presentan a lxs sujetxs a la hora del egreso. Esta contradicción, también empieza a emerger en el último tiempo con la nueva dirección del Hospital. Ya que la misma pareciera adherir más a un paradigma abstencionista, y de comunidad terapéutica que al paradigma de reducción de riesgos y daños que intentan continuar promoviendo lxs equipos interdisciplinarios del dispositivo de internación. Ese crisol de intervenciones decanta en una objetivización del sujetx que repercute no sólo en sus procesos de tratamiento, sino también en la construcción de su propia subjetividad.

En función de lo planteado los equipos presentan entrenamiento y facilidad para el sostenimiento del plan terapéutico y del abordaje clínico, y las dificultades se plantean en el plano de garantizar las condiciones materiales de existencia en los sujetxs. Pudimos visualizar cómo se le da un tiempo a la clínica que no le otorgan a estas otras dificultades que terminan siendo las que regresan a lxs sujetxs a la calle y por ende luego hacen del HNR una puerta giratoria.

También, a lo largo de esta investigación, pudimos dar cuenta de las formas de alojar que tienen las diversas instituciones habitacionales que articulan con el HNR. Sus lógicas tan contrapuestas son acordes a la perspectiva político-gubernamental en tanto son fragmentadas, escasas, selectivas y, muchas veces, expulsivas. Hasta tanto el Estado no tome las riendas de la resolución de esta problemática estas lógicas contrapuestas continuarán profundizándose y reproduciéndose.

Otro de los emergentes visualizados en este Trabajo de Investigación Final, tiene que ver con las tensiones generadas respecto al equipo interdisciplinario. Hay una presunción respecto a que todxs lxs profesionales participan en el proceso de tratamiento de lxs sujetxs, cuando en realidad solo lo hacen de manera interdisciplinaria en el tramo del abordaje clínico. El mismo está enmarcado en el

plan terapéutico que se plantea al interior del HNR. Sin embargo, las estrategias que se llevan adelante para el proceso de externación del Hospital la asumen en su mayoría lxs Trabajadoras Sociales. En base a esto, se nos presentan diversos interrogantes: ¿Cómo se plantea que un equipo interdisciplinario, sea interdisciplinario para una parte del proceso de intervención y no para todo? ¿Cuál es el rol que se nos adjudica -y asumimos- dentro de esos equipos? ¿Cómo podemos re-pensar nuestras prácticas y deconstruir este tipo de intervenciones, sin necesidad de llegar al agotamiento profesional? ¿Cómo sorteamos ese imaginario construido -y reproducido- del Trabajador/a Social "que hace y aguanta todo"?

Por otro lado, no podemos dejar de identificar que sólo se enuncia como una problemática "imposible de dar respuesta" a la situación habitacional, y no así a otras cuestiones -también estructurales- como ser los ingresos monetarios, el empleo o la formación educativa. Pareciera que a la condición habitacional sólo se le pudieran dar respuestas singulares, sin permitirse pensar o ser actores instituyentes de intervenciones colectivas a largo plazo. Por ejemplo, respecto de la implementación de actividades que generen ingresos monetarios el HNR pudo desplegar estrategias colectivas a mediano plazo: la construcción de talleres de capacitación en carpintería o serigrafía, que terminan derivando en la constitución de cooperativas de trabajo, generadoras de ingresos. ¿Qué es lo que está imposibilitando la generación de estrategias a largo plazo que respondan a la problemática habitacional? ¿Le corresponde abordar estas situaciones al dispositivo? ¿Es posible que se aborden desde esta mirada, si no hay una intencionalidad política de generar integralidad? ¿Será una particularidad de la jurisdicción donde se encuentra el HNR lo que imposibilita pensar otras estrategias?. Teniendo en cuenta los datos arrojados en el último informe[19] elaborado por la Dirección de Vivienda y Hábitat sobre la situación habitacional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde se estableció que el 5% del total de las viviendas de la Ciudad presentan condiciones habitacionales deficitarias, alrededor del 40% de los porteños son inquilinos u ocupantes, el 6% de la población total de la Ciudad vive en villas, asentamientos informales y núcleos habitacionales transitorios y que aproximadamente 200 mil personas habitan en los más de 30 barrios carenciados de la Ciudad. Será que ¿Influyen las características habitacionales de la Capital Federal en la resolución de la problemática de la población en riesgo a situación de calle? ¿La omisión por parte del Estado de resolver esta situación estructural a partir de un plan habitacional para la ciudad, no responde a una decisión política manifiesta?

Todos estos interrogantes crujen, cuando se piensan en intervenciones para personas en riesgo de situación de calle. Consideramos resulta inabordable que en el proceso de una internación -por más prolongada que sea- se pueda resolver un problema tan permanente y estructural en la historia de estas personas. Fundamentalmente cuando todas las resoluciones posibles son a corto plazo. Esta disyuntiva

[19] (2019) Informe recuperado de https://es.calameo.com/read/0026823995c544ee537cd?page=1

entre lo esperable y lo posible, genera lo que varixs entrevistadxs enunciaron como “frustración profesional”, las mismas se inscriben en los cuerpos de cada unx de lxs profesionalxs del dispositivo decantando en angustias, imposibilidad de abordaje de ciertas situaciones y hasta la necesidad de abandonar los equipos. Quizás esta problemática estructural en particular genere mayores frustraciones porque la no resolución empuja a las personas a la calle, y pensar en ella como respuesta es complicado ya que se entiende que la misma no es un lugar para vivir. Para abordar esta situación, sostenemos que es necesario que se trabaje con esa frustración, y se piensen las limitaciones profesionales e institucionales respecto de la posibilidad de resolver un problema estructural desde un Hospital Nacional.

Sin embargo, aunque se hayan podido ensayar estrategias de resolución a mediano plazo para otras cuestiones de carácter estructural, como vimos con la cuestión del ingreso, necesitamos identificar y problematizar la magnitud del problema. Resulta soportable que se sobreviva con un mínimo ingreso -aunque sea de manera precaria- lo que no es posible es soportar la inestabilidad de un alojamiento. Esta situación se presenta como un nudo problemático de difícil desanudación. Quizás deberíamos volver sobre el interrogante planteado acerca de la imposibilidad de construir respuestas a la problemática habitacional que sean a largo plazo…Generar el acceso de esta población a una vivienda digna ¿sería posible dentro de este paradigma neoliberal? ¿Será que esta población sólo tiene la función de ser utilizada por la población dominante para perpetuar dicho sistema? ¿generar respuestas habitacionales a largo plazo no podría poner en tensión la función social de esta población? ¿No será que la perpetuación de este sistema solo es posible de reproducir y perpetuar con la explotación y marginación de esta población?

Como vemos, lejos de considerar a esta investigación como producto acabado, entendemos que estos interrogantes que nos planteó nuestra investigación pueden utilizarse como punto de partida para generar nuevos procesos de análisis.

Bibliografía

- Abal, Y. y Cabanchik, P. (2015). Nuevas Políticas en Salud Mental: desafíos para la intervención interdisciplinaria. Ciudad de Buenos Aires, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

- Aquin, N. (2009). "El trabajo Social en la institucionalidad de las políticas públicas. Comprender los límites, potenciar las posibilidades". Buenos Aires.

- Baldelli, B., Bogliano, E., Ghiselli, S. (2013) Dispositivo de abordaje del consumo problemático de sustancias con sujetos en situación de calle en escenarios de consumo. En el Ministerio Público Tutelar, Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires.

- Benedetti, E. (2015). "Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático". Ciudad de Buenos Aires, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

- Cabrera, P. y Rubio, J. (2003). Personas sin techo en Madrid, Diagnóstico y Propuestas. Informe. Id: Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=applicatio n%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filena me%3DInforme-Marzo+FINAL.sin+hogardoc.

- Carballeda, A. (2008). "Los Cuerpos Fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto". Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

- Castro, L. y Felder, M. (2014). "¿Como intervenir en las urgencias? Nuevas Subjetividades, Nuevos dispositivos". Del desamparo a la búsqueda de un lugar posible. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ediciones Laura Bonaparte.

- Castel, R.; Donzelot, J.; Foucault, M.; De Gaudemar, J.P; Grignon, C. y Muel, F. (1991). "Espacios de poder". Madrid, Ediciones la Piqueta. (edición y traducción de Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría).

- Cavallieri, S. (2005). "Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas". Colección Salud Comunitaria. Serie prácticas sociales. Ediciones de la UNLa.

- Cazzaniga, S. (2001). "Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud". En artículo elaborado sobre la ponencia de VI Jornadas de Medicina General. Reconquista Pcia. de Santa Fe.

- Cazzaniga, S. (2001). Metodología: el abordaje desde la singularidad. Cuadernillo temático Desde el Fondo Nº 22. Centro de Documentación. Paraná, FTS. UNER.

- Cazzaniga, S. (2005). “La noción de sujeto de la relación profesional en Trabajo Social”. Buenos Aires, Argentina.

- Censo Popular de Personas en Situación de calle (2017). “Informe preliminar” - construido por Organizaciones Sociales. Capital Federal, Argentina.

- Corea, C. y Lewkowicz, I. (2004). “Pedagogía del aburrido. Escuelas destinadas, familias perplejas”. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós. 1°Edición.

- Custo, E. (2008). “Salud Mental y Ciudadanía: una perspectiva desde el Trabajo Social”. Buenos Aires. Editorial Espacio.

- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2005). “La investigación cualitativa como disciplina y como práctica”. España. Manual de investigación cualitativa. Editorial Gedisa.

- Díaz Rojo, J.A. (2004). “Lengua, cosmovisión y mentalidad nacional”. España. Tonos digital-Revista de estudios filológicos.

- Di Iorio, J.; Seidmann, S.; Azzollini, S.; Rigueiral, G..; Gueglio, C.; Mira, F.; Abal, Y.; Rolando, S.; Ghea, M. y Bellaspin, M. (2017). “Construyendo comunidad: investigación-acción con personas en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires”. Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina. Disponible en file:///C:/Users/spade/Documents/TESIS/CONSTRUYENDO_COMUNIDAD_INVESTIGACION-ACC.pdf

- Faleiros, V. (2002). “¿Puede existir un Trabajo Social clínico?”. Brasilia. Mim

- Freidson, E. (1978). “La profesión médica”. La península, Barcelona. s/ed.

- Forte, G.; Pérez, V.; Marín, JC.; Antón, G.; Damiano, F.; Pierbatisti, D.; Cresto. J; Salud, C.; Abduca, L. y Ainora, JM. (2010). “El Cuerpo, territorio del poder (pp 11-13)”. Buenos Aires, Colectivo Ediciones.

- Foucault, M. (1984). “Cómo se ejerce el poder”. El artículo original en francés fue publicado en Hubert Dreyfus, Paul Rabinow y Michel Foucault, Un Parcours Philosophique, Paris, Editions Gallimard, 1984.

- García Delgado, D.; Gradin, A.; Quevedo, L.; Crespo, E.; Ghibaudi, J.; Burgos, M.; Malic, E.; Pelfini, A.; Rovelli, H.; Ferrari Mango, C.; Tirenni, J.; Cambours Ocampo, A.; Pini, M.; Casalis, A.; Trinelli, A.; Ruiz del Ferrier, C.; Soto Pimentel, V.; Vommaro, G.; Astarita, M.; De Piero, S.; Nosetto, L. (2017). “El neoliberalismo tardío : teoría y praxis”. Buenos Aires. FLACSO. Documento de trabajo no. 5

- Gianna, S. (2011). “Vida Cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional”. En “Revista Cátedra Paralela”. N°8. Año 2011.

- Gianna, S. y Mallardi, M. (2011). "El trabajo social como complejo social. Aproximaciones a los fundamentos de los procesos de intervención profesional”. Tandil, Argentina. Ediciones Mimeo.

- Goffman, E. (1970). “Internados, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”. Buenos Aires, Argentina. 2da. ed. Editorial Amorrortu.

- Lanzetta, D. y Malegaríe, J. (2013). Iniciándonos en el mundo de la investigación en Breve resumen sobre etapas del proceso de investigación. Buenos Aires, Metodología de la investigación, Cat. Cohen.

- Levin, L. (2014). “El Centro Nacional de Reeducación Social. Una Historia de las Modificaciones Terapéuticas”. En Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.

- Levin, L. (2016). “Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público, e implementación estatal de tratamientos” (Tesis de posgrado). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDAA Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/203

- Lewkowicz, I. (2004). “Pensar sin Estado. La Subjetividad en la era de la fluidez”. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós. 1°Edición.

- Lipsky, M. (1996). Los empleados de base en la elaboración de políticas públicas. En J. Subirats, y Q. Brugué (coords.), Lecturas de gestión pública. Madrid: Ministerio de Administración Pública

- Mallardi, M. (2004): “La entrevista en los procesos de intervención profesional del Trabajo Social. Diálogos con la Filosofía Bajtiniana”. Boletín electrónico Surá nº 101, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.

- Marlatt, A. (1998). Reducción del daño: Principios y estrategias básicas. V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz.

- Marlatt, G. A., & Tapert, S. F. (1993). Harm reduction: Reducing the risks of addictive behaviors. In J. S. Baer, G. A. Marlatt, & R. J. McMahon (Eds.), Addictive behaviors across the life span: Prevention, treatment, and policy issues (pp. 243-273). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

- Monreal, P. (1996). “Antropología y pobreza urbana”. Ed. Los Libros de la Catarata. Madrid.

- Nery Filho, A. y Ribeiro Valério, A. (2010). “Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua”[Módulo para capacitación de los profesionales del proyecto consultorio de calle]. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

- Oliveira, M., Cantarelli, M., (2014). “¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas Subjetividades, Nuevos Dispositivos”. Epílogo. Ciudad de Buenos Aires. Ediciones Laura Bonaparte.

- Olejarczyk, R. y Demoy, B. (2017). “Habitar la trinchera: potencia y política en el Trabajo Social”. Buenos Aires. Ts. Territorios - Revista de Trabajo Social Año I, N° 1, Agosto 2017.

- Oszlak, Oscar (1991). Merecer la ciudad Los pobres y el derecho al espacio urbano. Buenos Aires, Editorial Hvmanitas

- Oszlak, O. y O’Donnell, G. (1981). Estado y políticas estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación. Documento G. E. CLACSO (4), 98-128. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

- Pantanali, S. (2015). “Estrategias profesionales: vías de construcción del proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina”. La Plata, Argentina. 1a ed. Ediciones Dynamis.

- Rosa, Paula (2017). *Habitar la calle* Ciudad de Buenos Aires, Recuperado de:http://www.ceur-conicet.gov.ar/archivos/publicaciones/HABITAR_LA_CALLE_-_libro_primera___edicion_REV_04.pdf

- Samter, N. (2017). El Método de las Comparaciones Constantes, aporte para la generación de conocimiento desde el trabajo social. Ejemplos de investigación en el campo gerontológico con el uso del Atlas.ti6. Buenos Aires, Cat. Prof. Mg. Jorge Paola

- Spinelli, H. (2010) “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. Salud Colectiva. Buenos Aires, Argentina.

- Stolkiner, A. (2005). “Interdisciplina y Salud Mental”. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas , Misiones. Argentina.

- Taylor, SJ. y Bogdan, R. (1984). “Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados”. Buenos Aires, Barcelona y México. Paidos.

- Touzé, G (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo. Buenos Aires, Ministerio de Educación.

- Zaldúa, G., Pawlowicz, M., Tisera, A., Lenta, M., Lohigorry, J. y Moschella, R. (2014). “Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013”. XI Jornadas Nacionales de Salud y Población. Instituto Gino Germani.

Organismos e informes consultados

- Informe Institucional . Disponible en https://hospitalbonaparte.gob.ar/institucional/#tab-id-3
- Gobierno de la ciudad - Disponible en https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/familiasencalle
- Programa Vuelta a Casa - Disponible en https://hospitalbonaparte.gob.ar/programas/programa-vuelta-casa/
- Casa de Medio Camino - Disponible en https://hospitalbonaparte.gob.ar/casas-de-medio-camino/

Legislación Citada

- Ley 20.332 https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-20332-231409/texto
- Ley 26657 http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm
- Ley 27.267 https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27267-264784
- Ley 3706 http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3706.html

Trabajos de Investigación Final Consultados

- Bisso, B y Durán, N. (2018). “Procesos de trabajo en salud mental y reinternaciones de adolescentes”. Facultad de Ciencias Social, Universidad de Buenos Aires. Argentina.
- Choisie, J. y Cousel, D. (2016). “Consumo de sustancias: una necesidad para la perpetuación de la situación de calle”. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Anexo

1.1 Guía de Entrevistas a profesionales del equipo interdisciplinario de salud

Trabajo Institucional y del Servicio

- ¿Cuál es tu rol actual en el Hospital? ¿Cuándo ingresaste en el servicio?
- ¿Cuáles son las normas institucionales que enmarcan tu intervención?
- ¿Cuál es la modalidad de trabajo del Servicio? ¿Quién la define?
- ¿Qué es para vos el trabajo interdisciplinario? ¿Considerás que se lleva a cabo?
- ¿Cómo es el vínculo entre los distintos profesionales de la sala?
- ¿Cuentan con espacios de reflexión y/o reuniones de equipo? ¿En qué consisten?
- En el caso de tener algún tipo de conflicto dentro del equipo ¿De qué manera lo resuelven?
- En el caso de tener diferentes criterios profesionales dentro del equipo ¿De qué manera lo resuelven?

Modalidad de abordaje de personas con múltiples internaciones

- ¿Cómo podrías caracterizar tu experiencia trabajando con personas con múltiples reinternaciones en el Hospital?
- ¿Cuáles son las demandas de las personas que ya han realizado múltiples tratamientos en el dispositivo, en general?
- ¿Es diferente la intervención con personas que ya han tenido tratamientos previos? ¿En qué sentido?
- ¿Encontrás dificultades a la hora de iniciar el proceso de externación de estos sujetos? ¿Cuáles?

Procesos de externación

- ¿Cómo es el proceso de definición de estrategias para la externación?
- ¿Quiénes participan de dichas estrategias?
- ¿Qué cuestiones se tienen en cuenta y/o se priorizan para realizar la estrategia de externación?
- ¿Qué pasa en el caso de estar en desacuerdo?¿De qué manera y quién define en esas situaciones?
- ¿Hay un protocolo/guía que seguir para realizar una externación?
- Desde tu experiencia ¿Cuáles son los problemas más relevantes que se presentan a la hora de realizar una externación? ¿De qué manera se le dan respuesta?
- ¿Cómo se piensan/realizan las externaciones de personas que ingresaron al Hospital en situación de calle?
- Cuando la persona ya podría obtener su alta en el tratamiento pero presenta dificultades para acceder a una vivienda ¿Qué estrategias adoptan lxs profesionalxs y/o el equipo tratante para realizar la externación?
- ¿Consideras que influye en el tratamiento el tipo de externación que realice el jóven-adulto? ¿De qué manera?
- ¿Qué dispositivos se ponen en marcha al interior del Hospital en la externación de pacientes?
- ¿Consideras que influye la situación de consumo en el tipo de externación que realice el jóven-adulto? ¿De qué manera?

Articulación con Redes Institucionales de Apoyo

- Para realizar externaciones, en cuanto a la habitacional ¿Con qué instituciones suelen articular? ¿Cómo se genera esa articulación?
- ¿Qué se tiene en cuenta para seleccionar el dispositivo con el que van a articular?
- ¿Cuáles son las condiciones de ingreso que establecen las instituciones?
- ¿Surgen dificultades en la permanencia de las personas en esas instituciones? ¿Cuáles? ¿A qué se las atribuís?
- Una vez ingresados a dichas instituciones ¿Se realiza un seguimiento de ellos? ¿De qué manera?
- ¿Cómo continúan el tratamiento? En el caso de que sea en algún dispositivo del Hospital ¿Cómo articulan ambos dispositivos?
- ¿Cómo resuelven cuando la institución que alojará al paciente tiene una perspectiva de la salud mental y/o el consumo problemático distinta que la del Hospital?
- Desde tu experiencia ¿Qué dificultades/barreras notas en el acceso a dichas instituciones?
- Cuando cambian las autoridades del Hospital y/o del Servicio, ¿Se modifica la articulación con las instituciones que reciben a personas que se externan del servicio?

1.2 Guía de entrevista a referentes de las redes institucionales de apoyo

- Indagar sobre la profesión y el trayecto laboral hasta el momento.
- ¿Cuál es tu rol actual en la Institución? ¿Cuándo ingresaste a la misma?
- ¿Cuáles son las normas institucionales que enmarcan tu intervención?
- ¿Cuál es la misión y visión de la institución?
- ¿Cuál es la modalidad de trabajo de la Institución? ¿Quién la define?
- ¿Cuáles son los requisitos de ingreso a la misma?
- ¿Cuánto tiempo puede permanecer una persona en este dispositivo?
- ¿Qué prácticas de contención y asistencia brinda el dispositivo?
- ¿De qué manera articulan con el Hospital?
- ¿Cómo deben ser las condiciones de derivación desde el Hospital?
- ¿Participan en el proceso de externación del jóven-adulto previo al ingreso a la institución?
- ¿Cómo podrías caracterizar tu experiencia trabajando con personas con múltiples externaciones desde el Hospital?
- ¿Es diferente la experiencia en el dispositivo, de las personas que ya han tenido varios procesos de externación? ¿En qué sentido?
- ¿De qué manera influye haber estado en situación de calle en su ingreso a la institución?
- ¿De qué manera influye la problemàtica de consumo en el proceso de inserción y estadio en la institución?
- Una vez ingresados a la institución ¿Se continúa articulando con el Hospital? ¿De qué manera?
- ¿Surgen dificultades en la permanencia de las personas en la institución? ¿Cuáles? ¿A qué se las atribuís?

- ¿El dispositivo cuenta con espacios colectivos de vinculación? (ej. talleres, clases, espacios recreativos, etc)
- ¿Dé qué manera se piensa el egreso del dispositivo?
- ¿Articulan con otras Instituciones? ¿Dé qué manera?
- ¿Qué se tiene en cuenta para seleccionar el dispositivo con el que se va a articular?
- Desde tu experiencia, ¿Notas dificultades/barreras en esas articulaciones? ¿Cuáles?
- ¿Cuál es el impacto personal que te genera trabajar en esta institución?

1.3 Cuadro 1. Obstáculos para la implementación de la Ley

Cuadro 1- Obstáculos para la Implementación de la Ley. (2014). Recuperado de "Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013". XI Jornadas Nacionales de Salud y Población. Instituto Gino Germani.

1.4 Cuadro 2 . Informe Preliminar - Censo Popular de Personas en Situación de Calle

Población en calle efectiva	Censados	A: 3800 N: 594	4394	4394		
Población que utiliza la red de alojamiento transitorio nocturno	Paradores	A: 324 N: 31	355		5872	
	Instituciones propias y conveniadas	A: 925 N: 198	1123	1478		
Población en riesgo de situación de calle	Beneficiarios de subsidio habitacional otorgado por el Decreto 690/06 y sus modificaciones			6800	20.000	25872
	Beneficiarios de amparo judicial para garantizar acceso a vivienda			5430		
	Adolescentes de 18 años institucionalizados en el Sistema Protección que deben egresar sólo por su edad			1000		
	Adolescentes de 18 años institucionalizados en el Sistema de justicia penal juvenil en condición de egreso			6770		
	Desalojos con sentencia firme					
	Adultos institucionalizados en el sistema penal próximos a finalizar condena					
	Adultos que teniendo alta médica/salud mental permanecen en las instituciones de salud por no tener donde vivir.					
	Familias incluidas en hoteles en el marco Operativo Frío u otras situaciones particulares, sin 690					
	Adultos Mayores					

INFORME PRELIMINAR

Cuadro 2 - Informe preliminar del Censo Popular de Personas en Situación de Calle realizado en el año 2017 por organizaciones sociales. CABA, Argentina