

Contextos de desigualdad: los equipos interdisciplinarios de salud mental en guardias polivalentes

Contexts of inequality: the interdisciplinary teams of mental health in multipurpose guards

**Juan Pablo Costa, Bárbara Juaniz Verón,
Mara Mattioni y Daniela Parodi**

Fecha de presentación: 12/04/19

Fecha de aceptación: 11/06/19

Resumen

En un escenario atravesado por el modelo neoliberal, la crisis de las políticas sanitarias y la creciente mercantilización del acceso a la salud, la necesidad de problematizar el alcance y las limitaciones de los procesos de intervención que tienen lugar en los dispositivos sanitarios se ve ponderada.

La propuesta interpela la creación de los equipos interdisciplinarios de salud mental, en el marco de una ley nacional desmanicomializadora inscrita en un paradigma comunitario e intersectorial, que pone de manifiesto los procesos de desigualdad que tienen lugar en el servicio de urgencias polivalente.

Es nuestro objetivo realizar una descripción etnográfica (Guber, 1991) analítica y retrospectiva vinculada con el estudio de un caso único e instrumental (Stake, 1994), como es el dispositivo de guardia de salud mental de un hospital polivalente de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA, República Argentina), seleccionando viñetas testigo para un análisis multifocal desarrollado por un equipo de investigadoras/es compuesto por estudiantes, residentes y agentes sanitarios

Abstract

In a context traversed by the neoliberal model, the crisis of health policies and the increasing marketization of access to health, the need to problematize the scope and limitations of the intervention processes that take place in healthcare devices is weighted.

The proposal calls for the creation of interdisciplinary mental health teams within the framework of a national demanicomialization law inscribed in a community and intersectoral paradigm that highlights the processes of inequality that take place in the polyvalent emergency facility.

In this sense, the purpose of the research lies in the realization of an analytical and retrospective ethnographic description (Guber, 1991) linked to the study of a unique and instrumental case (Stake, 1994) as it is the mental health guard device of a polyvalent hospital in CABA selecting witness vignettes and generating a multifocal analysis from a team of researchers composed of students, residents and health agents in practice. The coparticipative construction not only enriches the construction of knowledge entails but also reveals the modes of production and reproduction that go through the processes of training human resources in health.

en ejercicio. Entendiendo que la construcción coparticipativa no solo enriquece la producción de conocimiento, sino además pone de manifiesto los modos de producción y reproducción que atraviesan los procesos de formación del recurso humano en salud.

Palabras clave

Salud mental, urgencias, interdisciplinar, desigualdad.

Keywords

Mental health, emergencias, interdisciplinary, inequality.

El abordaje de la salud mental en contextos de desigualdad

El hospital como institución se organiza desde sus orígenes en función del paradigma médico, y por lo tanto, se sostiene en patrones adaptativos sociales. Esta referencia es importante considerando que el hospital no siempre fue un lugar al que alguien se dirigía para curarse. Hasta el siglo XVIII se trataba de un sitio para ir a morir y no estaba asociado con la práctica médica. Con el tiempo se produjeron cambios políticos, económicos y culturales que provocaron modificaciones en la subjetividad de la época, contexto en el cual el hospital pasó a ser espacio para curar (Foucault, 1996).

Los dispositivos asistenciales que el hospital produce se inscriben dentro de esta lógica: son artificios cuyo objetivo principal es curar a quienes padecen una enfermedad o dolencia, teniendo cada uno un modo diverso de tratamiento.

Tales dispositivos funcionarían como tales en el sentido foucaultiano, es decir, como un conjunto heterogéneo que envuelve discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos (tanto lo dicho como lo no dicho), articulados en una compleja red de relaciones. Se trata de una formación que tiene una función estratégica en un momento histórico determinado, que en términos de Foucault (1996) no es ingenua, sino que responde a una estrategia más amplia, que desborda los límites de un hospital.

La heterogeneidad de dispositivos que la Ley Nacional de Salud Mental propone, fortalece especialmente todos aquellos con anclaje en la comunidad e insertos en el campo polivalente de abordaje de la salud, apostando a una concepción de la salud mental que la concibe como un padecimiento más dentro de los posibles de atravesar. Así, en consonancia con la ley, el dispositivo de urgencias adquiere especial importancia por tratarse de “la puerta de ingreso” al sistema de salud de aquellas personas que no han iniciado tratamiento, que lo abandonaron o bien que en el marco del mismo están atravesando el fracaso de alguna estrategia o algún cambio en su cuadro clínico de base.

La presente descripción etnográfica (Guber, 1991) colectiva, intenta dar cuenta de un escenario específico, entendido como un caso único de carácter instrumental (Stake, 1994), la guardia externa del Hospital de Agudos Cosme Argerich. Considerando que el interés está puesto en la

comprensión de procesos de intervención interdisciplinarios en contextos de desigualdad, la guardia de urgencias ofrece determinadas formas de comprender la salud pública, los padecimientos y los abordajes disciplinares, que lo hacen fértil para interpelarlo.

El Hospital Argerich se ubica en el barrio La Boca dentro de la CABA. Es uno de los treinta y tres hospitales dependientes del Gobierno de la CABA; cuenta con áreas asistenciales, de docencia e investigación, un comité de bioética, y un área programática conformada por dos Centros de Salud y Acción Comunitarias (CESAC), y dos Centros Médicos Barriales.

El marco normativo vigente determina la obligatoriedad de equipos para la atención de la emergencia y camas de internación por razones de salud mental en los hospitales generales, como elementos insoslayables para avanzar en la transición de un sistema de atención centrado en hospitales monovalentes e internaciones prolongadas, a una red de servicios con base en la comunidad.

Empero, tal abordaje no es homogéneo en los hospitales generales. Una diferencia central está entre los hospitales que ya cuentan con unidades de internación, y aquellos en que dichas unidades no han sido puestas en funcionamiento. En este último grupo se encuentra el hospital Argerich, el cual no cuenta con sala de internación específicamente destinada a situaciones de salud mental, por lo que debe promover su curso en la guardia o en salas de otras especialidades (Ministerio Público Tutelar, 2011).

No obstante, este nosocomio fue pionero en el inicio de equipos de atención de padecimientos mentales en urgencias polivalentes, a partir de la sanción de la ley de CABA 448 y de la Ley Nacional N° 26657, ambas focalizadas en la salud mental. El carácter progresivo de esta modalidad de trabajo en dicha institución, se ve truncado, tal como lo expresan las auditorías recibidas, frente a la necesidad de efectuar adecuaciones edilicias y de personal debido a la ausencia de un lugar específico acondicionado y preparado, para asistencia a pacientes¹ con padecimientos mentales (Ministerio Público Tutelar, 2011).

En este escenario abordaremos los procesos de intervención interdisciplinarios a través de tres recortes: la guardia como dispositivo “residual”; el consumo problemático de sustancias como “diagnóstico” en desigualdad de condiciones respecto del resto de los padecimientos mentales; y las disciplinas que componen el equipo de salud mental interpellando su “igualdad de condiciones”.

Desigualdad y dispositivos sanitarios: la guardia como dispositivo marginal

Al referirse al dispositivo de urgencias, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 alude a equipos interdisciplinarios de salud mental integrados por profesionales de la psicología,

¹ A los fines del presente trabajo se utilizarán las nominaciones “paciente”, “usuario” y “personas con padecimiento mental” aludiendo a aquellos sujetos de derecho que demandan o requieren atención en el marco de una situación de padecimiento mental. Si bien la alternancia en su uso tiene anclaje en el texto de la ley 26.657 y su decreto reglamentario, ello no implica el desconocimiento de los debates actuales que interpelan su empleo y visibilizan las etimologías y los orígenes de cada uno de los términos empleados (Alcántara, Sutton, Pérez, y Maya, 2017).

psiquiatría y de trabajo social, quienes tienen como espacio de trabajo las guardias externas de los hospitales públicos generales y monovalentes.

Siguiendo el protocolo previsto, los equipos interdisciplinarios de salud mental reciben las urgencias y localizan las sus diversas dimensiones: social, familiar, judicial. Posteriormente evalúan la presencia o no de riesgo cierto e inminente de daño para sí o terceros (Angelini, Carril, Irie y Pena, 2011); si se presenta tal riesgo, se decide la internación de la persona padeciente. Este proceso puede incluir varias entrevistas en el día, o el tratamiento en agudo que puede o extenderse durante varios días.

En las intervenciones de urgencia, un momento particular lo constituye el pase de guardia². En esta instancia una médica llega en ambulancia de SAME³ con una/un paciente, convocando al equipo interdisciplinario de salud mental al enunciar *“traigo un paciente que estaba en la calle desorganizado. Una vecina llamó para ayudarlo o para sacárselo de encima... no sabemos bien. Es para salud mental pero no me dejaron llevarlo a un monovalente porque no hay camas así que me indicaron que lo traiga a la guardia. Él dice que estaba internado en el Hospital X y que le dieron el alta para que siga por consultorios externos, pero recién le dieron turno para dentro de un mes. ¿Me firma alguien del equipo la recepción? Cualquiera es lo mismo, con que uno firme y se haga cargo alcanza.”*

De algún modo, la guardia como dispositivo pareciera adquirir el status de campo de actuación, siendo posible reconocer los procesos instituyentes que tratarán de instalarse, trayendo novedades pero manteniendo su especificidad. Entendiendo que *“los campos se presentan para la aprehensión sincrónica como espacios estructurados de posiciones cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes”* (Bourdieu, 1971:119).

Ante la embestida neoliberal las situaciones propias de la urgencia se ven agravadas, dado que las políticas sociales y, en consecuencia, los dispositivos previos a la guardia han entrado en crisis (Cazzaniga, 2007), Desde allí, hay aspectos que llevan a pensar a la guardia como espacio de tensión —y por qué no marginal— donde la cadena de lo que “no es posible” pareciera entrapar y forzar a alojar aquellas situaciones que vienen “rodando” por un sinfín de otros dispositivos que “hicieron lo que pudieron”.

La urgencia en las guardias de salud mental reviste particularidades que invitan a pensarla como puerta de entrada a una institución, frente a un imprevisto que demanda atención al momento, un diagnóstico, una evaluación expedita que contenga la complejidad, una estrategia que encamine, y deje el terreno allanado para que otra/o profesional siga con la atención de esa persona con padecimiento mental.

De modo que la particularidad de la guardia reside en que es el dispositivo con menos filtros para receptor a la población en situación de vulnerabilidad extrema, especialmente en relación al ejercicio de derechos sociales de quienes tienen padecimientos mentales. Paradojalmente, la guardia también resulta ser un espacio donde

² El pase de guardia es un momento instituido en el dispositivo de urgencia que se realiza a las 8:00hs y a las 20:00hs de cada día, donde las/os profesionales salientes presentan a las/os entrantes las/os pacientes que permanecen en la guardia, explicitando motivo de permanencia y acciones pendientes.

³ Sistema de Atención Médica de Emergencias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

“las posibilidades de respuesta a la emergencia están en directa relación con las condiciones institucionales y las políticas que las sustentan, y casi podemos decir que en virtud de la magnitud y gravedad de las situaciones que se nos presentan, los daños que las mismas ocasionan y la fragilidad de las posibilidades de respuesta, estas situaciones quedan casi homologadas a la condición de lo inesperado como inédito, aunque en la práctica aparezca una tendencia a la naturalización” (Cazzaniga, 2007: 147).

El dispositivo de guardia tal como se presenta con el cambio legislativo y como se observa en las prácticas profesionales cotidianas de los equipos interdisciplinarios de salud mental, genera ciertas rupturas con lo establecido o habitual. En primer lugar, se plantea una modalidad colectiva de trabajo que sostiene a sus profesionales bajo las mismas condiciones laborales. En segundo lugar, al estar en funcionamiento las veinticuatro horas del día, permite que la/el usuaria/o pueda concurrir cuando subjetivamente registre, tanto ella/él como su red continente, la necesidad de consultar. De algún modo son las/os profesionales quienes esperan que las personas concurren, asumiendo una posición activa y no de “pacientes” que esperan su turno. En tercer lugar, el abordaje de la salud mental en el dispositivo de guardia, se desarrolla a la par de la atención de otros padecimientos clínicos, confirmando ser parte de la salud pública y no un gueto (Wacquant, 2010) que es recluso bajo un tratamiento en hospitales específicos o monovalentes. Así, la convivencia entre pacientes cuyos padecimientos responden a diversas causas, rompe con el aislamiento de quienes consultan por padecimientos mentales.

La coyuntura histórico política posiciona a la guardia como un nuevo espacio de poder conquistado o de conquista, según cada realidad institucional. Como lo definen las políticas actuales en salud mental, resulta un espacio de transición donde conviven profesionales con extensa trayectoria, así como ingresantes que se formaron como residentes, observando a expertas/os; donde se priorizan aún las intervenciones descentralizadoras, la medicalización, pero también donde la/el trabajador/a social resulta protagonista, e incluso va consolidando un lugar.

El rol de los equipos interdisciplinarios en la guardia está atravesado por la tensión entre lo instituido y lo instituyente (Castoriadis, 1999). En este sentido, existe una pluralidad de estilos, enfoques, paradigmas, que por momentos parecieran coexistir en el abordaje de la guardia.

En las guardias asiste un equipo interdisciplinario diferente cada día de la semana, profesionales que asumen simultáneamente dos posiciones: la de trabajador/a activa/o que lleva adelante procesos de intervención, y la de observador/a semi participante, que intenta identificar modos de responder, y enfoques sobre la demanda, perfiles profesionales, modalidades de mediación con la normativa representaciones sociales de los roles profesionales, entre otros aspectos.

En este rol de observadoras/es y de interventora/or que las/os profesionales experimentan -en gran parte gracias a las características propias del dispositivo de urgencias- se evidencia una actitud reflexiva (Piovani y Muñoz Terra, 2018) en un dispositivo voraz, que pareciera promover,

paradójicamente, los esquemas dialógicos y la reflexividad a partir de su encuadre témporo espacial.

Empero, la contracara de la reflexividad nos lleva a introducir la noción de subjetividad heroica en función de la cual

“los problemas se presentan de un modo tal que urge una resolución por lo que siempre tiene que llegar a tiempo. Y en ese ir de urgencia en urgencia no deja tiempo para reflexionar, planificar o programar. No está permitida la reflexión; la urgencia lleva al acto compulsivo porque “no hay tiempo”. Así, la subjetividad heroica se sitúa en un lugar de saber; y otorga una excusa para no pensar –ni dejar pensar–: la urgencia” (de la Aldea y Lewkowicz, 1999: 3).

En cierto modo, el desafío del dispositivo de urgencias como espacio para el abordaje de los padecimientos mentales es construir una matriz que evite la reflexividad inconducente y disociada de la práctica interventiva cotidiana, y –también– de una subjetividad heroica como modo de sobrevivir a la voracidad de la urgencia y las demandas institucionales, en pos de una práctica profesional autónoma (Grassi, 1994).

Desigualdad y "diagnósticos"

El título de la Ley Nacional 26.657 alude a la “salud mental y adicciones”, explicitando ciertas tensiones y controversias respecto de la relación entre ambas categorías. Si bien hay consenso respecto de que la bipolaridad, la esquizofrenia o el síndrome depresivo son categorías diagnósticas que responden a padecimientos mentales, el título de la ley nacional pone en jaque la pertenencia de las adicciones como parte de ese conjunto de padecimientos, como si éstos “trataran otra cuestión”, requiriesen un abordaje diferente o contemplaran otro tipo de causales o pronósticos esperables. De este modo, si pensamos en la locura como marginal, ¿se puede decir que el consumo problemático estaría aún fuera de esa frontera?

Damián, un joven de 32 años, ingresa a la guardia trasladado desde su domicilio por una ambulancia de SAME, acompañado por su madre. Presenta una excitación psicomotriz debido al consumo de sustancias psicoactivas. ¿Qué puede ofrecer la guardia? Luego de hablar con el joven y con su madre, se releva como dato que el paciente estuvo en varias oportunidades internado en un hospital monovalente por la misma razón. La madre comenta que esta vez ha vendido todas las pertenencias de su casa: televisor, ropa de vestir y ropa blanca; plantea una situación insostenible en la que no sabe qué hacer y pide ayuda: *“los tratamientos anteriores no funcionaron, siempre vuelve a la misma situación”*.

La guardia actúa en el momento de la urgencia evaluando si el paciente presenta riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. El paciente permanece internado algunos días en la institución, por lo que se solicita su traslado a otra unidad hospitalaria; sin embargo se informa que no hay disponibilidad. Así, en el curso de la permanencia en el hospital el equipo evalúa que Damián ya no se encuentra en riesgo y se le propone a su madre que continúe con tratamiento ambulatorio,

ofreciéndole algunas alternativas para que se dirija a distintos lugares. No obstante, la madre solicita que el paciente permanezca internado; ante ello, se le explican los alcances y limitaciones de los equipos de guardia.

El paciente ingresa por el dispositivo de urgencia al mes siguiente con idéntico cuadro de salud, lo que demuestra que las intervenciones anteriores fracasaron y que no se cuenta con un repertorio de respuestas adecuadas ante estas problemáticas: ¿Qué tiene para ofrecer la guardia? ¿A qué se debe el escaso acceso al sistema de salud por parte de personas que padecen consumo problemático de sustancias?

En primer lugar, se puede pensar que tiene relación con la representación social dominante de la persona adicta, vinculada con la delincuencia y la criminalidad. Como consecuencia, estas personas no consultan por miedo al juicio y re estigmatización, esta vez desde el sistema de salud.

En segundo lugar, si bien en la Ley 26.657 consta que las adicciones son parte integrante de las políticas de salud mental y en este sentido quienes padecen consumo problemático de sustancias tienen iguales derechos y garantías en relación a los servicios de salud, es frecuente escuchar y observar que son rechazados una vez que acceden a algún dispositivo. Entre otros argumentos, muchas veces las/os profesionales alegan no contar con equipos “especializados” en la patología. Ahora bien, ¿Cuál es la especificidad que requiere esta patología?

En última instancia, cuando se alcanza el anhelado turno en alguna institución para realizar tratamiento pero no se logra concurrir o respetar el encuadre propuesto (por la inestabilidad propia de esta patología), se da la baja del tratamiento y la intervención pareciera fracasar nuevamente.

En palabras del Pavlovsky (2017), las personas que solicitan un tratamiento por consumo problemático de sustancias tienen pocas posibilidades de sostenerlo en el tiempo. En principio, porque son sujetos cuya toma de decisión resulta ciertamente inestable, mutando en lapsos cortos. Por otro lado, el sistema de salud pública no cuenta con un protocolo estandarizado de atención al/a paciente que padece consumo de sustancias psicoactivas. Asimismo, dentro de la red de dispositivos de CABA, aquellos destinados al abordaje de las adicciones, están por fuera de la red de derivaciones de SAME, tanto la SEDRONAR⁴ como el ex CENARESO⁵ e incluso el sinfín de comunidades terapéuticas de carácter privado o del tercer sector, que brinda prestaciones de internación. Así, se presenta una imposibilidad del sistema de salud, un vacío que se produce entre lo propuesto por la ley y los recursos disponibles, lo cual dificulta realizar las derivaciones correspondientes. En consecuencia, las/os pacientes quedan a la deriva, debiendo encontrar por su cuenta los medios para solicitar turno en las distintas instituciones.

De este modo es posible establecer que las políticas sociales y la legislación vigente en Argentina, son parte fundamental del engranaje de atención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas. Mientras que las políticas sociales sanitarias oscilan entre la desatención

⁴ Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.

⁵ El ex CENARESO (Centro Nacional de Reeducción Social) es el actual Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte.

y la necesidad de autonomía de parte de las personas para acceder a algún tipo de dispositivo que les es indicado; el Código Penal argentino inscribe a las adicciones dentro de las conductas delictivas, penando el consumo personal de la mayor parte de las sustancias (cocaína, marihuana, éxtasis, pasta base), generando incluso diferenciaciones internas que habilitan el consumo de otras (alcohol, psicofármacos). Atender a la diferenciación que requieren la cuestión del narcotráfico y el abordaje del consumo como padecimiento mental, implica visibilizar relaciones de desigualdad, ponderar el aspecto subjetivo de la incurrancia en las adicciones y repensar su abordaje dentro del sistema público de salud.

Desigualdad y disciplinas dentro de la guardia

Resulta potente dar cuenta de las incumbencias y el aporte de las distintas disciplinas que integran los equipos interdisciplinarios de salud mental en las guardias polivalentes de CABA, que propone la Ley Nacional de Salud Mental.

Si bien habitualmente estos equipos se integran con un/a psiquiatra, un/a psicólogo/a y un/a trabajador/a social,; eventualmente puede que no esté completo, siendo entonces cuando se expresa la relevancia de la interdisciplina en los procesos de atención.

En ocasión de una guardia en la que se encontraba presente únicamente una profesional suplente trabajadora social, en el espacio de permanencia del personal de salud (o “estar médico” tal como es nominado) una de las médicas clínicas refiere “*Hoy no hay equipo de salud mental*”. Algo asombrado, el/la receptor/a del mensaje preguntó si no había nadie del equipo. Frente al interrogante responde: “*Ah sí, hay una asistente social creo, fijate en los boxes*”.

Este episodio permite interpelar las particularidades que presenta el desempeño profesional de cada miembro del equipo de salud mental y cómo son percibidas ante la provocación de la interdisciplina.

Diversas/os autoras/es han tratado el surgimiento de “lo social” en las ciencias y la disputa en torno a la cientificidad de sus disciplinas, conflicto atravesado por el paradigma positivista de las ciencias naturales. Si bien se evitará hacer un desarrollo epistemológico del tema, este conflicto, en la teoría superado, continúa enraizado en el discurso médico cotidiano, condicionando el accionar del trabajo social -entre otras disciplinas-. Cuando un/a paciente presenta el “alta clínica”, las/os médicas/os quedan desligadas/os de la cuestión, y es la/el trabajadora/or social quien debe intervenir para su egreso. (CELS y MDRI, 2008). Así, la intervención profesional está direccionada por el sistema de salud a “resolver” todo lo relacionado con la marginación, la pobreza y la exclusión (Karz, 2007). En este sentido, parecería que “lo social” contempla todo aquello que no puede resolver el resto de las disciplinas, disociando y fragmentando no solo los modos de intervenir, sino especialmente a las personas. El trabajo social interviene, acciona y sugiere ser un gran articulador para lograr el objetivo a priori de la guardia: liberar camas. Esta representación sobre la posición disciplinar no es casual si se piensa en el surgimiento de la profesión con la influencia positivista, como técnicos, auxiliares o “asistentes”, como identificaba

el título profesional hasta hace poco tiempo y que aún hoy parte del imaginario social sostiene. (Cazzaniga, 2001; Karz, 2007)

En un trabajo de investigación realizado en la guardia del Hospital de Agudos Cosme Argerich, las/los autoras/es (Mattioni, Peluffo, Suarez Ithurralde y Pujol, 2017) señalan que a partir de las encuestas realizadas a distintas/os profesionales, se observa un desconocimiento del accionar de los equipos de salud mental, como así también de la existencia de la Ley 26.657. Así, las concepciones en relación a la salud mental quedan atadas únicamente a pacientes psiquiátricos, desconociendo los componentes socio-históricos, económicos y culturales que incorpora la normativa. Además surge que los equipos interdisciplinarios se dirigen a reducir la cantidad de pacientes clínicos diarios, se ocupan de los casos problemáticos que escapan del objeto de intervención de la clínica médica, siendo la urgencia limitada al binomio vida-muerte.

La cuestión es entonces interrogarse si en un sistema que reproduce lógicas médicas hegemónicas, existe la posibilidad de intervención en equipos interdisciplinarios (Alfonso, Bruni y Elgmann, 2017) como intenta promover la Ley Nacional de Salud Mental, al enunciar que las/os profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones. Sin embargo, cuando la/el integrante ausente resulta ser la/el psiquiatra, las posibilidades reales de intervención parecen verse limitadas.

Cuando la intervención en salud mental se fragmenta y limita a un componente médico, la atención se reduce al tratamiento farmacológico y a una evaluación semiológica para diagnosticar alguna patología y descartar la presencia de riesgo cierto e inminente de daño para sí o terceros. En este sentido, la/el trabajadora/or social en el equipo de salud mental aporta en la construcción de mediaciones entre las condiciones materiales y simbólicas por las que atraviesan los sujetos en su vida cotidiana (Karz, 2007). Y así entonces, desde la perspectiva de las distintas disciplinas, posibilitar la reconstrucción cualitativa de un diagnóstico que permita acceder a las personas en su complejidad, con estrategias y alianzas interinstitucionales, garantizando los derechos humanos y sociales. (Arias y Comas, 2002)

Finalmente, en relación a las representaciones de la profesión y su jerarquización, se considera necesario volver sobre la disputa de los campos disciplinares, interpellando los imaginarios sociales de las profesiones entendidas como espacios de lucha, donde se van consolidando espacios de poder en relación al capital simbólico (Bourdieu, 1993).

Conclusiones

Analizar la categoría de desigualdad encarnada en la guardia polivalente abre un sinfín de interrogantes, planteos y cuestionamientos. Si bien la mayor parte de los estudios vinculados a la desigualdad asumen una perspectiva cuantitativa y estructural (Saravi, 2015), considerarla de manera multidimensional y ponderar el atravesamiento subjetivo, abre el juego a procesos de inclusión y exclusión, a modos de comprender y vivenciar tanto los procesos de intervención

como los escenarios donde se despliega una profesión vinculada con la cuestión social (Rozas, 1997).

Pensar la relación entre salud mental y salud pública, implica un cambio de paradigma que permita reconocer las implicancias de las condiciones sociales en las formas en las cuales personas y colectivos viven los procesos de salud y enfermedad a lo largo de la vida.

En este sentido, partiendo de las características propias que adquiere la guardia como dispositivo “residual”, es posible analizar el espacio marginal que ocupa la salud mental, el modo en que tensiona la jerarquización de las diversas profesiones intervinientes, y la exclusión de ciertos padecimientos como el consumo problemático de sustancias.

Así, la apuesta al intervenir en contextos atravesados por la urgencia consistirá en problematizar la práctica profesional interventiva (Weber Suardiaz, 2010) y comprender al trabajo social como un proceso de producción (Karz, 2007), donde aquella materia prima que arriba al encuentro en forma de “situación” devenga en producto habiendo sido re significada e interpelada.

A la hora de visitar una categoría como la de desigualdad, resulta una condición ineludible no desatender al contexto político y social actual caracterizado por un profundo ajuste, propio del modelo neoliberal, que atraviesa a las políticas sociales, generando consecuencias en la vida cotidiana de la población y produciendo un impacto directo en el servicio de urgencias, dispositivo ordenador por excelencia de la demanda pero sin legitimación para re direccionarla en caso de tratarse la misma de un padecimiento agudo. Las repercusiones de las decisiones político-económicas se hacen carne en la población, y se materializan en el desborde creciente que vienen presentando los contextos vinculados con la urgencia, visibilizando que quienes trabajan y se atienden en el sistema de salud son personas atravesadas por la trama sociopolítica. La marginalidad que denota la guardia polivalente como espacio de actuación profesional obliga a establecer instancias de reflexión en torno a los procesos de abordaje e intervención, como a generar alianzas entre los distintos sectores, agentes y sujetos que componen el campo de la salud, con el objetivo de trasladar la visibilización de la emergencia manifestada en las guardias públicas polivalentes a la agenda pública estatal.

Bibliografía

Alcántara Sergio, Sutton Alicia, Pérez Minerva y Maya Alfredo Paulo (2017): Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. En *Revista CONAMED*, 22(2), 98-103. México.

Alfonso Dolores, Bruni Martín y Elgmann Anni (2017): Perspectiva integral en el abordaje de urgencias de Salud Mental. Trabajo presentado en el 1º Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. 11 a 13 de mayo. Tandil, Argentina.

Angelini Silvio, Carril María Florencia, Irie Alejandra y Pena Analía (2011): La ley 26657 y la evaluación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias. Mimeo. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires.

Arias Roxana y Comas Corina (2002): La Clínica de lo social. En *Revista Margen*, Ed. N° 25. [En línea] Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen25/arias.html>. Fecha de consulta: 06 de agosto de 2017.

Bourdieu, Pierre (1971): Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto. Editorial Montessor, Buenos Aires.

----- **(1993):** Espíritus del Estado. Génesis y estructura del campo burocrático. En *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, N° 96-97, 49-62. París.

Castoriadis, Cornelius (1999): La institución imaginaria de la sociedad. Tusquets Editoriales, Barcelona.

Cazzaniga, Susana (2001): Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. En VI Jornadas de Medicina General y 1ª de Equipo de Salud. Reconquista, Santa Fe.

----- **(2007):** Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. En Cazzaniga, Susana *Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social*. Espacio Editorial, Buenos Aires.

CELS y MDRI (2008): Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

De la Aldea Elena y Lewkowicz Ignacio (1999): La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la Salud. En Conferencia en el Hospital General de Agudos Carlos G. Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Foucault, Michael (1996): La vida de los hombres infames. Editorial Altamira. La Plata.

Grassi, Estela (1994): La implicancia de la investigación social en la práctica profesional de Trabajo Social. En *Revista de treball social*, N° 135, 43-54. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Barcelona.

Guber, Rosana (1991): El salvaje metropolitano. Editorial Legasa. Buenos Aires.

Mattioni Mara, Peluffo Ignacio, Suarez Ithurralde Diego y Pujol Silvia (2017): El lugar de los equipos interdisciplinarios de salud mental en las guardias de los Hospitales Generales. En 5to Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Ministerio Público Tutelar (2011): Panorámicas en Salud Mental. A un año de la Ley Nacional N° 26657. Eudeba, Buenos Aires.

Karz, Saúl (2007): Problematizar el trabajo Social. Definición, figuras, clínica. Gedisa, Barcelona.

Pavlovsky, Federico (2017): Introducción a la entrevista de Johann Hari. En *Revista de profesionales en formación en salud mental Clepios*, Volumen XXIII, N°1: 23-26. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Piovani Juan y Muñiz Terra Leticia (2018): ¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social. CLACSO, Buenos Aires.

Ley 26.657 (2010): Derecho a la protección de la Salud Mental. [En línea] Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000179999/175977/norma.htm>.

Fecha de consulta: 26 de febrero de 2019.

Saraví, Gonzalo (2015): Juventudes fragmentadas. Socialización, clase y cultura en la construcción de la desigualdad. FLACSO, México.

Stake, Robert (1994): Case study. En Denzin, Norman y Lincoln Yvonna (1994). Handbook of qualitative research. Sage, London.

Rozas, Margarita (1997): Algunas reflexiones sobre la 'cuestión social' y el campo problemático en Trabajo Social. En *Revista Escenarios* N° 3, año II, Escuela Superior de Trabajo Social, UNLP, La Plata.

Wacquand, Loïc (2010): Las dos caras de un gueto: Ensayos sobre marginalización y penalización. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.

Weber Suardiaz, Clara (2010): La problematización como herramienta desnaturalizadora de lo social. En *Revista Escenarios* N° 15, Año N°10. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.

Cita recomendada

Juan Pablo Costa, Bárbara Juaniz Verón, Mara Mattioni y Daniela Parodi (2019): «Contextos de desigualdad: los equipos interdisciplinarios de salud mental en guardias polivalentes» [artículo en línea]. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*. Vol. 3, Nro. 5. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 228-240 [Fecha de consulta: dd/mm/aa]. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26139>. ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre las/os autoras/es

Juan Pablo Costa

Argentino. Estudiante de Licenciatura en Trabajo Social en la Universidad de Buenos Aires (UBA), rotante en dispositivo de Guardia de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Correo electrónico: juanpicosta@gmail.com

Bárbara Juaniz Verón

Argentina. Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), cursando Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental en Colonia Nacional M. Montes de Oca, rotante en

dispositivo de Guardia de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.
Correo electrónico: juanizbarbara@hotmail.com

Mara Mattioni

Argentina. Licenciada en Trabajo Social, docente investigadora en la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) y Universidad Nacional de José Clemente Paz (UNPaz). Trabajadora social en dispositivo de Guardia de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.
Correo electrónico: maramattioni@hotmail.com

Daniela Agustina Parodi

Argentina. Licenciada en Trabajo Social, cursando Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental en Colonia Nacional M. Montes de Oca, rotante en dispositivo de Guardia de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Correo electrónico: dani_parodi@hotmail.com

