

Demanda espontánea en salud: Posibilidades y tensiones en la dinámica institucional

Spontaneous demand in health: possibilities and tensions in institutional dynamics

María Belén Presas

Fecha de presentación: 29/04/21

Fecha de aceptación: 21/07/21

Resumen

El presente artículo se enmarca en la experiencia de trabajo en un dispositivo de atención de la demanda espontánea del área de trabajo social. La misma transcurre en un Centro de Salud del primer nivel de atención, ubicado en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se propone como objetivo repensar las características que adquiere esta demanda y cómo se vincula con la dinámica institucional, las características del área de influencia del Centro de Salud y el contexto social más amplio. Se realiza una breve historicización de las modalidades de abordaje, centrando el análisis en la actualidad de las mismas. El desarrollo de este escrito permite visibilizar y recuperar algunos de los aspectos que inciden en la construcción de las demandas a trabajo social, tanto por parte de la población como de otras disciplinas. En el marco de esta complejidad, se problematizan algunas categorías que atraviesan las intervenciones profesionales, en la línea de esbozar propuestas de acción, teniendo como horizonte el derecho a la asistencia.

Palabras clave

Demanda espontánea, dinámica institucional, trabajo social en salud, intervención profesional.

Abstract

This article is part of the work experience in a spontaneous demand attention device in the social work area. It takes place in a Health Center of the first level of care, located in the southern area of the Autonomous City of Buenos Aires. The objective is to rethink the characteristics that this demand acquires and how it is linked to the institutional dynamics, the characteristics of the Health Center area of influence and the broader social context. A brief historicization of the approach modalities is carried out, focusing the analysis on the actuality of those ones. The development of this writing allows to make visible and recover some of the aspects that affect the construction of demands for social work, both by the population and from other disciplines. Within the framework of this complexity, some categories that go through professional interventions are problematized, in the line of outlining action proposals, with the right to assistance as an horizon.

Keywords

Spontaneous demand, institutional dynamics, social work in health, professional intervention.

Consideraciones preliminares

El presente artículo comparte algunas reflexiones a las que arribo luego de mi experiencia como trabajadora social en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) ubicado en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), entre los años 2019 y 2021. La misma tuvo lugar en el transcurso de la Residencia de Trabajo Social de dicha localidad, cuyo programa curricular contempla, para quienes cursan segundo año, la rotación por una institución del primer nivel de atención en salud. En esta oportunidad, la misma se vio prolongada debido a la pandemia por Covid-19.

La rotación implicó mi inserción en distintos dispositivos del efector, siendo uno de ellos el espacio de demanda espontánea del equipo de trabajo social. En este trabajo reflexiono sobre la experiencia, tratando de encuadrar las intervenciones profesionales ante la demanda manifiesta, en tanto respuestas del Estado a distintas problemáticas, prefiguradas en políticas públicas que direccionan las líneas de acción a seguir. Para ello, realizo una caracterización del dispositivo y una aproximación teórico-práctica a la temática, direccionada a partir del interrogante respecto de cómo incide la demanda que se presenta al efector de salud en el devenir cotidiano de las acciones que en el mismo tienen lugar, en cuanto a la organización de las respuestas y la dinámica institucional.

Dada la recurrencia con la que algunas situaciones se presentan de manera espontánea en el efector, resulta interesante profundizar en torno a los factores que inciden en los procesos de construcción de dichas demandas, así como en las particularidades que adquiere la organización institucional para el abordaje de las mismas. En este sentido, espero poder brindar aportes que habiliten la reflexión sobre nuestro quehacer cotidiano como profesionales de los efectores de salud.

El análisis se organiza a partir de tres ejes, tratando de dar cuenta de lo singular del dispositivo de demanda espontánea del Servicio Social y las características de las situaciones que se abordan; de lo particular del efector de salud en el cual transcurrió mi experiencia; y de lo general, repensando las respuestas institucionales a las expresiones de la cuestión social que se presentan en forma de demanda de la población, a partir de los recursos/políticas públicas disponibles.

Para la realización del presente escrito se utilizaron los registros de campo, información obtenida en capacitaciones, supervisiones con referentes del equipo y datos estadísticos propios del área programática.

Demanda espontánea y Trabajo Social: un vínculo histórico

En primer lugar, resulta pertinente realizar una aproximación teórica al espacio de demanda espontánea, tal como se desarrolla en los servicios sociales de los efectores de salud. En mi recorrido en la residencia, he podido observar que la atención en estos dispositivos implica habilitar un espacio a aquellas personas que se acercan a partir de una necesidad, consulta o interés a solicitar la intervención profesional. En general se disponen días y horarios de atención preestablecidos, lo cual puede variar de acuerdo a la organización de cada efector. La modalidad de atención del dispositivo consiste, generalmente, en entrevistas individuales y/o familiares realizadas por lx profesional a cargo del

espacio. Se la considera espontánea en la medida que no es programada, y esto expresa cierta disposición/disponibilidad que tiende a favorecer el acceso de las personas a los servicios.

Se trata de una modalidad de atención que históricamente ha estado ligada al quehacer profesional de lxs trabajadorxs sociales. Cazzaniga (2001) aporta la siguiente definición de demanda:

“(…) categoría conceptual en donde se concretiza y objetiva la representación social acerca de la profesión en relación con lo que se demanda, cómo se expresa y con qué motivo, manifiesta las condiciones de vida del sujeto que demanda y como este la percibe y significa. La demanda, entendida de esta manera exige un esfuerzo de construcción teórica, una instancia de comprensión que problematice lo naturalizado” (p. 4).

Existen varias dimensiones a tener en cuenta para repensar la demanda. Cabe destacar el potencial de dicho espacio en la medida que habilita, retomando a Balzano (2011), la construcción de procesos mediadores en los que pueden materializarse acciones de cuidado en el marco del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC), que implican relaciones de producción de vínculos, de construcción de autonomía, de escucha activa para poder alojar al otrx, de construcción de referencia y también de gestión. Se produce, entonces, un trabajo vivo en acto (Franco y Merhy, 2009). En este marco, lxs trabajadorxs sociales devenimos actores estratégicxs –aunque no lxs únicxs- en la promoción de derechos, incorporando las perspectivas de género, de clase, de interculturalidad y de derechos humanos en nuestras intervenciones, siendo la entrevista un instrumento para ello.

En este sentido, la intervención se orienta hacia la desnaturalización y problematización por parte de lxs sujetxs, de las situaciones problemáticas que transitan. Se busca recuperar la posibilidad instituyente de la persona en el plano subjetivo. Pero, a su vez, este proceso necesariamente debe ir acompañado de un esfuerzo constante por reconstruir las manifestaciones de la cuestión social que se objetivan en la vida cotidiana de las personas. De modo que, si bien la demanda se presenta de manera individualizada, es necesario (re)ubicar las situaciones problemáticas en su dimensión colectiva.

Recuperando el planteo de Matusevicius (2014), es frecuente observar que la relación de la dinámica macrosocial con los hechos que se producen en el espacio micro de la intervención, opone ambos niveles como esferas diferenciadas. De esta manera, el contexto pareciera influir de manera “exterior” a lo que sucede en la dinámica cotidiana de trabajo. La autora propone realizar, en cambio, una aproximación tal a ese cotidiano, que permita establecer una unidad entre la estructura social, sus manifestaciones coyunturales y la configuración particular que asume la cotidianeidad, recreando y transformando con nuestras prácticas dicha estructura. Sugiere, asimismo, evitar el equívoco de considerar a los fenómenos coyunturales como reconfiguradores de las relaciones sociales fundamentales. En este sentido, los fenómenos ocurridos durante los últimos años, incluso la actual pandemia por Covid-19, no responden al surgimiento de una “nueva cuestión social”, sino a la profundización de una tendencia estructural existente, propia del capitalismo.

En este marco, los abordajes profesionales que se materializan ante las situaciones que llegan “por demanda” se encuentran direccionados por las políticas públicas disponibles en materia de recursos,

adquiriendo, por tanto, un sesgo funcional a las mismas. Esto implica la individualización del problema, cuya respuesta, más allá de incorporar en lo discursivo una referencia a la dimensión social, siempre remite al caso particular. Y a su vez, implica el abordaje de los aspectos visibles del problema, a través de una intervención ante el emergente que supone la transitoriedad de la situación, quedando invisibilizadas sus causas estructurales.

Existe una tendencia en las instituciones de salud que le asigna a lx profesional de trabajo social la tarea de administrar/gestionar recursos, en consonancia con ciertos imaginarios construidos en torno al quehacer disciplinar. Dicha construcción se da en sintonía con la lógica de aquellas políticas sociales que instrumentan respuestas asistencialistas a las situaciones problemáticas.

Ante ello, resulta necesario reflexionar de manera sistemática sobre la orientación ético política de nuestras prácticas, para identificar el doble carácter de los procesos de intervención, que contienen en sí mismos la reproducción social y la potencia transformadora. Retomando a Matusevicius (2014):

“(…) de lo que se trata es de traer a la conciencia las consecuencias políticas de nuestra intervención concreta, para los procesos de lucha cotidiana, independientemente de la voluntad y las “buenas intenciones” que tengamos. Este proceso reflexivo permite el reconocimiento de las determinaciones en las que nos encontramos como trabajadores sociales y que atraviesan a la población con la cual trabajamos (…) De este modo, se comienzan a establecer los primeros pasos en el camino de una re apropiación del control del proceso de trabajo y de establecer a nivel local el curso de las intervenciones, intentando potenciar en ese proceso contradictorio la acumulación de fuerzas que permitan desarrollar estrategias de transformación” (p. 194).

Se trata de un desafío que apunta a direccionar, de manera consciente, los distintos accionares que inciden en los procesos de intervención en pos de los sectores con los que trabajamos.

La demanda en contexto: experiencia en un Centro de Salud

El dispositivo de demanda espontánea del equipo de trabajo social del CeSAC funciona de manera simultánea al resto de los espacios/dispositivos que tienen lugar en el efector. Allí se recibe a aquellas personas que solicitan la intervención de unx trabajadorx social; se aloja su demanda y se canaliza la atención en entrevistas individuales/familiares que son realizadas por lx profesional a cargo del espacio. Con respecto al encuadre institucional del dispositivo, en lo formal la atención se sostiene, por un acuerdo del equipo, cuatro días a la semana durante el horario completo de la jornada laboral. Pero en el devenir cotidiano en el efector, sucede que el encuadre pautado adquiere flexibilidad, extendiendo la atención incluso a días y horarios no previstos, dado que lxs profesionales asumen la necesidad de dar respuesta a las situaciones que se presentan.

Para historizar brevemente el espacio, cabe mencionar que la atención de la demanda espontánea ha sido parte del quehacer profesional de lxs trabajadorxs sociales de las instituciones de salud desde el

año 1983 en adelante, momento en el que se produjo la reapertura de los Centros de Salud con la recuperación de la democracia. Luego de un periodo donde se restringió fuertemente el componente comunitario de la salud y se limitó el accionar de los efectores del primer nivel de atención a “un conjunto de acciones sanitarias programadas, de baja complejidad y conducidas por médicos” (Bertolotto, Fuks y Rovere, 2012, p.363), se abrieron nuevas y mejores condiciones para desplegar prácticas de re-politización del espacio comunitario, habilitando nuevas modalidades de intervención desde la estrategia de la Atención Primaria de la Salud¹.

Fue en dicho contexto que se produjo la incorporación de esta disciplina al efector. Desde entonces, el ejercicio profesional se desarrolla a partir del dispositivo de demanda espontánea, además de las interconsultas de otrxs profesionales y mecanismos de referencia/contrareferencia con el hospital base. En este sentido, es reciente (2016) la incorporación del equipo de trabajo social a la atención en el marco de programas locales específicos (tales como Salud Sexual y Reproductiva, Tuberculosis, CePAD, Salud Escolar, etc).

Según pude reconstruir, en un primer momento las intervenciones se encontraban estrechamente vinculadas a tareas administrativas y de gestión de recursos, a partir de una línea de trabajo poco flexible, desde una lógica de “puertas adentro” del consultorio². Esto generaba cierta modalidad de atención de la demanda que limitaba las posibilidades de referencia con la población usuaria. De los registros del efector se desprende una discontinuidad recurrente en los acompañamientos, debido a las inasistencias de las personas. Asimismo, el volumen de demanda al servicio era considerado bajo, en comparación con las estadísticas actuales que evidencian un aumento considerable en la cantidad de consultas en los últimos 6 años.

El dispositivo inició un proceso de reconfiguración a partir del año 2011 aproximadamente, tras la incorporación de nuevxs profesionales a la institución. Desde entonces, el mismo se ha ido resignificando, pudiendo ampliar los motivos de consulta y las posibilidades de abordaje. En un principio, las demandas se encontraban mayormente vinculadas a la entrega de leche y acceso a recursos. Asimismo, gran parte de la atención estaba orientada a personas gestantes que realizaban en el CeSAC los controles de embarazo y eran derivadas desde el servicio de obstetricia por ser menores de 21 años, lo cual respondía a un criterio generado por dicho servicio. Estas demandas, tanto por parte de la población usuaria como de otrxs profesionales del centro de salud, se fueron construyendo a partir de los imaginarios en torno al quehacer profesional de lxs trabajadorxs sociales y de las necesidades de la población de acceso a ciertos recursos esenciales; y fueron configurando modalidades de atención/intervención desde una perspectiva que tendía a ubicar al trabajo social en un lugar burocrático-administrativo y de control. Al respecto, cabe retomar a Tonon (2005) cuando sostiene que “la “intervención” profesional se fue estructurando en función de demandas específicas, desvinculada de las dimensiones económicas, políticas, sociales e históricas que la definen, y desprovista de las tensiones y contradicciones que desde las relaciones sociales se establecen” (p.18).

¹ Para profundizar la información respecto a dichos procesos históricos, ver Bertolotto et al.,(2012).

² Intercambio con profesionales del Centro de Salud.

Si bien varios aspectos del mencionado imaginario en torno a la profesión aún persisten, en las miradas retrospectivas de quienes transitaron este proceso se valoran significativamente las transformaciones ocurridas durante los últimos años. En este sentido, han sido constantes los esfuerzos por reconfigurar esos imaginarios, apostando a instancias de intercambio con otrxs profesionales del CeSAC y de promoción de la salud con la población, generando nuevos dispositivos y programas locales desde una perspectiva crítica, buscando resignificar algunas dinámicas fuertemente instaladas.

En lo que respecta a los motivos de consulta al equipo de trabajo social, se puede observar cómo los mismos han ido variando en los distintos contextos que se fueron sucediendo. Sin embargo, existe una constante vinculada al acceso a recursos, a la vez que suele darse la preponderancia de alguna área temática vinculada a la coyuntura. La experiencia en el dispositivo me despertó interrogantes en relación a la recurrencia con la que se han presentado algunos motivos de consulta: durante mi rotación, la mayoría de las personas que consultaron lo hicieron en el marco del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), a fin de solicitar el acceso a la interrupción voluntaria/legal de embarazo (IVE/ILE), representando el 40% de las situaciones. En menor medida, también fueron considerables las consultas vinculadas al acceso a recursos (17%), a situaciones de violencia basada en el género (17%) y a acceso al subsidio de emergencia habitacional (14%), correspondiendo el 12% restante a otro tipo situaciones. Sin embargo, esta tendencia se ha visto levemente modificada en los últimos meses, debido a la precarización de las condiciones de vida en general que supone el contexto pandémico, colocando el acceso a recursos de manera más próxima a la SSyR³.

Para realizar un análisis de la demanda, es necesario pensarla como expresión del contexto socio político económico en el que se produce. En este sentido, cabe la posibilidad de establecer una relación entre la cantidad de consultas recibidas por IVE/ILE y la fuerte visibilización que comenzó a tener durante los últimos años el aborto inseguro como un problema de salud pública, en el marco de las luchas de los movimientos de mujeres y disidencias por la despenalización y legalización del aborto, que finalmente se obtuvo al finalizar el 2020. Esto colocó a la temática en la agenda social, corriéndola de la clandestinidad, y materializando la posibilidad de encontrar respuesta en los efectores de salud. De manera acelerada, durante los últimos tres años se generó un fuerte aumento en la demanda de estas prácticas⁴, que viene a poner de manifiesto cierta apropiación en el plano singular de los procesos sociales más amplios, impactando en la expresión coyuntural del fenómeno. En esta misma línea, el avance de los movimientos feministas viene promoviendo la desnaturalización de las situaciones de violencia basadas en el género, lo cual también puede traducirse en el hecho de que la demanda de intervención ante estas situaciones vaya paulatinamente en aumento⁵, y varios efectores de salud cuenten con dispositivos y/o programas locales específicos para abordarlas. Asimismo, se trata de una

³ Datos obtenidos del historial de atenciones en la Historia de Salud Integral del Sigehos.

⁴ Según datos estadísticos del “Informe elaborado para coordinadores y equipos de salud sexual y reproductiva” desde la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS del Ministerio de Salud del GCABA el 30 de marzo de 2020, en 2017 se realizaron un total de 1893 interrupciones legales de embarazos en instituciones de salud de la Ciudad, mientras que en 2019 el número ascendió a 8395 situaciones. Durante este último año, el Hospital base se encuentra entre los efectores con mayor cantidad de situaciones abordadas en CABA, lo cual da cuenta del impacto de dicha temática en esta institución.

⁵ Se trata de la problemática que ocupa el segundo lugar -junto con la demanda por acceso a recursos- en las estadísticas de atención durante la rotación, representando el 17% de las situaciones recibidas por demanda.

problemática que se profundizó fuertemente a partir de la medida de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) del 2020. Con respecto a la problemática habitacional, la misma se ha visto profundizada en un contexto en donde se han precarizado las condiciones de existencia de los sectores populares en términos generales, a partir de la implementación de políticas neoliberales durante los últimos años seguidas de una pandemia que impacta en términos materiales a nivel mundial. Esto se traduce en un aumento en las situaciones de familias que ven vulnerado su derecho a la vivienda, y que llegan al efector a solicitar el acceso al subsidio habitacional de emergencia. Al respecto, la solicitud de informe social para el acceso al Programa de emergencia habitacional para familias en situación de calle ha sido el tercer motivo de consulta más recurrente durante mi rotación, representando el 14% de las situaciones atendidas por demanda. Al intercambiar al respecto con colegas del efector, ellxs han podido dar cuenta de un fuerte aumento en estas situaciones durante el último año. En este mismo sentido, la demanda de recursos al servicio social, que ha sido histórica, sigue ocupando un lugar de centralidad.

Cabe reflexionar sobre cómo la respuesta institucional a estas problemáticas –en tanto instancia ejecutora de políticas públicas– incide en su propia reproducción. Generalmente, la respuesta se centra en gestionar el acceso a algún programa de transferencia monetaria que, sabemos, no modifica las causas estructurales de las situaciones que se nos presentan. En este sentido, parafraseando a Mallardí (2014), la profesión constituye un complejo social cuya finalidad radica en incidir en la vida cotidiana de las personas, a fin de garantizar el proceso de reproducción social. Ante ello, urge recordar que las situaciones que se nos presentan constituyen “lo visible” de las problemáticas, las cuales se producen en un complejo entramado de entrecruzamientos que es necesario comenzar a desandar para poder superar la instancia de lo fenoménico.

Estas intervenciones suceden en el marco de un dispositivo que propone la disponibilidad del servicio a la atención permanente, en ocasiones asimilada a la guardia. En este sentido y como relaté anteriormente, suele darse prioridad al sostenimiento de la atención de la demanda incluso por fuera del encuadre pautado, aunque ello suponga posponer o quitar tiempo a otros espacios ya establecidos. Parece operar cierta lógica de “estar disponible”, que presenta –a mi entender– una doble cuestión: por un lado, representa un facilitador en cuanto a la accesibilidad de la población a la atención; por otro, supone en algunas ocasiones enfrentar la tensión entre priorizar la atención/asistencia permanente o destinar ese tiempo a otros espacios (por ejemplo a programas locales o a actividades de promoción de la salud).

Esta apertura/disponibilidad, de alguna manera, se retroalimenta con la lógica de la inmediatez que atraviesa las intervenciones que se dan en el espacio de demanda. Me pregunto si esta idea de la “guardia” no implica que se le atribuyan al espacio ciertas dinámicas, traspoladas del dispositivo de urgencias. Pienso que las intervenciones se consideran efectivas por parte de lxs usuarixs, de las instituciones y en ocasiones de lxs profesionalxs, en la medida en que la persona se lleve alguna respuesta inmediata concreta que tienda a “mejorar” rápidamente su situación en el plano material. Esto puede implicar acciones que exceden el propio encuadre profesional, en tanto pareciera primar cierta necesidad de “devolverle” algo a la persona. Al respecto, Balenzano (2011) sostiene que “queda

entre las TS una suerte de ‘culpa’ que se expresa en la necesidad de tener que darle algo al paciente, fruto de prácticas y representaciones aún vigentes asociadas al asistencialismo” (p.94). Se trata de mecanismos que operan en nuestra subjetividad como trabajadorxs, generando una sensación de responsabilidad en la resolución de la situación, que conlleva la necesidad de reflexionar al respecto.

Esto ocurre ante problemáticas que son cada vez más complejas y más estructurales. Se produce, pues, una suerte de fetichización de nuestras intervenciones, deviniendo en respuestas estandarizadas —o cuando menos fácilmente estandarizables— ante situaciones que se presentan como similares. Y esto me remite, a su vez, a la modalidad individual de atención. En gran parte, esta estandarización de algunas intervenciones se inscribe en el marco de políticas públicas que direccionan nuestras posibilidades de acción, acotándolas y adscribiéndolas a una lógica que puede resultar contraria a nuestro posicionamiento profesional. Ante esta aparente encerrona, ¿es posible pensar respuestas institucionales que excedan los límites de lo institucional? ¿Cuáles son las acciones plausibles de ser llevadas a cabo en la lógica instituido/instituyente? ¿Cuáles son los canales para generar esos movimientos?

Asimismo, me pregunto si es posible incidir en las demandas desde su formulación, como estrategia para redireccionar las respuestas esperadas por lxs otrxs desde sus propias expectativas en cuanto a la intervención y sus alcances. Pienso en la posibilidad de trabajar sobre esto a partir de espacios de promoción y reflexión con la población usuaria mediante dispositivos comunitarios, que permitan una co-construcción de la demanda y un abordaje colectivo con lxs usuarixs. Lo cual representa, a su vez, un eje de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Pero, siendo que la demanda no surge solo de lxs usuarixs, sino también de otrxs profesionales y en ocasiones de instituciones, no siempre se puede leer claramente la voluntad de lxs sujetxs de la intervención en relación a lo que se espera de lx profesional de trabajo social. ¿Cómo se da, entonces, el proceso de construcción de la demanda? ¿Qué variables pueden entrar en juego durante el mismo? ¿Es posible (y necesario) construir otro tipo de demandas? ¿Tiene la promoción un lugar privilegiado para ello? Y en el contexto particular, ¿cómo incide la demanda existente, con las características mencionadas, en la dinámica institucional más amplia del centro de salud?

Sobre la dinámica institucional: resistencias y potencialidades

Para abordar este interrogante, parto de una breve caracterización del efector en el que transcurrió mi rotación. El Centro de Salud se encuentra ubicado en la zona sur de la CABA. Con respecto a las características del barrio, en el último informe de la Gerencia Operativa de Epidemiología del GCABA (2017), denominado Análisis de la situación de salud en la Ciudad de Buenos Aires 2016 (ASIS) se evidencian datos sociodemográficos que lo ubican dentro de una de las comunas con menor densidad poblacional de la Ciudad. Asimismo, es de las comunas con mayor cantidad de población joven. Pese a ello, el centro de salud suele ser un espacio de circulación de personas mayores, tanto para la atención individual como para la participación en distintas actividades grupales que se proponen desde el efector

para este sector poblacional. A su vez tiene lugar una fuerte demanda de atención por parte de mujeres jóvenes y niñas, evidenciando un marcado perfil materno-infantil.

Durante algún tiempo, muchxs usuarixs del centro de salud lo han percibido como un “centro de consultorios externos del hospital base”⁶. En este sentido, varixs profesionales coinciden en que durante años, la modalidad de abordaje se enmarcó en una línea de atención individualizada, siendo escasos o nulos los espacios comunitarios destinados a la promoción de la salud. Si bien la actualidad del efector da cuenta de la incorporación de nuevos paradigmas, hay algo de esta historia que no resulta ajeno al devenir cotidiano del CeSAC. Se trata de un espacio heterogéneo en el que coexisten, en principio, dos modelos de atención e intervención, que se sustentan en conceptualizaciones diferentes de la salud y que, si bien nunca se expresan de manera pura, se tensionan entre sí.

De esta manera, existen espacios en los que se conforman equipos interdisciplinarios, adscribiendo a una concepción integral de la salud e incorporando lo territorial, desde un modelo comunitario de abordaje; mientras que, en otros momentos, se tiende a la atención “puertas adentro” del consultorio, interconsultando a otros servicios cuando se lo considera necesario –lo cual sucede ocasionalmente– en la línea del modelo biomédico. En este marco, se me ha dificultado encontrar un criterio institucional unificado para la articulación entre servicios cuando la intervención se da por fuera de los programas específicos, quedando muchas veces esta dinámica relegada a criterios individuales. Me pregunto, ante esta coexistencia entre modelos de atención, ¿qué lógica prima en las intervenciones cotidianas? ¿Qué intervenciones se construyen entre servicios que, en ocasiones, parecen desarticulados? ¿Cómo se piensa y se materializa la interdisciplina? ¿En qué espacios es posible y en cuáles no lo es, y por qué? ¿Cómo incide la demanda en el vínculo con otrxs profesionales?

Sucede que la demanda de intervención, aunque generalmente surge espontáneamente por lxs usuarixs, puede llegar también –de manera ocasional y en menor medida– a través de interconsultas de otras disciplinas. Las interconsultas se atienden en el espacio de demanda, en el momento en el que otrx profesional se acerca al equipo de trabajo social por algún emergente en la consulta con lx paciente, que dicho profesional considera que amerita la intervención del servicio. Estas intervenciones generalmente no son interdisciplinarias, sino que consisten en la derivación de la persona de una disciplina a otra. En este sentido, para poder pensar estrategias que modifiquen esta modalidad, habrá que comenzar a poner el foco en cuáles son las situaciones que se derivan y qué imaginario prima en dichas derivaciones respecto a nuestro quehacer profesional. De esta manera, ¿qué lugar se le da al trabajo social desde la institución?

En relación a esto último, he podido observar que algunxs profesionales aseveran positivamente que el equipo de trabajo social ha motorizado la participación del centro de salud en instancias colectivas interinstitucionales, además de impulsar las reuniones de equipo y la interdisciplina, operando como articulador y aportando herramientas para la jerarquización y la fundamentación de estas prácticas. Otrxs profesionales solo se vinculan con el equipo de trabajo social de manera esporádica para realizar derivaciones –bajo modalidades informales– solicitando la gestión de algún recurso, lo cual pone de

⁶ Expresión utilizada por varixs profesionales de la institución.

manifiesto algunas representaciones respecto a nuestro quehacer profesional. Se convoca nuestra intervención desde un supuesto que nos vincula a tareas asistenciales, administrativas y de control, ligado a imaginarios históricos en torno al trabajo social que se encuentran fuertemente enraizados. Se trata de una modalidad de abordaje solidaria con cierta concepción de la salud (que podría pensarse que no es percibida ni como integral ni como derecho), que se condice a su vez con cierta concepción sobre lxs usuarixs (objetivadxs, pasivxs y culpables de su situación). Estas representaciones tienen necesariamente impacto en la intervención: tanto en la posibilidad de construcción de prácticas interdisciplinarias, como en el accionar desde trabajo social en el marco de estas demandas.

Ahora bien, como equipo disciplinar, ¿existe una (re)apropiación de estos imaginarios? ¿Qué tensiones se nos generan? ¿Cómo nos posicionamos ante estas tensiones? ¿Se puede pensar en un criterio de articulación/interconsulta propio del servicio? ¿Qué sucede cuando la articulación entre disciplinas se da en el contexto de algún programa específico? ¿Opera la misma lógica que en las interconsultas, o está más aceptada? ¿Por qué, y de qué manera se puede profundizar al respecto?

En este marco, resulta interesante repensar la dinámica de los equipos que deben adaptarse a responder a múltiples demandas. Todos los equipos de trabajo atraviesan momentos de incertidumbre respecto a la tarea y dificultades en la organización. En ocasiones, ello es producto de demandas institucionales que no necesariamente se condicen con las demandas de la población y/o con los intereses de lxs profesionales; aunque también puede ocurrir debido al aumento de la demanda espontánea en determinadas áreas, lo cual supone redireccionar el tiempo, los recursos y las energías. Durante el último año, esto se vio atravesado, además, por la emergencia sanitaria, a partir de la cual se redireccionaron recursos, se reubicaron profesionales, se reasignaron tareas, se refuncionalizaron espacios. Se producen situaciones de desgaste y ruidos respecto al accionar, que ponen de manifiesto la necesidad de explicarse la propia realidad a partir de nuevos marcos teóricos, en la medida que los vigentes parecieran no bastar. Son instancias que, potencialmente, pueden acercar a un cambio de perspectiva desde la reflexión colectiva. Se trata de recuperar el potencial como sujetxs involucradxs en la producción de un cotidiano que pueden también “desproducir”, dentro de un juego de fuerzas en el que se encuentran y en la trama de la red de actorxs en la que emergen, pudiendo incluso operar las diferentes potencias que cada unx tiene para eso (Franco, et al., 2009).

Repensando las intervenciones profesionales en clave colectiva

A modo de ejemplo, retomaré el principal motivo de consulta durante mi rotación. El aumento exponencial en la demanda de ILE (actualmente IVE) en los últimos años impulsó la organización de los equipos de salud para dar respuesta a la misma. A raíz de ello, los años previos a la sanción de la ley 27610 en diciembre de 2020, los efectores de salud comenzaron paulatinamente a armar equipos que abordaran estas situaciones. Asimismo, las organizaciones sociales, agrupaciones de socorristas y la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir, también han establecido una articulación interinstitucional que permite otro abordaje, colectivizando las atenciones, las dudas, los circuitos, el acceso a la medicación y los acompañamientos. En el marco de esta organización se gestó la creación de

un recursero donde se consignan los efectores de salud en los que se garantiza este derecho. El mismo se encuentra disponible en distintos sitios de internet y se comparte entre redes y organizaciones que trabajan con la temática. Se trata de una herramienta de construcción de demanda, ya que es frecuente que lleguen personas a los centros de salud por este medio⁷.

Por otro lado, en relación a otras temáticas, cabe desatacar que se encuentran instalados mecanismos de referencia y contrareferencia, tanto con el Hospital base como con otros efectores de salud, dentro del área programática y en otras áreas. En ocasiones, estas articulaciones se dan a partir de situaciones particulares que son abordadas interinstitucionalmente; y otras veces ocurren en el marco de programas específicos (tuberculosis, infectología, SSyR). Asimismo, existen también experiencias de articulación intersectorial con instituciones educativas, de desarrollo social, etc, tanto para actividades de promoción como para aceptar mecanismos de derivación. Y por último, se han dado también experiencias de articulación con organizaciones de la sociedad civil. Se trata de instancias para la construcción de estrategias en red, articulando acciones, acordando criterios comunes, construyendo mecanismos de co-operación, que tienden al ejercicio de los derechos de lxs usuarixs, superando la fragmentación que muchas veces representa un obstáculo en la accesibilidad.

En lo que respecta a lxs trabajadorxs de la institución, existen otros ejemplos de articulación y organización en distintos espacios en el marco de lo institucional, que dan cuenta de instancias de colectivización de los abordajes. La conformación de los Comités por programas del Hospital y su área programática (Comité de SSyR, de Violencia, de Adolescencia), en tanto instancias de encuentro que surgen espontáneamente entre trabajadorxs de los distintos niveles de atención, dan cuenta del potencial de encontrar las grietas en lo instituido para introducir, siguiendo a Matusevicius (2014), un contrapoder instituyente.

La construcción de redes resulta un instrumento que potencia las posibilidades de organización colectiva, para superar la lógica fragmentaria y verticalista de las políticas públicas, cristalizadas en las instituciones y sus modalidades de abordaje de la realidad. Siguiendo a Rovere (2000):

Al sobreimprimir las redes sobre la fragmentación voy creando o restituyendo los lazos sin recurrir a la organización jerárquica. Al tener heterogeneidades organizadas reduzco la demanda de organización piramidal y, al reducirla, equipo a las personas, a las sociedades e instituciones para profundizar democracia, antes que perder democracia cada vez que la sensación de caos nos invade (p.22).

El movimiento instituyente, transversal y desestructurado, posibilita la acción de lxs sujetxs que contienen en sí la fuerza de producción de la realidad, de la cual es necesario reapropiarse para imaginar y materializar nuevas formas de producir salud.

⁷ Registros en cuaderno de campo. Asimismo, de los registros del CeSAC surge que cerca del 20% de las situaciones de ILE atendidas durante el 2019 han llegado derivadas a través de organizaciones.

Consideraciones finales

Al pensar en los abordajes cotidianos que se dan en los servicios sociales, resulta ineludible considerar los múltiples atravesamientos que entran en juego. Por un lado, es necesario poner sobre la mesa aquellas tensiones que se nos generan como trabajadorxs con respecto a las demandas que recibimos, en la medida que las mismas son construidas/formuladas en base a concepciones sobre nuestro quehacer profesional que no necesariamente coinciden con nuestro proyecto ético-profesional y nuestro posicionamiento ideológico.

En este sentido, nuestro lugar en la reproducción de las condiciones de existencia requiere politizar nuestras prácticas profesionales, repensando al trabajo social, las políticas sociales, el Estado y la sociedad civil, así como los fenómenos singulares que se nos presentan, a partir de la dinámica social desde una perspectiva crítica, de totalidad, de géneros, de interculturalidad, de derechos y de transformación social. Se trata de introducir interrogantes, permitirse volver a la instancia de la duda, de las tensiones, como potenciales para abordajes que tiendan a la transformación. Ello implica superar el agotamiento de las respuestas en situaciones que se presentan como inmediatas y construir estrategias y proyectos de largo alcance.

Con respecto a los espacios de entrevista en el dispositivo de demanda, independientemente del motivo que desencadena la consulta, es necesario revalorizar esas intervenciones que apelan a la subjetividad de las personas y que trascienden el acceso a un recurso concreto. En este sentido, el espacio de la demanda en su modalidad actual contiene dicha potencialidad.

Pero en paralelo, surge la necesidad de superar el plano individual. Para ello, urge pensar estrategias que apunten a colectivizar/organizar las respuestas a demandas que, si bien se expresan individualmente, son siempre e ineludiblemente colectivas, superando así las herramientas estáticas, estandarizadas e individualizadas disponibles desde las políticas públicas para el abordaje profesional. Se da de esta manera un movimiento dialéctico entre colectivos que demandan y colectivos que “responden”, cuya síntesis supone asumir el carácter político de nuestras intervenciones cotidianas. En este sentido, a partir de la realidad particular del CeSAC, considero fundamental recuperar, profundizar y potenciar las experiencias de articulación con organizaciones de base.

Asimismo, nuestras prácticas se ven atravesadas por las lógicas institucionales en las que se producen. Los centros del primer nivel de atención realizan abordajes comunitarios de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado. Sin embargo, generalmente se busca encuadrar las demandas en los dispositivos con los que se cuenta. Ahora bien, ¿qué ocurre cuando la demanda no encuadra en ninguno? ¿Qué estrategias se dan los equipos? Resulta interesante pensar al conflicto como un potente analizador de estas dinámicas, en tanto expresa subjetividades operando en la realidad, afecta a lxs miembros del equipo y, en función de ello, se crean líneas de fuga a retomar para superar las situaciones conflictivas. En este marco, considero útil instalar ciertas discusiones teóricas que habiliten otras lecturas posibles de la realidad de la población usuaria y de la coyuntura actual, que decanten en nuevas formas de abordarla.

Siguiendo esta línea, las instituciones devienen objeto de permanentes disputas, las cuales pueden darse de manera organizada o espontánea, generando modificaciones en la orientación de las políticas públicas y los recursos destinados a ellas. Son procesos que implican un choque entre lo instituido y lo instituyente. De esta manera, la demanda espontánea tensiona lo instituido y obliga a repensar lo más rígido de la institución, a partir de una relación dialéctica en la cual lo que se demanda va reconfigurando las prácticas que se dan en la institución, y esta se adapta –o no– a dar respuesta a dicha demanda. A su vez, esto también se tensiona con la demanda institucional formal, que en ocasiones introduce una direccionalidad distinta que entra juego.

Resulta evidente que el quehacer en el marco de las instituciones del Estado presenta límites concretos. Creo que, como trabajadorxs, es necesario posicionarnos activamente de manera creativa en la micropolítica de los procesos de trabajo, a fin de producir nuevas formas de acompañar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Lista de referencias

- Balenzano, M.** (2011). *Microprocesos de trabajo en los servicios sociales del Sistema de Salud Público: un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención en la Ciudad de Buenos Aires (CABA)*. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Recuperado de: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/tesis/MaEGyPS/030013_Balenzano.pdf
- Bertolotto, A., Fuks, A, y Rovere, M.** (2012) Atención Primaria de la Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Revista Saúde em Debate*, vol. 36 N° 94, pp. 362-374. Río de Janeiro.
- Cazzaniga, S.** (2001) El abordaje de la singularidad. *Desde el fondo Cuadernillo N° 22*, pp. 15-21 UNER.
- Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud del GCABA (2020) *Informe elaborado para coordinadores y equipos de salud sexual y reproductiva*, 30 de marzo de 2020.
- Franco, T. y Merhy, E.** (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Revista Salud Colectiva*, mayo-agosto 2009, pp. 181-194, Buenos Aires.
- Gerencia operativa de Epidemiología de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud del GCABA** (2017) *Análisis de la Situación de Salud en la Ciudad de Buenos Aires 2016*.
- Mallardí, M.** (2014). La intervención en Trabajo Social: Mediaciones entre estrategias y elementos táctico-operativos en el ejercicio profesional. En: Mallardí M (Ed.) *Procesos de intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional crítico* (pp. 57-128). 1ª ed. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, Buenos Aires.
- Matusevicius, J.** (2014). Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con los movimientos sociales. En: Mallardí M. (Ed.) *Procesos de intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional crítico* (pp. 173-202) 1ª ed. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, Buenos Aires.

Rovere M. (2000). *Redes. Hacia la Construcción de Redes en Salud. Los Grupos Humanos, las Instituciones, la Comunidad*. 2º Ed. Secretaría de Salud Municipalidad de Rosario. Recuperado de: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=8565&tipo=objetoMultimedia>

Tonon G. (Ed). (2005). *Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social*. Buenos Aires. Editorial Espacio.

Cita recomendada

Presas, M. B. (2021). Demanda espontánea en salud: Posibilidades y tensiones en la dinámica institucional. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 5 (9). 168-181. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/35358> 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 la autora

María Belén Presas

Argentina. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Residente en Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Correo electrónico: presasbelu@gmail.com