

## Producciones de fin de grado

# Y ahora, ¿qué hago de mi vida? Los procesos de externación y la problemática habitacional

**Agostina Spadea\***

Fecha de recepción: 4 de noviembre de 2019  
Fecha de aceptación: 28 de noviembre de 2019  
Correspondencia a: Agostina Spadea  
Correo electrónico: spadeaagostina@gmail.com

\*. Lic. en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales.  
Universidad de Buenos Aires.

### Resumen:

Este artículo retoma algunas de las conclusiones del Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires, "*Y ahora, ¿qué hago de mi vida? - Los procesos de externación y la problemática habitacional*", cuyo trabajo de campo fue efectuado entre los años 2018/2019. Se trató de un estudio descriptivo, cualitativo, en el que se efectuaron doce entrevistas semiestructuradas tanto a profesionales de un hospital de Salud Mental de CABA, como a referentes de diversas instituciones que abordaban la problemática habitacional. Dicha investigación surgió a partir del interés generado en las prácticas preprofesionales de la materia Taller IV, desarrolladas durante todo el año 2018 en dicho hospital. El trabajo se propuso analizar cómo se vinculaban las intervenciones de los equipos interdisciplinarios del dispositivo de internación en torno al fortalecimiento del acceso a la vivienda de las personas en sus procesos de externación del Hospital.

**Palabras clave:** Procesos de externación - Salud Mental - Problemática Habitacional.

### Summary

*This article express some of the conclusions of the Final Research Work of Social Work career - Universidad de Buenos Aires: "And now, what do I do with my life? - Externalization processes and housing problems". This investigation was elaborated between the years 2018 –2019. It was a descriptive, qualitative study, in which 12 professionals from a Mental Health Hospital of CABA and referents of institutions that addressed the problem housing were interviewed. This research arose from the interest generated during the pre-professional practices of the subject "Taller IV" developed throughout the year 2018 in that Hospital. The objective of this research was to analyze how the interventions of the interdisciplinary teams from the internment device are linked with the strengthening of people's access to housing during the hospital externalization process.*

*Key words: Hospital externalization process - Mental Health - Problematic housing situation.*

## Introducción

Este artículo se propone compartir algunas reflexiones sobre los resultados obtenidos por el Trabajo de Investigación Final<sup>1</sup>, de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. El problema de investigación abordado fue **¿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?** Para ello nos planteamos 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 un hospital de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante los años 2017-19.

Esta investigación se desarrolló entre los meses de agosto del 2018 y junio del 2019, a partir del interés surgido en las prácticas preprofesionales de la materia Taller IV, desarrolladas durante todo el año 2018 en un hospital de Salud Mental de CABA. Se trató de una investigación exploratoria, cualitativa, en la que se efectuaron doce entrevistas semiestructuradas a siete profesionales de los equipos de internación y a cinco referentes de las instituciones con las que arti-

culaba el dispositivo de internación del Hospital para realizar externaciones. También se han analizado cinco historias clínicas de personas con dificultades habitacionales en sus procesos de externación durante el período 2017-2019, que fueron seleccionadas de acuerdo a los relatos de las/os profesionales entrevistadas/os.

Abordar este tema, a casi diez años de la sanción de la Ley de Salud Mental 26657, puede ser un aporte para repensar los procesos de externación del hospital y para problematizar las estrategias que se piensan para la institución en la actualidad. La hipótesis que orientó la investigación sostenía que, a pesar de que la Ley 26657 promueva procesos de desinstitucionalización, las estrategias de intervención que proponían los equipos profesionales se complejizaban con las dificultades para lograr 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.

## Las transformaciones en el hospital de Salud Mental

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

1. Este trabajo es el resultado de un repensar colectivo con quien fue mi tutora, Silvia Ghiselli, mi referente de prácticas y mis compañeras/os del espacio aúlico de taller IV.

más de un sentido, por lo tanto, no solo no hay una única definición, sino que muchas de ellas se contradicen. Teniendo esto en cuenta 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 (2010) 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” (p. 276). Por lo tanto es central entender que la institución desde donde se desarrolló esta investigación, estaba 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 planteó Benedetti (2015), 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” (p. 22)

Actualmente los diversos modelos de intervención que se encuentran en disputa orientan (siendo conscientes de ello o no) las acciones de todas/os las/os profesionales que trabajan en el campo de la Salud Mental y el consumo problemático en general, y de las/os profesionales del hospital de Salud Mental en particular. Y, aunque a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657, se empiezan a esbozar algunas características principales que marcan el norte de la propuesta actual de intervención (promueve los derechos de las personas con padecimientos de salud mental y la atención interdisciplinaria); no debemos dejar de analizar que en las prácticas actuales continúan reproduciéndose elementos de otros modelos basados en otros paradigmas (construcción de las personas con padecimientos de salud mental como objeto de la intervención, marcado biologicismo, con hegemonía de la Psiquiatría por sobre otras disciplinas, abstencionismo con relación a la atención por uso de drogas).

## ¿Construcción de red o articulación interinstitucional?

La premisa principal del dispositivo de internación (de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657) es que las internaciones sean por el menor tiempo posible, por lo tanto, las/os profesionales de los equipos comienzan a pensar la externación desde el día del ingreso al dispositivo. Sin embargo, las externaciones son una de las cuestiones más complejas que hay que resolver y es por esto que las/os profesionales suelen recurrir a la “red” conformada por instituciones públicas y de la sociedad civil para intentar articulaciones de manera formal y realizar estrategias en conjunto. Ahora bien, ¿de qué hablamos cuando hablamos de red? ¿Por qué la consideramos una estrategia fundamental de intervención? Cómo sostiene Pantanali (2015), trabajar en red significa construir una única estrategia de intervención que 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 (p.24).

Teniendo en claro esta definición que nos propone la autora, en la investigación realizada elaboré un análisis de las distintas instituciones con las que habitualmente articula el hospital e intenté problematizar el tipo de trabajo en red que plantea la institución. Las/os profesionales entrevistadas/os señalaron que los recursos y dispositivos para trabajar la problemática habitacional son muy escasos y desajustados de las necesidades que presenta la población:

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 pacien-

te 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).

Y si bien la política habitacional no ha sido central (para el Estado Nacional ni para el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), en la actualidad -como sostienen las/os entrevistadas/os- esta omisión del Estado cobra otra visibilidad, se intensifica, ya que se enmarcan en lo que García Delgado (2017) llama "neoliberalismo tardío":

(...) 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 (p. 100).

Ante el achicamiento del Estado, con 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, podríamos advertir a partir de las entrevistas relevadas que es una red muy frágil e informal, ya que como plantea Pantanalli (2015) "la constitución de redes interinstitucionales/organizaciones 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" (p.25). Sin embargo, las instituciones que abordan la problemática habitacional que son parte de esta estrategia para favorecer las externaciones (dispositivos estatales,

confesionales y organizaciones de la sociedad civil), son sustancialmente contrapuestas. Según lo arrojado en las entrevistas, los dispositivos estatales 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 las/os mismas/os trabajadoras/es agentes instrumentales de sus políticas. Por otro lado, los dispositivos confesionales poseen gran cantidad de recursos -muchos de ellos pertenecientes a financiamiento estatal- comparado con todas las demás instituciones que abordan la problemática. Y el paradigma que rige en dichas instituciones 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 otras instituciones, por lo que suelen recurrir a los propios dispositivos de la institución. Por último, las organizaciones de la sociedad civil parecieran tener mayores puntos de contacto con 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 las/os trabajadoras/es que la abordan. Sin embargo, dependen de la organización y la voluntad de las/os propias/os 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.

Como vemos, estas instituciones tienen modalidades de trabajo completamente distintas y se posicionan desde marcos teórico-políticos opuestos, lo que dificulta pensar en intervenciones conjuntas. Por lo tanto, no podemos pensar que se está trabajando en red sino más bien podríamos pensar que se generan articulaciones, porque no se piensan estrategias superadoras en conjunto, sino que estas intervienen sobre una/un misma/o sujeta/o de manera fragmentada y hasta contrapuesta, intentando que esta mixtura en las intervenciones no repercuta en los procesos que se plantean con cada persona a la hora de planificar su externación.

## **Interdisciplina, relaciones de poder y el rol del Trabajo Social**

El espacio institucional no es un ámbito homogéneo ni "neutral"; se encuentra atravesado por intereses contrapuestos que moldean nuestras prácticas. Esto nos hace

repensar los límites que tienen los criterios establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental 26657 en su aplicación en las instituciones, un ejemplo de ello es la conformación de equipos interdisciplinarios.

Filho y Ribeiro Valério (2010) retomando a Demo (1997) entienden a la interdisciplina como el arte de profundizar preservando lo particular y lo complejo. Y sobre esta concepción afirman que el conocimiento es un terreno incompleto, y que es el diálogo entre los distintos saberes lo que lo profundiza y enriquece, presentándose como un suelo donde las relaciones creativas pueden mantener el saber en constante transformación. Alicia Stolkiner (2005) afirma que la interdisciplina no es una teoría unívoca sino que es más bien un posicionamiento que:

(...) obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima 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 (p.5).

Por lo tanto, podemos decir que la interdisciplina no consiste en la incorporación de profesionales de distintas disciplinas a los equipos sino que se trata de que cada uno de ellos reconozca la incompletud de sus saberes, que solo en un diálogo dialéctico se podrán articular para comprender una misma situación problemática. Al analizar la situación desde distintos puntos de vista, se podrá reconstruir su complejidad y abordarla de manera más integral. Sin embargo, es difícil pensar que el diálogo entre disciplinas se realiza de manera homogénea y estática, ya que este se encuentra atravesado por relaciones de poder que, como sostiene Foucault (1984), son un accionar que no actúa directamente sobre los otros sino que actúa sobre la propia acción. Por lo tanto, se trata de acciones posibles que se inscriben en el comportamiento 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 estos actúan o son susceptibles de actuar. Una acción sobre acciones” (p.3). Las relaciones de poder son una forma de estructurar el campo posible de acción de otra/o, de modo que son constitutivas de los vínculos. En el dispositivo de internación lo vemos muy fácilmente ya que hay disciplinas

hegemónicas que se inscriben desde el nacimiento de la institución, como las disciplinas de mayor “peso específico”, hablamos tanto de la Psiquiatría como de la Psicología. 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 (2005) 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” (p.8).

Los equipos del dispositivo de internación suscriben a una visión integral del trabajo interdisciplinario. Sin embargo, en las entrevistas a la hora de indagar acerca del trabajo intersectorial y el modo en que se realizan las articulaciones con otras instituciones, distintas/os profesionales refieren a que esa es “tarea del/la Trabajador/a Social”, discurso que se repitió en la mayoría de las/os entrevistadas/os: “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 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 las/os trabajadoras/es sociales entrevistadas/os pudieron enunciar de manera clara cuál es su función institucional y hacen referencia a que, en comparación con otros ámbitos de salud, este hospital les ha abierto muchos espacios. Principalmente, las/os ha reconocido como parte integrante de los equipos tratantes (previamente a que la ley lo haga). Sin embargo, aun 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 las/os pacientes? ¿Cómo se está pensando la interdisciplina? ¿Qué es lo que hace que las/os trabajadoras/es 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 (2001), que atribuye a la fuerte influencia del positivismo en la configuración histórica

de la disciplina la instalación del Trabajo Social 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" (p.3). Esa posición ubica a las/os trabajadoras/es sociales como 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" (p.3).

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 las/os propias/os Trabajadoras/es Sociales.

## Las complejidades en los procesos de externación

De las entrevistas realizadas surge que las/os profesionales desarrollan sin mayores dificultades la implementación del plan terapéutico obturándose la estrategia de intervención en el proceso de externación. Es decir, que desarrollan satisfactoriamente el abordaje clínico imponiéndose en el egreso la dificultad de resolución de la situación. Por las características de los recursos en juego en ese período, la intervención interdisciplinaria recae y es asumida por las/os trabajadoras/es sociales casi exclusivamente. De este modo, son las/os trabajadoras/es sociales 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).

Estas diversas estrategias de externación son construidas a partir de la particularidad de cada situación, sin

embargo, es en este momento en el que se entrelazan diversos aspectos. Por un lado se encuentra, según lo que refieren algunas/os profesionales, las preferencias de las personas 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.

Según una investigación del Instituto Gino Germani realizada en el año 2014, sobre la implementación de la Ley 26657, el 54,17% de las/os entrevistadas/os señala la falta de dispositivos alternativos al manicomio y 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 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).

Al respecto, todas/os las/os entrevistadas/os para este trabajo final de investigación hicieron referencia a esta problemática como una situación que atenta contra los procesos de externación de las personas:

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).

Como vemos, según lo enunciado por las/os entrevistadas/os, la mayoría de la población del dispositivo se encuentra en riesgo de situación de calle<sup>2</sup>. Ahora bien, ¿qué significa estar en situación de calle? Esta categoría no solo 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 (p.2).

Además, la autora propone tomar la categoría de Marginalidades 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, ya que expresa una situación de inequidad e injusticia social que configura identidades estigmatizadas.

Estas complejidades que atraviesan en el proceso de externación nos hacen reflexionar sobre las palabras de Cabrera y Rubio (2003) quien sostiene que:

(...) 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 (p.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.

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 hospital tienen dificultades habitacionales, varias/os 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). Si bien, como sostiene la Ley 26657, 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 muchas/os entrevistadas/os, no se puede lograr un proceso de externación adecuado sino que se trabaja con lo posible, con aquellas estrategias de externación que, aun 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

2. De acuerdo a la Ley N° 3706 de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la 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).

externación". Y, aunque todas/os 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.

Este dilema muchas veces se expresa en lo que muchas/os profesionales entrevistadas/os enuncian como "frustración profesional" generada por no poder realizar la intervención que se considera pertinente. Esto puede llevar, en términos de Pantanalí (2015), a realizar intervenciones iatrogénicas que pueden terminar agudizando la problemática. Extender las internaciones por no poder realizar las intervenciones esperadas, contrariamente a lo que consideran algunas/os profesionales, puede repercutir de manera negativa en las/os sujetas/os. 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: el desentrenamiento de la vida cotidiana. El encierro prolongado puede desconectar al sujeto del exterior. Esta barrera entre la institución y el afuera marca lo que Goffman llama la «mortificación del yo», el despojo de las disposiciones sociales de su medio exterior que le servían de apoyo y el despojo de sus roles. El prolongar los procesos de internación sin tener criterios clínicos que la sostengan solo incrementa esta desvinculación de las/os sujetas/os con el afuera, las/os aísla y les genera fragilidad en su autonomía y en su vinculación con el exterior.

A partir de lo expuesto, puede visibilizarse la necesidad que tienen los equipos profesionales de dar respuestas a la población. Sin embargo, en una coyuntura político-económica de ajuste estructural, se 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 hospital resolver la cuestión habitacional? ¿Por qué las externaciones en el plano de la clínica se pueden continuar trabajando de forma ambulatoria y en el plano "social" -en cuanto a lo habitacional- pareciera necesario tener una resolución definitiva a la hora de externarse?

## Consideraciones Finales

Las articulaciones institucionales, en el hospital analizado, se constituyen como estrategias a corto plazo que

"resuelven" la problemática habitacional solo en el plano de la inmediatez. Desde el dispositivo de internación se plantea el paradigma de reducción de riesgos y daños para el tratamiento de las/os sujetas/os con consumo problemático. 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 las/os sujetas/os a la hora del egreso. Esta contradicción también empieza a emerger en el último tiempo con la nueva dirección del hospital, ya que pareciera adherir más a un paradigma abstencionista y de comunidad terapéutica que al paradigma de reducción de riesgos y daños que intentan continuar promoviendo los equipos interdisciplinarios del dispositivo de internación. Ese crisol de intervenciones decanta en una objetivización del/la sujeto/a que repercute no solo en sus procesos de tratamiento sino también en la construcción de su propia subjetividad. 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 sujeto.

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 las/os sujetas/os al momento de pensar su externación. 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 las/os sujetas/os a la calle y por ende luego hacen del hospital una «puerta giratoria».

También se pudieron advertir tensiones generadas respecto al equipo interdisciplinario. Hay una presunción respecto a que todas/os las/os profesionales participan en el proceso de tratamiento de las/os sujetas/os, cuando en realidad solo lo hacen de manera interdisciplinaria en el tramo del abordaje clínico, que responde al plan terapéutico al interior del hospital. Sin embargo, las estrategias que se llevan adelante para el proceso de externación del hospital la asumen en su mayoría las/os trabajadora/es sociales. Sobre la base de 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 repensar 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 solo 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 solo 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 hospital 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? ¿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 hospital lo que imposibilita pensar otras estrategias? Teniendo en cuenta los datos arrojados en el último informe 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 treinta 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 piensa en intervenciones para personas en riesgo de situación de calle. Considero que resulta inabordable que en el proceso de una internación -por más prolongada que sea- 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 entre lo esperable y lo posible, genera lo que varias/os entrevistadas/os enunciaron

como “frustración profesional”, las mismas se inscriben en los cuerpos de cada una/o de las/os profesionales 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 no es un lugar para vivir. Para abordar esta situación, considero 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 dispositivo de internación.

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 y pensarlas como parte de problemas estructurales, que refieren a procesos colectivos. Generar el acceso de esta población a una vivienda digna ¿sería posible dentro de este paradigma neoliberal? ¿Será que esta población solo 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? ¿Cuál es nuestra posición como colectivo profesional ante esta problemática? ¿No es momento de posicionarnos frente a ella y dinamizar procesos colectivos a largo plazo que generen posibles respuestas a la problemática habitacional?

Como vemos, lejos de considerar a esta investigación como producto acabado, entiendo que estos interrogantes que se me plantearon a lo largo de mi trabajo de investigación final y que compartí en este artículo pueden utilizarse como punto de partida para generar nuevos procesos de análisis que fomenten la problematización de nuestros posicionamientos a la hora de intervenir en esta problemática.

## Bibliografía

- 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=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DInforme-Marzo+FINAL.sin+hogardoc>.
- 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 N° 22. Centro de Documentación. Paraná, FTS. UNER.
- Corea, C. y Lewkowicz, I. (2004). *Pedagogía del aburrido*. Escuelas destinadas, familias perplejas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Custo, E. (2008). *Salud Mental y Ciudadanía: una perspectiva desde el Trabajo Social*. Buenos Aires. Editorial Espacio.
- 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
- Foucault, M. (1984). "Cómo se ejerce el poder". En Hubert Dreyfus, Paul Rabinow y Michel Foucault (1984) *Un Parcours Philosophique*, París, Editions Gallimard,
- García Delgado, D.; Gradín, 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 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: Editorial Amorrortu.
- Nery Filho, A. y Ribeiro Valério, A. (2010). "Módulo para capacitação dos profissionais do projetoconsultório de rua" Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.
- Pantanalí, S. (2015). *Estrategias profesionales: vías de construcción del proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina*. La Plata: Ediciones Dynamis.
- Spinelli, H. (2010) *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud Colectiva. Buenos Aires.
- 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.
- 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.

### Legislación Citada

Ley 26657 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-xos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley 3706 <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3706.html>

### Organismos e informes consultados

Gobierno de la ciudad. Disponible en <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitafamiliasencalle>