

Conversaciones sobre lo público

Soraya Giraldez y Silvia Faraone entrevistan a Edith Benedetti



Esta sección se propone habilitar conversaciones con quienes que para nosotros son referentes en la construcción de lo público, tanto por su rol como intelectuales como por su despliegue político y su capacidad para la intervención. En esta oportunidad, participaron del encuentro: Soraya Giraldez, Trabajadora Social actual directora de la Carrera de Trabajo Social en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y Silvia Faraone, Trabajadora Social, titular de la Cátedra Salud Mental en Argentina en la misma carrera, quienes entrevistaron a Edith Benedetti, psicóloga, especialista en clínica de patologías de consumo problemático y en las áreas de Salud Pública, Educación y Pedagogía

Social. Docente universitaria e investigadora. Fue interventora del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte y presidenta de la Fundación Salud, Educación, Derechos Humanos y Ambiente (SEDHA). Actualmente es subsecretaria de gestión de Servicios e Institutos en el Ministerio de Salud de la Nación.

Fecha de realización: 4 de abril 2023

Referencias:

SG: Soraya Giraldez

SF: Silvia Faraone

EB: Edith Benedetti

SG y SF: Para iniciar esta entrevista quisiéramos que nos cuentes un poco sobre tu recorrido por la Salud Pública y la Salud Mental. Algo así como tu trayectoria y particularmente esa trayectoria vinculada a la gestión institucional.

EB: Me gustaría comenzar por el principio. Muchas de las cuestiones que pude llevar adelante desde la gestión en el Hospital en Red Laura Bonaparte, y hoy desde el Ministerio de Salud, tuvieron que ver con las enseñanzas que tuve junto al médico sanitarista Floreal Ferrara hace muchos años atrás, cuando formé parte del movimiento por un "Sistema Integrado de Salud". Después Floreal fue designado ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires y muchos de nosotros que estábamos en el movimiento fuimos convocados a formar parte del equipo de gestión. En ese momento asumí la coordinación de la Región Sanitaria Séptima, que en ese momento era todo el oeste, contenía La Matanza, Tres de Febrero, Morón, Moreno, General Rodríguez, Merlo, Marcos Paz, Las Heras, Luján. Eran nueve municipios, una región sanitaria muy grande que luego se dividió en tres regiones.

En esa experiencia tenía a cargo todos los centros de salud y el programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) en el marco del Sistema Atención Progresiva de la Salud (SIAPROS). Éramos un equipo que apostábamos a hacer la revolución en Salud. Trabajábamos desde la participación popular, la planificación de la salud, la intervención interdisciplinaria, el armado del equipo, el salir a territorio. Se pensaba a los equipos como responsables de ir casa por casa, de hacer reuniones dentro de las casas, de hacer asambleas barriales. En realidad, fue una experiencia muy enriquecedora, muy formativa. Bueno, Floreal fue apartado de la gestión porque había realizado denuncias importantes, particularmente hacia las multinacionales de los laboratorios y a la corporación médica, así que la experiencia duró poco tiempo. Después pude irme a un centro de salud, que está en Parque San Martín. El trabajo en el centro de salud, con una población donde el 45% tenía necesidades básicas insatisfechas, me permitió comenzar a implementar lo que veníamos pensando acerca de la Psicología en el primer nivel de atención. Para mí fue todo un gran aprendizaje, que muchos años después, cuando asumí la dirección del Hospital en Red (al principio, Centro Nacional de Reeducación Social CENARESO), me permitió pensar cómo hacer la implementación de una política pública desde la concepción social de la salud.

SG y SF: La experiencia que contás marcó toda una generación.

EB: Totalmente. Me acuerdo cuando armé una agrupación que se llamaba "Floreal Ferrara" para, justamente, dar contenidos de medicina social en diferentes cursos, porque había algunas cuestiones que me parecían importantes en la formación. Pensar la salud colectiva, la clínica ampliada, entender de qué se habla con esos conceptos, romper con estas dicotomías entre la práctica de consultorio y la práctica comunitaria.

En esos cursos recuerdo cuando convoqué a Marcelo Percia a dar una conferencia para hablar de estos procesos, él estuvo en la Escuela Superior de Sanidad de la provincia de Buenos Aires y allí fue compañero de Laura Bonaparte. O sea que hay cuestiones que se van uniendo, porque Laura Bonaparte participó de esa gestión, ella estaba como asesora de Floreal Ferrara. Entonces, digo, hay cosas que nos fueron marcando generacionalmente, creando una manera de pensar las prácticas, pensar la Salud, y pensar la Salud Mental.

El ponerle el nombre al Hospital en Red Laura Bonaparte tiene que ver con toda esa historia, pero también otras historias de Laura. Ella fue una psicóloga que trabajó en un equipo que hizo historia y que marcó un camino. Hablo de la experiencia del Hospital Evita de Lanús a cargo Mauricio Goldemberg, eso fue en las décadas de 1960 y 1970. Esa experiencia marcó una forma de trabajar en un tipo de prácticas en Salud Mental y que hoy la podemos vincular a lo que nos propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Pero también Laura fue Madre de Plaza de Mayo línea fundadora y su familia fue una de las más diezmadas por la dictadura cívico-militar. Esto también es otra de las cuestiones clave, que tiene que ver con una línea de Derechos Humanos y cómo nuestras prácticas tienen que estar vinculadas a defender los derechos, y eso implica una posición ética y de responsabilidad en relación a las intervenciones.

SG y SF: Y cómo comienza tu gestión en Red Hospital Laura Bonaparte.

EB: Me convocaron desde el Ministerio de Salud de la Nación para hacer un diagnóstico en todos los hospitales nacionales en relación con las acciones necesarias para la plena implementación de la Ley de Salud Mental, era diciembre de 2011, un año después de su sanción y aún no reglamentada, que recién ocurrió en 2013. En ese momento comencé a recorrer los hospitales, a rea-

lizar el diagnóstico a partir de un trabajo colectivo con los equipos, poniendo en discusión qué cosas había que hacer. Pensando siempre en la idea de avanzar hacia donde estamos avanzando ahora, es decir, centrando las acciones en la idea de desarmar el hospital psiquiátrico como el lugar de encierro y apostar a un trabajo en y con la comunidad, es decir, rompiendo los muros que dividen el adentro del afuera.

En el hospital Bonaparte, como ya señalé en ese momento CENARESO, nos encontramos con una situación compleja en la cual la Dirección no estaba dispuesta a ningún cambio, había una decisión de continuar con el hospital que había funcionado históricamente. De hecho, en un encuentro con las autoridades del Hospital recuerdo una frase que me dijeron: “para que cambiar, para estos la estética de la villa o de la cárcel... , están acostumbrados a eso”. Ante esto y la decisión de no avanzar con los cambios propuestos por la Ley de



Salud Mental se decide la intervención desde el Ministerio. Recordemos que esa norma justamente plantea que alguien con consumo problemático tiene derecho a tener asistencia y tratamiento dentro de los servicios de salud mental de los hospitales generales, y entendiendo que la intervención de la internación es un recurso último. Y esto viene a cuento de cómo transformar la institución: deconstruyendo la representación social de que el tratamiento es sólo la internación.

Asumí la Dirección en noviembre del año 2012. A partir de ese momento fue convocar a mis compañeros del Hospital a realizar la transformación de una institución sumida en un espacio de encierro, donde la mortificación, tal como decía Ulloa, se había convertido en algo invisible.

Comenzamos a mejorar las prestaciones para dar respuesta a la ciudadanía, pero también mejorando las

condiciones de trabajo de quienes iban a poner en marcha esas transformaciones. Y entonces mi preocupación y mi pregunta permanente era ¿cómo enamoro para un proyecto transformador? ¿Cómo sumamos? Y fue todo un primer tiempo de hacer asambleas todos los viernes al mediodía en el auditorio con concurrencia de todos los sectores (mantenimiento, choferes, administrativos, equipos asistenciales y tantos otros). Allí se discutía el plan, lo que queríamos hacer, pero un hacer enmarcado en un proyecto político epistémico. Fueron muchos meses, y avanzamos particularmente en dos líneas: cambiar la gestión de los pacientes y cambiar el modelo de intervención.

SG y SF: Y esas experiencias que nos contás. ¿Cómo te nutre para pensar las políticas públicas a nivel nacional?

EB: Sin lugar a duda, mucho. Principalmente para ser muy respetuosa de cuestiones situacionales, porque creo que lo que se pudo hacer en el Bonaparte no es un modelo a replicar en ningún otro lugar. Porque las instituciones tienen historias, están ensambladas en distintas realidades territoriales, y por lo tanto los procesos son propios y contextualizados. En la década de 1990, la Argentina con la descentralización, y con un supuesto federalismo, vació la Salud Pública y la Educación. Porque todo lo que eran escuelas nacionales y hospitales nacionales pasaron a las jurisdicciones sin un presupuesto que las pudiera sostener. Entonces hay que pensar estas cuestiones y rearmar para avanzar en procesos garantes del derecho a la salud. Y aquí debe haber mucho diálogo y diferentes estrategias, pensando siempre las problemáticas en clave de época y de situación, por eso hay que hacer diagnósticos y cartografiar los territorios. Para mí son claves los espacios donde pensar con otros, donde encontrar el sentido de por qué hacemos lo que hacemos. Porque si no, no hay cambio.

SG y SF: Pensando cómo la pandemia atravesó la vida colectiva y dejó huellas profundas ¿cómo ves el escenario pos pandemia? ¿Cómo lo estás pensando en términos de procesos políticos y prácticas sociales?

EB: Observé durante la pandemia un cierto abandono de los efectores de Salud para atender Salud Mental, porque estaban todos abocados a COVID y nosotros nos encontramos en el Hospital Bonaparte teniendo que dar respuesta a lo que generaba la pandemia, porque no había Salud Mental en otros efectores. Esto nos

obligó a pensar en tiempos de incertidumbre. Me parece que lo que hizo la pandemia fue mostrar algo que nosotros no veníamos pensando hasta ese momento, y es la finitud. No pensamos en lo incierto, planificamos todo el tiempo. Y lo que pasó es que la pandemia nos mostró eso, que algunas veces lo urgente es urgente.

Explotó el mundo. Y acá se pone en juego lo que Jameson llama "el capitalismo avanzado". No lo llama tardío, lo llama avanzado porque avanzó sobre la naturaleza y sobre la producción de subjetividad. Y creo que, en este combo entre la pandemia y estos avances del capitalismo se fue generando una profunda vulnerabilidad en la población. Esto es como pensamos justamente los determinantes sociales en salud. Creo que hay que pensar en esa complejidad.

Volviendo al Hospital, y a la ausencia de otros espacios institucionales, lo primero que hicimos fue armar un comité, porque fueron tiempos de trabajo y de estar en el Hospital 24 por 7. Armamos un comité de crisis que recibía llamados, y nos ha pasado que nos llamaban usuarios que estaban en tratamiento en otros efectores, y que no estaban teniendo tratamiento, que no tenían medicación. Me acuerdo una noche que llamó alguien que estaba en tratamiento en un CESAC pero no era atendida en ese momento, y llama porque estaba sola con la hija y tenía miedo de hacerse daño, o dañar a su hija. Entonces fue la psiquiatra que estaba atendiendo la llamada quien la contuvo mientras se organizaba una ambulancia con un equipo de guardia para ir a su casa. Finalmente la trajimos al Hospital y resolvimos así acompañar la situación. Pero lo cierto es que nosotros también nos enfrentábamos a algo que no sabíamos y en mucha soledad. Eran momentos donde hacíamos protocolo uno a la mañana y otro a la noche. Los equipos salían y atendían vestidos de astronauta, porque además mi responsabilidad era cuidar a las trabajadoras y los trabajadores. Una pinza en el sentido de cuidar cuidando.

Nos enfrentábamos a algo que desconocíamos. Salimos a los paradores porque en Ciudad de Buenos Aires sacaban a la gente que estaba en situación de calle y las llevaban, por ejemplo, a los vestuarios del Parque Chacabuco, a los vestuarios del Parque Avellaneda. Luego quedaban al cuidado de algunas organizaciones sociales que con buena voluntad se ocupaban de darles de comer y acompañarlos un poco. Pero entonces esas organizaciones sociales, con las que nosotros ya veníamos trabajando y con las que habíamos hecho una red

comunitaria, se acercaron a pedirnos ayuda. Eran los equipos del Hospital quienes intervenían ante el llamado por situaciones por demás lábiles y de profunda vulnerabilidad.

Hablamos de personas en situación de calle y en situaciones de consumo, que presentaban abstinencia, había toda una complejidad que no estaba siendo tenida en cuenta. Pero para los equipos eso también fue un aprendizaje. Digo, pensar desde una perspectiva de reducción de riesgo y daño, de un umbral mínimo de requerimiento, de trabajar lazo social, generar confianza. Pensaba, en un libro de Sennett que me gusta mucho, que es *El artesano* (Anagrama, 2009). En esos momentos yo abonaba a eso, que está bueno la enseñanza de ir juntos, por eso yo no sólo mandaba a las trabajadoras y los trabajadores, salimos juntas y juntos. Pero salir significa pensar en la realidad del otro, la realidad de los territorios.

Pensaba en algo que nos ocurrió, ya no en tiempos de pandemia, pero me viene a la mente el recuerdo de un taller que armamos con una profe de artística en una de las villas de la ciudad, y un grupo de niños estaban haciendo un dibujo. Uno de los niños comienza a dibujar algo así como una familia sentada, y le preguntamos "¿Y vos quién sos?", la respuesta fue: "No, yo me siento parado porque no tengo lugar". Me siento parado. Y la verdad es que esto permite entender, cuando estás ahí en el no lugar. Entonces, ¿cómo pensar que alguien podía estar aislado en su casa? Por eso entiendo que la intervención siempre es situada y creo que esta es la lleva para pensar el marco epistémico donde nos posicionamos para pensar las políticas públicas.

SG y SF: ¿Qué lugar le das en las prácticas a la interdisciplina? ¿Cómo pensás los equipos en el campo de la salud mental?

EB: Te cuento que cuando yo llegué al Hospital, la primera intervención profundamente transformadora que implementé fue la construcción de la Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISAM), en ese momento me permitieron la incorporación de tres profesiones: Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría. Y el tema fue trabajar mucho con los equipos porque en el Hospital había una cuestión psicológico céntrica hegemónica. El que llevaba el tratamiento era el psicólogo, el psiquiatra sólo medicaba y el trabajador social aún sin un lugar muy claro. Entonces fue un gran trabajo deconstruir ese modelo, ahí tuvimos que abordar la interdisciplina, entendiendo a la clínica como interdisciplinaria, es decir,

cada disciplina aporta en esa construcción de complejidad en la clínica.

La interdisciplina para mí es una abstracción. No es algo que se pone en acto y entonces todos funcionan al mismo tiempo abordando al paciente al mismo tiempo, sino que es una construcción de complejidad que requiere pararse para poder pensar con el colega de otra disciplina cómo avanzar en un plan terapéutico. Ese es el mayor desafío.

Pero no basta sólo con la interdisciplina, hay que contextualizar la práctica. Cuando sale el equipo al territorio, además de generar un efecto simbólico, también se enriquece desde otra perspectiva. Ir al lugar donde ese niño dice “yo me siento parado” para entender dónde vive, te vuelve a ubicar en las posibilidades e incluso en los padecimientos subjetivos que genera el desamparo social, en ese sentido, para mí, el rol del trabajador social es clave.

Entiendo que todas las profesiones que integran el equipo son totalmente complementarias, de lo contrario se quita la potencia del equipo, del trabajo en equipo. Si todos hacemos lo mismo ¿cuál sería, digamos, la virtud?, y sobre esto fuimos traccionando para complementarnos en las instituciones y en los territorios.

En la gestión que desarrollo hoy desde el Ministerio se abrieron doce RISAM, yo apuesto a eso, creo que la formación de posgrado debe realizarse de forma interdisciplinaria, pudiendo pensar los abordajes desde la construcción de la complejidad.

SG y SF: Pasando a otro tema que nos interesa preguntarte. Vemos fuertes intereses corporativos en el campo de la Salud Mental que generan fuertes resistencias a cualquier cambio, esto se observa en Ciudad de Buenos Aires, pero también en otras provincias. Pensábamos además que estos intereses se vinculan fuertemente a procesos de medicalización y de farmacologización. Desde tu gestión política, ¿cómo analizás este problema?

EB: Creo que se ha instalado una cierta naturalización de consumir cualquier medicamento, cualquier fármaco, y este es un gran problema social y sanitario donde el mercado imprime, porque estas cuestiones invisibles, que son violencias, rompen el lazo social. Digamos, donde gana el mercado por sobre el lazo social se quiebran derechos. Con los psicotrópicos hay cierta natura-

lización del consumo, se venden como medicamentos para el estilo de vida mercantilizando la salud. Están los medicamentos de venta libre, después hay otros que no son de venta libre, pero se terminan consiguiendo, y la realidad es que esta medicalización de la vida cotidiana es una cuestión que sólo sirve al mercado.

Me quedo pensando que todos estos medicamentos tienen sustancias que son químicas, o sea algunas que se extraen de la naturaleza pero que después se juntan con químicos que tienen efectos colaterales muy nocivos, y que todo esto también queda invisibilizado. Entonces a veces aparece el tema de las drogas, como las drogas ilegales y como lo monstruoso, cuando en realidad habría que preocuparse por las drogas que son legales, que tienen un alto consumo y que tienen que ver con una respuesta del mercado en relación a ciertos chalecos que nos ponen ante un malestar, como dice Silvia Bleichmar, el malestar sobrante. Las y los que trabajamos en Salud y particularmente en Salud Mental tenemos el deber de generar espacios donde la reflexión con el otro pueda posibilitar pensar en estos problemas tan actuales. Esta hiper medicalización de la vida cotidiana apunta a generar cuestiones más individualistas, a separarnos, a romper lazos, y nuestro oficio, es el oficio de generar lazos.

Otra cosa que también pienso a partir de esta pregunta es que hay formas de intervenir vinculadas a la medicalización, que tienen que ver con la domesticación y con la colonización. Yo, en cambio, apuesto a formas de intervención emancipatorias, para lo cual es central pensar desde donde uno está parado cuando interviene y aquí vuelvo a algo que ya había señalado y es que no hay práctica en salud que no sea política y epistémica. La propuesta es entonces pensar y construir una epistemología crítica. Suely Rolnik, hace un tiempo en una conferencia planteaba que hay que “surear” y me parece interesante poder pensar en alguna cuestión vinculada al sur.

SG y SF: Hace poquito vos estuviste en nuestra Facultad. ¿Cómo pensar el diálogo y el desarrollo de práctica en conjunto entre del Ministerio de Salud de la Nación y nuestra Facultad?

EB: Para mí es clave pensar en los espacios de escucha, yo creo que, en tiempos de absoluta fragmentación, generar espacios donde se articule, donde se piense de manera conjunta la problemática, y la propuesta de solución, es lo virtuoso. No sé si vamos a poder dar una gran respuesta, pero es importante instalar que la sa-

lud se mueve, que sale de los consultorios. La propuesta es que el equipo de salud salga y trabaje respetando las particularidades de la facultad. Porque cada institución también tiene una historia, porque además tiene quienes vienen trabajando y pensando cómo manejarse en esa institución.

El equipo de salud tiene que juntarse con el equipo de la facultad para pensar cómo va a ser el trabajo, y en estos tiempos que corren en los que hay tanta fragmentación juntarnos para pensar y dar respuestas es mostrar otra cosa, es construir otro modelo de intervención. Particularmente, a mí me preocupa dar una respuesta, es decir, generar intervenciones que se conviertan en una propuesta que alivie el padecimiento. En esto el Ministerio y la Universidad son clave para el armado de una red que incluya a los jóvenes, a los estudiantes, una red que incluya el espacio individual pero también el colectivo.

Por otro lado, pienso en lo simbólico de estos espacios, porque asistimos a un momento de crisis de la política, y para mí es un tema donde los jóvenes y los adolescentes no confían en los adultos. En una reunión con centros de estudiantes, pensaba en lo que dijeron los pibes "que no confían en los adultos y se arreglan entre ellos". Esto es algo que nos tiene que interpelar, entonces pienso que también, desde lo simbólico, que un ministerio nacional con una universidad nacional desarrolle sinergia para pensar respuestas, es pensar en un Estado presente, en un Estado que cobija.

SG y SF: Gracias Edith, siempre un placer compartir con vos y pensar colectivamente estas problemáticas tan complejas. En nombre de la revista Debate Público y de la comunidad de la Carrera de Trabajo Social te acercamos un abrazo inmenso y nuevamente te agradecemos este encuentro.