Apellido y Nombre: Saavedra Claudia Elisabet

Políticas Públicas de Salud Mental para Infancias y Juventudes desde una perspectiva de derechos

El dispositivo de Acompañamiento Remoto en el marco de la pandemia de Covid 19, en la provincia de Buenos Aires durante el período marzo-diciembre del año 2020

Directora: Mg. Pilar Fuentes
Correo Electrónico: clasa65.gelp@gmail.com
La Plata, 2021.

Juana, (11 años) dibujo compartido durante el Acompañamiento Remoto (2020)

RESUMEN

El presente trabajo se sitúa en la temática de la salud mental de las Infancias y Juventudes, en el ámbito de las políticas públicas de instancia provincial.

El estudio pone en diálogo las miradas y prácticas sobre la salud mental de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Se centra en identificar narrativas y lógicas de abordaje que aporten a una reflexión en el ámbito estatal y ofrezcan insumos para la conformación de una red de buenas prácticas en salud mental, desde una perspectiva comunitaria y de derechos y con capacidad efectiva para brindar respuestas situadas a los diversos contextos de la provincia de Buenos Aires.

El estudio se localiza en un programa y coyuntura especificas: revisita la experiencia de *Acompañamiento Remoto a niñas, niños, adolescentes y jóvenes*, desarrollada durante al año 2020 – en el contexto de las medidas sanitarias por la Pandemia de COVID 19- en el marco del *Programa de Infancias y Juventudes, cuidados y asistencia en salud mental de la Subsecretaría de Salud Mental, consumos problemáticos y violencias en el ámbito de la salud pública* , del Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires.

Para ello se optó por una sistematización de la experiencia transitada, en tanto metodología que permite la construcción de datos a partir del instrumento de Taller con el equipo de trabajo, a la vez que se analizan documentos institucionales y material de registro de los acompañamientos realizados.

Palabras clave

Políticas Públicas - Salud Mental - Infancias y Juventudes - Perspectiva de derechos - Pandemia de Covid 19 -

INDICE

INTRODUCCIÓN 4

CAPÍTULO 1 – ENTRAMADO CONCEPTUAL 8

1.- Antecedentes en la temática 8

1.1 Salud: el camino recorrido en su construcción 12

1.1.1 La Salud Mental de Infancias y Juventudes 18

1.1.2 Estado de situación de Infancias y Juventudes. 21

Los efectos de la desigualdad 21

1.1.3 La salud de las y los adolescentes 23

2.- La Institución como escenario de la política-Breve historización del Programa 26

CAPÍTULO 2 – ESTRATEGIA METODOLÓGICA 32

1.- Una propuesta a construir 32

1.2 Los objetivos como brújula de un proceso 33

1.3 Referente empírico y referente analítico 35

CAPÍTULO 3 37

RECONSTRUYENDO UNA EXPERIENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO 37

1) Antecedentes 37

2 Emergencia sanitaria y formalización del Acompañamiento Remoto 39

2.1 Datos relevantes de la experiencia 2020 43

3.2) Análisis de los datos 44

Dudas y Certezas, las dos caras de una moneda 44

2.1.1 Armar la Trama: Articulaciones Institucionales 49

3.- Revisitar la experiencia del Acompañamiento Remoto desde el Equipo 52

CONCLUSIONES 60

REFLEXIONANDO SOBRE LO APRENDIDO 60

Bibliografía 65

ANEXOS I

INTRODUCCIÓN

> "Como es fácil deducir, la herramienta más importante en el abordaje de problemas complejos, es la recreación de los vínculos entre nosotros. Redefinir los vínculos entre los trabajadores de salud entre sí, entre ellos y la comunidad, entre sus integrantes y los que sufren; generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía, y transmitir afecto. Vínculos que creen amor por la vida, que es esencialmente un logro colectivo. Transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio, capaces de estirar el límite de lo posible. ¿no es eso la salud?" (Ferrandini, 2011:3)

Las infancias y juventudes han sido el colectivo que me ha convocado a trabajar, aún antes de acceder a mi título profesional. Quiero comenzar este trabajo compartiendo el interés particular que tengo para la elección de la temática, de larga relación con mi trayectoria. Durante los años 90, trabajé en un Programa llamado "Chicos de la Calle", dependiente del Ministerio de Acción Social de la Provincia de Buenos Aires, que años más tarde fue reconfigurado. Allí transité mi primera experiencia en la temática, con la particularidad de hacerlo desde la itinerancia. La lógica desde la cual se trabajaba era el acompañamiento de las/os niñas/os que permanecían en la calle durante el día, gran parte de ellas/os provenían del conurbano bonaerense accediendo a la ciudad de La Plata en los trenes. Con el equipo generábamos espacios recreativos, lúdicos y compartíamos con ellas/os la merienda. El dispositivo mediante el cual nos contactábamos y las/os conocíamos se llamaba "La Callejeada", con una metodología de recorrer los lugares donde ellas/os circulaban estableciendo el contacto que luego nos permitía invitarlas/os a las actividades. Muchas/os de las/los niñas/os mendigaban o vendían flores. El espacio y la actividad donde nos encontrábamos se le llamaba "El Patio". Esa experiencia marcó un interés que se vinculaba con el derecho de las infancias a la "mismidad", siendo niñas y niños muy pequeños tenían que volver a casa con algo de dinero, y para ello se hacía un paréntesis imaginario en sus intereses, suspendían durante ese tiempo lo que más les gustaba, jugar, dibujar, compartir una merienda, por ello ese corto tiempo compartido era disfrutado con mucha intensidad.

Al analizar los recuerdos de esos tiempos encuentro puntos en común con lo que hoy me sigue convocando*, "el derecho a las infancias"* o *"las infancias con derechos",* en definitiva, recuperar ese "derecho a la mismidad" que en los 90 encarnaba la propuesta.

En el comienzo de mi camino como profesional me quedó claro que la responsabilidad de una sociedad con equidad y justicia social no debe ser un slogan. Esa definición tiene que tomar cuerpo desde un Estado que plantee esos principios como un camino a seguir. Ello implica asumir el rol que me toca como trabajadora del Estado (actualmente en el Ministerio de Salud), y llevar adelante este desafío.

En el recorrido construido como Trabajadora Social de varios efectores de la actual Subsecretaría de Salud Mental siempre busqué afrontar esa propuesta, ya sea en los Centros Provinciales de Atención de La Plata, Florencio Varela, Berisso, en el Programa provincial llamado Tramando Barrio, o aún dentro del Hospital Elina de la Serna de Montes de Oca, en el marco de la Casa de Día para niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Pero lo que vino a plasmar y dar un sentido a todas esas experiencias fue la posibilidad de conformar una nueva área de trabajo en el marco de la Subsecretaría de Salud Mental, destinada a cuidados y atención de la salud mental de Infancias y Juventudes.

Ese desafío vino a moldear una construcción de política pública que integró los aprendizajes, dudas, interrogantes y experiencias de un recorrido previo en cuanto a necesidades, lógicas de abordajes, elaboración de nuevas narrativas que tengan a las infancias y juventudes como protagonistas de la política que los nombra en los territorios que habitan, desde una perspectiva de trayectorias integrales.

En función de lo planteado reconocí la herramienta de la Especialización como la posibilidad de hacer dialogar las prácticas con la teoría por medio de las diferentes materias y temáticas. Me interesa fortalecer y enriquecer la política pública y es por ello que elegí como tema del presente trabajo de investigación la salud mental de las infancias y juventudes de la provincia de Buenos Aires. Lo planteo desde el ámbito de aplicación de dicha política que es el Programa Infancias y Juventudes, cuidados y asistencia en salud mental de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud pública dependiente del Ministerio de Salud provincial.

El desarrollo del presente trabajo se organiza en tres capítulos, los cuales van trazando una guía como un hilo conductor para arribar a quizás más preguntas compartidas, lejos está de ser un producto cerrado sino todo lo contrario invita a seguir produciendo más herramientas que aporten a un mejor hacer en la temática seleccionada.

El capítulo I engloba el Marco Teórico donde propongo un camino conceptual desde la categoría de infancias y juventudes, para ir a la construcción de la perspectiva de salud y desde allí recupero algunos aspectos del recorrido histórico de la salud mental en nuestro país, que mediante avances y retrocesos logra alcanzar la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Esta norma se encuadra como parte de un corpus legal que viene a reparar y a restituir derechos. Asimismo, indago sobre el estado de situación muy complejo en relación a los niveles de pobreza y desigualdad, y también en lo que respecta a la salud de las y los adolescentes encontrando ejes muy importantes a tener en cuenta en relación a las causas de morbilidad y mortalidad. La temática del suicidio como segunda causa de muerte en orden estadístico luego de los accidentes de tránsito, es algo fundamental a considerar al momento de diagramar las acciones de política pública, vinculándolas con lo que nos muestran los índices de accesibilidad al sistema de salud. ¿Cómo vamos a poder prevenir el suicidio adolescente si las y los adolescentes no acceden al sistema de salud? ¿Cómo evitarlo si no hay acompañamiento desde lógicas de cuidados? ¿Cómo promover esos cuidados si fragmentamos las trayectorias dentro del mismo sistema de salud?

Luego describo e historizo la institución que lleva adelante la política pública en el tema que es la Subsecretaría de Salud Mental, la cual tuvo numerosos vaivenes institucionales hasta finalmente establecerse en el marco del Ministerio de Salud. Refiero los procesos llevados adelante como parte de dos paradigmas en disputa, así como las características de las prácticas e intervenciones del modelo tutelar, asilar y del modelo del sujeto de derechos, así como las transformaciones que se construyen a la luz de múltiples variables que inciden en progresos y regresiones, ejemplificando que no es un camino lineal ni homogéneo sino todo lo contrario.

El Capítulo II está destinado al desarrollo de la Estrategia Metodológica detallando los objetivos delineados para el trabajo planteado, así como los referentes empíricos y analíticos, describiendo las etapas organizativas para el proceso de indagación con la correspondiente planificación del Taller de Sistematización como instrumento seleccionado para la recolección de datos.

Es en el Capítulo III donde me dedico a la descripción y el análisis de los datos de indagación del proceso de creación del Programa de Infancias y Juventudes focalizando en un dispositivo en particular llamado Acompañamiento Remoto (AR de ahora en adelante) llevado adelante durante el primer año de pandemia (2020).

También como parte de ese proceso es una decisión recuperar, visibilizar e inscribir las experiencias de numerosas/os trabajadoras/es que asumieron su rol como trabajadoras/es del Estado y desarrollaron propuestas de un hacer diferente que logró *colocar el pegamento* en el lugar adecuado como refiere la autora al hablar sobre la adherencia a los tratamientos

> "Con frecuencia los servicios de salud se quejan de la "falta de adherencia" de los pacientes a los tratamientos. Un enfoque basado en los sujetos, como el que proponemos, implica cambiar el lado donde aplicamos el pegamento: que sean nuestras prácticas, nuestras acciones, las que se peguen a los problemas de las comunidades y los sujetos con los que trabajamos. Para ello primero debemos escuchar, y luego preocuparnos de lograr cambios." (Ferrandini, 2011:3)

Por último, desarrollo las reflexiones finales sobre los aportes que trajo a la construcción de la política pública en materia de salud mental para infancias y juventudes el revisitar una experiencia de trabajo como lo fue el Acompañamiento Remoto.

También se adjunta la Bibliografía con las y los autoras/es consultados y los Anexos con el material utilizado en los diferentes momentos de la investigación, ofreciéndolo como fichas de consulta para profundizar algunos aspectos de los planteados en el presente trabajo.

Por último, me interesa dejar expresado que, si bien este trabajo es de mi autoría, reconozco como integrantes del proceso al equipo que fue parte de la experiencia, por lo cual también es un trabajo colectivo, y es por ello que la escritura se realiza en primera persona del singular, pero en varias ocasiones también en primera persona del plural.

CAPÍTULO 1 – ENTRAMADO CONCEPTUAL

En el presente capítulo trazaré un marco conceptual que establezca un diálogo entre las categorías que sustentan la temática seleccionada, con la propuesta de un recorrido reflexivo adentrándonos en la historización de las miradas sobre las infancias y juventudes. La concepción de salud disputada desde una perspectiva latinoamericana y la salud mental entrando en escena hasta alcanzar el logro histórico de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. También se transita por una descripción de quienes han indagado la temática en relación a las respuestas del sistema de salud en lo que refiere a la salud mental para el colectivo mencionado. Por último, se construye una caracterización de la institución como escenario de la implementación de la política con sus diversos momentos históricos.

1.- Antecedentes en la temática

Las infancias y juventudes como objeto de estudio han transitado a lo largo del tiempo, diferentes lugares en la construcción del conocimiento que múltiples autores realizaron, desde hace muchos años hasta la actualidad (Aries, Philippe. 1987, Donzelot, Jacques. 1990, Colángelo, Adelaida 2003). Si enfocamos la mirada en la diversidad rápidamente advertimos que existen muchas formas de vivir, transitar y entender a las infancias y juventudes, esta perspectiva nos ayuda al momento de analizar los problemas sociales por los que atraviesan. Esto último relacionado a los diferentes contextos, en lo histórico: el lugar que han tenido en la sociedad estos colectivos a lo largo del tiempo, en cuanto a la diversidad cultural "su forma de ser niñx", entender los pasajes a la adultez, sus mandatos familiares o sea a todo lo vinculado a su bagaje cultural.

Por ello

> "La universalización de la infancia supone una operación de descontextualización y de neutralización de las diferentes causas sociales, económicas, políticas, étnicas, religiosas, que dan cuenta de las "diferentes infancias", quedando éstas sometidas a un modelo único, homogéneo y hegemónico. Este proceso de invisibilización de las pluralidades ha dado lugar a una producción narrativa que

> ha connotado como deficitario, o en falta, aquello que no responde o no se adecua a un modo del deber ser niños" (Rivas, 2014:1)

Es vital considerar que esta construcción social está atravesada por las variables de desigualdad social (desde el surgimiento de las clases sociales) y el género, considerando que la incidencia la hegemonía del patriarcado aumenta los índices de desigualdad.

> "La historia de la niñez y de la infancia se desdobla en la historia de cada género. Innumerables avatares por los que transita la niña son propios de su género y hablan de otras historias de la historia" (Giberti, 1997:28)

Por otro lado, se presentan muy fuertes y arraigadas las tendencias clasificatorias, que confrontan desde varios aspectos a la conceptualización de las infancias como construcciones sociales, culturales, históricas y situadas, dándose una disputa de sentidos desde diferentes objetivos, uno de los cuales es dividir el mundo social.

> "Estos procesos clasificatorios, no por mutantes y dilemáticos, están exentos de positividad y productividad. De hecho, estas dinámicas categorizaciones que se construyen cotidianamente son centrales a la hora de estructurar las intervenciones sobre niños y sus familias hacia un rumbo determinado." (Barna, 2014:140)

Es por ello que se vuelve necesario dejar de considerar a las infancias con identidades definidas o cerradas en su esencia, ya que son construcciones relacionales contrastantes, dinámicas, en constante movimiento y transformación. ¿Cómo lograrlo? Recurriendo a la herramienta de la desnaturalización de la mirada, entendiendo la complejidad, rechazando la mirada universal de "la infancia" y escuchando a los sujetos sociales a quienes se pretende acompañar.

Lo planteado visualiza un proceso que no es unívoco, es dinámico, con presencia de conflictividad, donde las disputas y manejos de categorizaciones o clasificaciones se tornan como poco arbitrarias. Lo que en definitiva se puede sintetizar es

> "la forma en que se defina y caracterice la infancia es un fenómeno eminentemente político en el sentido de que tiene que ver con la distribución de poder entre distintos grupos de la sociedad, dado que las clasificaciones por edad son también una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada uno debe ocupar su lugar" (Colangelo, 2003: 4)

Analizando lo expresado en cuanto a la mirada de las infancias, se observa en el planteo conceptual de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN de ahora en

adelante) la tendencia homogeneizante cuando se refiere al "interés superior del niño" que se asume como si existiese una real igualdad de todxs lxs niñxs. Es una realidad que en América Latina la CIDN impactó en el discurso y en la narración del concepto de los derechos, es decir que el Derecho como disciplina toma el lenguaje, a diferencia de Europa donde lo hace otra disciplina: la psicología social.

> "¿Por qué? Porque la lucha se dio sustantivamente en el campo de cómo sustanciar esa Convención." (Bustelo, 2012: 2)

Por ello es valioso incorporar en esa narración el aporte de las demás disciplinas que enriquezcan esa construcción, de modo de conformar una mirada interdisciplinaria, de intersaberes, sin que ello signifique invalidar ese lenguaje, pero si "desjuridizar esa narración" como lo menciona el autor citado. En muchos casos esta narración pudo sumar algunos beneficios (vinculados tal vez en el campo de disputar derechos) pero también en otros aspectos nos ha llevado a posiciones universalistas muy rígidas que atentan contra lo singular, lo particular, lo diverso. Esta posición se ha impregnado muchas veces de miradas familiaristas, moralizantes, filantrópicas, imponiendo lógicas salvacionistas, y ubicando en un nivel superior y excluyente en muchas ocasiones el lugar de la familia como única posibilidad de desarrollo para las infancias.

En esa perspectiva Barna plantea la aparición de algunos tópicos que construyen un frente discursivo que bregan por los derechos del niño, entre ellos están

> "la idea el niño cómo sujeto de derecho universal antes que menor objeto de la intervención tutelar, la desjudicialización de las problemáticas asociadas a la pobreza, la desinstitucionalización de niños y la promoción del ámbito familiar como el idóneo para su desarrollo". Lo que constituyen dichos tópicos es un horizonte moral con una enunciación que trae aparejado "potentes imanes de sentido con propiedades inobjetables, y autoexplicativas" Ese lenguaje moral con la capacidad de crear efectos de sentidos implican consecuencias reales impactando no sólo en reformas legislativas y/o competencias institucionales sino en las acciones que desde el Estado se llevan adelante en el cotidiano a través de las intervenciones que se realizan co niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Ese discurso o esos tópicos morales se vinculan y encarnan en numerosas oportunidades en valores políticos, filosóficos o mesiánicos que pueden estar ligadas a acciones de control social" (Barna,2014:118)

En síntesis, es importante poner en tensión la idea de

> "un espacio familiar armónico, homogéneo, como concepto totalizador, invisibilizando en su interior la diversidad de situaciones y condiciones de vida que portan sus miembros de acuerdo a sus posiciones de género, clase,

> generación, etaria, inserción laboral, etnias, identidades sexuales no normativas, religiones, entre otras. Tensiones que posibilitan reconocer a este espacio tanto como un ámbito de desarrollo y constitución de ciudadanía, así como un lugar donde se producen y reproducen desigualdades, discriminaciones y violación de los derechos humanos" (Crosetto, 2014: 147)

Es por ello tan necesario tener en cuenta las representaciones de quienes actúan en el campo del sistema de promoción y protección de los derechos de NNAyJ, ya que las mismas atraviesan fuertemente la perspectiva de los abordajes. Siendo frecuente la presencia de prácticas que reproducen lógicas tutelares o asilares inscriptas en el viejo paradigma, lo que muestra lo difícil que se vuelve para las/los trabajadoras/es el desmontar los rastros de antiguas prácticas.

En relación a las Juventudes, variedad de autoras/es (Bourdieu, Pierre 1990, Chaves, Mariana 2005, Pérez Islas, José A. 2000), plantean es una categoría que no está definida solamente por la edad y como sucede con la de infancias, no asume la idea de carácter universal, sino más bien se vincula con la "condición juvenil"

Más que un grupo generacional o un estado psicosocial, la juventud es un fenómeno sociocultural en correspondencia con un conjunto de actitudes y patrones y comportamientos aceptados para sujetos de una determinada edad, en relación a la peculiar posición que ocupan en la estructura social. (Chaves, 2006:11)

Se afirma que "lo juvenil" refiere a un concepto relacional, ya que se vincula con las otras categorías, es construido históricamente, debido a que las condiciones de contexto determinan las particularidades de ser joven en cada momento histórico, siendo una condición situacional que recupera lo particular y subjetivo evitando homogeneizar o generalizar. Por ello es una definición nominar juventudes en plural, es una disputa de sentido que convoca a traer ese contexto al momento de pensarlas. Otras caracterizaciones las refiere como: cambiante, se construye en lo cotidiano, pero también en lo imaginado (la internet, la música, estilos), en relaciones de poder (en función de las condiciones de dominación/ subalternidad o de centralidad / periferia) y también se afirma como una condición transitoria (Pérez Isla, 2000:15)

En línea de lo que se viene y retomando un estudio significativo la autora menciona: "Los estudios sobre salud en jóvenes muestran un gran vacío en relación a la temática de

acceso, cobertura y uso del sistema de salud. No se han encontrado en esta revisión análisis desde las ciencias sociales sobre este aspecto." (Chaves, 2006)[1]

También hay una ausencia de investigaciones sobre los servicios de salud mental destinados a jóvenes, ni sobre jóvenes alojados en monovalentes o sobre las perspectivas o modos de abordaje. Lo cual se transforma en un dato en sí mismo, ¿Qué lugar se le da en el análisis a esta vacancia?

1.1 Salud: el camino recorrido en su construcción

La salud ha sido y es hoy en día un concepto más que debatido por numerosas/os investigadoras/os, científicas/os y trabajadoras/es del campo sanitario en general. Existen diversidad de modos de entenderla y por ello creo que es pertinente decir cuál es el concepto al que me refiero cuando hablo de salud. La definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud) afirma que:

> "La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad". (OMS,1948)

El gran sanitarista argentino Floreal Ferrara, planteaba que esta afirmación introduce la idea de un estado de "adaptación", y que ese proceso implicaba de alguna manera una resignación, o actitud pasiva frente a las condiciones adversas que tenemos que afrontar en nuestras vidas. El resignifica el concepto de "conflicto", porque remite a un protagonismo de la persona para dar pelea, la lucha frente a las condiciones que limitan el acceso a su felicidad, a partir de una estrategia para cambiar esas condiciones y allí encontrar la salud. Asimismo, plantea que frente a esta mirada colonizadora (adaptación) de la OMS sobre la salud, la idea del conflicto o la lucha tenía mucho más que ver con Latinoamérica, él decía que

> "la salud es la lucha por alcanzar un 'optimo vital' tendiente a que el hombre y la mujer, los niños y las niñas sean felices y puedan avanzar, desarrollarse continuamente en su vida… es la lucha para resolver un conflicto antagónico que quiere impedir alcanzar el ideal vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad" (Blanco:2010)

[1] Chaves, (2006) Proyecto: Estudio Nacional sobre Juventud en la Argentina, Investigaciones sobre juventudes en Argentina desde las Ciencias Sociales

Los pueblos latinoamericanos sabemos mucho de eso, de resistir, de *"dar la pelea"* por cambiar las condiciones, de no adaptarnos, y de luchar por nuestra felicidad.

La invitación es a cambiar el foco de lo que miramos y no dirigirlo al síntoma de la enfermedad sino a las causas estructurales que la generan. Por eso, la importancia de entender a la salud enlazada en la historia de las personas y sus grupos sociales, desde el análisis concreto de los determinantes políticos, económicos, sociales, jurídicos, religiosos y culturales que atentan o deterioran las condiciones y posibilidades del bienestar del pueblo.

Así como la visión conflictivista se contrapone a la visión adaptativista de la salud, es importante denotar que complementariamente, el concepto de salud transitó un proceso histórico hasta llegar a la perspectiva de salud integral. Sucedió algo similar en relación al surgimiento del campo de la salud mental. Hay que considerar que la historia de los modelos de atención y la definición de la salud se encuentra ligada directamente al modo en cómo se constituyen los estados y las políticas públicas.

Y en esa constitución comienza la **Salud Mental** a dar sus primeros pasos en la historia siendo en la Revolución Francesa donde se marca el inicio de lo que se conoce como "medicina mental", a partir de la cual los "locos" o "alienados", pasan a ser "enfermos", objeto de estudio, investigación y tratamiento de la ciencia médica, desplazando la mirada religiosa del abordaje. Es Phillippe Pinel[2] en Europa, quien propone un tratamiento basado en la custodia que los asilos garantizaban, creados para contener a la gran masa de desocupados y gente en situación de calle. Aquí se sitúa el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica, cuyo método terapéutico se caracteriza por el control y la custodia del enfermo, constituyéndose el asilo como marco de toda relación terapéutica. La organización interna se relaciona con el saber médico que ejerce poder sobre el comportamiento de los sujetos y el encierro se justifica en función de la seguridad de la sociedad, y del rol del Estado que debe velar por el orden público, instalando lo que aún hoy en día existe, la "peligrosidad" como inherente a la enfermedad mental.

[2] Philippe Pinel (1745-1826) fue un médico francés que se dedicó al estudio, la investigación y el tratamiento de las enfermedades mentales, clasificándolas de tal manera que surtió un gran impacto en la comunidad médica de forma posterior. Fue pionero en el tratamiento de los enfermos mentales y uno de los precursores de la psiquiatría moderna.

Podría decir entonces que la medicina mental surge como disciplina producto de un conjunto de medidas y como resultado de las necesidades políticas y sociales para la consolidación de los Estados Modernos. Es decir, es una decisión política.

En nuestro país, a partir de 1854 empiezan a generarse medidas desde un enfoque médico-científico como respuesta a problemáticas de salud mental, a partir de la construcción de los primeros manicomios, luego en 1929 se crea la Liga Argentina de Higiene Mental una corriente que comienza a incluir una nueva perspectiva, donde la relación enfermedad/medio ambiente se pone de relieve. A partir del surgimiento del peronismo[3] se incorpora una nueva lógica de políticas sociales basada en la idea de derechos y "dignificación". Con la figura de Ramón Carrillo como primer ministro de Salud Pública y Asistencia Social del país, se inicia una etapa en consonancia con la concepción de un Estado benefactor donde se comienzan a delinear los primeros pasos en materia de salud mental en nuestro país, alejados de la idea psiquiátrica y manicomial.

A medida que pasan los años transcurren momentos de avances y retrocesos en la vida democrática, así como en materia de salud mental integral, muchos de las y los referentes en el tema dieron los debates necesarios para sumar a la construcción de una salud mental comunitaria y pusieron en discusión lo asilar como único método terapéutico. (Mauricio Goldemberg[4], Maire Langer[5], Pichón Riviere[6])

Con el retorno a la democracia en 1983, se iniciaron cambios auspiciosos y fue Vicente Galli, Director Nacional de Salud Mental quien los promovió, asesorado en los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental del Dr. Mauricio Goldemberg, algunos de los ejes fueron: integración de las políticas en Salud Mental con las generales de salud,

[3] El 4 de junio de 1946 inicia el primer gobierno del General Perón, allí comienza un movimiento que primero se denominará como Justicialismo y luego se transformará en el Peronismo en virtud de la figura de la conducción del movimiento. Sus tres ejes doctrinarios más importantes: justicia social, independencia económica y soberanía nacional. Esta ideología ponía el acento en el derecho de los trabajadores y los humildes al bienestar y a la protección del Estado.

[4] Mauricio Goldenberg (1916-2006). Fue un médico psiquiatra y psicoanalista argentino. Pionero en el desarrolló de propuestas dinámicas y creativas, en el trabajo en equipo, en la formación de profesionales y en avances conceptuales como las terapias grupales, el psicodrama, el uso de la farmacología y sobre todo la inserción de los pacientes psiquiátricos en la comunidad.

[5] Langer Marie Nacida Glas (1910-1987) Psiquiatra y psicoanalista argentina. Figura eminente del movimiento psicoanalítico latinoamericano, abrazó las tres grandes doctrinas del compromiso intelectual del siglo XX: el Freudismo, el marxismo y el feminismo

[6] Enrique Pichón Rivière es un Maestro de la Psiquiatría y la Psicología Argentina, su pensamiento ha alcanzado trascendencia en Latino América y en algunos países europeos. Su práctica clínica y su reflexión lo llevan a construir una Psicología Social de base psicoanalítica, centrada en el estudio de los individuos, grupos e instituciones insertas en una vida cotidiana históricamente determinada. Nació en Ginebra el 25 de junio 1907, de una familia francesa, oriunda de Lyon. Falleció en Bs. As., el 16 de julio de 1977.

integración intersectorial, participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades; desplazamiento del eje centrado en el modelo hospitalario hacia el modelo centrado en la comunidad, desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Salud Mental.

La década de los 90 comienzan con el padecimiento a nivel social de la crisis inflacionaria de 1989, que genera un amplio efecto disciplinador social dando entrada a una trágica transformación de la relación entre estado, mercado y sociedad.

> "El ideario del Consenso de Washington (1989) de liberar las fuerzas del mercado, desregulando la economía y reduciendo el "gasto" social de los estados, se aplicó con particular rigor a una sociedad que elaboraba las huellas de la dictadura, la Guerra de Malvinas y la hiperinflación. La reforma propuesta para el sistema de salud suponía arribar a un mercado de seguros en competencia en el cual el acceso dependía de la capacidad de cada unidad familiar de proveerse los servicios. Para quienes no pudieran hacerlo, se proponían políticas focalizadas de servicios mínimos que el estado podía contratar en el sector privado. El Banco Mundial promovía estas políticas, cuyo cumplimiento solía ser parte de los compromisos de renegociación de la deuda externa con el Fondo Monetario Internacional. En uno de los "achicamientos" del Estado, desapareció la Dirección Nacional de Salud Mental. También culminó el proceso de descentralización, sin asignación especial de recursos. En 1992, junto con otros hospitales nacionales, el Moyano y el Borda pasaron a depender de la Ciudad de Buenos Aires" (Stolkiner, 2018)

La crisis económica, social y política culminó en el 2001 con un estallido social enorme que dejó marcas en quienes lo transitamos. En el año 2003 asume la presidencia el Dr. Néstor Kirchner. Tanto su gestión como los sucesivos gobiernos de Cristina Fernández, se buscó una nueva relación entre estado-mercado y sociedad, otorgándole al estado la rectoría en materia económica y con la intención sustentar un desarrollo que se fundamente en los ejes en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y políticas sociales con enfoque de derechos. El Estado vuelve a tener protagonismo en el reconocimiento y reivindicación de los derechos humanos.

> "Si el nacimiento de las políticas en Salud mental estuvo fuertemente ligado a los estados sociales o de bienestar de la posguerra y a la ampliación del ideario de Derechos Humanos, y si Franco Basaglia afirmaba que una política de desmanicomialización requería de una política de empleo pleno, estaban dadas las condiciones para pensar una transformación en el campo. No obstante, no se presentaba como tarea fácil en un sistema de salud fragmentado y segmentado y con actores corporativos poderosos. Tampoco lo facilitaba el hecho de que las representaciones hegemónicas sobre la locura siguieran siendo afines con el modelo manicomial" (Stolkiner, 2018)

A partir de la aparición de organizaciones de derechos humanos junto a las agrupaciones de usuarios y familiares, se comienza a tensionar y desnivelar la tradicional disputa con las corporaciones que resistían las transformaciones. Es en este momento en el que se encuentran las condiciones para sintetizar debates, propuestas y luchas tendientes a la necesaria transformación en salud mental acompañadas por la decisión política de alojar esta problemática en la agenda.

Todo el proceso descripto previamente sentó las bases que permitieron luego trabajar la construcción de la actual Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Una de las provincias pionera en legislar sobre desmanicomialización fue Río Negro con la Ley 2440/91 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento psíquico.

Es en este contexto que se recuperan muchas de las líneas mencionadas y comienza a plantearse la necesidad de contar con una normativa que ponga límite a los maltratos y violencias ejercidas en los hospitales monovalentes, tal como lo narra el informe "Vidas Arrasadas" del CELS[7], en el cual se denuncian las violaciones a los derechos humanos perpetrados a las aproximadamente 25.000 personas detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas.

Si bien los espacios de debate y construcción de conocimiento fueron diversos, en el año 2005, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación lanza una convocatoria formal para plantear ideas y conformar un espacio intersectorial de Salud Mental y Derechos Humanos llamado "Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos", que surge como respuesta ante las demandas provenientes de la sociedad civil de incorporar la salud mental como un problema de derechos humanos.

Esta mesa se va conformando e integrando con muchos actores, organizaciones de derechos humanos y las de usuarios y familiares, que incidieron en la puja que se venía dando anteriormente. Su participación fue lo que marcó que la sociedad civil pueda apropiarse del espíritu de lo que luego se convirtió en ley, discutirla, defenderla e instalarla en la agenda pública.

En la mesa se identificó como primera necesidad para trabajar, el contar con una ley nacional de salud mental que consolide una política pública capaz de dar respuesta y poner límite a las graves violaciones a los derechos humanos, contando como antecedente

[7] Centro de Estudios Legales y Sociales. (2007) Vidas Arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos Ed. Siglo XXI

las leyes provinciales y las normativas e instrumentos internacionales de derechos humanos en la materia y los antecedentes políticos y sociales de nuestro país mencionados anteriormente. Finalmente se consensuó en promover, respaldar y participar activamente del proyecto de ley.

Otra de las tareas importante de esta mesa intersectorial fue la de la sensibilización capacitación y asesoramiento a otros sectores y actores institucionales, y orientación en el armado de mesas intersectoriales por jurisdicción, apuntando a la importancia de comprender la necesidad de contar con este marco normativo y la modificación de las prácticas sanitarias que promuevan la erradicación de la cultura asilar, la importancia de la perspectiva comunitaria y la integración de los usuarios de los servicios de salud mental en la sociedad. Hubo también acciones de relevamiento y construcción de consenso[8] para la formulación del proyecto de ley en todas las jurisdicciones, logrando un alcance nacional.

El año 2009 fue fundamental para establecer alianzas que incidieron para que los legisladores acompañen este nuevo paradigma, se recorrieron las provincias para realizar acuerdos, debates públicos con asociaciones psiquiátricas, colegios profesionales, universidades, jueces y defensores.

Esta modalidad se continuó hasta lograr su sanción definitiva el 25 de noviembre de 2010, así como también la del Decreto Reglamentario 603/2013 que además contó con el dispositivo de foros participativos.

[8] En los primeros encuentros esta mesa se constituye con la presencia de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Derechos Humanos. Posteriormente se van sumando organismos gubernamentales y no gubernamentales, para luego tener una coordinación compartida con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional http://campusdh.gov.ar/ Salud Mental y Derechos Humanos contra la Xenofobia la Discriminación y el Racismo (INADI) y la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Contó también con la participación de referentes de la Defensoría General de la Nación, el Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo (INADI), Organizaciones no gubernamentales de Derechos Humanos como el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y ADESAM (Asociación por los Derechos en Salud Mental), Organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de la salud mental tales como APEF (Asociación Argentina De Ayuda A La Persona Que Padece Esquizofrenia Y Su Familia) y Red FUV (Red de Usuarios, Familiares y Voluntarios de Salud Mental), directores de hospitales monovalentes de salud mental, jueces, Dirección General de Tutores y Curadores Públicos del Ministerio Público de la Defensa, Asesoría General Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esta ley se incluye dentro del cuerpo legislativo conocido como *"las 26 mil*[9]*",* toda una serie de herramientas normativas que amplían los derechos de las personas, proponiendo un cambio paradigmático respecto a las intervenciones, incluyendo en esto la perspectiva de los Derechos Humanos como eje transversal a las prácticas y recuperan al Estado en su rol central de garante de esos derechos.

La ley de salud mental, viene justamente a correr desplazar del centro de la discusión la idea de la enfermedad para poner de relieve la concreción de los derechos humanos directamente vinculada a la noción de salud mental, perfilando la obligación de cerrar todas las instituciones monovalentes del país, la prohibición de construir nuevos y la imperiosa necesidad de readecuar las prácticas terapéuticas desde una perspectiva comunitaria y trascendiendo el campo psiquiátrico y psicológico para los abordajes.

Asimismo, como parte del marco normativo y posterior a la promulgación del Decreto Reglamentario 603/2013, entró en funcionamiento la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA), dentro del ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros. El objetivo que tiene este organismo es la construcción de políticas integrales que se articulen entre los distintos sectores para desarrollar acciones que favorezcan la inclusión social, laboral y educativa de las personas con sufrimiento mental.

También con la idea de ampliar el proceso participativo, en el año 2014 se generó el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental, conformado por 30 instituciones de todo el país, con el fin de realizar propuestas no vinculantes en materia de Salud Mental y adicciones, contemplar las problemáticas y particularidades de los distintos sectores a los que representan y realizar las observaciones que crean pertinentes acerca de las políticas implementadas.

1.1.1 La Salud Mental de Infancias y Juventudes

En lo que respecta al recorrido de la salud mental como parte del sistema de salud, en nuestro país y en general en América Latina las infancias y juventudes no han sido priorizadas para estudios o investigaciones, más aún hace poco tiempo comenzaron a

[9] Ley Nacional N 26.061 Protección Integral de los derechos de NNyA, Ley N 26.510 Programa Nacional de Educación Sexual Integral, Ley N 26.743 Ley de Identidad de género, Ley N 26.618 Matrimonio Igualitario, Ley N 26.485 Violencia contra las mujeres, Ley N 26.934 Prevención consumo problemático

desarrollarse trabajos de investigación dirigidos a la evaluación del sistema de Salud Mental.

Teniendo en cuenta la historia de la perspectiva de abordaje vemos que la investigación que llevó adelante la psiquiatría fue escasa y metodológicamente parcial, con la mirada puesta en las tasas de trastornos diagnosticados y la clasificación de enfermedades mentales. Sobre ello Galende plantea que en la perspectiva psiquiatrizante queda por fuera aquello que es esencial al conocimiento del sufrimiento mental, la singularidad de la existencia de los sujetos afectados, sus modos de vida, el imaginario social que desde siempre acompaña a los sufrimientos mentales (citado por Barcala, 2015)

Por ello considero que cuando las desigualdades son multidimensionales se conforman en condiciones de vida precarizadas.

> "Estas vidas degradadas se entraman con dispositivos sociales de estigmatización (desacreditación de modos de vida, aniquilamiento subjetivo e identitario), segregación (separación y confinamiento espacial, ciertos trayectos y recorridos consagrados y otros sancionados) y criminalización (que habilitan el aniquilamiento físico, el encierro y la persecución contra ciertas formas de existencia infantil y juvenil)" (Barcala, 2019:22)

Si bien la mirada de las infancias y juventudes se encuentra en procesos de deconstrucción, continúan presentes en las prácticas y en la construcción de sentidos sociales una idea que desliga a las infancias y juventudes de las condiciones sociales en las que tienen lugar. Se conforma como un importante objetivo transitar hacia un reconocimiento respecto de que si las infancias y juventudes se nombran en plural es porque existen múltiples formas de transitar estas etapas de la vida. Constituye un desafío para las políticas públicas dirigidas a niños niñas y jóvenes (NNAyJ de ahora en adelante) incorporar perspectivas inclusivas y de derechos que promuevan abordajes desde un enfoque integral e interseccional contemplando el proceso de construcción social, histórico y cultural; como así también la diversidad y situacionalidad en función de atravesamientos etarios, sexogenéricos, etnicos y socioeconómicos, entre otros.

El diseño y presentación de una propuesta de política pública sanitaria en salud mental, se fundamenta en un estado de situación, que indica que la población de NNAyJ de la provincia de Buenos Aires no está accediendo a los servicios y espacios de asistencia que se ofrecen desde la red pública del sistema de salud. Este déficit se presenta por diversas razones. Especialmente me interesa poner de relevancia que a la escasez de recursos

orientados a esta franja etárea se le adiciona que se dispone de modalidades asistenciales que no son accesibles, y que poseen dificultades para alojar a gran parte de la población de NNAyJ. Este primer estado de situación nos acerca a la idea de que la protección del derecho a la salud mental de las infancias y juventudes en la provincia de Buenos Aires, demanda respuestas que alojen, cuiden y aporten a que nuestros NNAyJ construyan sus proyectos de vida en sus barrios, con su comunidad y acompañados por sus referentes afectivos.

Es por ello necesario identificar si los abordajes en salud mental con infancias y juventudes se sustentan en el proceso de transformación, que se inició a partir de la intersección de las leyes de salud mental y de promoción y protección de derechos (26.657 y 13.298), el cual promueve el desarrollo de prácticas de cuidado destinadas a esos colectivos. Ambas normativas se pueden articular ya que se orientan desde diferentes ángulos a la preservación y garantía de derechos de los NNAyJ, debiendo por tanto ser integradas desde el campo sanitario en una estrategia que sustituya las prácticas asilares y tutelares por otras que acompañen desde una mirada respetuosa de las potencialidades de cada niño, niña, adolescente y joven, a la vez que ofrezca los cuidados, asistencia y acompañamiento acordes a las necesidades de cada una/o de ellas/os.

Asimismo, uno de los ejes centrales es el concepto de corresponsabilidad que bajo formas diferentes de nominación es incorporado como principio ordenador en ambas normativas por lo cual es imprescindible que se lo incluya en el diseño de la política. Considerando esa inclusión con una modalidad que permita la asunción de las responsabilidades indelegables de cada una de las personas que intervienen y en especial aquellas provenientes del Estado. Contando también con la disponibilidad para la construcción conjunta de políticas de carácter integral en articulación y planificación compartida. Por ello constituye un desafío generar políticas públicas que, desde una concepción integral del Estado, alojen esta complejidad y diversidad.

> “Es fundamental desplegar la perspectiva epistemológica que sostiene que los procesos referidos a la salud mental son multidimensionales y multideterminados; es decir que la salud mental no se circunscribe a la dimensión psicopatológica ni se reduce a la mirada disciplinaria de la psicología y psiquiatría, evitando prácticas ligadas a la medicalización de la infancia” (Barcala, 2019:107)

La plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental demanda construir y reconfigurar una red de dispositivos que pongan de relieve los abordajes con base en la

comunidad, y un sistema de apoyos a la atención en crisis, que propicie que las internaciones de NNAyJ en hospitales generales sean lo más breve posibles. La Ley propone un desafío fundamental en relación a las prácticas de cuidado de salud mental y se aleja de la posición manicomial tradicional abonando a un salto cualitativo en materia de derechos.

Ahora bien, entre lo que las leyes plantean y lo que muchas prácticas muestran, es evidente que existen tensiones y disputas a la luz de paradigmas que plantean diferentes modelos, por un lado, la protección integral de derechos y por otro las políticas regresivas que atentan contra los derechos mencionados, esta situación está mucho más presente en NNAyJ.

Es por lo anteriormente planteado que la apuesta es poner como guía de trabajo los derechos de NNAyJ, para no quedar atrapadas/os en lógicas asilares, tutelares y reproductoras del patronato-monovalente, en las prácticas cotidianas.

I. Priorizar la prevención y la promoción de la salud que contemple la mirada situada, recuperando las voces y el protagonismo de las infancias y juventudes, comprometiendo una gestión que aloje todos los ejes de trabajo necesarios para construir una restitución de derechos desde un rol del Estado garante de los mismos.

1.1.2 Estado de situación de Infancias y Juventudes.

Los efectos de la desigualdad

Si observamos la situación de niños, niñas y adolescentes podemos decir que en la Provincia de Buenos Aires viven 17.709.598 personas (según el último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010 y proyecciones a 2021) de las cuales 5.597.505 millones tienen menos de 19 años. Las/los niñas, niños y adolescentes representan el 32,2 % de la población de la provincia y el 38,8 % del total de la población menor de 18 años del país. Es decir que 4 de cada 10 niñas, niños y adolescentes de nuestro país viven en la Provincia de Buenos Aires, concentrándose esta población, particularmente, en los municipios del Conurbano Bonaerense, donde habita más del 64 % de las/los niñas/niños y adolescentes (NNyA de ahora en adelante).

En 2016, un estudio de UNICEF estimó la magnitud de la pobreza multidimensional infantil observando que en el caso de la provincia de Buenos Aires el 30,7% de los NNyA son pobres multidimensionalmente y que en el interior de la provincia este porcentaje alcanza un 27,1%. Asimismo, si tomamos los datos del segundo semestre de 2019 se observa que del total de la población de niñas/niños de 0 a 14 años, un 52,3% son pobres. Los resultados de la Encuesta Provincial de Juventud 2016, arrojan que el 54.9% de entre 15 y 19 años, tienen cobertura de salud alternativa, mientras que un 45.1% de jóvenes cuenta exclusivamente con la cobertura del sistema público de salud. Estudios sobre condiciones de vida de NNyA señalan que, si bien nuestro país posee una alta cobertura en cuanto a educación y salud, se observan brechas significativas en el acceso a estos derechos básicos. Estos números ilustran la realidad de una provincia heterogénea con altos niveles de desigualdad e inequidades, a la vez que muestra cuál es la población que más requiere de la asistencia y acompañamiento del Estado en la atención sanitaria.

La situación socio-económica arriba descripta se consolidó en los años del último gobierno de Mauricio Macri (2015-2019) como resultado de la implementación de políticas de corte neoliberal que, entre otras medidas, transfirieron enormes partidas presupuestarias desde el sector público de salud al sector privado, produciendo un desfinanciamiento y vaciamiento sostenido del sistema de salud estatal. Como muestra de esta situación cabe mencionar la promulgación del Decreto 801/18 mediante el cual el gobierno anterior, formalizaba el pase de once Ministerios a Secretarías, entre las cuales se encontraba la cartera de Salud. La baja de rango propuesta, en ese momento, implicó un ajuste de la inversión en salud que se tradujo -entre otras cuestiones- en la reducción del personal sanitario. El presupuesto total del Ministerio de Salud en 2018 fue de 46.123 millones de pesos, que se dividieron entre todas las áreas que dependían de esa cartera en aquel momento. Un año más tarde, recibió 37.794 mil millones de pesos, que fueron distribuidos entre los principales programas de la, ya por entonces, declarada Secretaría. Casi 10 mil millones menos. Esta quita de presupuesto se destinó según los propios encargados de dicha decisión, al pago de la deuda pública.

En sintonía con la nación en la provincia de Buenos Aires, el presupuesto provincial en salud pasó de un 6,3% en 2015 al 5,5% del total en 2019 con una inversión en obras que no superó el 3% del presupuesto durante ese año. La gobernadora María Eugenia Vidal recibió varias denuncias sobre sub ejecución de las partidas, como en el rubro bienes de consumo (insumos y provisiones para hospitales) en 2016: se presupuestaron para todo el

año 3.438 millones de pesos y, según la contaduría de la provincia, en el primer semestre solo se gastaron 839 millones.

> "La sub ejecución también fue evidente en programas como VIH-SIDA y Hepatitis Virales, que en el primer semestre de 2016 tuvo utilización nula de los 20 millones asignados. En 2018, mientras el Congreso debatía la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y la gobernadora se oponía reclamando educación sexual y anticonceptivos como alternativa al aborto, el Observatorio de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Defensoría del Pueblo de la provincia denunció el vaciamiento de los programas de salud sexual y reproductiva, que se traducen en menos preservativos y anticonceptivos y una merma en los recursos humanos para capacitar estas áreas. ¿El resultado? Durante los dos primeros años de la administración Vidal, la cantidad de madres adolescentes aumentó más del 50% en la provincia. En toda la provincia de Buenos Aires hay 80 hospitales provinciales, entre ellos los de Esteban Echeverría y La Matanza, protagonistas del reciente cruce político. En ambos casos, las obras se habían paralizado con la llegada de Macri y Vidal al poder, cuando rondaban entre el 70% o el 80% de avance en la construcción.
>
> Las cerca de 20 unidades de pronta atención, que son como mini hospitales en sectores vulnerables, fueron desfinanciadas de manera silenciosa por parte de Vidal, y de tener cada una entre 60 a 80 trabajadores pasaron a contar con la mitad del plantel profesional" en 2020 salió a la luz el hallazgo de 24 ambulancias que, según informaron fuentes del Ministerio de Salud bonaerense, habían sido compradas y luego abandonadas en depósitos" (https://canalabierto.com.ar/2020/05/14/como-fue-la-gestion-de-maria-eugenia-vidal-en-el-area-salud/)

Hasta aquí, un estado de situación que nos encuentra en un escenario complejo con un nivel de desigualdad, pobreza y con todos los soportes territoriales desarticulados, a esta foto tenemos que sumarle los impactos y efectos de la pandemia que profundizaron una situación muy difícil y que desarrollaremos más adelante.

1.1.3 La salud de las y los adolescentes

La Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de 2010 muestra que los y las adolescentes consultan a profesionales de la salud, se realizan estudios o análisis y toman medicamentos en menor medida que la población general.

Si miramos los datos en cuanto a la morbilidad de adolescentes de 10 a 19 años, podemos ver que el 36,2% pertenecen al grupo de diagnóstico N°5 y el 25,1% al grupo de diagnóstico N°7.

Estos datos provenientes de los registros de egresos hospitalarios del sector público, por grupos de diagnósticos reportados por la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, habiéndose seleccionado los mismos en función de la cantidad de casos registrados.

Jurisdicción de residencia	Grupos de diagnósticos							
	Total	1	2	3	4	5	6	7
Total	**100,0**	**3,0**	**4,8**	**9,3**	**4,7**	**37,8**	**16,4**	**24,0**
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	100,0	3,6	5,6	9,0	2,8	35,4	11,5	32,2
Buenos Aires	100,0	2,5	5,9	8,2	4,1	36,2	18,0	25,1
Catamarca	100,0	4,8	3,8	10,8	5,8	30,6	18,2	26,1
Córdoba	100,0	4,5	3,5	11,3	5,4	36,5	15,1	23,8
Corrientes	100,0	3,3	4,0	8,0	5,0	33,6	19,2	27,0
Chaco	100,0	3,9	4,0	7,2	6,1	46,3	16,9	15,6
Chubut	100,0	2,7	4,4	12,1	3,5	40,3	15,8	21,2
Entre Ríos	100,0	2,8	3,8	9,4	4,8	38,3	16,3	24,5
Formosa	100,0	4,3	4,2	8,6	8,3	46,0	13,7	15,0
Jujuy	100,0	3,6	3,4	11,9	4,3	38,1	14,3	24,3
La Pampa	100,0	2,2	2,7	9,7	5,5	38,1	16,2	25,7
La Rioja	100,0	6,9	4,9	8,0	8,7	24,4	16,5	30,5
Mendoza	100,0	2,4	3,8	11,1	3,5	38,0	14,5	26,7
Misiones	100,0	2,9	4,2	6,8	5,0	38,9	16,8	25,4
Neuquén	100,0	2,4	4,4	12,7	2,7	36,5	13,6	27,8
Río Negro	100,0	3,3	4,0	14,6	4,8	39,6	12,0	21,7
Salta	100,0	3,9	4,1	11,3	6,0	38,3	15,8	20,7
San Juan	100,0	2,6	4,4	7,5	3,4	47,6	13,9	20,6
San Luis	100,0	2,6	5,2	12,1	5,1	44,7	14,8	15,5
Santa Cruz	100,0	2,1	2,7	14,3	3,8	38,3	10,4	28,4
Santa Fe	100,0	2,9	5,4	9,2	4,5	31,6	17,6	28,8
Santiago del Estero	100,0	3,9	5,3	9,3	7,1	31,2	14,5	28,7
Tucumán	100,0	1,7	4,4	11,1	3,2	50,3	13,7	15,5
Tierra del Fuego	100,0	1,4	3,8	12,9	5,8	40,1	13,1	22,8

Fuente: Unicef (2017) El acceso a la Salud de las y los adolescentes en Argentina

Grupos de diagnósticos presentes en el cuadro:

1. Enfermedades infecciosas y parasitarias.
2. Enfermedades del sistema respiratorio.
3. Enfermedades del sistema digestivo.
4. Enfermedades del sistema genitourinario.
5. Embarazo, parto y puerperio.
6. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas

Externas.

7. Todos los demás diagnósticos.

Puede visualizarse que en su gran mayoría los egresos hospitalarios se vinculan con embarazos, parto y puerperio y en segundo lugar son todos los demás diagnósticos que se engloban en esa categoría. Es importante tener en cuenta que también al momento de construir un instrumento de medición el mismo se construye a partir de una mirada que puede o no ser situada y por ende ello incidir en lo que queremos conocer, no obstante, nos aporta datos interesantes.

En lo que tiene que ver con los índices de mortalidad adolescentes los datos presentados por Unicef refieren que el 35 % de las muertes adolescentes del país ocurren en la provincia de Buenos Aires.

Las causas externas –accidentes, suicidios y homicidios–constituyen el principal grupo de causas de mortalidad en la adolescencia.

El suicidio adolescente ubicado en segundo lugar luego de los accidentes de tránsito, está siendo una de las más importantes problemáticas a nivel mundial, habiéndose declarado como un problema de salud pública por la OMS en el año 2003, en nuestro país es una de las causas más importantes de muerte entre las y los jóvenes.

El suicidio cobra un mayor peso en la de mortalidad del grupo de 15 a 19 años. Por su parte, las muertes por homicidios o agresiones tienen más peso entre los adolescentes de mayor edad, especialmente entre los varones. A medida que aumenta la edad, cobra mayor relevancia, afectando en gran medida a las adolescencias tardías (15 a 19 años) y a las juventudes (20 a 24 años).

Seis de diez muertes en adolescentes (10-19 años) se deben a causas externas, son muertes evitables, relacionadas a situaciones de violencia que provocan lesiones -intencionales o no intencionales, autoinfligidas o infligidas por terceros- y que afectan especialmente a los varones de 15 a 19 años. Eso nos muestra la importancia construir propuestas que trabajen la prevención y la promoción de la salud, así como lo vital del acompañamiento a las y los adolescentes desde cada espacio de trabajo.

> "El Estado reconoce que la relevancia del suicidio en la adolescencia no afecta sólo a un sector socioeconómico ni queda reducido al espacio privado -individuos, familias o pequeños grupos- sino que es un fenómeno transversal que trasciende al conjunto de la sociedad y, por esta razón, se obliga a dar una respuesta a través de las distintas políticas públicas, priorizando un abordaje articulado, integral y comunitario" (Mrio. De Salud, 2021)

A partir del trabajo realizado con los instrumentos de medición con que cuenta el sistema de salud y frente a los datos enunciados sobre el estado de salud de las y los adolescentes, se puede advertir que la impronta del modelo médico está presente en muchas de las prácticas del equipo de salud, afectando de este modo la accesibilidad de las y los jóvenes al sistema.

Frente a los datos enunciados en relación al estado de salud de las y los adolescentes, a partir de los instrumentos de medición con que cuenta el sistema de salud, con improntas del modelo médico se puede advertir que existen obstáculos que limitan la accesibilidad al sistema.

El concepto de accesibilidad se define como

> "Una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse…Cuando un servicio diagrama su oferta sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando de esa forma un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios" (Comes y otros,2006:202)

En relación a las barreras de acceso reportadas por los y las adolescentes (como los tiempos de espera o la escasez de turnos) son un indicio de la existencia de una demanda no atendida vinculada más con la incapacidad del sistema que con las propias características de esta población. Otras dificultades en su acceso a los servicios de salud, aunque reportadas en menor medida por los y las adolescentes, permiten inferir sobre la necesidad de construir y fortalecer el vínculo entre el sistema de salud y los y las adolescentes (Unicef. 2017: 6)

Es entonces una temática importante que está siendo problematizada como uno de los obstáculos para el acceso a derechos en la población de adolescentes y más aún en los efectores destinados al acompañamiento, cuidados y asistencia de adolescentes y jóvenes.

2.- La Institución como escenario de la política-Breve historización del Programa

Retomando lo planteado y considerando que el tema de indagación del presente trabajo encuentra como ámbito de desarrollo la actual Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud pública del Ministerio de Salud, es que considero importante hacer una breve historización de la institución para tener en

cuenta ese recorrido como material de análisis del proceso llevado adelante, y encuadrar cómo se llegó en la actualidad a la creación del Programa Infancias y Juventudes, cuidados y asistencia en salud mental.

Así es que, la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones fue creada por el Decreto 2618/93 del Ejecutivo provincial el día 6 de julio de 1993 con rango ministerial, en el marco de las atribuciones conferidas al mismo por la Ley 11.175, sería la institución que tendría a cargo la administración de la política pública en materia de "adicciones". La Secretaría contaba con presupuesto propio dependiendo directamente del gobernador, que en ese momento era el Dr. Eduardo Duhalde.

Teniendo en cuenta esto, y revisando el momento histórico, social y político de su inicio, la representación social existente en ese momento sobre el "consumidor de drogas", las prácticas sociales y sus respuestas institucionales, advertiremos que la definición de su creación responde a la necesidad de diseñar una política pública dirigida a esta problemática (complejizada por la aparición del SIDA/HIV) no sólo para la atención sino también desde la función de control social. El siguiente cuadro ilustra lo planteado a modo de ejemplo:

Condicionamiento histórico-social-político	Representación social predominante sobre el usuario de drogas	Prácticas sociales y sus respuestas institucionales
Década '90		
-El neoliberalismo es ley en política económica y genera índices nunca vistos en el país de: Flexibilización y explotación laboral, indigencia, desocupación, aumento de la pobreza, deterioro en las condiciones de vida. -Pérdida de beneficios sociales: salud, educación, cultura. -Ruptura de lazos comunitarios, barriales, familiares. Privatización de los problemas. -Desigualdad de oportunidad para los jóvenes. -Ensachamiento de la brecha entre los que más tienen y los que menos tienen ("el country junto a la villa"). -El estado cambia su rol: Se retira dejando el terreno librado al tercer sector para que resuelva los problemas sociales, pero permanece presente en su faz punitiva. -Promoción del individualismo y del "sálvese quien pueda".	-El usuario de drogas es visto como alguien peligroso para la salud pública. Se cree que es culpable de lo que le sucede, más específicamente los usuarios de drogas inyectables de transmisores de HIV/SIDA. -Consumidor de droga es sinónimo de delincuente. -La "edad de inicio de consumo" es un dato relevante a causa del mayor acceso de los niños y niñas a las sustancias.	-Se desarrollan políticas punitivas para el control de las drogas y el SIDA. Los controles se abordan desde una perspectiva de "defensa social" y varían entre los duros (carcelarios) y los blandos (instituciones terapéuticas). -Se crea la Secretaría de Programación para Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control del Narcotráfico (COFEDRO) que nuclea a 21 provincias y CABA. -Se comienzan a realizar acciones alternativas a la estatal: ONGs con financiamiento internacional tratan el tema HIV y su relación con usuarios de drogas inyectables.

Fuente:
Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Desarrollo Social. Pcia de Buenos Aires. Manual de Capacitación Construyendo Lazos. "Hacia un abordaje integral en el uso problemático de sustancias" (2010)

.

Desde su creación la Secretaría, desarrolló el entonces denominado "Programa 10.000 Líderes para el Cambio- Formación de Formadores-", que se caracterizó por el impulso de tres ejes básicos de gestión: capacitación, prevención comunitaria-educativa, y el desarrollo de una red asistencial de gran despliegue territorial en todo el ámbito de la provincia de Buenos Aires. Esta estructura se convirtió en la primera en su tipo en Latinoamérica, de carácter público y gratuito, con una capacidad instalada de más de 170 servicios (Centros Provinciales de Atención y centros de internación) distribuidos en las regiones sanitarias de la provincia, y diversos Programas que integraban la Dirección Provincial de Prevención.

La perspectiva neoliberal se instalaba a partir de inscribir una ideología de la normalidad, entendida como una condición asociada a lo que hoy nombraríamos como la "meritocracia", es decir que una vida normal será la asociada al trabajo para vivir bien, y el acceso a la misma, estaría garantizada por los deseos y méritos de las personas y no por los condicionantes sociales, económicos, políticos que determinan las condiciones materiales de existencia.

Otra variable en línea con lo planteado fue la réplica de modelos de abordaje en materia de atención a las adicciones, provenientes de Europa, con intención de extrapolarlos y replicarlos con asesoramiento de los países involucrados, firmando convenios con la Unión Europea y de esta manera los organismos internacionales se incorporan como actores en todo el proceso.

La Secretaría ubicada en un paradigma donde la sustancia era central y el paciente en una ambivalencia de enfermo-delincuente (La ley N°23.737 de Tráfico y Tenencia de Estupefacientes, sancionada en el año 1989 es clara en este sentido). Luego de nueve años la Secretaría perdió su rango y pasó a ser Subsecretaría transitando por diferentes dependencias: Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social, para volver al Ministerio de Salud provincial donde se encuentra en la actualidad.

Durante la primera década institucional la intervención profesional estaba regida por pautas moralizantes, culpabilizadoras, normalizadoras, se ubicaba al/la "paciente" como enfermo/y a la "rehabilitación" como un proceso regido por pautas que debían cumplirse para ser promocionado a fases más avanzadas en el tratamiento hasta lograr el alta.

A medida que fueron pasando los años la mirada y los abordajes de la problemática fueron cambiando y hoy con los marcos normativos que dan encuadre a la práctica, podemos

decir que las/lo trabajadoras/es estamos transitando el cambio de paradigma no sin contradicciones ni resistencias, pero empezando a pensarnos como parte de estos cambios.

En relación a los procesos institucionales que se fueron dando hacia el interior de la Subsecretaría, existieron momentos que marcaron la historia. Ellos fueron el año 2001 (pasaje de Secretaría a Subsecretaría) con mucha incertidumbre como todo a nuestro alrededor. Allí se enmarca un punto de inflexión que marca el comienzo de un proceso como colectivo de trabajadoras/es. Ese proceso determinó la decisión de inscribir en la selección de una organización sindical el camino a los derechos.

Como arte del proceso en el año 2009 y en el contexto de nuevos conflictos institucionales que derivaron en una serie de medidas sindicales de lucha: asambleas, movilizaciones y el estado de alerta, las/os trabajadoras/es planteamos la necesidad de superar la posición meramente reivindicativa que nos llevaba a discutir solamente salario y condiciones de trabajo, para pasar a una instancia más propositiva. El desafío era pensar qué aporte desde nuestros conocimientos y experiencias podíamos hacer a la política pública, dejando de padecer las decisiones de política institucional para empezar a pensarnos como partícipes de la misma. Allí surgió algo bien interesante como propuesta: sistematizar las experiencias desarrolladas por las/los trabajadoras/es, capitalizarlas como conocimiento, intercambiar entre nosotros para aportar a la política pública. Convocarse y multiplicar aquellas experiencias que ya transitábamos parte de las/os trabajadoras/res, en espacios colectivos de diversos barrios: mesas barriales, técnicas, inter barriales.

En el año 2010 cuando se sancionó la de Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sumándose a un cuerpo legislativo de promoción y protección de los derechos humanos, nos desafió a pensar el lugar clave que tiene la comunidad para abordar la salud mental y el consumo problemático de sustancias. Esta norma junto a la ley Provincial de Adhesión N°14.580, vino a reglamentar el cambio de paradigma y a ubicar al Estado ya no desde la lógica tutelar sino como garante de derechos, implementando para esto políticas reparatorias y restitutivas.

El cambio de paradigma impactó hacia adentro y hacia afuera de la Subsecretaría, interpelando los conceptos y las prácticas aprendidas poniendo en crisis la centralidad del "modelo". El eje ya no está en la sustancia sino en el sujeto, ya no la institución en el centro, sino la comunidad con la institución.

Este momento ubica un antes y un después en las prácticas comunitarias de quienes veníamos llevando adelante una propuesta desde el margen o apelando a otras leyes como la Ley N°13.298 de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes para fundamentar nuestra tarea. La ley de salud mental N°26657 pasaba a legitimar dichas prácticas desde nuestra identidad institucional, lo que en un tiempo anterior aparecía como un acto de resistencia y disputa en el campo de las prácticas desde los márgenes institucionales, pasó a constituirse en un modelo a adoptar y a replicar.

A medida que fueron pasando los años la mirada y los abordajes de la problemática fueron cambiando y hoy con los marcos normativos que dan encuadre a la práctica, podemos decir que las y los trabajadoras/es estamos transitando el cambio de paradigma no sin contradicciones ni resistencias, pero empezando a pensarnos como parte de estos cambios.

Es importante destacar que la ley nacional de salud mental (26.657) en su artículo cuarto incorpora a las adicciones dentro de las políticas de Salud Mental, lo que tiene como efecto en la provincia la creación de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones en el contexto institucional del Ministerio de Salud (año 2013) readecuando la institución a la normativa. A partir de esa nueva perspectiva y con la incorporación de la salud mental, se reconfiguran las problemáticas que se asisten en los efectores de la subsecretaría. Al referirnos a los efectores estamos hablando de los Centros Provinciales de Atención (en adelante CPA), los cuales son espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación que se hallan distribuidos en los diversos municipios de la provincia. Cuentan con equipos interdisciplinarios capacitados en la atención de personas afectadas por estas problemáticas y trabajan articuladamente con diversos actores en el ámbito comunitario.

Es así que la actual Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ha transitado desde sus orígenes diferentes paradigmas frente a las problemáticas con las que trabaja y se han producido transformaciones importantes, sin que esto implique que estén hoy instaladas en todos sus efectores dichas transformaciones, sino en constante disputa de avances y retrocesos.

De este modo, el modelo Abstencionista en Consumo Problemático de Sustancias implica un sustrato mucho más complejo que un cambio legislativo. Posee “arraigos” institucionales y sociales que requieren tiempos y procesos para cuestionarse. En todos

estos procesos de transformación de paradigmas lo que se visualiza es un horizonte completamente diferente, ambas leyes plantean el pasaje de la tutela del Estado al reconocimiento del "sujeto de derechos". Los derechos humanos son el pilar desde dónde se piensan estas leyes y muchas otras que forman un corpus legal reparador de derechos. En función de los datos planteados y el estado de situación de las infancias y juventudes desde la perspectiva de salud mental, me pregunto ¿Por qué en la actualidad muchas de las/os niños, niñas, adolescentes y jóvenes encuentran dificultades para acceder a la consulta en los efectores de salud y quienes acceden se les complejiza el sostenimiento de las ofertas y los tratamientos que las instituciones ofrecen? ¿Cómo se piensan los abordajes de las infancias y juventudes? ¿Desde qué mirada se diseñan? ¿Y en particular cómo se piensan los espacios de atención en crisis o internaciones con esta población? ¿Una internación en un/a niño/a o joven debe pensarse de la misma manera que en una persona adulta? ¿Cuál es la causa de la discontinuidad frecuente de los tratamientos que se ofrecen? ¿Qué características tienen esos tratamientos? ¿Cuál es el lugar de lo farmacológico dentro de los tratamientos, existe un debate sobre la medicalización de las infancias y la sustitución de las prácticas manicomiales y tutelares? ¿Se incorpora la noción de complejidad en las estrategias? ¿Qué actores forman parte de las estrategias? ¿Hay espacios de formación y revisión de las prácticas de quienes trabajan con estas poblaciones? ¿Se piensa la salud integral incorporando para ello a otras agencias del Estado? ¿Cómo se trabaja la construcción de la demanda cuando no la hay? ¿Existe una perspectiva de trabajo comunitario? ¿Cómo conmover las lógicas institucionales instaladas y las prácticas arraigadas en las y los profesionales? ¿Hay lugar para las voces de las infancias y juventudes? ¿Sus aportes son incorporados a la política pública destinada a ellas y ellos?

Pensar específicamente las infancias y Juventudes y su aproximación desde el ámbito de la Salud Mental es un desafío, entendiendo que el rol del Estado como garante de derechos debe viabilizar su accesibilidad a toda la población, contemplando la diversidad de situaciones que acompañan a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes que habitan nuestra provincia.

CAPÍTULO 2 – ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En el presente capítulo desarrollaré lo que me planteo conocer, ubicando una guía de indagación que despliega los objetivos a alcanzar y los pasos a seguir para lograrlo. Haré mención de las referencias utilizadas para acceder a los datos y la planificación elaborada con las correspondientes etapas organizativas que me propongo. Describiré los pasos metodológicos para implementar uno de los instrumentos seleccionados: Taller de Sistematización.

1.- Una propuesta a construir

A partir de la asunción de una nueva gestión a cargo de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y violencias en el ámbito de la Salud Pública en diciembre de 2019, se toma la definición de incorporar como eje de política pública a las Infancias y Juventudes, generando un área que trabaje específicamente la salud mental de estas poblaciones.

En enero del 2020 comienza el trabajo, pero en un breve plazo (marzo del 2020) inicia la pandemia de Coronavirus (COVID-19), y con ella el impacto en la situación sanitaria con la implementación de las medidas ASPO (aislamiento social preventivo y obligatorio) y DISPO (distanciamiento social preventivo y obligatorio) definidas por el gobierno nacional y provincial, lo cual trajo cambios en las estrategias de políticas públicas y por consiguiente en los dispositivos de atención y asistencia del sistema de salud provincial.

Desde el Área de Infancias y Juventudes en ese momento y considerando ese contexto se definió la incorporación de un dispositivo de Acompañamiento Remoto, que consistió en la atención no presencial a través de la modalidad a distancia, vía telefónica y/o virtual (chat on-line o videollamadas) a niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Como trabajo inicial y fundante del proyecto de trabajo es que lo seleccioné para indagar, conocer y analizar su potencial como posibilidad de encuentro con niñas, niños, adolescentes y jóvenes, considerando que estos últimos han sido y siguen siendo en la actualidad “portadores” de un imaginario de problemáticas complejas, que implican una deuda, pero también un gran reto: generar políticas públicas integrales que alojen sus particularidades desde una perspectiva comunitaria y de restitución de derechos.

1.2 Los objetivos como brújula de un proceso

A partir del tema planteado, el objetivo general del presente trabajo se propuso describir el proceso de creación del Programa de Infancias y Juventudes, cuidados y asistencia en salud mental de la Subsecretaría de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, durante el período marzo - diciembre 2020, focalizando el análisis en el Acompañamiento Remoto, en contexto de la Pandemia de Covid 19.

Con ese rumbo uno de los objetivos específicos buscó caracterizar los ejes de trabajo desarrollados durante el proceso fundacional del Programa a fin de determinar el marco político donde se desarrolló el dispositivo de Acompañamiento Remoto.

Para acceder a lo planteado comencé con una historización el dispositivo de Acompañamiento Remoto, analizando el lugar que tuvo en el contexto de la pandemia de Covid 19, describiendo la perspectiva de los participantes, poniendo de relieve la de niñas, niños, adolescentes y jóvenes que han transitado por el dispositivo.

Teniendo en cuenta los objetivos delineados en el presente trabajo el enfoque metodológico utilizado es cualitativo. Entendiendo que la investigación cualitativa

> "Estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales—entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas" (Rodríguez Gómez 1996: 32)

La idea fue entonces buscar cercanía y recuperar desde "adentro" las representaciones, perspectivas y miradas de los actores.

Las técnicas seleccionadas partieron con una guía de ejes temáticos que organizaron e hicieron foco en el objetivo de lo que se buscó conocer y describir. Para ello en primer lugar se definieron actores involucrados y también los momentos elegidos para el análisis. En segundo lugar, se realizó una lectura sistemática y dirigida de los informes de avance del dispositivo, de los informes de intervención y de los registros de entrevistas existentes. Finalmente, se desarrolló un taller de sistematización con la participación del Equipo.

El recorte temporal del trabajo se planteó en el período marzo- diciembre del año 2020.

Sobre la construcción de datos en el marco de una investigación cualitativa, es característico que los mismos respondan a expresiones verbales y no a referencias numéricas por lo cual lo que se busca es comprender

> "los procesos y las situaciones por parte de los propios participantes en los contextos estudiados...Cuando hablamos de análisis de datos cualitativos, en cualquier caso, nos referimos a tratamientos de los datos que se llevan a cabo generalmente preservando su naturaleza textual, poniendo en práctica tareas de categorización y sin recurrir a las técnicas estadísticas" (Rodríguez Gómez, 1996: 24)

La Sistematización fue la metodología seleccionada para la construcción de datos en función del problema de conocimiento, considerando que intenta construir una interpretación crítica de la experiencia del AR, a partir de ordenarla y reconstruirla mediante su historización. Desde allí buscará descubrir la lógica del proceso que se vivió, identificando cuáles fueron los factores que incidieron, relacionándose entre ellos y explicitando porque lo hicieron de esa manera y no de otra. Es un método productor de conocimiento desde la recuperación de las experiencias que intenta trascenderlas, con la característica de valorizar los saberes de las personas que las han transitado. Mirando las particularidades, así como el conjunto; lo singular pero también lo colectivo. Nos permite apropiarnos de los sentidos de las experiencias intentando comprenderlas teóricamente y situarlas en una perspectiva transformadora hacia lo que viene de ahora en adelante.

> "El paradigma positivista y patriarcal con el que nos hemos formado, pretende que no valoremos las dimensiones subjetivas, lo cual lleva a que se pretenda tener una neutralidad ante lo que sucede o ante lo que vivimos, lo cual es imposible. Lo que si debemos buscar es objetivar lo vivido y objetivizar nuestra práctica, explicitando y mirando críticamente lo que hacemos, pero no pretendiendo ser neutrales ante ello. De ahí la riqueza de la sistematización hecha por nosotros mismos sobre nuestra propia práctica, porque tenemos todos los elementos con la que nos hemos comprometido en dicha práctica, y lo que necesitamos es un proceso riguroso y claro que nos permita, sin desvalorizar lo subjetivo, objetivizar lo vivido para críticamente poderlo transformar y mejorar en el futuro". (Jara, 2002:4)

Uno de los instrumentos elegidos para recabar los datos fue el taller con el equipo de trabajo. Entendiendo el taller como un espacio que posibilita repensar y aprender haciendo con otras/os, desarrollando procesos colectivos siendo sus participantes sujetos activos en el proceso de acción, reflexión, acción incorporando el aspecto vivencial como un aspecto más a tener en cuenta.

Desde esa perspectiva es que seleccioné ese instrumento como uno de los adecuados en función del proceso que como equipo de trabajo fuimos recorriendo desde inicios del 2020. Como posibilitador del intercambio, para compartir y recuperar de la experiencia transitada.

Este proceso de indagación junto a otros recursos permitió la recuperación del proceso realizado mediante el Acompañamiento Remoto (AR de ahora en adelante).

1.3 Referente empírico y referente analítico

La referencia empírica del proyecto se conforma con el equipo de coordinación central del Área de Infancias y Juventudes de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública, integrado por un equipo interdisciplinario de profesionales (psicólogas, trabajadoras sociales, socióloga). Niñas/os/adolescentes y referentes vinculares que hayan transitado por el dispositivo AR.
La referencia analítica se compone de documentos elaborados institucionalmente, informes, correos electrónicos, actas de las reuniones de equipos, videos, fotografías, artículos periodísticos, artículos de referencia en la temática, registros estadísticos, informes de reuniones zoom de articulación institucional, registros de formaciones dadas, intercambios de grupo de trabajo de mensajes, textos de desgrabación de entrevistas.
La planificación del Taller de sistematización se construyó en base a los objetivos propuestos, adecuando los instrumentos necesarios para arribar a lo planteado. Para optimizar los tiempos que llevaría acceder a los datos, propuse completar antes del intercambio un instrumento de respuesta corta que cada integrante del equipo pudiera responder para que una vez completado y en un segundo momento intercambiar de manera grupal lo producido por todas.

Los Ejes del formulario respondían al interés de investigar en cuanto a las diferentes implicancias que tenía el dispositivo de Acompañamiento Remoto.

El instrumento se estructuró en relación a los ejes de indagación, un eje que abarcaba lo Institucional, otro que recuperaba el proceso Personal o Vivencial y la recuperación de las voces de las infancias y juventudes con quienes habíamos trabajado en el período

planteado considerando que los ejes se cruzaron a su vez con tres momentos del mencionado proceso, el inicio, el desarrollo y el cierre.[10]

Las participantes fueron las ocho integrantes del equipo central del Programa Infancias y Juventudes (cinco psicólogas y tres trabajadoras sociales una de éstas últimas, también socióloga). La coordinadora del taller fue externa al igual que la persona que realizó el registro escrito de la actividad.

[10] Ver en Anexos Planificación del Taller de Sistematización

CAPÍTULO 3

RECONSTRUYENDO UNA EXPERIENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO

La organización de este capítulo se realiza en base a una introducción que pretende ubicar un encuadre histórico en relación a las prácticas de las/os trabajadoras/es de la institución, para luego adentrarse en los ejes elaborados a partir del análisis de los datos que se valoran como centrales. A partir de la descripción del AR, alguna caracterización de los datos a modo de tener una idea de la propuesta y lo trabajado en este período del año 2020, es que desarrollo a continuación la descripción y análisis de los datos obtenidos por la referencia analítica planteada.

1) Antecedentes

Es importante reiterar lo necesario de historizar los procesos institucionales, ya que muchos de esos momentos mantienen alguna línea de continuidad a lo largo del tiempo.
En lo referente a la historia institucional, puedo referir que las prácticas de algunas/os trabajadoras/es se construyeron prácticas con lógicas diferentes a las impartidas por la institución en ese momento. Teniendo en cuenta que la edad que determinaba las/os destinatarias/os de la política institucional era dieciocho (18) años, a pesar de ello existieron trabajadoras/es de la Subsecretaría que tomaron la decisión de trabajar con infancias y juventudes a lo largo del tiempo. Lo hicieron desde una perspectiva comunitaria que hoy podemos recuperar, visualizar e inscribir en las líneas de la política pública, a diferencia de otros modos de atención que, por el contrario, ofrecían abordajes desde lo sintomático a partir de dispositivos terapéuticos basados en la patología y como respuestas aisladas frente a las diversas complejidades. Por ello es importante recuperar las experiencias que se han llevado adelante y que brindaron herramientas para pensar líneas de intervención en la temática. La mayoría de esas experiencias partieron iniciativas de equipos o de trabajadoras/es y estuvieron enmarcadas en lo que se llamaba "trabajo comunitario", es decir equipos descentralizados que hacían intervención en barrios populares a los cuales no se llegaba con la oferta existente. La idea era ubicar las necesidades de las comunidades en el centro y no a las instituciones, sino que ellas puedan acompañar las problemáticas.

En trabajos de sistematización que realicé previamente en el marco de mi rol como Coordinadora del equipo del CPA, logré ordenar algunos los siguientes ejes de reflexión[11]:

- *La decisión de iniciar un taller, se configuró como resultado de un proceso que como CPA se realizó en conjunto con varios referentes barriales, entendiendo la importancia que tiene la construcción colectiva y el protagonismo de los actores sociales. La solicitud de las instituciones era dar respuesta a una situación de consumo problemático con jóvenes del barrio. El valor de esta experiencia radica en el camino recorrido para llegar a la propuesta de la actividad, más que el taller en sí. Lo que se construya tendrá que ver con las particularidades de los lugares, barrios, los grupos de jóvenes y sus historias. La actividad es la excusa para encontrarse, es la actividad que intermedia la palabra, es el habilitante de la creación de vínculos que permitan conocer las problemáticas y demandas de los jóvenes que participan. Entre quien lleva adelante la actividad en sí, (deportiva en esta experiencia) y la persona trabajadora de salud que desempeña su tarea en los "bordes". Se define el equipo que actuará como referencia directa para las y los jóvenes, por el vínculo de confianza que se establece en el espacio y como puente con la institución marco, el CPA en este caso. A partir de las demandas que surjan se activarán las redes institucionales de acuerdo a las problemáticas identificadas y los objetivos propuestos, a fin de planificar con otros actores las propuestas que mejor se adecuen a la situación enunciada. Es importante tener en cuenta que el trabajo es acompañar a las y los jóvenes y sus redes afectivas, a modo de puente para que se encuentren las necesidades con los recursos para resolverlas. No existe una asociación automática, entre recurso y necesidad, ese "acompañar" deberá implicar un vínculo con esa persona, habilitando un proceso que le permita construir otros modos de relacionarse inclusive nuevos circuitos institucionales.*

Entiendo que recuperar esta historia permite establecer un puente con el proceso de creación del AR, teniendo en cuenta los puntos de partida de algunas/os quienes transitamos ambas experiencias en diferentes momentos históricos.

[11] Inserto texto en cursiva de mi autoría elaborado siendo coordinadora de un CPA, pero no está publicado

2 Emergencia sanitaria y formalización del Acompañamiento Remoto

El AR surgió en el marco de la emergencia sanitaria por Covid19. Se definió como una respuesta sanitaria frente al impacto que podría ocasionar la implementación de las medidas preventivas de aislamiento en términos de padecimientos subjetivos. Es un dispositivo cuyos alcances y objetivos estuvieron referidos a acompañar a niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva clínica, comunitaria y de articulación institucional. Se enmarcó en las concepciones que tiene el Programa respecto de la salud mental de NNAyJ, quienes poseen el derecho inalienable a ser escuchados y a que su opinión sea tenida en cuenta. Es decir, ubica a las infancias y a las juventudes en una perspectiva de participación, de promoción integral y construcción de ciudadanía.

Durante el AR pudimos identificar problemáticas complejas que requieren otras miradas y otras personas para acompañar y/o asistir integralmente. Mientras duraba el proceso se comenzaba paralelamente las articulaciones con las otras personas involucradas o con quienes era necesario comenzar a vincularse: docentes, equipo de orientación educativa, servicio local, juzgados, equipos de salud, referentes comunitarios. Muchas otras veces se trataba de articular con la región sanitaria o con otros efectores, para brindar un espacio de atención presencial.

En relación al concepto de acompañamiento, si bien puede tener cierta indefinición, es fundamental hacer el ejercicio de conceptualizarlo como modo de aproximación, para convertirlo en una herramienta de intervención. Acompañar podría nombrarse como *"caminar a la par"* o *"estar con"* alguien, en el AR esa/e acompañada/o es protagonista del espacio, y encuentra, del otro lado del teléfono, alguien con quien pueda contar.

> "Según la Real Academia Española acompañar es: Participar en los sentimientos de alguien. Ni inducir, ni justificar, ni condenar. Acompañar. Otra definición de acompañar también de la Real Academia es: Estar o ir en compañía de otra persona. Ni manejar, ni guiar, ni conducir. Acompañar. Ni medicalizar, ni judicializar, ni psicologizar. Ningún saber parcial puede dar cuenta del conjunto de la problemática. Las prioridades se determinan y se operacionalizan de acuerdo a la singularidad de cada circunstancia y no de acuerdo a protocolos preestablecidos, que más que acompañar el sufrimiento es la construcción de un dispositivo para la singularidad .Por consiguiente el desafío singularidad que es preferible considerarla como una tensión, es justamente el motor de una práctica diferente que no se sostiene en la comodidad de ninguna teoría en particular sino en la intersección de saberes que se van expresando y operando de acuerdo a la singularidad"(Efrón, 2007:6)

Mediante la llamada o video llamada, según la preferencia de quien está siendo acompañando ya sea a través de juegos, dibujos, charlas se crea un vínculo/ lazo que posibilita a niñas/os y/o jóvenes sentirse escuchados, considerados y alojados por ese otro que acompaña y que se implica en su sufrimiento. Muestra de ello son las expresiones que NNAyJ expresaron durante el proceso, las cuales caracterizaron los vínculos construidos. En el caso de las/los niñas/os más pequeñas/os los momentos de juegos y diversión, creaban un espacio – tiempo lúdico que suspendía la cotidianeidad, recuperando la potencia de salud que el juego tiene y tuvo en particular en el marco de pandemia:

> "El límite es el borde por donde transita el jugador entre lo posible y lo imposible. El límite contiene, sostiene, ampara, protege o acompaña al jugador según las circunstancias. Pero al mismo tiempo, también separa, desconecta, obstaculiza, distancia e impide que lo de afuera entre. Este será lo que constituirá al juego como tal, es lo que nos permitirá reconocer que es "de jugando" Villa, M.; Nella, J.; Taladriz, C.; Aldao, J. (2020)

Pensar en el acompañamiento remoto en salud mental con perspectiva comunitaria implica escuchar activamente, pensando al otro en su contexto y abiertos a lo que pueda suceder tomando, una posición ética ante la fragilidad y sufrimiento subjetivo. Se trata de reinventar vía la palabra escuchada, por la mediación remota, un espacio singular que haga de sostén y soporte. Priorizando la dimensión comunitaria y el posible armado de redes de este dispositivo.

El acompañamiento remoto es un dispositivo que se construye en un proceso de intercambio e interacción con lxs niñxs o jóvenes. No se trata de un espacio rígido y predeterminado, por el contrario, su impronta se vincula con lo que acontece en cada encuentro, con las demandas, deseos y problemáticas que dieron origen a la intervención o que surgen a partir de ese momento. Es fundamental crear un vínculo de confianza y cercanía como así también ofrecer disponibilidad para alojar ese sufrimiento o padecimiento.

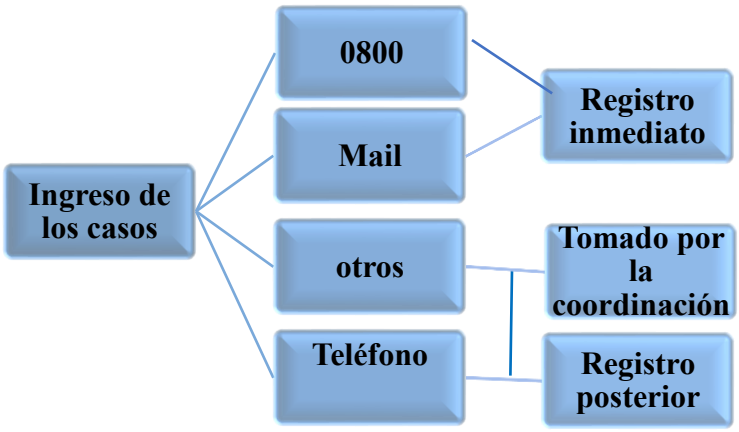
Al tratarse de un acompañamiento puede ser llevado a cabo por los diferentes integrantes del equipo de salud, psicólogas, trabajadoras sociales, sociólogas. Por ende, no se vincula con la especificidad de una disciplina sino con la capacidad de escuchar, de generar vínculos, de orientar y con la posibilidad de conformar las redes que esa/e niña/o/ o joven acompañada/o necesite.

Muchas veces el acompañamiento telefónico tiene sus límites, ya que el padecimiento de algunas/os niñas/os o jóvenes excede lo que se puede hacer por vía telefónica y por lo tanto necesita una red territorial de apoyo cercano que la/o acompañe con un abordaje presencial, integral, tratamiento psicológico o consulta psiquiátrica; en este caso se articula la asistencia con las regiones sanitarias de nuestra Subsecretaría.

Quien acompaña a un/a niño/a o joven también construye redes con sus referentes cercanos. La escuela, las/os maestras/os o profesoras/es, el barrio, muchas veces ayudan a entender la realidad de esa/e niña/o, su familia, su contexto y en ocasiones son ellas/os quienes acompañan de modo remoto a estas/os niñas/os.

Acompañar a las/os niñas/os también implica muchas veces acompañar a la familia, orientar a sus madres/padres o a quien pide el acompañamiento. Con ellas/os se habla la primera vez para despejar dudas, conocer lo que le sucede al/la niño/a y muchas veces se realiza acompañamiento a ambos más allá del espacio específico del/la niño/a, pero siempre en referencia al mismo.

Para comprender lo metodológico a continuación, se plantea cómo se construyó el circuito de ingreso de casos para el Acompañamiento Remoto y los pasos que se debían seguir:



El esquema anterior muestra los ingresos y lo que sigue describe a modo de ejemplo un flujograma que permita dimensionar lo que implica el trabajo de un acompañamiento remoto en todas sus facetas con el detalle de los tiempos a invertir para la tarea.

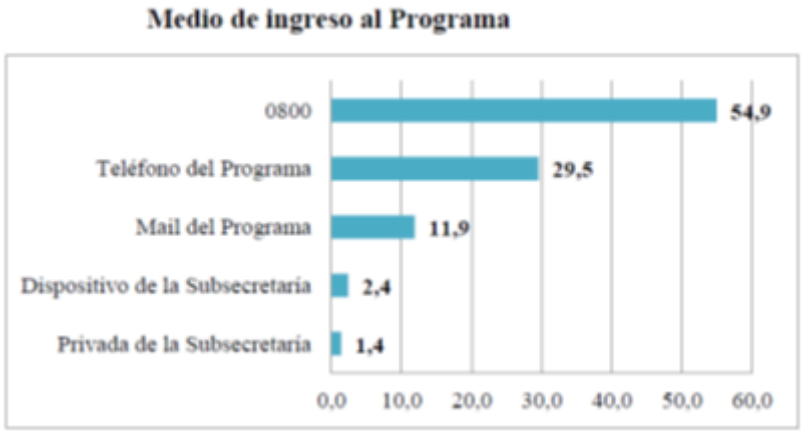
1. Llega el pedido por correo electrónico.
2. Se carga en la planilla Excel.

3. Se adjudica a una profesional.
4. Se hace la primera comunicación con el referente adulto de esa/e niña/o.
5. Se entrevista para que la persona adulta para que autorice a la comunicación con la/el niña/o.
6. Días de llamadas para el acuerdo (tres o cuatro llamadas)
7. Se reconstruye la historia del/la niño/a, lugar de residencia (para pensar la red, localizar la escuela).
    a. Pensar en el contexto y con quien de esa red nos podemos comunicar.
    b. Si se puede armamos mesa de trabajo. Servicio local, servicio zonal, hospital, escuela para acuerdo de estrategias (varias llamadas para acordar mesa con día y hora de participantes)
8. Simultáneamente se mantiene el trabajo con las instituciones intervinientes.
9. Los registros se realizan cargando en una planilla de ingreso el caso por única vez, y luego cada intervención se asienta en el formulario de "seguimiento de intervenciones" perteneciente al mismo instrumento.
10. Se prepara el primer encuentro con NNAoJ pautar el día y horario. (esto lleva varios ajustes)
11. La frecuencia de llamadas se relaciona a la complejidad de las situaciones pudiendo realizarse hasta tres veces por semana de ser necesario.
12. El cierre se realiza progresivamente. El criterio de cierre puede responder a varias cuestiones: puede suceder que el niñx o joven den por terminado el acompañamiento expresando que ya no necesitan de este espacio y se acuerda finalizar esa trayectoria realizada, si es necesario se hace partícipe al adultx responsable en la decisión. También el equipo puede valorar que el acompañamiento cumplió con su objetivo y la situación se compensó por ende se acuerda el cierre con el/la niño/a y/o joven. En algunas ocasiones se evalúa si es necesario realizar una articulación con la región sanitaria correspondiente a su zona para ofrecer un espacio presencial o remoto desde su lugar, en el momento o más adelante.

Si tenemos en cuenta que estos pasos ejemplo se llevaron adelante por cada caso, tendremos una idea de la dimensión del trabajo.

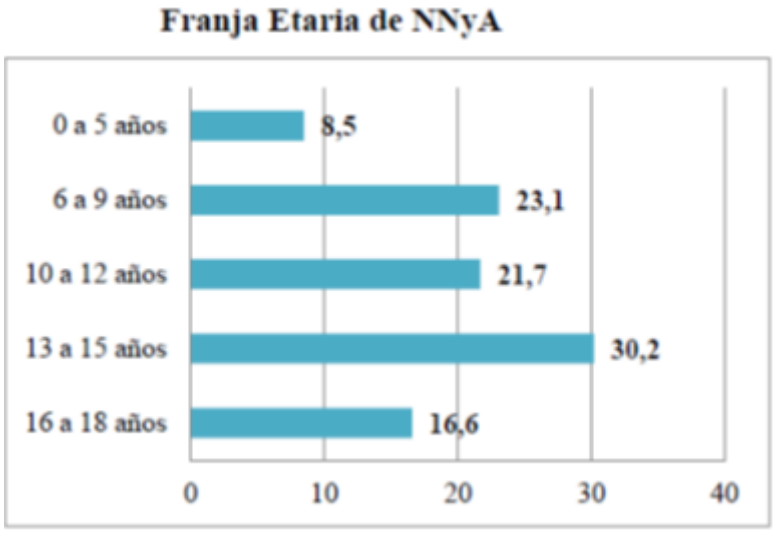
2.1 Datos relevantes de la experiencia 2020

Este riguroso registro realizado por el equipo permitió que al finalizar el año 2020 se pudiera elaborar un Informe cuanti-cualitativo. A continuación, recuperaremos alguno de los datos centrales. En el primer gráfico se ubican los medios por los cuales ingresaron los casos



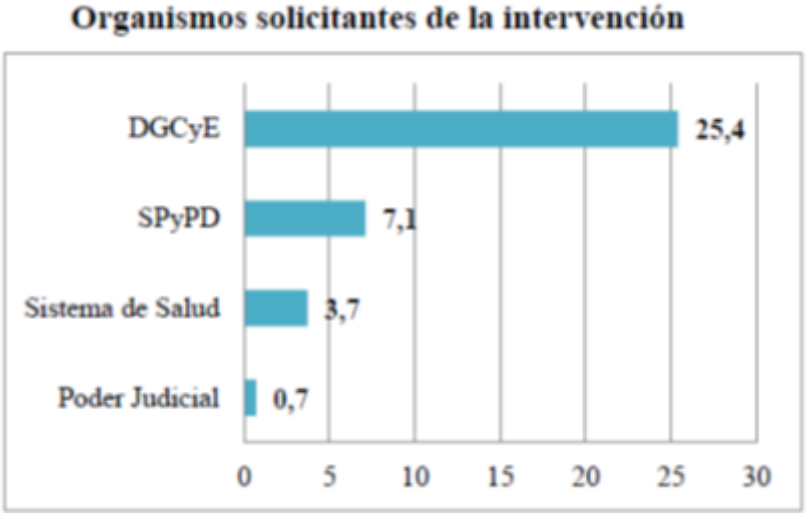
Fuente: Informe anual de Intervenciones 2020 – documento institucional

El segundo gráfico muestra la distribución porcentual por Franja Etaria de NNyA. Observamos que el porcentaje mayor corresponde a adolescentes de 13 a 15 años de edad (30 %, 89 casos).



Fuente: Informe anual de Intervenciones 2020 – documento institucional

"El Programa trabajó en convenio con la Dirección de Psicología Comunitaria (Dirección General de Cultura y Educación- DGCyE) y con el Organismo Provincial de Niñez y Adolescencia (Ministerio de Desarrollo de la Comunidad), dos organismos gubernamentales centrales en la tarea de garantizar el acceso y la restitución de derechos de NNyA. Esta circunstancia se ve reflejada en el Gráfico 14 donde un 25,4% (75 situaciones) fueron solicitudes de la DGCyE y un 7,1% (21 situaciones) fueron planteadas por dispositivos que conforman el Sistema de Promoción y Protección de Derechos del Niño" (Informe Anual de intervenciones 2020 documento institucional)



Fuente: Informe anual de Intervenciones 2020 – documento institucional

3.2) Análisis de los datos

Dudas y Certezas, las dos caras de una moneda

Si bien es cierto que el programa fue creciendo como parte de un proceso, me interesa denotar que considero que no es casual ni lineal que hoy hayamos construido la perspectiva de trabajo que tenemos. Creo que una parte de ello se cimienta en los recorridos previos de quienes tuvimos la responsabilidad de diseñar y poner en acción desde el inicio a esta propuesta. El extenso recorrido laboral en territorio permitió tener capacidad -en el marco de la emergencia sanitaria- para percibir las necesidades puntuales

y la importancia de poner en prioridad la responsabilidad del Estado que posicionado como garante de derechos ofreciera con una presencia efectiva en las situaciones de niñas/os y jóvenes con padecimientos subjetivos. A lo planteado se sumaron los aportes que todo lo que el equipo que se conformó trajo de sus propias experiencias laborales en la temática de Infancias y Juventudes desde diversas inscripciones institucionales y con una riqueza muy particular que potenció las líneas y perspectivas de trabajo que en la actualidad tiene el Programa.

> "La sistematización de experiencias, en la medida que tiene por objeto de conocimiento a la propia experiencia, es un factor importantísimo para producir nuevos conocimientos. Hay que resolver dialécticamente la relación entre saber empírico y saber científico. Lamentablemente sufrimos un paradigma de ciencia que no valora el conocimiento empírico, el saber local y solo pone énfasis en el conocimiento acumulado, en el saber constituido académicamente. Es un error. La sistematización de experiencias es una gran posibilidad para que se expresen y se desarrollen y divulguen los conocimientos y saberes locales, que tienen mucho que aportar al enriquecimiento del pensamiento científico. Esto también permitirá asumir más creativamente nuestros proyectos, pues no tendremos una actitud pasiva que se reduce a aplicar los conocimientos y verdades que ya existen, sino que impulsaremos nuestra capacidad de crear conocimientos adecuados a la realidad que vivimos y sus particularidades" (Jara, 2002:4)

Esto que expresa el autor se transformó en premisa para enfocarnos, recuperando las experiencias de trabajo que se venían llevando adelante que acordaban en las miradas sobre las infancias y juventudes y en un modo de hacer.

Como se fue describiendo en el trabajo el panorama provincial era complejo frente a la ausencia de efectores que asistieran las problemáticas de salud mental de NNAyJ, con una accesibilidad obstaculizada por la prioridad de la temática Covid 19. De este modo, el mapa de recursos se vio reducido drásticamente. Es por ello que el Programa se instaló como una de las opciones para acompañar la salud mental de las infancias y juventudes.

Lo que hasta ese momento había estado en vacancia comenzó a nominarse: las infancias y juventudes empezaban a ser destinatarias de la política pública y el Estado las nombraba como parte de un programa provincial.

> "El Estado "nombra" a su población y al nombrarla, la constituye en sujeto portador de derechos, responsabilidades y obligaciones, Nombrar significa traer simbólicamente a lo nombrado, transformar su ausencia en presencia, definir el modo en que lo vemos y lo mostramos a los demás, y de condicionar la forma en que el nombrado se piensa a sí mismo. Sobre todo, nombrar implica asignar un sentido y un significado a lo nombrado -es decir, asignarle una identidad." (Vilas, 2007:10)

La perspectiva desde la cual trabajamos supone que el cuidado de las infancias y juventudes es una responsabilidad compartida con las comunidades donde habitan. Por ello es prioritario formular estrategias conjuntas que construyan una red de buenas prácticas en salud mental. ¿Cuáles son las buenas prácticas? Aquellas que aportan a un modelo de atención que no responda a una lógica asilar o tutelar que genera más sufrimientos sino aquella que reconoce al otro y a la otra como un sujeto de derechos y actúa en consecuencia.

> "Pensar la Salud Mental en la niñez en el marco de la protección integral de derechos constituye un desafío, en tanto diversas tensiones modelan este campo de conocimiento y de prácticas. Entre ellas se destacan: la articulación entre la lógica de atención de servicios de salud y la lógica de efectivización de derechos; la necesidad de avanzar en la sustitución de un modelo tutelar y asilar hacia otro de carácter sociocomunitario, interdisciplinario e intersectorial; la deconstrucción de la tendencia hacia la medicalización y patologización del malestar en la niñez y la generación de praxis que ubiquen a las niñas y los niños como sujetos efectivos de derechos". (Barcala, Luciani Conde 2015:35)

En el marco del desafío mencionado inscribo algunas de las dudas que aparecen como parte de la sistematización de la experiencia, y que se dieron en el inicio de la tarea y estuvieron relacionadas a un *hacer diferente* que iniciaba con nuestra gestión y en un contexto tan disruptivo.

En ese marco surgió la necesidad de construir un concepto que defina ¿Qué es el acompañamiento y cuáles son las diferencias con el tratamiento? ¿Es una intervención acotada a las profesiones psi o pueden llevarla adelante otras disciplinas y saberes?

El proceso fue consolidando ese concepto que al inicio generaba dudas sobre todo a quienes venían trabajando asistencialmente con niños y niñas en espacios terapéuticos, dando lugar luego a inscribir la línea de acompañamiento como una forma de intervenir en salud. Es un abordaje que se vincula desde la lógica de los cuidados y se torna entonces como categoría política en una categoría disputada. ¿Por qué disputada? Porque el acompañamiento no es una acción privativa de disciplinas *"psi",* no es *"tratamiento",* pero sí tiene efecto terapéutico por ende es una acción que produce salud. Entonces instalar el AR como estrategia de intervención con efecto terapéutico es transformar la lógica desde donde nos posicionamos y nos acercamos. Supone un cambio en el eje de

los abordajes y eso entra en debate en el equipo de manera continua. La ventaja en esto es que nosotras lo transitamos y en torno de ello podemos reflexionar: no se trata de una formulación teórica genérica, sino que interpela las prácticas, dialoga con la teoría y la enriquece.

A partir de esos interrogantes se construyó un documento que definió no sólo el concepto de acompañamiento, sino que aportó los pasos a seguir, los encuadres, articulaciones y condiciones para el cierre de los acompañamientos, es decir lo metodológico.

> "Acompañar podría nombrarse como caminar a la par con el otro, allí ese otro es protagonista del espacio, y encuentra, del otro lado del teléfono, alguien con quien pueda contar. A través de la llamada o video llamada, según cada niñx prefiera por medio de juegos, dibujos, charlas se crea un vínculo/ lazo que permite al niñx sentirse escuchado, considerado y alojado por ese otro que acompaña y que se implica en su sufrimiento. Pensar en el acompañamiento remoto en salud mental con perspectiva comunitaria implica escuchar activamente, pensando al otro en su contexto y abiertos a lo que pueda suceder tomando, una posición ética ante la fragilidad y sufrimiento subjetivo. Se trata de reinventar vía la palabra escuchada, por la mediación remota, un espacio singular que haga de sostén y soporte priorizando la dimensión comunitaria y el posible armado de redes del dispositivo. El acompañamiento remoto es un dispositivo que se construye en un proceso de intercambio e interacción con lxs niñxs o jóvenes. No se trata de un espacio rígido y predeterminado, por el contrario, su impronta se vincula con lo que acontece en cada encuentro, con las demandas, deseos y problemáticas que dieron origen a la intervención o que surgen a partir de ese momento. Es fundamental crear un vínculo de confianza y cercanía como así también ofrecer disponibilidad para alojar ese sufrimiento o padecimiento" (Documento Institucional Dispositivo de AR)

En este punto más allá de lo que pudieran incidir las trayectorias disciplinares personales, se constituía en un gran desafío el comienzo de un dispositivo innovador para la institución. Se trataba de incorporar a un colectivo con el que nunca se había trabajado antes, que se fue construyendo con perspectivas ancladas en un proyecto con un rumbo claro, pero en un contexto de pandemia nunca vivido anteriormente. Por lo tanto, muchos interrogantes surgían al momento de pensar los encuadres, los alcances, las posibilidades concretas de llegar a NNAyJ, en medio de problemas de conectividad, y teléfonos.

Ahora bien, este componente del programa se inició desde una lógica nueva y se instaló capilarmente como eje transversal, ya que en la actualidad el acompañamiento está presente en todas y cada una de las líneas de trabajo actuales. Siempre la premisa es acompañar trayectorias, acompañar equipos para construir consensos, pensar el

acompañamiento como parte de las derivaciones cuidadas y para fortalecer un nuevo modo de hacer.

Frente a todas las dudas también es importante mencionar que había certezas, una de ellas marcó un acuerdo colectivo y unánime y fue el hecho de que como Estado debíamos dar una respuesta, había algo que nos marcaba que esa era nuestra responsabilidad, teníamos equipo y un marco institucional que nos respaldaba. Debíamos estar presentes acompañando, escuchando, construyendo la trama comunitaria, con los equipos de salud, pero también de Educación, del OPNYA y con los soportes comunitarios que permanecieron en la pandemia en los territorios.

Uno de los ejes esenciales y fundantes fue nuestro rol como trabajadoras del Estado entendiendo la responsabilidad de administrar la política pública a modo de enlace entre las necesidades y los recursos para dar respuesta.

La tarea de construcción de equipo es una prioridad para poder funcionar de manera adecuada, fue una de las prioridades que tuvimos desde la coordinación. La función del equipo se fue construyendo acompañando a las necesidades que surgían, habilitando espacios de consulta donde la palabra circuló de modo de vehiculizar dudas, incertidumbres ante situaciones complejas. Los espacios de compartir inquietudes, estrategias y también las angustias que la tarea misma generaba fortalecieron la identidad del equipo.

En este punto frente a un escenario territorial de aislamiento y por ende donde no había tampoco atención presencial en los efectores locales, el AR se transformó en posibilidad, en accesibilidad.

> "La lucha por la accesibilidad daba el argumento que el AR iba a suplir algo de lo que no había, y la característica de las juventudes hace que lo remoto nos juegue favor. Porque a veces la resistencia en muchas estaba en trasladarse poner el cuerpo y lo remoto te permite ese contacto. En muchos casos era la única opción. Hay lugares adonde se llegó o a pibes que no se hubiera podido llegar de otra manera. Sostenerlo como dispositivo de inclusión. Lo remoto puede empezar a ocupar un lugar también más allá de la presencialidad. Como dispositivo complementario. Regionalmente también. Institucionalizarlo y ponerlo como. La accesibilidad desde lo virtual, con potencialidad para lo virtual porque el acercamiento a la virtualidad. Al ser fundacional nuestro equipo, ver lo brilloso de la virtualidad oficiando posibilidades" (Desgrabación del taller de sistematización)

En un estudio sobre los efectos en la salud mental de niños, niñas y adolescentes, realizado por UNICEF (entre agosto de 2020 y febrero de 2021) se presentan algunos datos interesantes como para ilustrar lo que venimos desarrollando en cuanto al escenario de aislamiento. El estudio si bien es a nivel nacional revela que en niñas/os (3-12 años) fue visible una gran capacidad lúdica y creativa.

> "Los diversos juegos les posibilitaron construir escenas, situaciones y encontrar formas de expresión y de comunicación que les permitieron hacer frente al distanciamiento físico de sus vínculos afectivos. De esta manera, más allá de las desigualdades multidimensionales, la capacidad de jugar les permitió elaborar y simbolizar lo incierto y potencialmente traumático de la pandemia, como formas de protección de la salud mental" Unicef (2021)

En las y los adolescentes, las percepciones frente a la pandemia estuvieron relacionadas a la imposibilidad del contacto y de las salidas sociales, actividades y proyectos inconclusos. En la primera medición, el 75% planteó que les afectó no poder asistir a espacios recreativos y deportivos. En las tres mediciones y como promedio el 47% hizo mención al uso de pantallas y redes sociales como método de socializar con sus pares, sin homologarlo con el encuentro presencial sino anhelándolo.

> "De acuerdo con las percepciones y representaciones sobre el coronavirus, el binomio encierro libertad configura un núcleo explicativo para comprender la situación que impone la pandemia, así como para ordenar las actividades de la vida cotidiana: lo que se puede y lo que no se puede hacer". Unicef (2021)

2.1.1 Armar la Trama: Articulaciones Institucionales

Siguiendo con las líneas a recuperar como parte del proceso que el programa fue transitando, otro de los temas importantes que marcó una impronta al contenido fue la idea que el trabajo con infancias y juventudes implica ineludiblemente el trabajo con otras instituciones, organizaciones es decir el trabajo en redes.

Desde el Programa, siempre estuvo presente la perspectiva comunitaria, que no refiere a una ubicación geográfica, sino que implica pensar a la institución inmersa en la complejidad comunitaria con lo cual visualizar el contexto, las redes afectivas y los

circuitos donde las y los NNAyJ transitaban era condición para trabajar. Hablo de perspectiva porque es un posicionamiento frente a la práctica que ejercemos, es necesario incorporar la mirada de otras y otros, recuperar las redes formales e informales. Las personas nunca están solas por lo que las articulaciones posibilitaban la construcción del plan de trabajo.

Es frecuente cuando trabajamos con otras personas, instituciones u organizaciones, que surjan diferentes miradas, representaciones y formas de hacer, y por ende hay tensiones o debates para arribar a una propuesta colectiva que recupere todos los saberes y que integre. Todo el eje de articulaciones es muy importante para poder visualizar la continuidad de las trayectorias de NNAyJ, más allá del ámbito en donde ese esté llevando adelante la intervención. Es asimismo es un factor de cohesión para obtener una identidad estatal sin fragmentación sino desde la integralidad del Estado. Es necesario visualizar nuestra responsabilidad de acompañar el proceso de restitución de derechos desde cada lugar y rol, comprendiendo que las condiciones materiales de vida son determinantes de la salud mental integral.

Como parte de esta estrategia de trabajo con otras/os, se instaló como metodología el trabajo en mesas de gestión local (municipal) para una situación puntual o mesas interinstitucionales o interministeriales donde se trabajan circuitos o protocolos de intervención colectivos. El objetivo es facilitar el proceso de síntesis sobre las miradas sobre las infancias y juventudes, las situaciones problemáticas, así como la construcción colectiva de estrategias y roles para llevar adelante cada institución, cada equipo interviniente y organización o referente comunitario.

Ese camino iniciado en el dispositivo se conformó como una de las líneas de acción en todos los temas a trabajar. Encontrarnos a construir consensos para hacer posibles las diversas articulaciones que generen circuitos colectivos desde una perspectiva integral es el trabajo de síntesis necesario. A partir de ello cimentamos articulaciones con otros efectores, desde una lógica de trabajo en común. Entendiendo una articulación no como una derivación, sino una interacción de las instituciones y actores que están involucrados que genere un ámbito compartido. Requiere además tener la capacidad de escuchar y de establecer relaciones simétricas entre quienes participan de la estrategia territorial. Estos son los diferentes recursos y niveles de salud, educación, sistema de protección, abordaje de violencia y por supuesto las organizaciones comunitarias. Se trata de potenciar los

recursos que la comunidad posee y sus posibilidades de cuidar, sostener e incluir a quienes lo requieren o necesiten.

Es importante recuperar la importancia de dos articulaciones que para el Programa han sido fundantes, en ese inicio y con quienes seguiremos trabajando porque son ámbitos en los que las infancias y juventudes siguen siendo de referencia y son instituciones que tiene la responsabilidad de garantizarles derechos, una de ellas es la Dirección General de Cultura y Educación (DGCYE de ahora en adelante) y otra es el Organismo Provincial de Niñez y Adolescencia (OPNYA de ahora en adelante). Con este último es muy necesario seguir construyendo en común, porque es un actor vital en las trayectorias de infancias y juventudes con vulneración de derechos, más allá de las dimensiones de la institución y la variedad de incumbencias.

En lo que hace a la DGCyE en abril de 2020 se firmó un convenio de trabajo con la Dirección de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social, que tiene a cargo los equipos de orientación escolar de las escuelas. La mencionada dirección creó el Programa Institucional de Intervención de las Estructuras Territoriales, "Nos cuidamos y cuidamos a quienes cuidan"[12]. En la disposición donde se comunica la conformación de programa se plantea que una parte de los componentes será:

> "Desde el Nivel Central: Mesa de Ayuda. Acompañamiento a docentes en situaciones vinculadas a padecimientos provocados por la situación de aislamiento y articulación con IE y EFTEE1 ante padecimientos vinculados con la emergencia socio- sanitaria. Se implementará una Mesa de Ayuda a partir de un recurso con el que cuenta la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género en el siguiente número: 0800-222-5462" (DGCYE, 2020)

A partir de la incorporación del Área de Infancias y Juventudes de la Mesa de Ayuda, se inicia un trabajo articulado y cotidiano, con una lógica de trabajo territorial necesaria para construir una mirada situada de las problemáticas que los Equipos Focales Territoriales Educativos de Emergencia (EFTEE) que son estructuras creadas especialmente desde la Dirección de Psicología para la emergencia sanitaria. El Programa "Nos cuidamos y cuidamos a quienes cuidan" -creado por la DGCYE- fue muy beneficioso y productivo en el trabajo entre nuestros equipos no sólo porque aportó un enlace entre los equipos

[12] DGCYE. Dirección de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social- COMUNICACIÓN N° 2/ abril 2020

territoriales y el programa, sino porque nos permitió construir un equipo ampliado o mesa de trabajo para acordar estrategias conjuntas para acompañar de la mejor manera a NNAyJ. El ejercicio de hacer síntesis con otros equipos que tenían presente la lógica territorial y el conocimiento de las situaciones con mirada ampliada instaló un formato de trabajo muy enriquecedor que se incorporó a las líneas del programa.

> "No se puede dar respuestas solas ni de una sola manera, es imprescindible la articulación. El AR alojaba y permitía crear condiciones para. En condiciones complejas era importante construir el circuito institucional que se había trabajado con ese NNAyJ y allí aparecían muchas mesas de trabajo y el sostenimiento de los acuerdos. La corresponsabilidad. Escuchar es alojar sin dirigir, permitir que la/el otra/o protagonice el momento. Lograr escuchar la voz de lxs NNAyJ. Que la perspectiva con la que la que iniciamos y pensamos era la adecuada (escucha, participación de los niñes) perspectiva comunitaria. Cuando pensamos en articulaciones con otros efectores, lo hacemos desde una lógica de trabajo en común. Esto implica una articulación, no una derivación es decir una interacción de las instituciones y actorxs que están involucrados. Requiere además tener la capacidad de escuchar y de establecer relaciones simétricas entre quienes participan de la estrategia territorial. Estos son los diferentes recursos y niveles de salud, educación, sistema de protección, abordaje de violencia y por supuesto las organizaciones comunitarias. Se trata de potenciar los recursos que la comunidad posee y sus posibilidades de cuidar, sostener e incluir a quienes lo requieren o necesiten"

3.- Revisitar la experiencia del Acompañamiento Remoto desde el Equipo

A continuación, desarrollo el análisis de los datos que obtuve en el marco del Taller de Sistematización, formulando lo que a mi juicio se constituyen como puntos de inflexión que marcan un antes y un después en el proceso de trabajo del AR. La lectura de los materiales me permitió valorar algunos momentos como hitos fundacionales, en tanto se instalaron como líneas troncales sobre las cuales el Programa Infancias y Juventudes hace base y se desarrolla en la actualidad.

Foto de la realización del taller de sistematización.

El inicio de la construcción de datos lo identifico como ***el primer hito*** importante que da sustento al programa y que comienza a dar respuesta a una vacancia muy visible en el sistema de salud.

La definición de ordenar un criterio epidemiológico que permitiera construir y moldear un sistema de registro sobre la salud mental de las infancias y juventudes de la provincia, impactó en el crecimiento y despliegue del programa que tenemos en la actualidad. Esa posibilidad se dio a partir del ingreso de una compañera socióloga al equipo. Si bien es una tarea bastante compleja construir la perspectiva y de allí nuevos indicadores que midan desde esa mirada, es el insumo necesario para diseñar una política pública desde una epidemiología con perspectiva comunitaria. Y cuando hablamos de epidemiología comunitaria decimos que:

> "nace como ayuda-memoria provocatorio ante los retrasos y olvidos de la "Comunidad Académica" de las disciplinas competentes en salud (medicina, economía, derecho, sociología...): las vidas concretas -individuales y colectivas- de las poblaciones no coinciden con sus transformaciones en números, tablas, modelos, proyecciones, planificaciones. Es la Epidemiología Comunitaria la que facilita un camino de organización, reflexión y de análisis, de formación, abriendo ventanas para que pueda existir una verdadera autonomía popular. La participación es real, cuando los actores tienen la competencia de tomar sus propias decisiones para construir su propia comunidad, pero es necesaria una utopía real y compartida: la del diálogo crítico, la de sentirse parte de la vida." (Tognoni, y otros, 2011)

Un segundo hito para recuperar que marca un crecimiento y un hilo conductor de la construcción del Programa como política pública es la incorporación al equipo de once compañeras de varias regiones de la provincia al acompañamiento remoto. Si bien, esta definición surge a raíz de la enorme demanda, fue el puntapié para construir una red provincial identificada con el Programa. Ese fue un proceso que nos dimos de formación, acompañamiento y asesoramiento frente a las diversas complejidades del acompañamiento, y que a posteriori sentó las bases para conformar desde allí el mapa de articuladoras y articuladores que hoy tenemos en el Programa. El hecho de acompañar, visibilizar y promover el trabajo en cada una de las regiones sanitarias y con los dispositivos o efectores fue el inicio de la **regionalización de Programa**.

En la actualidad el mapa de la provincia cuenta con treinta compañeras/os articuladoras/es del programa, distribuidas/os en las doce regiones sanitarias y esto es fruto del trabajo mencionado previamente y que marcó la formación de un equipo provincial que respete la diversidad de los territorios de la provincia y visibilice las singularidades de sus construcciones locales para inscribirlas en la política pública.

Asimismo, como parte del proceso de crecimiento y consolidación se fueron instalando los circuitos a medida que se trabajaban las situaciones, los acuerdos institucionales que se fueron incorporando. La ampliación de la red, sumando nuevos efectores, con que se cubría la demanda de asistencia presencial, se pudo ir haciendo síntesis incorporando las lógicas de las derivaciones acompañadas paso a paso. Acompañar es articular, descentralizar del binomio paciente – profesional para incluir la persona con su circunstancia y el equipo de salud (no sólo algunas disciplinas)

Una decisión que tomamos como coordinadoras en un inicio fue garantizar el tiempo para la formación del equipo identificando de esta manera ***el tercer hito***. Lo hicimos con una frecuencia semanal, más allá de las demandas y de la cantidad de situaciones, es necesario dedicar e invertir tiempo en construir determinados sustentos conceptuales de modo de tener bases sólidas para un equipo compuesto desde diversos recorridos y trayectorias. Y también entender que la formación es un ciclo constante como ha planteado Paulo Freire la educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo.

Y desde esa lógica podemos referir grupos temáticos sobre los cuales fuimos construyendo un glosario conceptual que consolidó al Programa. Algunos de los ejes que consensuamos como fundamentales fueron la *construcción de las categorías* Infancias y Juventudes, la mirada situada, el concepto de Salud integral, ubicar en función de ello el rol del Estado desde un lugar garante de derechos y fortalecer la perspectiva comunitaria como posición frente a la tarea.

También visibilizamos como herramientas para *sostén y marco de los abordajes a las leyes*: Ley N°13.298 de promoción y protección de derechos de NNyA - Ley N° 26.657 de salud mental- Ley N°26.529 derechos del paciente.

Como *perspectiva de los abordajes* identificamos como sustancial el acompañamiento a las trayectorias y la continuidad de los cuidados, con la escucha respetuosa de la privacidad, y el protagonismo de las voces de NNAyJ. La construcción de la red al caso desde la perspectiva de las intervenciones situadas.

En lo referido al *ámbito del sistema de salud* identificamos como necesario trabajar las mesas de trabajo para diseñar estrategias, derivaciones acompañadas internas y externas, incorporando el trabajo articulado en el territorio con los efectores.

Ubicamos como sustancial la *construcción de bases de datos epidemiológicos* incorporando nuevos criterios para registrar y la construcción de nuevos indicadores.

El AR sentó bases donde fortalecer la concepción de salud mental de nuestro Programa de Infancias y Juventudes, porque recupera la experiencia y plantea la viabilidad de acompañar procesos, prevenir situaciones complejas y producir transformaciones sin patologizar, estigmatizar o reducir al padecimiento las situaciones por la que estén atravesando NNAyJ.

Los ejes mencionados previamente son la columna vertebral del Programa, y es el rumbo que nos propusimos desde la coordinación entendiendo que la accesibilidad pasaba por ahí, que el alojar era una disposición y que estamos intentando instalar un hacer diferente con todo lo que ello implica, una red de buenas prácticas en salud mental con infancias y juventudes.

Dentro de los ejes de indagación propuestos está uno de los que me resultaron muy enriquecedores, pero no sólo a modo de conocimiento sino como línea de trabajo a construir desde el Programa.

Desde las diversas investigaciones, artículos y afirmaciones del mundo adulto, se plantea a menudo la importancia de las voces de las infancias y juventudes, en particular en lo que refiere a las políticas que las/os tienen como destinatarias/os, pero cuando buscamos experiencias que nos muestren el camino recorrido en comparación no son tantas. La posibilidad y el privilegio de escucharlas/os y acompañarlas/os durante este tiempo de pandemia nos brindó parte de la riqueza y la potencia que portan las infancias y juventudes.

> "El adultocentrismo como todo centrismo, es una forma de violencia. Es una forma de violencia, básicamente en términos de desotramiento. Desotramiento en el sentido de volver imposible la conexión con el otro en tanto otro. Desotrar podríamos decir, sería anular al otro en tanto otro, exterminarlo en tanto otro y en ese mismo acto, hacerlo parte de mí. Desotrar como una forma de apropiarme del otro." (Magistris, Morales 2021:40)

Desmontar el adultocentrismo que nos habita no es tarea fácil, pero lo importante es reconocer que muchos de sus rasgos están presentes en nosotras/os, para desde allí ser críticas/os analizando las perspectivas antes de intervenir. Y es por eso importante que al momento de intervenir estemos advertidas/os que gran parte de lo que se nos transmite no corresponde a las narrativas de las infancias y juventudes, sino que están impregnadas por el prisma del mundo adulto.

> "La historia de la infancia es hasta el momento la historia de un silencio nombrado. Esta historia" sobre" las infancias no es aún "su" historia" (Magistris, Morales, 2021:77)

Lo surgido en el taller en relación a *las voces de NNAyJ* da cuenta de todo lo que moviliza el trabajo con ellas/os, y también de todo lo que hay para escuchar si nos disponemos a ello. Como fruto de ese proceso aparecieron numerosas expresiones que forman parte de esos intercambios y que condensan meses de construcción de un lazo posibilitador de oportunidades de construir salud con ellas y ellos.

Un condimento clave para la tarea de acompañarlas/os es "politizar la ternura", sacándola del espacio privado para incorporarla al ámbito público y político. Impregnando de cualidades que no las disminuyan ni les quiten el potencial a las infancias. Reconocer y

acompañar la reflexión, la imaginación, la dignidad, la rebeldía necesaria de cuestionar, de dar discusión y la fuerza de la participación de las infancias será el camino si buscamos reales transformaciones.

> "La diversión fue imprescindible para darle un color al AR, todo era muy abrumador, la pandemia, el padecimiento subjetivo, era todo muy complejo y en esa síntesis con las pibas y los pibes el espacio encuentro que se generaba, era como un afuera muy zarpado donde podíamos vivir otra cosa, aunque sea un ratito y eso se llenó de diversión en muchas experiencias. Aprendimos a buscar cuentos, música, juegos online. Más allá de las circunstancias hay algo donde conectar, que es lo lúdico. Me reía mucho, de cantar a bailar. Dejar de convocar a los pibes a los lugares mortíferos y convocarlos a lugares del placer. Tenerlo estratégicamente como parte del trabajo. Una conexión con la vida. La complicidad se asociaba con jugar, divertirnos, ser cómplices de lo que se armaba. Espacio compartido. (Desgrabación del taller de sistematización)

En las profesionales que llevaron adelante el AR surgieron conceptos que creo fundamental recuperar uno de ellos es: el cuidado. La dupla que se potenciaba era acompañamiento y cuidado. Incorporar este concepto fortalece y da sentido a intervenciones que no se inscriben dentro del "tratamiento" pero que contienen una potencia para trabajar el lazo con NNAyJ.

Dentro de la línea del cuidado una de las fortalezas indispensable es reconocer las estrategias de cuidado que las pibas/es tienen entre sí, lazos de solidaridad y acompañamiento que alojan y acompañan cuando existen padecimientos, y que se transforman en herramientas que deben ser incorporadas cuando se piensan las intervenciones.

Acompañar en la cotidianeidad a NNAyJ que transitaron situaciones de padecimientos, en escenarios familiares complejos, en pandemia y ante la imposibilidad de otros modos de enlazarse. Nos brindó la posibilidad de ingresar a las casas de un modo diferente, así como resignificar la accesibilidad en algunos casos donde él o la joven, nunca se hubiera acercado a un efector de salud, pero pudo hacerlo a través de la virtualidad. Es decir que el AR vino a construir lazo con quienes necesitaban de un otro que pueda escucharlas/os, un espacio-tiempo acordado que les permita salir de ese contexto difícil y en esa oportunidad algo de lo gratificante, del juego, de las canciones, de los cuentos y dibujos pudiera acontece. Que sea la política pública quien tome ese lugar de vacancia es posicionar al Estado como garante de derechos.

Los sentires de NNAyJ acompañadas/os nos muestran el lugar dado al vínculo y al encuentro, por ejemplo "Sos la primera persona a la que se lo cuento" o "Te estaba esperando", también hay afirmaciones remitían al sufrimiento por el cual transitaban: "No quiero hablar." "Necesito alguien a quien contarle lo que siento". O a la necesidad de su espacio, su intimidad: "No le cuentes a mi mamá". Por último, aquellas expresiones que daban cuenta del lazo establecido ubicadas en el momento de cierre: "No quiero terminar. Te quiero" y tantas otras.

> "Puedo ver cómo los recuerdos remueven sentires, los pibes volvieron hoy a visitarlas y a recordarles ese vínculo/lazo que entablaron en cada llamada, en cada juego, en cada canción o cuento. Mucha emoción presente al pensar las palabras que ese vínculo les trae y al recuperar las palabras o sentires de les pibes. Estamos todas de pie alrededor de las mesas viendo las palabras, es un cierre hermoso y emotivo, saber que hemos podido transitar esta experiencia y que hemos llegado a pibes que de otra manera no se hubiera podido y que en esos encuentros la diversión, la alegría, el respeto, los juegos y la palabra habían tenido un lugar. Me siento orgullosa de lo construido, de encarnar al Estado presente en cada situación acompañando, haciendo más tolerable esas realidades, poniendo la escucha, el juego, el dibujo, el momento compartido, el cuidado y la presencia de esas valiosas compañeras en esas citas de juegos, sonrisas, lágrimas, tristezas también, pero acompañando con ternura y remontando juntas y juntos la esperanza" (Crónica del Taller)

Foto de mi autoría tomada durante el Taller de sistematización

Dibujos e imagen compartida durante el proceso de AR de dos jóvenes.

CONCLUSIONES

REFLEXIONANDO SOBRE LO APRENDIDO

Es un hecho que cuando volvemos a revisitar un dispositivo de trabajo transitado siempre aprendemos, aunque nunca imaginé que este ejercicio enriqueciera tanto el proyecto actual, en cuanto a perspectiva, lectura, posicionamiento ético político y proyección de trabajo.

El proceso desarrollado con el dispositivo de AR, nos aportó hacia adentro y también hacia afuera en la posibilidad de:

- ✔ Acceder a un conocimiento de la diversidad de la provincia, identificando regiones donde estaba más dificultado el acceso al sistema de salud, haciendo lazo y articulando el trabajo conjunto.
- ✔ Fortalecer al equipo construyendo una referencia hacia adentro de la Subsecretaría.
- ✔ Instalar la lógica de acompañamiento como eje transversal y las condiciones para que los encuentros con los pibes se produzcan teniendo en cuenta el acercamiento desde la ternura con lógica de cuidados y con el objetivo de alojar.
- ✔ Respaldar la concepción de salud mental del Programa de Infancias y Juventudes, a partir de recuperar la experiencia, planteando la viabilidad de acompañar procesos, prevenir situaciones complejas y producir transformaciones sin patologizar, estigmatizar o reducir al padecimiento las situaciones por la que estén atravesando NNAyJ.
- ✔ Sintetizar la perspectiva comunitaria desde la que se trabaja, sumando al equipo de salud en intersaberes.
- ✔ Permitió generar un registro amplio y respetuoso.
- ✔ Posibilitó aprender, conocernos, revisarnos y transformarnos como equipo de toda la provincia. (La casuística nos da un estado de situación de problemáticas y efectores)
- ✔ Sustentar la referencia hacia otras instancias ministeriales a partir del trabajo cotidiano de articulación.

- ✔ Brindar a NNAyJ que estuvieron en acompañamiento, la posibilidad de ser escuchadas/os, alojadas/os y reafirmar la mirada con la que trabajamos.

A propósito de ello deseo reafirmar que el Programa supone un trabajo de formación, relevamiento, intercambio, recuperación de prácticas, participación de las/os trabajadoras/es. Considero que son componentes ineludibles para producir una transformación que en este caso se dirige a poner en discusión concepciones y prácticas muy arraigadas en la cultura institucional. Asimismo, procura una revisión de las lógicas institucionales expulsivas que funcionan dentro del sistema de salud y también en otros ámbitos estatales de incumbencia.

Es entonces pertinente retomar uno de los puntos de acuerdo más importante que el equipo identificó en el Taller de sistematización, acerca de la convicción de que como parte del Estado debíamos estar presentes durante la pandemia brindando a NNAyJ acompañamiento, escucha, construyendo la red, con los diversos equipos y soportes comunitarios que permanecieron en los territorios.

> "Al igual que la mayoría de las estrategias que se debieron implementar durante el ASPO, la implementación de la atención remota, como pudieron dar cuenta los/as referentes entrevistados/as, implicó un proceso de aprendizajes y adaptaciones tanto por parte de los equipos terapéuticos como por parte de las personas consultantes" OAD (2020)

Además, desde el AR el planteo fue el acompañamiento de las trayectorias incluyendo el cotidiano de la vida de NNAyJ, enfrentando el desafío de construir la articulación con las/os trabajadoras/os que en el territorio asistían a NNAyJ y pensar las estrategias juntas/os evitando la fragmentación del sistema y promoviendo la integración del mismo.

Desde nuestro lugar como trabajadoras/es del Estado nuestra bandera más valiosa es la militancia de la restitución de derechos, nuestro rol en estas problemáticas de tanto sufrimiento es crucial, porque el Estado es el único que puede garantizar y restituir derechos, y lo puede hacer de una manera integral, integrada y colectiva. Es por ello que

adhiero a las palabras de Alejandra Barcala (2021)[13] en su exposición al presentarse el Programa, afirmando que

> "El campo de la Salud Mental para pensar las infancias y las juventudes tiene tanta potencia, porque hay un concepto central que es escuchar a las niñas y a los niños, escuchar sus narrativas, escuchar sus sentimientos, escuchar sus pensamientos, escuchar cómo significan, cómo construyen el mundo y no saturar desde una mirada adulto céntrica de sentido aquello que les pasa. Hubo una transformación en el modelo de cuidados, ya los niños y niñas no eran solamente objetos tutelares de cuidados y no eran protagonistas de los cuidados propios que implica en un momento tan complejo y difícil como la pandemia, tener un espacio de acción. Uno podría pensar que, como sujetos políticos, la apuesta también desde la mirada del campo de la Salud Mental, pensado desde una perspectiva de cuidados, es pensar a las niñas y los niños como sujetos políticos, con ganas de transformar el mundo en el que viven y por eso el mundo en general también. Y eso implica pensar también a las infancias y a las juventudes como protagonistas de sus propios cuidados, como protagonistas de aquellas actividades que se hagan y de aquellas actividades que intersectan con esta posibilidad de construir Salud Mental desde distintas estéticas, desde distintas poéticas, desde distintos modelos que en el territorio desarrollen espacios que permiten esta construcción ciudadana desde las infancias"

Incorporar la lógica de cuidados en diversos planos: los cuidados desde los equipos de salud como intervenciones, los cuidados de las comunidades en materia de redes que se traman, los cuidados entre los propios NNAyJ. Al hacerlo modificamos las lógicas hegemónicas desde donde se miraban las infancias y juventudes y lo planteamos no en términos de sus déficits, sino en términos de sus capacidades y potencialidades. Pretender acompañar desde esta nueva mirada desde una política pública, implica no dejarlas/os solas/os, aún en condiciones de mucha complejidad, significa estar con una presencia desde el Estado.

La idea es aceptar el reto como política pública de tomar la responsabilidad de fortalecer la participación, potenciar las capacidades, construir oportunidades para NNAyJ recuperando la importancia del protagonismo ya no desde lo discursivo sino en acciones claras y concretas de dispositivos y espacios en los cuales sus voces, ideas, opiniones y propuestas tengan el lugar que corresponde como destinatarios de una política que los nomina. Recuperar la categoría de sujetos políticos y como refiere Magistris (2021) politizar la ternura de modo que plantee el movimiento y la acción. Abrazando la ternura

[13]Salud Mental y Consumos Problemáticos. YouTube. Recuperado el 16 de junio, 2021, de https://www.youtube.com/watch?v=PAtttLzicMA&ab_channel=SaludMentalyConsumosProblem%C3%A1ticosPBA

como lo que circula cuando se produce un encuentro entre personas, donde está presente el respeto, el cuidado y la valoración, sin entrar en romanticismos o purismos, que son operaciones adultistas de sentido que "arranca a lxs niñxs su esencia política". Por ello reivindicamos la ternura y la "corazonamos" como propone Guerrero Arias para integrarnos como seres con razón, pero también con corazón.

> "somos estrellas con corazón y con conciencia, que existimos no solo porque pensamos, sino porque sentimos, porque tenemos capacidad de amar; por ello, hoy se trata de recuperar la sensibilidad, de abrir espacios para la insurgencia de la ternura, que permita poner como principio de lo humano el corazón, sin que eso implique tener que renunciar a la razón, pues de lo que se trata es de dar afectividad a la inteligencia, de empezar a sentipensar la vida. Corazonar busca desplazar el centro hegemónico de la razón para poner primero el afecto, pero no por ello negar la razón, sino romper su hegemonía." Guerrero Arias (2010:99)

La propuesta y el desafío es construir a medida que vamos caminando, prácticas que se inscriban desde la diversidad recuperando la amplitud y riqueza de la vida, mirando la potencia de la otredad entendiéndola como la construcción de una alteridad no desde afuera sino también de la mismidad, de 'nosotros mismos'; habitando ese espacio-tiempo de diálogo en el encuentro, no hay posibilidad si no es colectiva, juntas y juntos.

> "pues como nos enseña la sabiduría Nahualt: Yo soy tú, tú eres yo, y juntos somos Dios. Por ello, frente a la radical ausencia del otro impuesta por la colonialidad promueve, la radical insurgencia de la alteridad, a fin de que juntos podamos compartir dolores, sufrimientos, tejer sueños, utopías, esperanzas, alegrías y luchas por cambiar la vida Mirar los procesos de insurgencia simbólica permite desplazar la cultura de los territorios académicos y disciplinares que han monopolizado su análisis, y mirarla en los territorios de la vida, como fuerza para transformarla… Frente a la solemnidad del quehacer científico, que desterró la subjetividad, la afectividad y la alegría de su quehacer, se hace necesario incorporar las dimensiones de subjetividad, de afectividad y de alegría, las dimensiones lúdicas, recuperar la dimensión poética de la existencia en el quehacer investigativo y académico, debemos reír más, aprender y compartir lo aprendido con alegría; no debemos olvidar que deben ser la existencia y la felicidad, el horizonte de nuestro trabajo" Guerrero Arias (2010:106)

Es este un tiempo que nos exige revisar prácticas, discursos y todas aquellas acciones, propuestas y políticas para que estén a la altura de las circunstancias, es un momento histórico en nuestro país y Latinoamérica con la mayor población joven de la historia.

Es un deber ético y político seguir militando por infancias y juventudes libres, protagonistas, reinventando abordajes posibles desde las agencias del Estado y junto a las

comunidades. Abordajes que respeten y alojen las diversidades, y que potencien experiencias transformadoras en las singularidades territoriales, incorporando el aporte de todas las personas involucradas, tramitando las tensiones que puedan generarse, con la dimensión de la ternura como virtud ética y categoría política.

Bibliografía

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Sociedad Argentina de Pediatría; UNICEF (2021) Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Barcala, Luciani y Conde (2015) Salud Mental y Niñez en la Argentina, Legislaciones, políticas y prácticas." 1°ed.Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Teseo.

Barcala, Alejandra (2019) Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias /compilado por Alejandra Barcala; Laura Poverene. - 1a ed. – Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.

Barna (2014) Clasificaciones y estimaciones en la gestión de la infancia "con derechos vulnerados". Prácticas cotidianas de intervención en un dispositivo estatal del conurbano bonaerense." Revista Antropolítica, n. 36, Niterói,1. sem. 2014

Blanco, Beatriz (2010), "La salud es la solución del conflicto", Entrevista a Floreal Ferrara (2008). En: www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html

Bustelo Graffigna (2012) "Teoría de la Infancia: Una propuesta para un enfoque latinoamericano." Conferencia brindada en el marco del V Congreso Mundial por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia: "Infancia, Adolescencia y Cambio Social." Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 8(3):298, Septiembre - Diciembre, 2012.

Chaves, Mariana (2006) Proyecto: Estudio Nacional sobre Juventud en la Argentina INFORME Investigaciones sobre juventudes en Argentina. UNSAM

Colángelo, Adelaida (2003) La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje." Serie Encuentros y Seminarios.

Comes y otros (2007) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones, vol. XIV, 2007, pp. 201-209. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Crosetto, R., Domínguez, A., Nucci, N. y Soldevila, A. (2014). Intersecciones familia y género en relación a las políticas públicas. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia, 6, 133-153

Efrón, Rubén (2007) ¿Qué hacer? ¿Acompañar? Acerca del abuso sexual infantil

Ferrandini, Débora. (2011) Algunos Problemas Complejos de Salud.

Guerrero Arias, Patricio (2019). Corazonar una antropología comprometida con la vida: Miradas desde Abya -Yala para la descolonización del poder, del saber y del ser. Quito: Abya Yala/Universidad Politécnica Salesiana.

Giberti, Eva (1997). Políticas y Niñez. Editorial Losada, Buenos Aires

Jara, Oscar (2002) El Desafío Político de Aprender de nuestras prácticas. Ponencia presentada en el evento inaugural del Encuentro Internacional sobre Educación Popular y Educación para el Desarrollo, Murguía, País Vasco.

Magistris, Gabriela y Morales, Santiago (2021) Educar hasta la Ternura Siempre. Del adultocentrismo al Protagonismo de las Niñeces. 1ª ed. 1ª reimp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Chirimbote, Ternura Revelde

Observatorio Argentino de Drogas (2020) Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid-19

Pérez Islas, José (coord.) (2000) Cap.1 "Ser joven en México: concepto y contexto" Jóvenes e instituciones en México: 1994-2000. México: SEP-Instituto Mexicano de la Juventud.

Rivas, Silvina (2014) Infancia: entre la protección y la administración. Reflexiones en torno a las concepciones de la política de infancia desde la perspectiva de derecho. Margen Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición electrónica en https://www.margen.org/suscri/numero73.html

Rodríguez Gómez Gregorio, Javier Gil Flores y Eduardo García Jiménez (1996) Metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe. Granada (España). 1996.

Saavedra C., Ramacciotti C (2012) Creando Puentes desde el Territorio: Desafíos de la Atención Primaria de la Salud frente al Consumo Problemático de Sustancias. Jornadas Interregionales realizadas en la Universidad Nacional de Lanús, organizadas por la

Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones año 2012. Publicado en: www.sada.gba.gov.ar/prevencion/08_Saavedra_y_Ramacciotti.pdf

Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Desarrollo Social. Pcia de Buenos Aires. (2010) Manual de Capacitación Construyendo Lazos. "Hacia un abordaje integral en el uso problemático de sustancias"

Subsecretaría de Salud Mental, consumos problemáticos y violencia en el ámbito de la Salud Pública (2020) Infancias y adolescencias en el marco de la emergencia COVID - 19 Recuperando sus voces.

Tognoni, Gianni y otros (2011) Manual de Epidemiología Comunitaria. El camino de las comunidades. Universidad Nacional de Córdoba.

Unicef (2017) El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina. Un análisis basado en la evidencia

UNICEF (2021) Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19, Fondo de las Naciones Unida para la Infancia Buenos Aires, Argentina.

Vilas Carlos (2007). Pensar el Estado. Colección Planificación y Políticas Públicas. Serie Estado, Gobierno y Sociedad. Ediciones de la UNLA

Legislación consultada:

Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2010)

Ley Provincial de Promoción y Protección de los Niños N°13.298 (2005)

Decreto 801/2018. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/310000-314999/314078/norma.htm

La ley N°23.737/89 de Tráfico y Tenencia de Estupefacientes

Ley Provincial de Adhesión N°14.580

Páginas Web

Encuesta nacional de Juventud 2016:
http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/JUVENTUD_CAPITULO_1_C.pdf

Canal Salud Mental y Consumos Problemáticos PBA. (16 de junio de 2021). Alejandra Barcala en Presentación del "Programa Infancias y Juventudes. Cuidados y asistencia en salud mental". [Archivo de Vídeo]. YouTube. https://youtu.be/PAtttLzicMA

ANEXOS

I) Instrumentos de trabajo individual previo:

1.- ¿Por qué se decidió iniciara el AR? ¿Cuál fue la consigna para realizarlo? ¿Se modificó la consigna inicial durante el proceso? ¿Cuáles fueron esas modificaciones?

Enuncia 3 elementos en cada ítem

Al iniciar el AR tuve las siguientes dudas

1. 2. 3.

En ese momento también tuve las siguientes certezas (o ideas que funcionaban como tales)

1. 2. 3.

Los debates más tensos/acalorados/ interesantes que puedo reconstruir de ese inicio fueron:

1. 2. 3.

¿Qué elementos/ características debieron ser reajustados en el desarrollo del dispositivo?

¿Qué elementos/ características continuaron a lo largo del desarrollo del dispositivo?

2.- ¿Cómo se llevó adelante un AR, qué pasos implicó? ¿Qué obstáculos y facilitadores identificas en este proceso?

Arma un **diagrama de flujo** de las acciones (incorporando tiempos y recursos necesarios) que implica cada intervención. ES importante que trates de objetivar TODO lo que se hace, aunque algunas acciones parezcan innecesarias (porque están naturalizadas)

Ej.: Recibo pedido de intervención vía llamado al celular:

a- respondo que estoy ocupada; escucho 10 minutos, pacto entrevista en otro horario (pido informe; acuerdo para la tarde; hago hueco en agenda para atender y tener tiempo antes para leer lo que envíen)
b- lectura material, gestiono plataforma (Meet, zoom etc);
c- incluyo ciertos recaudos …. Para eso hago ----
d- acuerdo ---- acciones de mi parte y ---- de parte de quien demanda
e- -------

3.- ¿Articulaste con otres? ¿Qué articulaciones recuperarías y por qué?

Listar las articulaciones que se desarrollaron a lo largo del tiempo; trata de organizarlas según el siguiente esquema:

4.- ¿Qué características tuvo el vínculo o encuentro con les niñes/adolescentes/jóvenes? ¿Qué expresiones, ideas o sentires recibiste por parte de les acompañades?

Caractericen los vínculos establecidos con les niñes/ adolescentes, jóvenes

(5 carteles)

Nombren sentires, expresiones que recibieron de los chicos

(5 carteles)

[Esta sería la que haríamos después distribución y reapropiación]

5.- ¿En qué se acerca o aleja esta experiencia a los propósitos y objetivos generales del establecidos formalmente x el área? ¿En qué aportó al fortalecimiento y constitución de la misma?

¿Qué aporta el AR al programa en general? ¿Qué potencia del Programa el AR?

Anexo II <u>Planificación del Taller de Sistematización del Dispositivo de Acompañamiento Remoto</u>

La herramienta seleccionada para recabar datos es el taller de sistematización grupal dirigido al Equipo Central del Programa de Infancias y Juventudes de la Subsecretaría de SM.

Responde a los tres objetivos específicos que se detallan a continuación.

<u>Objetivos específicos</u>

• Caracterizar los ejes de trabajo desarrollados durante el proceso fundacional del Programa Infancias y Juventudes de la SSM a fin de determinar el marco político donde se desarrolló el dispositivo de Acompañamiento Remoto (AR de ahora en adelante).

• Historizar el dispositivo de AR analizando el lugar que tuvo en el contexto de la pandemia de Covid 19

• Describir la mirada de los participantes del AR, poniendo de relieve la de NNyJ que han transitado por el dispositivo.

Participantes: las ocho compañeras del equipo, una persona externa que colabore coordinando el taller, y otra persona que registre el desarrollo del mismo (notas)

Planificación:

1.- Se acuerda con la persona que coordinará la actividad acerca del objetivo del taller, día y hora propuesta, y los insumos que necesitará para tal fin de modo de gestionarlos y sobre la consigna previa.

2.- Al momento de plantear la propuesta al equipo se plantea que sería oportuno pensar el proceso de AR previamente a la realización del taller, de modo de traer como insumo para la realización del mismo.

3.- Se reserva el espacio físico para realizar la actividad, los insumos de librería para la realización, los recursos tecnológicos para la grabación, y la documentación necesaria como material multimedia.

4.- Se comunica al equipo el día, hora y lugar donde se realizará la actividad.

Inicio:

Se da comienzo explicitando el encuadre del taller y los objetivos. Se propone una técnica que facilite y optimice los tiempos como la circulación de la palabra y el intercambio. Se convoca a una ayudante para que realice los registros y pueda ir como observador participante incorporando datos que faciliten el desarrollo del taller

Desarrollo:

A partir de la tarea previa propuesta nos encontramos a intercambiar, comenzamos por la primera pregunta y recuperamos palabras que resuenan, que coinciden entre sí y aquellas que generan discusión

Sobre los inicios desde lo institucional:

1.- ¿Por qué se decidió iniciara el AR? ¿Cuál fue la consigna para realizarlo? ¿Se modificó la consigna inicial durante el proceso? ¿Cuáles fueron esas modificaciones?

Desde lo personal: ¿Cómo fue la expectativa al inicio del trabajo? ¿Cómo resultó la experiencia luego de transitarla?

2.- ¿Cómo se llevó adelante un AR, qué pasos implicó? ¿Qué obstáculos y facilitadores identificas en este proceso?

3.- ¿Articulaste con otres? ¿Qué articulaciones recuperarías y por qué?

Sobre les pibes

4.- ¿Qué características tuvo el vínculo o encuentro con les niñes/adolescentes/jóvenes? ¿Qué expresiones, ideas o sentires recibiste por parte de les acompañades?

Sobre lo que aportó

5.- ¿En qué se acerca o aleja esta experiencia a los propósitos y objetivos generales del área? ¿En qué aportó al fortalecimiento y constitución de la misma?

Cierre:

Recuperamos las ideas en un papel afiche, palabras e imágenes que ordene términos significativos (se van pegando las palabras) Ubicamos el Ac. Remoto en el centro de modo de ser el punto desde donde dar cuenta de los diversos momentos del AR, y que permitan también historizar otros ejes de trabajo del área.

Esta planificación fue reajustada previamente a ser llevada adelante, con la idea de optimizar los tiempos, para lo cual se preparó un formulario previo al intercambio. Este formulario contiene los ejes de interés, desde los cuales se ordenaron las consignas, teniendo en cuenta una forma de respuesta corta como para facilitar el momento de compartir y socializarlas en el debate.

Anexo III Observaciones Taller de Sistematización del Dispositivo de Acompañamiento Remoto – Programa Infancias y Juventudes – Realizado por Viviana Villa

La observación del Taller fue llevada adelante por una persona externa que colaboró en la tarea. Se le sugirió que registrara lo que creía importante sobre todo en las lecturas de lenguaje corporal, que no podían registrarse mediante la grabación en audio y la dinámica grupal.

A partir de las indicaciones generales, presentación de la coordinación y consigna, en el Taller se observa una rápida predisposición a la escritura. Se registra amplia coincidencia gestual (se asiente con la cabeza, se aprueba con movimientos de manos) al abordar las dudas y certezas con las que se desarrolló el proceso de implementación y adaptación del programa durante los inicios de la pandemia. Estas coincidencias se acentúan sobre todo al referirse a las diferencias entre el acompañamiento remoto y el tratamiento clásico. La mayoría afirma que el acompañamiento remoto es más flexible. Asimismo, se producen manifestaciones de acuerdo al referirse a la accesibilidad. A la cual señalan como tema de preocupación, entendiendo que el foco de preocupación estaba puesto –conforme a los comentarios verbales y expresiones corporales- en las condiciones para la escucha y el resguardo del espacio privado-.

Se observan divididas las posiciones sobre si el equipo "está/estará a la altura" para poder responder frente al contexto, los objetivos de trabajo y la demanda. Aparecen gestos de duda, de reflexión, pero también de desestimación sobre el planteo.

Por otro lado, el interrogante "¿cuál es el límite?", la necesidad de encuadrar y situar parece ser un tema con amplio tratamiento en el interior del equipo y con colegas externos, como así también un planteo que han vivenciado con las familias. En tanto, la definición de que la práctica no es un tratamiento psicológico muestra inquietas a quienes introducen el tema.

En respuesta al interrogante "¿qué es acompañar?" se acentúa mayor preocupación por los límites, no sobre lo metodológico.

La leve tensión percibida se distiende cuando se expresa "cuando te vinculas con el otro genera efecto". El grupo asiente por completo. Esta adhesión generalizada se

registra también frente al enunciado “La situación exigía una respuesta, la presencia del Estado” (aquí -además-la escucha es atenta) y “Lo virtual era viable para los pibes”, “Da accesibilidad”, “facilita el encuentro sin cuerpo”. Corporalmente, se reitera la adhesión al momento de afirmar que había diferentes criterios para comprender la urgencia, de acuerdo a la procedencia de la demanda.

En dos oportunidades toma la palabra la coordinadora (CR) recuperando algunas preguntas que se realizaban al inicio: ¿Cómo vamos a trabajar?, ¿qué repercusión tiene la intervención? Se observa que algunas personas quieren hablar, pero se retraen.

La corresponsabilidad es un tema que las muestra en situación de reclamo, aparecen rostros de los que se interpreta la importancia del mismo, pero en otros de cierta resignación. También, se observan similares reacciones gestuales de pro-reclamo y movilización corporal el tratamiento de los escasos recursos humanos con que cuenta el programa, los criterios de asignación de trabajo en función del salario.

Sobre las articulaciones con el Servicio Local aparecen gestos de desaprobación, disconformidad. En tanto, las al referirse a las articulaciones con Educación y Derechos Humanos se manifiestan sonrisas y gestos de satisfacción/aprobación. Sobre los recursos técnicos, coinciden en que fue una dificultad la utilización de las planillas Excel. Pero, no reparan en eso con mayor ahínco.

Anexo IV - Crónica del taller de sistematización grupal dirigido al Equipo Central del Programa de Infancias y Juventudes de la Subsecretaría de SM.

Lunes 7 de Junio de 9.30 horas a 11.30 hs. Calle 3 y 527.

Llegó el día, hoy vamos a poner a jugar las vivencias, los aprendizajes, la historia de nuestra conformación como equipo. No pensé en los días previos que iba a ser una participante más, lo dejé al costado en mi mente para que no me condicione, y no sé si fue tanto trabajo que tenemos o que realmente logré abstraerme de esta actividad y llegué a hoy sin anticipar nada en mi cabeza. Pensé más en todo lo organizativo, preparar el salón, el agua para el mate, unos budincitos para compartir y en los materiales para que todo salga bien.

Me encantaba la idea de recuperar la experiencia, cuanta intensidad en tan poco tiempo, qué bueno que Pilar se haya copado en coordinar el taller, saber qué es lo que quiero indagar es un plus muy valioso.

Bueno, arrancamos, estoy un poco nerviosa, ¿qué opinarán? ¿Les gustará? ¿Les aportará? ¿Se van a conmover? ¿Coincidirán en la mirada? somos muy distintas a pesar de que tenemos mucha síntesis.

Pilar inicia y me tranquiliza escucharla, sabe claramente hacia donde ir y cómo. Me relajo, encaro mi tarea, evoco esos momentos, iniciales, rebobinando llego a los comienzos. Era muy loco todo, febrero 2020 ese fue mi inicio.

Llenamos el formulario, algunas se detienen, se ve que piensan, ponen cara de revisar en la memoria, de no dejar nada afuera, están como tomadas por esa consigna y escriben con toda la impronta personal, algunas operativas otras contando y relatando con detalle. Termino y veo como vienen algunas todavía les falta, las observo, quieren contarlo, se las ve ansiosas.

Llega el momento de compartir, hay coincidencias en muchos casos nos superponemos, hablamos a la vez, Pilar nos ordena, busca coincidencias, escucha diferencias, en formas de vivenciar, algunas suenan un tanto rígidas y de hecho después se aclaran “no quiero sonar soberbia” dijo una compañera, se ve que se quedó preocupada por lo que dijo, (aunque se entendió su perspectiva por su recorrido)

Salen a la luz tantas incertidumbres, la pandemia, el encuentro en modo virtual, conformarnos como equipo, las situaciones riesgosas, cómo sostener nuestro proyecto en ese contexto, cómo articular, llegar a lxs pibxs, los casos complejos, parecen diez años de trabajo y no uno.

Puedo ver cómo los recuerdos remueven sentires, los pibes volvieron hoy a visitarlas y a recordarles ese vínculo/lazo que entablaron en cada llamada, en cada juego, en cada canción o cuento. Mucha emoción presente al pensar las palabras que ese vínculo les trae y al recuperar las palabras o sentires de les pibes. Estamos todas de pie alrededor de las mesas viendo las palabras, es un cierre hermoso y emotivo, saber que hemos podido transitar esta experiencia y que hemos llegado a pibes que de otra manera no se hubiera podido y que en esos encuentros la diversión, la alegría, el respeto, los juegos y la palabra habían tenido un lugar. Me siento orgullosa de lo construido, de encarnar al Estado

presente en cada situación acompañando, haciendo más tolerable esas realidades, poniendo la escucha, el juego, el dibujo, el momento compartido, el cuidado y la presencia de esas valiosas compañeras en esas citas de juegos, sonrisas, lágrimas y tristezas también, pero acompañando con ternura y remontando juntas y juntos la esperanza.

Anexo V – Descripción del desarrollo del Taller de Sistematización

Desarrollo del Taller

Comenzamos la actividad en el Salón de usos múltiples de la Sede administrativa de la Subsecretaría a las 9.30 horas presentando a la coordinadora Pilar y a Viviana la compañera que iba a realizar el registro escrito. Planteamos el encuadre de la actividad en cuanto a la modalidad, los momentos y las consignas para llevar adelante, así como el horario de cierre acordando las 11.30 horas como final de la actividad.

> *Llegó el día, hoy vamos a poner a jugar las vivencias, los aprendizajes, la historia de nuestra conformación como equipo. No pensé en los días previos que iba a ser una participante más, lo dejé al costado en mi mente para que no me condicione, y no sé si fue tanto trabajo que tenemos o que realmente logré abstraerme de esta actividad y llegué a hoy sin anticipar nada en mi cabeza. Pensé más en todo lo organizativo, preparar el salón, el agua para el mate, unos budincitos para compartir y en los materiales para que todo salga bien (Crónica del Taller)*

Empezamos el taller respondiendo el formulario de manera individual estipulando veinte minutos para realizarlo y luego dar inicio al intercambio, cada una desde su estilo personal, tratando de bucear en la memoria, rastreando allí y evocando, algunas con respuestas más cortas y concretas otras desplegando relatos. La consigna nos transportó cual máquina del tiempo un año y meses atrás, al momento del inicio, tiempos de incertidumbre, pero también tiempos de crecimiento, las escenas, las preocupaciones, las voces, los dibujos, las risas y los llantos de las/los pibas/ pibes vuelven al presente y nos encuentran conmovidas con un registro del tiempo potenciado, parece mucho más extenso de lo que es.

La estructura propuesta se organizó en cinco bloques

1°bloque	**2° bloque**	**3° bloque**	**4° bloque**	**5° bloque**
Dudas	Flujograma de actividades	Articulaciones	Vínculos	Aportes que le hizo el AR al Programa

Certezas			Sentires	Aspectos del Programa que se ven potenciados por el AR
Tensiones				
Reajustes				
Sostiene				