

Artículo

---

# Alojar la urgencia: intervención en la guardia de salud mental

*Hosting the Emergency:  
Intervention in the Mental Health  
Emergency Room*

Dulce María Coloca  
Licenciada en Trabajo Social  
(Universidad de Buenos Aires, Argentina)  
Correo: dulcecoloca@gmail.com

---

## Resumen

El presente trabajo analiza la intervención del trabajo social en la guardia de salud mental en un Hospital General de Agudos ubicado en zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en un contexto de crisis social, económica y sanitaria marcado por la desfinanciación del sistema de salud y la precarización de la vida. A partir de una experiencia en la guardia, se describe el dispositivo como un espacio del padecimiento, atravesado por la inmediatez y la escasez de recursos. Al mismo tiempo, se presenta como escenario de construcción interdisciplinaria en clave de derechos. El análisis se apoya en los aportes de Butler (precariedad), Tronto (ética del cuidado) y Stolkiner (hospitalidad), destacando la práctica profesional como un acto ético-político que sostiene la vida frente a lógicas de mercantilización y fragmentación. Se concluye que, incluso en la urgencia, el trabajo social puede habilitar procesos de subjetivación, restitución simbólica y reorganización del cuidado, construcción de redes y reafirmando su lugar en el campo de la salud mental desde una perspectiva de derechos y justicia social.

## Palabras clave

Guardia, Salud mental, Trabajo social.

.....

## Abstract

This paper analyzes the intervention of social work in the mental health emergency ward of a General Acute Care Hospital located in the southern area of in the City of Buenos Aires, within a context of social, economic, and health crisis marked by the defunding of the healthcare system and the precarization of life. Based on an experience in the ward, the device is described as a space of suffering, traversed by immediacy and scarcity of resources. At the same time, it emerges as a setting for interdisciplinary construction framed by rights. The analysis draws on the contributions of Butler (precarity), Tronto (ethics of care), and Stolkiner (hospitality), highlighting professional practice as an ethical-political act that sustains life in the face of logics of commodification and fragmentation. It concludes that, even in the urgency, Social Work can enable processes of subjectivation, symbolic restitution, reorganization of care, and network-building, reaffirming its place in the field of mental health from a perspective of rights and social justice.

## Keywords

Emergency, Mental health, Social Work.

.....

¿Cómo podemos ayudarte?  
Necesito que me cuiden<sup>1</sup>

## Introducción

El presente trabajo se enmarca en el contexto actual atravesado por una crisis social, económica y sanitaria que se expresa en el vaciamiento de políticas públicas, la desfinanciación del sistema de salud y el deterioro de las condiciones de vida. A ello se le suma el cierre de varias residencias de salud, la reducción de dispositivos y equipos de salud mental así como el deterioro de las condiciones laborales. Todo ello impacta directamente en el funcionamiento cotidiano de los hospitales, en especial en los dispositivos de guardia.

En este escenario, el aumento de la desigualdad y la precarización de la vida convierten a las guardias en espacios de condensación de lo crítico, donde lo clínico, lo social y lo psíquico irrumpen. Al mismo tiempo, las respuestas institucionales se ven tensadas por la inmediatez, la fragmentación y la escasez de recursos.

Este escrito se presenta como un artículo de reflexión teórica basado en una experiencia de intervención realizada durante el año 2025, en el marco de la rotación por la guardia de salud mental correspondiente al tercer año de la residencia en trabajo social en salud, en un Hospital General de Aguados ubicado en zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A partir de esta vivencia, el objetivo del trabajo es articular la práctica profesional con aportes teóricos y éticos-políticos que permitan analizar y reflexionar la intervención desde una perspectiva de derechos y de cuidado.

La urgencia no se concibe como un territorio excluyente de la subjetividad, sino como un espacio en el que, incluso en contextos de inmediatez y desborde, puede habilitar intervenciones que restituyan el lazo social, el reconocimiento y los derechos. En este marco, el trabajo social, desde una ética del cuidado, puede intervenir en ese momento en que la vida cotidiana queda suspendida, alojando trayectorias de vida y habilitando la palabra y el encuentro.

.....

1 Fragmento de entrevista realizada a una paciente en el marco de la guardia (Usuaría, 2025)

Para elaborar el trabajo, se realiza una lectura de la bibliografía específica del campo, y además se incluyen entrevistas y fragmentos de diálogo obtenidos durante la rotación en la guardia. Los nombres de las personas han sido modificados para preservar su identidad y confidencialidad.

La estructura del artículo incluye en primer lugar, una caracterización del dispositivo de guardia. En segundo lugar, se desarrolla el análisis de una intervención específica. Por último, se articula la experiencia con aportes conceptuales y ético-políticos que permiten pensar la práctica del trabajo social en clave de derechos y cuidados.

### La guardia de salud mental como dispositivo: urgencia, cuidado e incumbencias profesionales

La incorporación formal del trabajo social en los equipos de guardia de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires tiene lugar a partir de la Ley 448, sancionada en el año 2000 y reglamentada en 2008. Esta normativa reconoce la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (de ahora en más PSEAC) comprendiendo un abordaje integral e interdisciplinario, en clave de derechos humanos. Desde entonces, los equipos de guardia de salud mental se componen por profesionales de trabajo social, psicología y psiquiatría, quienes intervienen tanto en situaciones de demanda espontánea como en interconsultas y seguimientos de usuarios internados. Esta conformación se replica en el dispositivo donde se desarrolla la experiencia, en ocasiones se incorporan equipos de refuerzo de doce horas integrados por las tres disciplinas mencionadas.

En concordancia, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) reafirma el enfoque de derechos y promueve dispositivos de atención comunitaria, desalentando la lógica manicomial. Asimismo, establece la conformación de equipos interdisciplinarios para abordar problemáticas de salud mental. Por su parte, la Ley Nacional 27.072 (2014), conocida como Ley Federal de Trabajo Social, reconoce y regula el ejercicio profesional en todo el país. Define al trabajo social como una profesión que actúa en el campo de los derechos humanos, las políticas públicas y la intervención en las problemáticas sociales. Esta ley explicita la incumbencia de esta disciplina en el ámbito de la salud, reconociendo su rol en procesos de atención, prevención, promoción y restitución de derechos, en articulación con otros

actores e instituciones de manera intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria.

Este marco normativo establece una concepción de la salud mental que se distancia de la mirada biologicista e individual propia del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2020) centrado exclusivamente en el diagnóstico y tratamiento individual. En cambio, la comprende desde el enfoque de la determinación social de la salud y salud colectiva (Breilh, 2013). Esta perspectiva concibe la salud ligada a las relaciones sociales del sistema de producción y por lo tanto, no puede pensarse únicamente como ausencia de enfermedad, sino en relación a las diversas esferas de la vida cotidiana.

En lo que respecta al efector donde se desarrolló esta experiencia, la guardia comienza con un pase entre el equipo saliente y el entrante. En ese momento se transmite información sobre usuaries internades, derivaciones en curso e interconsultas recientes, particularmente con el servicio de pediatría y salud mental frente a casos de descompensación, violencia, negligencia o sospecha de abuso y maltrato infantil.

Las urgencias que ingresan por demanda espontánea son diversas, tales como intentos autolíticos, descompensaciones de cuadros de base, consumo problemático, crisis vitales en contextos de vulnerabilidad, situación de calle, consultas por tratamiento de salud mental, entre otras. Frente a ellas, el trabajo interdisciplinario permite valorar la situación, contener y alojar verbalmente, así como planificar estrategias de intervención que pueden concluir con una internación, la articulación con otros dispositivos y/o derivación para un tratamiento ambulatorio.

En este marco, la guardia hospitalaria se configura como un dispositivo en el que confluyen la urgencia, la crisis y la vulnerabilidad. Su carácter inmediato no impide que en su interior se tramiten procesos profundamente subjetivos. De este modo, no se limita solo a tratar el síntoma o la demanda, sino que busca interrogar el sentido del padecimiento. En esa dirección, la urgencia es una puerta de entrada a lo subjetivo, a lo vincular y a la posibilidad de alojar.

Para ello, resulta imprescindible destacar el carácter interdisciplinario del abordaje. Tal como señala Bruni (2025), la interdisciplina no ha sido una tarea sencilla, debido a que históricamente la urgencia hospitalaria ha sido concebida como una respuesta frente a problemáticas predominantemente físicas. Sin embargo, la sanción de las legislaciones mencionadas en

materia de salud mental y la irrupción de problemáticas sociales complejas pusieron en cuestión los modelos tradicionales de atención en salud, evidenciando su insuficiencia para dar respuesta a padecimientos que articulan dimensiones subjetivas, sociales e institucionales.

En este escenario, la toma de decisiones con otros y la construcción colectiva se vuelven necesarias, particularmente cuando el tiempo se presenta como un eje clave en la intervención. En esta línea, Alfonso et al. (2017) mencionan en su escrito la importancia de la interdisciplina ante dispositivos donde irrumpe el sujeto real, un sujeto que accede a las instituciones con derechos vulnerados que se manifiestan como padecimientos subjetivos heterogéneos.

Desde allí, la autora resalta la necesidad de “superar la fragmentación disciplinar y comprender al sujeto no como dividido, sino como parte de un proceso dinámico de integración de múltiples sistemas y subsistemas”. (Alfonso et al., 2017, p. 5).

Lejos de renunciar al propio campo, la interdisciplina habilita un pensamiento colectivo y una desterritorialización de lo disciplinar, entendida como una ruptura que permite abrir nuevos sentidos y reconocer los límites. En este sentido, Bruni (2025) señala que los profesionales destacan como una de las características de la intervención en urgencias la necesidad de construir respuestas profesionales con otros, remitiendo a lo interdisciplinar. De este modo, “lo interdisciplinar como estrategia metodológica irrumpe en la organización de la atención-cuidado en urgencias y en las formas de concebir la salud mental para las profesiones que allí comparten el trabajo”. (Bruni, 2025, p. 95).

En este marco, el trabajo social interviene desde una perspectiva situada, que contempla el contexto, la trayectoria de vida, las redes sociofamiliares, la articulación con instituciones y las posibles estrategias en conjunto con el equipo. A la vez que interpela a las condiciones reales del cuidado y de derechos, aportando una mirada integral que recupera los aspectos vinculados, territoriales y contextuales de las personas que se acercan.

La guardia, por lo tanto, demanda una práctica atenta a lo singular, pero al mismo tiempo, inserta en un contexto de desamparo y vulnerabilidad frente a los recursos institucionales y políticos que atraviesan la vida cotidiana y las instituciones.

Esto es trabajado por autores, en esta línea, Madeira et al. (2011) señalan:

En un contexto de fragmentación social, nos encontramos diariamente con situaciones donde los lazos sociales se encuentran debilitados o destruidos. Intervenir en problemáticas complejas atendiendo lo emergente en una situación de urgencia implica cierto grado de inmediatez y conlleva a involucrarse en un proceso continuo de reflexión de las propias prácticas y de afianzamiento del trabajo con otros profesionales de la salud (p. 1).

En este sentido, el desafío cotidiano es construir intervenciones que se enmarquen en tiempos de urgencia, capaces de alojar las múltiples demandas en simultáneo sin renunciar a la escucha ni a la posibilidad de producir prácticas subjetivantes.

A esta complejidad, se suma un contexto político que privilegia las estadísticas y valora la brevedad de las intervenciones como sinónimo de eficiencia, como si todas las situaciones fueran homogéneas. Frente a ello, los equipos continúan apostando por intervenciones que prioricen la calidad y la singularidad.

Esta tensión ha sido analizada por Stolkiner (2013) quien describe los procesos de mercantilización de la salud que promueven un ideario donde el lenguaje economicista y la lógica costo/efectividad reducen el trabajo en salud a tareas protocolizadas, olvidando que las consultas son también un espacio para producir prácticas saludables.

Estas lógicas también inciden en las maneras en que se vive y gestiona el tiempo dentro de la guardia. Este tiempo se ve tensionado por la propia dinámica del dispositivo, la urgencia impone ritmos que no siempre son compatibles con las necesidades subjetivas de quienes consultan. En este sentido, el tiempo en la guardia resulta paradójico. Si bien se requiere celeridad, también es necesario disponer del tiempo suficiente para entrevistar, registrar y articular intervenciones adecuadas.

En esta línea Sotelo & Belaga expresan:

Otro aspecto singular de relevancia será la relación particular entre la urgencia y la temporalidad. Es frecuente el pedido a los profesionales de concluirla con prisa, demanda que proviene del paciente, la familia, los

juzgados, la sociedad (...) Además sostiene que es necesario que le profesional introduzca una pausa para decidir la particularidad de esa urgencia y la estrategia a seguir (2008, p. 3).

De allí que la tarea implique sostener un equilibrio entre la inmediatez y la necesidad de introducir pausas que singularicen cada situación.

Además de la dimensión temporal, otro eje central para pensar las prácticas en la urgencia es el cuidado, entendido no sólo como práctica sino como una posición ética y política. Tronto (2020) desarrolla el concepto de ética del cuidado para dar cuenta de una práctica situada, que implica atender las necesidades de las personas reconociendo su vulnerabilidad, pero también su agencia. Esta ética se opone a las lógicas neoliberales que individualizan el sufrimiento y responsabilizan a los sujetos por su malestar. En cambio, propone pensar el cuidado como derecho, como forma de justicia social y como práctica política capaz de habilitar vínculos, sostener la vida y restaurar dignidades vulneradas.

Desde esta perspectiva, el cuidado no puede recaer exclusivamente en las familias lo que configuraría un cuidado familiarizante. Sin embargo, ante la ausencia de políticas públicas integrales, son las familias, las redes y los tejidos comunitarios quienes se convierten en actores fundamentales al momento de organizarlo. En la práctica cotidiana, esto implica que, aún en situaciones de desborde, se busque acordar cuidados y habilitar la agencia de las personas y familias sobre su propio PSEAC.

El concepto de cuidado adquiere así una centralidad ética y política en la práctica profesional, es una responsabilidad colectiva, histórica y social. En esta línea se presenta el relato de la situación, donde el cuidado aparece como eje emergente junto con el impacto en la autonomía dentro del PSEAC.

### La pausa en la urgencia

A modo de ejemplo situado, se presenta a continuación un relato de intervención en la guardia, en el que se hacen visibles las tensiones entre urgencia, cuidado y autonomía en los PSEAC. El mismo se expone de esta manera con el fin de posibilitar la cercanía al lector.

Durante el pase de guardia, se informa la situación de un paciente internado el día anterior por presentar lesiones autolíticas, correspondientes

a un intento de suicidio. Hasta ese momento, lo que sabíamos era: autolección, internación por salud mental, varón de 75 años y un diagnóstico que nombraba la urgencia.

Ingresamos a la sala, en una de las camas estaba Pedro. Su cuerpo se presentaba antes que su voz, con tono apagado y una fragilidad evidente mostraban su situación. Apenas se lo escuchaba hablar y junto a su respiración se evidenciaba la presencia de un diagnóstico pulmonar. La entrevista comienza con una simple pregunta, “¿Cuántos años tenés?, Setenta y cinco”, respondió. (Pedro, entrevista, mayo 2025)

De a poco, Pedro fue narrando su historia a partir de las preguntas que le fuimos haciendo para conocer su trayectoria de vida. Su mujer trabaja para sobre(vivir) ya que no cuentan con otros ingresos, no presentan cobertura de salud ni prestaciones económicas/sociales.

“La conquisté por la comida”, (Pedro, entrevista, mayo 2025) interrumpe sonriendo, y por un momento algo de ternura irrumpe en la escena. Nos cuenta que ella está siempre con él, y que su hijo, aunque no convive, los visita los fines de semana.

Hace un año le diagnosticaron cáncer de colon, fue operado y pudo recuperarse. Agradece a la salud pública: “Me salvó” (Pedro, entrevista, mayo 2025). Pero unos meses más tarde, comenzó con episodios de falta de aire lo que indicaba un nuevo diagnóstico, en este caso pulmonar. Fue entonces cuando, junto con su mirada, nos dice: “Mi mundo se cayó”. (Pedro, entrevista, mayo 2025)

El cuerpo real -ese cuerpo concreto, visible, deteriorado- irrumpía fragmentando la imagen de sí mismo que Pedro sostenía hasta hace poco. No se trataba sólo del cuerpo físico, era también el cuerpo como soporte simbólico y real de su autonomía y de su identidad. Ese cuerpo que le permitía caminar, respirar sin esfuerzo, sostener su cotidiano, ahora se le presentaba como límite. El cuerpo que tenía y que creía tener ya no era el mismo, modificando lo anatómico y también la manera de habitarlo.

Comienzan a marcarse los signos del padecimiento: la pérdida de peso, la dificultad para caminar, la dependencia del otro, entre otros. “La cabeza no paraba de pensar” (Pedro, entrevista mayo 2025). El tiempo libre, muchas veces asociado al ocio o disfrute, para él se volvió un espacio de angustia y de pensamientos intrusivos. En ese contexto, al visualizar el can-

sancio de su mujer producto de ser sostén del hogar, comenzó a pensarse como una carga.

Recuerda su vida en su país de origen. Con una sonrisa, nos cuenta evoca recuerdos de su infancia y nos reímos.

La situación narrada no se limita a ilustrar un caso clínico, sino que habilita pensar las tensiones entre cuerpo, autonomía y cuidado en el marco de los PSEAC y abre paso al análisis de la escucha como dimensión central de la práctica profesional.

### Práctica profesional, subjetividad y escucha

La situación de Pedro permite recuperar la entrevista como eje central de la intervención del trabajo social en la guardia, concebida como un espacio de cuidado y hospitalidad. Allí se ponen en juego la escucha, la reconstrucción de la trayectoria de salud, familiar y laboral y las redes que atraviesan la vida cotidiana. En un contexto donde predomina lo inmediato, habilitar un tiempo para la palabra es, en sí mismo, un acto transformador.

La vejez, la migración, la enfermedad, el deterioro, la autonomía y el cuidado se entrecruzan haciendo visible una categoría trabajada por Butler (2019), la precariedad. Este concepto constituye una condición inherente al hecho de vivir en sociedad, a la que cualquier persona puede verse expuesta. Sin embargo, esa precariedad no se distribuye de manera homogénea, sino que se expresa diferencialmente, configurando una vulnerabilidad sistémica, inequitativa y políticamente producida e inducida. Asimismo, la interseccionalidad (género, etnia, raza, edad, migración, salud-enfermedad) profundiza estas desigualdades.

En este marco, la entrevista se convierte en un espacio donde el sufrimiento deja de ser ruido para transformarse en relato, en una puesta en palabras, que habilita la construcción de estrategias de intervención en el marco de su PSEAC. Emerson Merhy (2006) sostiene que el trabajo en salud produce actos en salud constituidos por una dimensión disciplinar y una dimensión cuidadora. Esta última no es específica de una disciplina, sino que “busca producir procesos del habla y de la escucha, relaciones intercesoras con el mundo subjetivo del usuario, posicionamientos éticos, etc.” (como se citó en Stolkiner, 2013. p. 71). En este sentido, habilitar la

palabra en escenarios de urgencia amalgama saberes profesionales con la dimensión cuidadora y ética del encuentro.

De este modo, la escucha adquiere centralidad en la práctica profesional, entendida como una práctica propia del trabajo social orientada a reconstruir la historia social del sujeto en su contexto. El objetivo es colectivizar las demandas, visibilizar los procesos estructurales que las producen y desde allí pensar estrategias garantizando sus derechos. En palabras de Stolkiner (2013):

Singularizar no implica negar las determinaciones genéricas, y escuchar no implica borrar en ello la dimensión científico-profesional, sino amalgamar a cada situación única. Sería una posición de ‘bucolismo antimédico’ pretender escuchar sin ningún marco científico-disciplinar de algún orden (...) En salud es imposible no intervenir, se lo hace hasta por omisión. Entonces el desafío es el “cómo” intervenir. Cómo lograr prácticas donde se entrecrucen saberes y discursos, y en las que se encuentre como núcleo la potencia de la vida (p. 75).

Por su parte, Bruni (2025) señala que “la escucha en la urgencia permitiría dar lugar a la perspectiva de los usuarios afectados y a sus lazos sociales, producidas en y desde sus condiciones históricas y materiales de vida, como las históricas relaciones con las instituciones de asistencia” (Bruni, 2025, p. 89). En este sentido, el autor destaca que la intervención del trabajo social en la guardia forma parte de un proceso más amplio que

Aporta al espacio de la guardia una perspectiva social, integrativa y de derechos humanos sobre la población usuaria; a comprender e intervenir en las brechas comunicativas entre los médicos y usuarios; y a oficiar de articulador intra e interinstitucional (...) introdujo la perspectiva de determinantes y condicionantes sociales en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado como una posición ético-política tanto en lo asistencias como en la organización institucional (Bruni, 2025:88).

Desde esta lectura, se parte de comprender que la escucha en la urgencia constituye una de las vías principales para vehicular lo mencionado. De este modo, permite reconstruir la historia vital, singularizar y subjetivizar.

Por ello, en la situación presentada se recuperan los lugares que habitó, que transita, sus deseos, intereses y su historia.

Escuchar, desde esta perspectiva, implica un acto de hospitalidad. Para Stolkiner (2013) la hospitalidad “es el núcleo irreductible a cualquier posibilidad de mercantilización que puede acontecer en cada acto de salud” (p. 73). Esta práctica recupera no sólo la subjetividad de quien recibe asistencia, sino también la de quien la brinda y se afirma como un compromiso y acto clínico-político. En el caso de Pedro, alojar su relato formulando preguntas interpelaron también nuestras propias certezas, abriendo un espacio donde la subjetividad se volvió un campo de intervención. Intervenir así supone reconocer al sujeto más allá del síntoma, del acto, de la vulnerabilidad o de la urgencia, tensionando las respuestas estandarizadas que el sistema intenta ofrecer. Tal como plantea Bruni (2025), retomando aportes de Galende, en situaciones de desborde subjetivo se vuelve necesaria la presencia de un otro institucional y/o profesional que opere como sostén, es decir, un otro que haga de lazo frente al desamparo.

La experiencia con Pedro mostró que el cuidado no se limita a la atención en el momento de la urgencia, sino que remite a condiciones sociales más amplias. En este sentido, se vuelve necesario situar la práctica en el marco de la crisis actual de los cuidados, entendida como el desequilibrio entre quienes requieren cuidados y quienes están disponibles para proveerlos. Tal crisis se expresa en tres dimensiones: una material, vinculada a las actividades concretas y el tiempo; una económica, relativa a los costos directos e indirectos que implica asumir el cuidado; y una afectiva, asociada a los vínculos y a la gestión emocional que demanda la tarea (Batthyány, 2020). En concordancia con ello, el informe *Vidas Arrasadas* del CELS (2008) señala que entre el 60% y 90% de las personas internadas en instituciones permanecen allí debido a la falta de servicios y apoyos comunitarios adecuados al momento de la externación.

En la práctica, el Estado asigna la responsabilidad a las familias y solo interviene de manera subsidiaria, reforzando el sesgo familiarista del régimen de cuidados. Este modelo traslada la carga a los hogares, principalmente a las mujeres y deja en evidencia la insuficiencia de los dispositivos estatales destinados a la vejez. Si bien existen instituciones y programas estos suelen estar saturados, con criterios de admisión que excluyen a quienes presentan ciertos problemas de salud o que no contemplan la singularidad

de cada caso. De este modo, la ausencia de políticas integrales de cuidado profundiza la vulnerabilidad y desprotección de quienes transitan la vejez. Este cuidado familiarizante refuerza desigualdades y reproduce la precariedad en la vejez.

Cuando las familias no pueden asumir los cuidados ni acceder a su mercantilización, el acompañamiento se vuelve aún más complejo. La imposibilidad de garantizar el cuidado como un derecho y responsabilidad del Estado deja a muchas personas en un estado de mayor precariedad. Frente a la ausencia de políticas, el trabajo social acompaña, aloja y articula con otras instituciones en la búsqueda de esa reorganización del cuidado, reafirmando su centralidad como garante de derechos.

### Reflexiones finales

Pedro es un ejemplo de las muchas situaciones que llegan a la guardia. Cada vez se presentan más cuadros de angustia, pánico e intentos de suicidio en personas expuestas a la vulnerabilidad y precariedad del contexto. La experiencia relatada permite visibilizar las incumbencias del trabajo social en escenarios marcados por la urgencia, desde una perspectiva de derechos y de ética del cuidado. Aún en la brevedad del encuentro, la entrevista puede ser un lugar de restitución simbólica, de escucha y de habilitación de subjetividad. Frente a instituciones fragmentadas y desfinanciadas, la práctica profesional se afirma como gesto ético-político.

En este sentido, es importante destacar la labor de profesiones con lógicas de intervención diferentes a las hegemónicas, que acompañan los PSEAC desde un abordaje integral, complejo y de derechos de las personas que acceden al sistema público de salud, pudiendo alojar el padecer subjetivo en un entramado social, aunque hay mucho recorrido por continuar fortaleciendo.

La guardia, entendida no solo como espacio de atención inmediata sino como suspensión del tiempo cotidiano, habilita la irrupción de la palabra, la recuperación de la historia y un cauce posible al padecimiento. El trabajo social, en ese punto, se vuelve imprescindible para producir ello, alojando lo agudo como punto de inflexión en trayectorias atravesadas por la cronificación y enmarcadas en la determinación social, reconociendo a la persona como portador de derecho. Asimismo, propicia un espacio de

cuidado y andamiaje que reconoce la autonomía y dependencia; la agencia y la organización familiar.

Para quienes venimos del trabajo territorial en centros de salud, este tipo de intervención se nos presenta como un desafío, porque el acompañamiento tiene un inicio y fin por parte nuestra, para ser continuada por otro equipo. Sin embargo, resulta interesante visualizar cómo la urgencia puede ser un lugar de escucha porque incluso en el límite, en la inmediatez, se puede construir un lazo.

En un contexto donde los sufrimientos se anestesian y medicalizan para evitar sentirlos y sostener la productividad, mientras se profundiza la individualización del padecimiento y la mercantilización de la vida cotidiana, habilitar intervenciones que alojan, escuchan, acompañan y colectivizan se presenta como el horizonte para continuar trabajando desde una ética del cuidado y de derechos humanos.

La urgencia no borra la historia, puede ser el punto de entrada para transmitir y recorrer. A medida que se le ofrece espacio para hablar, emerge una historia de vínculos, de pérdidas y de resistencias. Pedro rememora su infancia, su amor por la lectura, su trabajo como chofer, y su agradecimiento al sistema de salud que le permitió operarse. La entrevista no solo aporta datos: permite alojar su dolor, transformarlo en relato y reducir -algo de- la angustia. A partir de ello pensar estrategias y organización del cuidado, sin perder de vista que es una problemática colectiva y responsabilidad del Estado.

## Referencias bibliográficas

Alfonso, Dolores, Bruni, Martín y Engelmann, Anni. (2017). Perspectiva integral en el abordaje de urgencias de salud mental. En *Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones*, Tandil.

Batthyány, Karina (Coord.). (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. CLACSO; Siglo XXI Editores.

Breilh, Jaime. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 13–27.

Bruni, Martín. (2025). *Trabajo social en guardia de hospitales generales de CABA: Análisis del ejercicio y estrategia profesional en salud mental para la valoración del riesgo cierto*

*e inminente en el período 2008–2024* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria, Maestría en Salud Mental Comunitaria.

Butler, Judith. (2019). *Cuerpos aliados y lucha política: Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Paidós.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2008). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* (1.ª ed.). Siglo XXI Editores. <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/2008-CELS-Vidas-arrasadas.pdf>

Madeira, Sandra, Vecchio, María Laura, Grondona, Claudia, Ismach, Sanda y Riqué, Dolores. (2011). El trabajo social en los servicios de urgencia: Una experiencia en el Hospital P. Piñero. *Debate Público. Reflexiones de Trabajo Social*, (1), 1–13. <https://revistas.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/335>

Menéndez, Eduardo. (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

Merhy, Emerson Elías. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.

Sotelo, María Inés y Belaga, Guillermo. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia: Investigación en el Hospital Central de San Isidro. *Revista de Investigaciones de la UBA*.

Stolkiner, Alicia. (2013). ¿Qué es escuchar un niño?: Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud. En Gabriela Dueñas, Eugenia Kahansky y Roxana Silver (Comps.), *La patologización de la infancia (III): Problemas e intervenciones en las aulas* (pp. 71–84). Noveduc.

Tronto, Joan. (1987). Más allá de la diferencia de género: Hacia una teoría del cuidado. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 12.

Tronto, Joan (2020). *¿Riesgo o cuidado?* (Amalia Blanco, Trad.) Fundación Medifé Edita.

## Normativas

Ley 448 de 2000. Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/8111>

Ley 26.657 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley 27.072 de 2014. Ley Federal del Trabajo Social. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854>

Recibido: 28/08/2025

Aceptado: 20/02/2026