

# PRAXIS EN SALUD MENTAL

## ABORDAJES Y PROCESOS DE CUIDADO

UNIVERSIDAD NACIONAL  
UN  
La.  
DE LANIUS

COMPILADORES  
**ALEJANDRO D. WILNER**  
**FLAVIA TORRICELLI**

# **PRAXIS EN SALUD MENTAL: ABORDAJES Y PROCESOS DE CUIDADO**



# AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS

## Rector

Mtro. Daniel Bozzani

## Vicerrector

Prof. Georgina Hernández

## Directora del Departamento de Salud Comunitaria

Lic. María Elena Boschi



Centro de  
Salud Mental Comunitaria  
"Mauricio Goldenberg"  
Departamento de Salud Comunitaria

Wilner, Alejandro D

Praxis en salud mental. Abordaje y procesos de cuidado / Alejandro D Wilner ; Flavia Torricelli.

1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2023.

Libro digital, DOC

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-42-1

1. Salud Mental. 2. Atención a la Salud Mental. 3. Cuidado de la Salud.

I. Torricelli, Flavia II. Título

CDD 378

# **PRAXIS EN SALUD MENTAL ABORDAJES Y PROCESOS DE CUIDADO**

## **Compiladores**

Alejandro Wilner

Flavia Torricelli



Impreso en Argentina

Queda hecho el depósito de la Ley 11.723

Prohibida su reproducción sin la expresa autorización por escrito.

© Los autores.

© Ediciones UNLa

29 de Septiembre 3901

1826 Remedios de Escalada, Lanús,

Provincia de Buenos Aires, Argentina.

(5411) 5533 5600 Int. 5124 / 2126

[publicaciones@unla.edu.ar](mailto:publicaciones@unla.edu.ar)

[www.unla.edu.ar](http://www.unla.edu.ar)

## **TAPA - MARTÍN CANDIA**

(autor de la pintura de tapa s/t)

Centro Educativo y Cultural para Personas con Discapacidad **Cre-Arte**  
Bariloche, Argentina.

**Cre-Arte** desarrolla actividades educativas no formales para personas con discapacidad. El Centro -a través de la educación artística- permite el desarrollo de sujetos con herramientas para la comunicación, la participación social y el desarrollo de una vida digna y autodeterminada. Al tiempo que genera estrategias de promoción comunitaria, visibilizando el potencial y la necesaria conciencia social de las diferencias y las desigualdades. Los aspectos formativos del arte son concebidos, desde una apuesta a desentrañar y reconstruir una estética política del colectivo de personas con discapacidad. Construcciones que expresan y magnifican capacidades favoreciendo la inclusión social y laboral sobre la base de una equidad de oportunidades.





<b>INTRODUCCIÓN</b>	13
<b>CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA</b>	18
<b>Autora principal:</b> Alicia Stolkiner. <b>Co-autora:</b> Melina Rosales	
<b>1. Concepciones, ideas y modelos de atención en salud</b>	19
1.1. Orígenes de las definiciones	20
1.2. Primeros emergentes de la medicina social	21
1.3. La definición de salud de la OMS y la estrategia de Atención Primaria de la Salud	
1.4. La “historia natural de la enfermedad” y el preventivismo	26
<b>2. Modelo asilar manicomial y las propuestas de reforma o transformación</b>	31
2.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental?	31
2.2. El modelo asilar manicomial: orígenes e irradiaciones, institución total y estigma	32
2.3. El nacimiento de las políticas en salud mental: reformas y transformaciones, Atención Primaria de la Salud y Salud Mental, modelo social comunitario con enfoque de derechos	34
<b>3. Ley Nacional de Salud Mental</b>	38
3.1. Proceso de gestación de la Ley Nacional de Salud Mental	41
3.2. Elementos centrales de la Ley Nacional de Salud Mental y su reglamentación	41
3.3. Instancias creadas por la Ley para el respeto y salvaguarda de derechos	44
3.4. Evolución y proceso de implementación: avances y propuestas	45
<b>CAPÍTULO II. ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE COMUNITARIO DE LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL</b>	57
<b>Autoras:</b> Carla Pierrri y Brenda Riveros	
<b>1. Conceptos fundamentales para repensar y transformar las prácticas en salud mental</b>	57
1.1. Una filiación de salud comunitaria ¿De dónde venimos y con qué contamos?	58

1.2. Abordaje comunitario en la Ley Nacional de Salud Mental	58
1.3. Instituciones y organizaciones en la reinención de la rein- vención de la institución	60
1.4. Estrategia, intervención, enfoque comunitario	62
1.5. Campo de prácticas en salud mental	63
1.6. Atención Primaria de la Salud (APS) y salud mental	66
1.7. Transformar las prácticas en contexto: la institución, las condiciones materiales para la transformación y el escenario de la intervención	67
<b>2. Dimensiones del abordaje comunitario: comunidad como sujeto activo, participación y redes</b>	<b>71</b>
2.1. Comunidad: definiciones y redefiniciones a lo largo del tiempo	71
2.2. Políticas públicas y abordajes comunitarios	73
2.3. La comunidad para la psicología social comunitaria	75
2.4. Comunidad y territorio	75
2.5. Salud mental comunitaria	77
2.6. Participación social y participación en salud	78
2.7. Redes socio-comunitarias e interinstitucionales	83
<b>3. Buenas prácticas en los abordajes comunitarios en salud mental</b>	<b>85</b>
3.1. Conceptualización de buenas prácticas	86
3.2. Experiencias de abordaje comunitario de problemáticas de salud mental	86
<b>CAPÍTULO III. ABORDAJES TRANSVERSALES DE SALUD MENTAL A LO LARGO DE LA VIDA</b>	<b>98</b>
<b>PARTE 1. INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS</b>	<b>99</b>
<b>Autora y autor principales:</b> Alejandra Barcala y Leandro Luciani Conde	
<b>Co-autoras:</b> Marcela Parra y Marcela D´Angelo	
<b>1. Conceptualizaciones y derechos en la niñez</b>	<b>99</b>
1.1. Los mitos modernos sobre la infancia	99
1.2. Participación de las niñeces en escenarios de vida cotidiana	107

1.3. Las muñecas y el juego	111
<b>2. La situación de las infancias y las instituciones de salud mental para NNyA</b>	113
2.1. Niñas, niños y adolescentes con intenso sufrimiento psíquico y vulnerabilidad social	114
2.2. Infancias y adolescencias y la diversidad de género en una sociedad patriarcal y heteronormativa	116
2.3. Institucionalización por razones de salud mental en la niñez y adolescencia	121
2.4. Institucionalización por razones de salud mental en la niñez y adolescencia	124
<b>3. ¿Qué es salud mental para las infancias y adolescencias? Infancias y adolescencias hablando de salud mental en primera persona</b>	133
3.1. Prácticas en salud mental destinadas a la niñez centradas en el enfoque de derechos y los cuidados	136
<b>4. Reflexiones finales</b>	147
<b>PARTE 2. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES Y LOS PROCESOS DE ENVEJECIMIENTO</b>	159
<b>Autora:</b> Silvia Molina	
<b>1. El envejecimiento poblacional</b>	161
<b>2. Se envejece como se ha vivido</b>	164
<b>3. El otro es otro desde la ética no desde las representaciones</b>	167
3.1. Algunos datos sobre el consumo	169
<b>4. Los trastornos cognitivos, el gran capítulo de los padecimientos en la vejez</b>	170
<b>5. La comunidad: espacio de alternativa y resistencia</b>	172
<b>6. Nuestra experiencia en la comunidad</b>	173
6.1. Residencia de larga estadía	175

## **CAPÍTULO IV: ABORDAJES DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS** 179

**Autora principal:** Luciana Rubel.

**Co-autora y co-autores:** Leandro Sabatini, Milena López Bouscayrol y Matías Segatorri

<b>1. Conceptualización y problematización de los consumos</b>	180
<b>2. Principales paradigmas en los abordajes de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas</b>	185
2.1. Prohibicionismo-abstencionismo	186
2.2. Reducción de riesgos y daños	188
<b>3. Tensiones entre los marcos normativos vigentes en materia de drogas</b>	191
<b>4. Estigma, criminalización y medicalización</b>	195
4.1. La medicalización de la otredad	196
4.2. Adicción, dependencia y consumos problemáticos, ¿es lo mismo?	198
4.3. ¿Un problema de salud pública?	200
4.4. ¿Un problema de seguridad nacional?	201
4.5. Geopolítica y drogas. Racismo, criminalización y control social	202
<b>5. Aportes de la perspectiva interseccional para repensar los usos de drogas</b>	204
<b>6. Abordajes para y con personas usuarias de drogas en el territorio nacional</b>	206
6.1. Comunidades terapéuticas	208
6.2. Doce pasos y grupos de autoayuda	209
6.3. Matriz religiosa	210
6.4. Internaciones en hospitales generales y en hospitales especializados en salud mental y/o consumos problemáticos	210
6.5. Hospitales de día, hospitales de noche y centros de día	211
6.6. Abordajes comunitarios en el primer nivel de atención y estrategias territoriales	211
<b>7. Cuestionando la especialización. Aportes para una propuesta integral de cuidados</b>	214

**CAPÍTULO V. DES/ INSTITUCIONALIZACIÓN: PROCESOS DE EXTERNACIÓN, DISPOSITIVOS INTERMEDIOS Y DE PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA** 228

**Autora principal:** Silvia Faraone.

**Co-autoras:** Ana Silvia Valero y Flavia Torricelli

**1. Antecedentes históricos de des/ institucionalización: el reconocimiento de una nueva identidad en salud mental** 231

1.1. La irrupción de modalidades alternativas en el orden psiquiátrico hegemónico 234

1.2. La idea de una psiquiatría sin manicomios 238

**2. Los avances en experiencias des/ institucionalizadoras previas a la ley 26.657** 242

2.1. La Dirección Nacional de Salud Mental 242

2.2. La desmanicomialización en Río Negro 244

2.3. La sustitución de lógicas manicomiales en la provincia de Santa Fe 248

**3. Algunos dispositivos de des/ institucionalización en el contexto de la ley nacional de salud mental** 254

3.1. Algunos hitos de la Ley 26.657 que destacamos para el desarrollo de procesos des/ institucionalizadores 255

3.2. Experiencias comunitarias con personas con largos períodos de internación 256

3.3. La política de desinstitucionalización en la Provincia de Buenos Aires 260

3.4. Sociedad civil y procesos desinstitucionalizadores en la Provincia de Buenos Aires 265

**4. A modo de cierre y apertura** 268

**CAPÍTULO VI. PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD MENTAL** 280

**Autor principal:** Alejandro Wilner.

**Co-autoras y co-autor:** María Eugenia Tablar, Sebastián Murua y Cecilia Ros

**1. La gestión en salud mental** 282

1.1. Gestión y capacidades de intervención en la complejidad social	282
1.2. Gestión, poder y pensamiento estratégico	289
1.3. Modelos de gestión, de atención y de financiamiento.	293
<b>2. La planificación como momento de la gestión en salud mental</b>	296
2.1. La planificación estratégica y la definición de los problemas	296
<b>3. Tensiones entre la epidemiología y la salud mental. Caracterización de los problemas desde la lógica poblacional</b>	310
3.1. Los problemas desde la perspectiva epidemiológica	311
<b>4. Herramientas de programación, monitoreo y evaluación en el campo de la salud mental</b>	319
4.1. Herramientas de programación para el abordaje de los problemas.	319
4.2. La evaluación como momento del proceso de gestión	327
<b>5. Monitoreo de las intervenciones</b>	334
<b>BIODATAS AUTORES</b>	344

# PRAXIS EN SALUD MENTAL: ABORDAJES Y PROCESOS DE CUIDADO

## PROLOGO

El nacimiento de este libro se gestó -entre los años 2022 y 2023- en el marco del convenio establecido entre el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y el Ministerio de Salud de la Nación para la formulación e implementación de la Diplomatura Superior Universitaria en Salud Mental Comunitaria (desarrollada entre septiembre de 2023 y mayo de 2024). En este contexto, el objetivo de esta publicación consiste en compartir un material de transmisión de conceptos básicos sobre el campo de la salud mental y un elemento de consulta en el marco de un programa de aprendizaje desarrollado a partir de lecturas críticas de la realidad.

Como punto de partida de este debate, nos referimos entonces al campo de la salud mental como un espacio social en el que diferentes actores se implican en la comprensión, conceptualización, operacionalización y abordajes de “[...] procesos subjetivos en el terreno de la vida social y cultural de las personas [...]” (Galende, 2008)<sup>1</sup> así como de los colectivos. En este sentido, este es un campo multiactorial en el que diferentes disciplinas, profesiones, usuarias y usuarios, familiares y ciudadanas y ciudadanos, interactúan para producir saberes, comprensiones, abordajes que promueven los derechos de las personas con padecimientos psicosociales a la vez que se procura generar elucidaciones críticas acerca de los procesos de determinación y condicionamiento que hacen a las situaciones problemáticas de la salud integral donde la salud mental es una de las dimensiones en juego.

A lo largo de este texto, nos referiremos a la Salud Mental Comunitaria, también como un campo donde la inclusión, la participación activa y el debate entre actores son la norma. Este concepto -tal como se desarrolla en el capítulo I- está significado a partir de una trayectoria histórica, donde diferentes acontecimientos fueron construyendo el campo y su institución actual, tanto a nivel mundial, regional, nacional y local. Como parte de esa construcción, la sanción de la Ley

---

1 Galende E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. 1° edición. Buenos Aires: Editorial Lugar

Nacional N° 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental” constituye un hito que promueve la perspectiva de derechos a la vez que concibe la salud mental como comunitaria; es decir, basada en el territorio, en el marco de la atención primaria de la salud, de la interdisciplina, de la participación de usuarias y usuarios y familiares, así como de una construcción conjunta entre el Estado y la sociedad civil y de la protección y la promoción de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental.

Es esta Ley la que define que el modelo de atención debe tener una triple transición: del hospital psiquiátrico (monovalente) al despliegue de diversos abordajes multidimensionales y multiactorales en el territorio, escena de los determinantes del padecimiento; la de asumir al sujeto más allá de su enfermedad para reconocerlo como quien sufre en un marco complejo de relaciones familiares, comunitarias, sociales, pero que este padecer no lo define sino que es un momento más de su existencia; y pasar de la psiquiatría como disciplina responsable del proceso de abordaje a los equipos multiprofesionales e intersectoriales como actores -en articulación con usuarias, usuarios, familiares y organizaciones de la sociedad civil- de la producción y promoción de la salud (Desviat y Moreno, 2012).<sup>2</sup>

Desde la UNLa, nuestro trabajo en el campo de la salud mental se desarrolla en forma ininterrumpida desde la propia creación de la Universidad; de hecho, la Maestría en Salud Mental Comunitaria fue el primer posgrado de esta casa de altos estudios implementando su primera edición en 1997 con la dirección del doctor Emiliano Galende. En 2004, y en el marco de la Red Maristán -una red internacional que articula universidades de Europa y América del Sur-, se implementó la primera edición del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria; posteriormente se fundó el Área de Salud Mental que fue el origen del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg”, inaugurado en 2013. Luego, en el marco de acuerdos con la Provincia de La Pampa y apoyando un proceso de transformación del modelo de atención en la red de salud mental provincial, se implementó la primera edición de la Especialización en Salud Mental Comunitaria, instituyendo, de esta forma, los tres niveles de posgrados académicos en Salud Mental Comunitaria en la UNLa; esto la convirtió - bajo la dirección de Emiliano Galende - en pionera en este campo en América del Sur. Esta importante actividad académica se suma a proyectos y acciones de cooperación con el mundo de las prácticas así como una extensa trayectoria de investigación en algunos de los diferentes subcampos de la Salud Mental (infancias, consumos, gestión, etc.).

Es en esta lógica, de apoyar y acompañar procesos de reforma, de promover a través de la generación de saberes y de reflexión crítica y situada sobre las prácticas, de compromiso con los derechos humanos de las personas con pade-

---

2 Desviat M., Moreno A. (2012) Principios y objetivos de la salud mental comunitaria en Acciones de Salud Mental en la Comunidad, Desviat M y Moreno Perez A (ed). Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid. (consultado en junio de 2023 en <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf>)

cimientos psicosociales, que se inscribe la producción de este libro en el marco de una iniciativa académica federal articulada con la participación de trabajadoras y trabajadores del campo de salud mental en todo el país.

Ya en lo referido al texto, se inicia en el capítulo I con los “Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria”, donde Alicia Stolkiner y Melina Rosales introducen la temática a partir de sus conceptualizaciones y articulaciones con las ideas y definiciones de la salud y cómo la salud mental se vincula con las corrientes ideológicas prevalentes en los siglos XX y XXI. De esta manera, nos guían en un recorrido histórico que nos lleva a la instauración del modelo asilar, su discusión y reforma a partir de la articulación con el movimiento de la Atención Primaria de la Salud, contextualizando, de esta manera, a la Ley Nacional de Salud Mental en el marco de los procesos de sustitución del modelo asilar.

En el capítulo II, Carla Pierrí y Brenda Riveros nos introducen en las “Estrategias para el Abordaje Comunitario de las Problemáticas de Salud Mental”, recorriendo la vinculación de la salud mental con la salud comunitaria como corriente ideológica que promueve una praxis, analizando los abordajes comunitarios en el marco de la Ley 26.657. Esta perspectiva nos invita a problematizar las distintas instituciones y organizaciones con un marco analítico exhaustivo desde el cual pensar las estrategias de abordaje comunitario históricas y actuales en el marco de la atención primaria de la salud. Finalmente, conceptualizan a la comunidad como sujeto activo en la producción de cuidados y comparten una caja de herramientas de indudable utilidad.

El capítulo III corresponde a los “Abordajes transversales de salud mental a lo largo de la vida”. En la primera parte Alejandra Barcala, Leandro Luciani Conde, Marcela D’Angelo y Marcela Parra indagan y profundizan el campo problemático de las infancias y las adolescencias, conceptualizando y reflexionando respecto de los derechos de las niñas, analizando la situación actual de las infancias y la caracterización de las instituciones que alojan las problemáticas en salud mental de las niñas, los niños y las y los adolescentes para luego preguntarse (preguntarnos) ¿qué es la salud mental para las infancias y las adolescencias? Así, nos invitan a separarnos de miradas adultocéntricas y escuchar las voces de ellas y ellos. Luego, en una segunda parte de ese capítulo, Silvia Molina nos acompaña en la inmersión sobre los problemas de las personas mayores y los procesos de envejecimiento de nuestras sociedades, estimulándonos a reflexionar acerca de cómo nos pensamos en esa lógica y cómo analizamos los abordajes para ese grupo humano en nuestras prácticas.

Posteriormente, en el capítulo IV se reflexiona acerca de los “Abordajes de los consumos problemáticos”; allí Luciana Rubel, Leandro Sabatini, Milena López Bouscayrol y Matías Segatorri nos proponen revisar nuestros conceptos, mitos y prejuicios acerca de esta problemática y las personas que la padecen, los principales paradigmas que plantea la política pública para sus abordajes, los marcos normativos y la tensión que generan al interior de los modelos de atención, así como también en las prácticas que se producen en los servicios. Proponen la conceptualización como problema de salud pública o de seguridad a la vez que

nos interpelan acerca de las principales líneas de trabajo para el abordaje de la problemática. En esa misma línea nos brindan elementos para que podamos cuestionar la dinámica especializadora que se proponen para estos procesos de atención.

En el capítulo V, Silvia Faraone, Ana Valero y Flavia Torricelli nos sugieren reflexionar acerca de la “Des/ institucionalización: procesos de externación, dispositivos intermedios y de promoción de salud mental comunitaria” con la finalidad de recorrer experiencias de desmanicomialización y reforma tanto en nuestro país como en el mundo. En esta línea, la propuesta es analizar las principales experiencias históricas en occidente así como aquellas que se implementaron en nuestro país, aún antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. En este contexto reseñan algunas experiencias –llevadas a cabo en distintos territorios tanto desde Estados provinciales así como desde organizaciones de la sociedad civil– que se pusieron en marcha en el marco del ideario y las condiciones instituidas por el plexo normativo vigente. Este capítulo nos permite reflexionar acerca de dónde venimos, cuáles han sido los contextos que enmarcaron los procesos de transformación y de qué manera podemos repensar y reproblematicar nuestras prácticas cotidianas.

Para terminar, en el capítulo VI, Alejandro Wilner, María Eugenia Tablar, Sebastián Murua y Cecilia Ros nos proponen conversar sobre “Planificación, gestión y evaluación en salud mental”. Bajo la consigna de Carlos Matus en cuanto a qué planifica el que gobierna, en este acápite nos introducimos en la necesidad de desarrollar procesos de planificación y evaluación de nuestras prácticas como gestoras y gestores de las iniciativas que desarrollamos cotidianamente, tanto en un marco de posibilidad como de restricción. Las y los autores nos proponen pensar la gestión como un proceso relacional, cotidiano, en nuestras manos, como una práctica de vinculación con actores sociales en el territorio donde se construye la salud mental y, en ese marco, la utilización de diversas herramientas para pensar las intervenciones, su implementación, el monitoreo y la evaluación, en un marco de complejidad e incertidumbre.

Tal como planteamos, este es un texto cuya pretensión es didáctica, Ninguna de las autoras ni ninguno de los autores se propusieron hacer un tratamiento acabado de las temáticas, sino que su intención ha sido la de introducir los puntos clave para invitar a la reflexión sobre las prácticas cotidianas de las trabajadoras y los trabajadores de la salud mental. Nuestra intención entonces es la de promover la iniciativa de cada una de las lectoras y cada uno de los lectores, para fortalecer los ejes comunitarios de nuestras acciones, operacionalizando la promoción de los derechos de las personas con padecimiento psicosocial así como también implementando el plexo normativo que dispone la Ley Nacional de Salud Mental.

En síntesis, tal como lo venimos haciendo desde hace más de 25 años en la UNLa, consideramos que los procesos de cambio, de reforma del modelo de atención en salud mental en la Argentina no solo dependen de la producción de políticas públicas en el marco de normativas señeras como lo es la Ley Nacional

de Salud Mental, sino que también pueden –y deben- fortalecerse a través de procesos de formación y transmisión que promuevan transformaciones en la micropolítica del trabajo. Esperamos poder hacerlo...

**Alejandro Wilner y Flavia Torricelli**

Julio de 2024



# FUNDAMENTOS DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

**Autora principal:**  
Alicia Stolkiner

**Co-autora:**  
Melina Rosales

El objetivo de este capítulo es brindar elementos para comprender el proceso que va desde la instalación del modelo o paradigma asilar manicomial, como forma de respuesta de la modernidad a la problemática de la locura, hasta su posterior reforma desde mitad del siglo XX con la configuración del campo de la salud mental y la propuesta de la Salud Mental Comunitaria. Con base en ello, se propone abordar los puntos centrales del modelo de atención que propone la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) (Honorable Congreso de la Nación, 2010), así como su vinculación con el plexo normativo en materia de salud mental y derechos humanos.

Partimos del supuesto de que las distintas sociedades humanas producen y construyen diversas concepciones, explicaciones y prácticas alrededor de la salud y la enfermedad, en las que se plasma lo que cada cultura considera lo humano, su relación con la naturaleza y de los humanos entre sí, lo natural o sobrenatural, lo sano y lo insano.

El proceso de colonización europeo “occidental” sobre otros países y continentes, que estuvo en la base del nacimiento del capitalismo y la modernidad, determinó una cultura hegemónica. Pero hegemónico no significa único y en América Latina coexisten la cultura occidental eurocéntrica y de las metrópolis, con otras subalternizadas o invisibilizadas y mixturas producidas entre pueblos y culturas originadas en la presencia y evolución de los preexistentes: lo africano llegado con la esclavitud y el producto de migraciones diversas producidas por el hambre, la guerra o la persecución en sus lugares de origen. Por ello, al desarrollar las conceptualizaciones de salud-enfermedad, o de derechos, o al historizar la institución asilar manicomial y sus alternativas o reformas, si bien nos centraremos en las instituciones y dispositivos producidos en base a la cultura hegemónica que fue replicada de manera particular en el subcontinente, lo haremos sin desconocer que hay otros discursos y otras prácticas a las que se debiera atender, y una corriente de pensamiento que se centra en ello en el campo de la salud mental (Luciani Conde, 2021). Por poner algunos ejemplos previos cabe mencionar la consideración de males “mentales” en algunas culturas americanas (Bugallo y Vilca, 2011; Orzusa, 2016) o la particularidad de la producción

de sufrimiento psíquico y problemáticas ligadas a la pobreza o la violencia en el subcontinente con mayor desigualdad en la distribución de la riqueza (Villaseñor Bayardo, 2003).

Tendremos entonces como referencia este tipo de conceptualizaciones y prácticas y las tendremos en cuenta al abordar la salud mental desde el pensamiento médico social-salud colectiva latinoamericana.

Consideramos la salud mental un campo de prácticas sociales que tiene su especificidad dentro del campo de la salud. Por ello comenzaremos por la salud en general en el convencimiento de que es necesario avanzar hacia una salud integral, con base en las prácticas y la participación comunitaria y con enfoque de derechos.

La pandemia atravesada por la humanidad ha sido un acontecimiento catalizador de profundos cambios y un productor de sufrimientos importante. Entre los cambios precipitados están la necesaria revisión de los modelos de atención en salud, la necesidad de la responsabilidad social y de los estados sobre ello y, también, el avance del complejo médico industrial financiero. Los sufrimientos han puesto a su vez, en escena, la importancia de la salud mental y sus cuidados.

El capítulo se desarrolla en tres apartados. El primero está dedicado a las definiciones y representaciones sobre salud, enfermedad y sus prácticas, mostrando por un lado la evolución en la modernidad de la biomedicina como modelo hegemónico y también sus debates y propuestas alternativas. Se incorpora entre las que consideran la salud de manera compleja la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el agregado de la propuesta de la Atención Primaria de la Salud (APS). En el segundo, a partir de la configuración de las políticas y del campo de la salud mental, se analizan los conceptos de APS y salud mental, así como Salud Mental Comunitaria y el enfoque de derechos en salud.

El tercero incluye la implementación de la LNSM y el marco normativo que fundamenta la reforma en el campo de la salud mental en la Argentina.

## **1. CONCEPCIONES, IDEAS Y MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD**

Se abordan los siguientes puntos: orígenes de las definiciones; los primeros emergentes de la medicina social; el modelo unicasalista biologista y el modelo médico hegemónico (incluye las definiciones de biopoder, medicalización, biomedicalización, mercantilización y medicamentación); las concepciones multicausales o las basadas en la complejidad (incluye la conceptualización de la OMS, el paradigma de la historia natural de la enfermedad de Hugo Rodean Leavell y E. Gurney Clark, base del preventivismo, y las conceptualizaciones de la corriente de pensamiento médico social-salud colectiva latinoamericana).

## 1.1. Orígenes de las definiciones

Como se planteara, definir lo que es salud y enfermedad es explicitar los discursos, saberes y teorías en que se sustentan las prácticas, sus instituciones y sus dispositivos. Es el punto de partida para el recorrido de estos fundamentos, especialmente cuando nos adentramos en el campo de la salud mental. Ciertamente, como afirma Georges Canghilem, la salud es un concepto vulgar dado que toda persona y cualquier cultura humana tiene una serie de nociones, discursos y vivencias sobre ello (Canghilem, 2004). Nos detendremos en las conceptualizaciones contenidas en el modelo de atención hegemónico a partir del desarrollo de la medicina científica moderna y de las formas de gubernamentalidad estatal en occidente. Pero también mostraremos concepciones y modelos alternativos. Se trata de mostrar el campo más amplio en el que, pese a sus particularidades, se enmarcan los modelos de atención en salud mental.

En la sociedad occidental, con el advenimiento de la modernidad y el capitalismo, confluyeron la consolidación de la ciencia basada en la observación empírica metódica, la necesidad de los estados nacientes de cuidar la “población” y la preeminencia del individuo como modelo humano. La ciencia vino a reemplazar el lugar de verdad y convalidación de poder asignado anteriormente a la religión (Stolkner, 1988) y comenzó con ello a abordar el cuerpo y la enfermedad como objeto de estudio, reduciéndola a lo biológico individual. Con el nacimiento del capitalismo y su forma de gubernamentalidad estatal, la valoración de la “población” dio lugar a políticas específicas de cuidado y control de los cuerpos. Fue el comienzo del *proceso de medicalización*, definido como aquel por el cual cada vez más esferas de la vida y de la sociedad son consideradas como problemas a los que se debe abordar desde la medicina. Este proceso tendrá origen en la gestión de los estados, pero a partir de la mitad del siglo XX adquirió un perfil también promovido por los mercados y la configuración del complejo médico industrial financiero que, como veremos, se define como *biomedicalización*.

En este proceso se estableció también una relación asimétrica de poder entre el médico<sup>1</sup> y quien fuera asistido, y se consideró como síntomas abordables médicamente a conductas o características por el hecho de ser atípicas (anormales) o transgresiones morales, configurándose lo que se denominará “modelo médico hegemónico”.

Pero también, y simultáneamente, acompañando procesos de resistencia, se sentaron las primeras bases de una conceptualización contrahegemónica que ligaba el enfermar a las condiciones sociales, de vida y de trabajo, lo que dio nacimiento a la medicina social, antecedente de la corriente médico social-salud colectiva latinoamericana.

---

<sup>1</sup> El término “médico” se refiere aquí no a la profesión específica sino a la función de ejercer el proceso de “curación” o “atención de la enfermedad”. Por cierto, la medicina fue la profesión más visible del fenómeno.

## 1.2. Primeros emergentes de la medicina social

A mediados del siglo XIX, y en el contexto de rebeliones obreras europeas, nació lo que se denominaría “medicina social”. Jules Guerin y Rudolf Virchow, en Alemania, reconocían en sus publicaciones el carácter social de la enfermedad y la responsabilidad del Estado en relación a ello, marcando la necesidad de una profunda reforma democrática de las sociedades para transformar la situación de salud de la población (Granda, 2004).

Estas manifestaciones constituyen un antecedente del pensamiento médico social-salud colectiva latinoamericana (al que nos referiremos luego) por su revisión crítica de las concepciones hegemónicas de salud-enfermedad y que establece enlace conceptual con el campo de la salud mental (Iriart et al., 2002, Stolkiner, 2021).

Pero pese a esta corriente, lo hegemónico siguió siendo la concepción de la salud como ausencia de enfermedad y de la enfermedad como alteración de la normalidad, homologando patología y anormalidad. La supuesta objetividad científica convalidó la relación asimétrica de poder tanto en la atención médica individual como en las acciones dirigidas a cuidar la salud de la población.

### 1.2.1. Afianzamiento del modelo reduccionista biologista y la unicausalidad externa

El descubrimiento de la acción patógena de los microorganismos en la segunda mitad del siglo XIX y el de la penicilina y luego los antibióticos en el siglo XX, le concedió a la medicina científica moderna una notable eficacia pragmática contra enfermedades infecciosas, que eran prevalentes, y *afianzó la idea de la enfermedad como resultado de una noxa que viene de fuera y que tiene una causa biológica aislable a la cual se debe combatir para vencerla.*

A su vez, como la modernidad occidental entronó al hombre sobre la naturaleza, a la que consideró un recurso dominable, la medicina moderna generó lo que se denomina “metáfora bélica” o sea, la idea del proceso curativo como una *batalla contra la enfermedad y la muerte* que llega inclusive a determinar el modelo de organización de los servicios de salud con lógica militar.<sup>2</sup>

Esta batalla frecuentemente se libraba a costa del cuerpo sufriente del paciente cuya intervención o decisión en ese proceso era prácticamente nula. Recién en la segunda mitad del siglo XX nacen los cuidados paliativos y se comienza a cuestionar el “encarnizamiento terapéutico”. En la psiquiatría naciente hubo prácticas supuestamente curativas de indudable crueldad, como inyectar leche en la nalga para producir infección y fiebre a fin de aplacar la agitación, o la lobotomía frontal con sus secuelas de discapacidad cognitiva irreversible.

<sup>2</sup> Los términos se trasladaban, así como el modelo de cadena de mandos, inclusive llegó a denominarse con rango de suboficial a la jefatura del área de enfermería; caba de enfermeras, por citar un ejemplo.

También la psiquiatría temprana fracasó en encontrar esa causa que linealmente definiría la enfermedad “mental” aunque tuvo un momento de ilusión al respecto con el descubrimiento del origen infeccioso de la parálisis general progresiva.<sup>3</sup>

**Respecto de la acción de cuidado de salud de las poblaciones, se suceden entre el siglo XVIII y mediados del siglo XX el *policiamiento* o *policía de la salud* y el *higienismo*. Lo que Michel Foucault denomina “biopoder” en una de sus acepciones “es el proceso por el cual los estados capitalistas nacientes trataban de asegurar la inserción controlada de los cuerpos en el aparato productivo y ajustar los fenómenos de la población, se trata de la gestión de la vida de la población por parte del estado” (Foucault, 2007: 15).**

El reduccionismo biologista y unicausal nunca dejó de tener peso en el “sentido común” sobre la enfermedad y tuvo un refloreCIMIENTO a finales del siglo XX en el campo de la salud mental con una tendencia a asignar el origen fundamental de la enfermedad a factores genéticos o neuroquímicos, y también, hasta ahora, con un uso reduccionista de los avances de las neurociencias (volveremos sobre ello).

### **1.2.2. El modelo médico hegemónico: medicalización y biomedicalización**

Aunque este inicio fue seguido por modificaciones de las concepciones de salud-enfermedad que expondremos luego, algunas de sus bases se mantuvieron actuantes hasta nuestra época afianzando en las prácticas lo que Eduardo Menéndez, antropólogo dedicado a la salud, describió como *modelo médico hegemónico* (Menéndez, 2003), que luego amplió como *biomedicina* (Menéndez, 2020; Iriart y Merhy, 2017).

**Eduardo Menéndez define el modelo médico hegemónico como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, 1988: 451).**

También señala algunos rasgos estructurales de dicho modelo: biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmáti-

<sup>3</sup> La parálisis general progresiva es una forma clínica que asume la sífilis terciaria que se manifiesta por trastornos neurológicos y psiquiátricos caracterizados como delirios, afectaciones de la memoria, de la afectividad, entre otros; esta clínica se correlaciona con alteraciones patológicas del cerebro (gomas sifilíticas).

ca, relación asimétrica de poder, participación subordinada y pasiva de la y el paciente, exclusión del conocimiento de la usuaria y el usuario, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico (Menéndez, 1988).

Este concepto no se refiere solamente a las prácticas médicas (o curativas en general) sino también a las epidemiológicas y las preventivas (Menéndez, 1988) y ha persistido en las prácticas y en la formación médica a pesar de que a partir de mediados del siglo XX se comenzó a plantear la necesidad de incorporar en tal formación un enfoque más complejo que incluyera las ciencias sociales.

A los fines del análisis posterior del modelo asilar manicomial importa señalar en este sentido la reducción biológica e individual, con su consiguiente no consideración de las dimensiones subjetivas y sociales del padecimiento, la relación asimétrica de poder que no solo llega a excluir el conocimiento del usuario sino su palabra misma, y la legitimación jurídica, que en este caso particular incluyó legitimar un estado de excepción que deprivaba de derechos a quien recibía la atención “curativa” al considerarlo incapaz de toda decisión “racional”.

También es cierto que la eficacia pragmática que tuvo este modelo a partir del desarrollo de fármacos, cirugías y nuevas tecnologías diagnósticas no se evidenció tan claramente en el campo de las llamadas “enfermedades mentales”. Aun luego del desarrollo de la psicofarmacología la respuesta reduccionista de este modelo fue insuficiente ante las patologías psiquiátricas clásicas y a las nuevas problemáticas.

Menéndez nos recuerda que en América Latina existen distintos modelos de atención de los padecimientos, que son subalternizados y prácticas que denomina de “autoatención”, desarrolladas por los conjuntos humanos, que el sector salud considera de manera aislada e inclusive antagonica. Se trata de prácticas y representaciones frente a las cuales el modelo hegemónico no reconoce ni las relaciones que se establecen entre ambos, ni las representaciones de los sujetos que los utilizan (Menéndez, 2003). Sería interesante articular este concepto de *autoatención* con una necesaria reflexión sobre las prácticas de cuidado que remiten a *clínica ampliada* y a un importante debate actual sobre el que volveremos más adelante.

El modelo médico hegemónico ha sido criticado desde distintas ópticas y desde varios enfoques. Pero lo mismo debe reconocerse que su eficacia pragmática proveyó respuesta a enfermedades y coparticipó de un aumento de la esperanza de vida en aquellos países y poblaciones que tenían acceso a los servicios médicos. Además del reduccionismo biológico e individual y la asimetría de poder en la relación, se lo cuestionó por su progresiva mercantilización, el costo creciente de los servicios de salud y la inequidad en el acceso, entre otras. El concepto es retomado y ampliado ante la evolución de la *mercantilización y financiarización* de la salud marcando una diferencia entre *medicalización y biomedicalización* (Menéndez, 2020; Iriart y Merhy, 2017).

Se entiende por medicalización a la progresiva entrada de la medicina occidental científica en la regulación de los cuerpos y las vidas, inicialmente articulada con la gubernamentalidad estatal moderna. “[...] la medicalización, al concebir la sociedad como un organismo que producía en su seno individuos degenerados, hará de lo patológico la categoría conceptual a partir de la cual podía ser pensado lo normal y por lo tanto desde la que se plantearán la integración y la segregación” (Ruibal, 1996: 194). Forma parte de un proceso donde cada vez más hay un saber disciplinario que se aplica a la vida en nombre, en este caso, de la preservación de la salud o su recuperación, pero se amplía a la apropiación de esferas completas de ella: la sexualidad, la crianza, la forma de morir, etc., normatizándolas.

La mercantilización de la salud designa la transformación de las prácticas, las tecnologías y los saberes médico-científicos en bienes transables cuyo acceso requiere de un sujeto capaz de entrar al mercado como consumidor o cliente (Laurell, 1994; Stolkiner, 2013). Un segundo momento es la financiarización, con la entrada de los modelos de aseguramiento privado y la faz financiera de las corporaciones del complejo médico industrial. En los años ochenta del siglo XX, la recientemente creada Organización Mundial de Comercio incorporó la salud entre los bienes transables. La biomedicalización, entonces, es el proceso que, a partir de la configuración del complejo médico industrial financiero y la constitución de un mercado de la salud, va promoviendo que la salud se convierta en una responsabilidad y tarea fundamentalmente individual (de consumo mercantil) dirigida no solo a curar o prevenir sino a potenciar la salud y el rendimiento, evitar presuntos riesgos ensalzada por publicidades. Se trataba ya no solo de la forma estatal de la medicalización, sino de la forma mercantil.

El proceso de medicalización de la vida pasa entonces a relacionarse directamente con la necesidad de los mercados. Avanzando cada vez más en todos los aspectos de la vida. También se inicia un proceso de *medicamentación*, consistente en buscar un medicamento para ofrecer alivio a cualquier tipo de malestar y, si es necesario, se produce una “creación o invención de enfermedades” (*disease mongering*) (Moynihan y Henry, 2002). Como ejemplo, recientemente la OMS propuso incorporar a la vejez como enfermedad en la nueva categorización internacional de enfermedades, el CIE 11. Coincide con una serie de estudios que mostrarían que el envejecimiento es prevenible médicamente y hay una industria que ya factura millones en relación a ello (Barifouse, 2021).

### **1.2.3. Las concepciones multicausales y las basadas en la complejidad**

A mediados del siglo XX el modelo de noxa externa unicausal biologista y posteriormente el modelo médico hegemónico comienzan a ser revisados ante la evidencia de sus límites y surge la necesidad de incorporar un enfoque que tuviera en cuenta dimensiones sociales y psicológicas. Con distintos conceptos que van desde la idea simple de multicausalidad a los paradigmas de la complejidad, entran en ese cuestionamiento la definición de salud de la OMS, el preventivismo y el pensamiento médico social-salud colectiva latinoamericano.

Estas modificaciones también influirán en cambios diversos sobre los modelos de atención.

### **1.3. La definición de salud de la OMS y la estrategia de Atención Primaria de la Salud**

A mediados del siglo XX y luego del horror de la Segunda Guerra Mundial y el inicio de la amenaza nuclear en un mundo bipolar, se crea la Organización de Naciones Unidas (ONU) como espacio supranacional del nuevo orden geopolítico mundial resultante. En su marco nace la OMS, fundada por un grupo de médicos entre los que había un psiquiatra argentino: Gregorio Bermann. El objetivo del organismo era promover la acción mancomunada de los estados miembro, que aportarían según su capacidad, para alcanzar los mejores estándares de salud de la población mundial. Como logro fundamental de esa estrategia se erradicó la viruela en una campaña mundial que duró más de diez años y culminó en 1980, luego de la aplicación de 500 millones de vacunas (OMS, 2020). En América, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), nacida en 1902, se constituyó como oficina regional de la OMS luego de la creación de la misma, a la vez que agencia especializada en salud del sistema interamericano.

La OMS, en el preámbulo del documento de constitución en 1946 propuso una definición de salud que nos detendremos a analizar: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

Antes de entrar en la lectura crítica de esta definición, cabe aclarar que se trata básicamente de un enunciado político destinado a ampliar el concepto de salud de lo biológico individual a las condiciones de vida de las poblaciones, incorporando la dimensión mental y social en ello. También reconoce un carácter positivo (en el sentido matemático del término) de la salud pensada como más que la ausencia de enfermedad. Esta definición se liga a los modelos de estados sociales o de bienestar (basados en el enfoque económico keynesiano) con los que se reconstruyeron los países europeos y Estados Unidos de Norteamérica encaró la gran crisis de 1930. En esos modelos aparecen los derechos sociales que deben ser garantizados por los estados, entre ellos el derecho a la salud, lo cual da lugar a la creación de sistemas de salud y seguridad social de acceso para todos.

Hechas estas aclaraciones deberíamos adentrarnos en las revisiones críticas a esta definición: la definición de la OMS como enunciado o definición teórica amerita revisiones.

La primera es la consideración dicotómica de la salud como un estado del cual se sale para entrar en la enfermedad sin considerar el carácter de proceso y de combinaciones posibles. También es cuestionable que el bienestar en sí mismo sea un indicador de salud, el proceso vital implica incomodidades, dolores (por ejemplo, las pérdidas) y malestares, los cuales no necesariamente son indicador de enfermedad y, más aún, la ausencia de malestar en situaciones en

que debiera operar como señal o motor de acciones puede no ser justamente un indicador saludable.

Se desprende de lo anterior que el carácter ideal y prácticamente irrealizable de un estado de “completo bienestar” hace poco operativo el concepto. No obstante, esta definición, que implica una revisión del modelo unicausal biologista, ha mantenido largamente su hegemonía en las acciones concretas.

En 1978 la OMS convocó la reunión de Alma Ata que, con la participación de los países miembros, propuso una estrategia para la reformulación de la atención en salud fundamentada en la “Declaración de Alma Ata” (OPS/OMS, 1978). Este acuerdo plantea la salud como responsabilidad de los gobiernos y propone componentes de los cuales destacaremos algunos. Al plantear que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”, cuestiona en los hechos la asimetría en el proceso de atención entre quien la presta y quien la recibe del modelo hegemónico. Basándose en el principio de justicia social liga la salud a las condiciones económicas, sociales y culturales, y propone el acceso universal a los servicios de salud, o sea que se funda en el derecho a la misma.

El desarrollo posterior de esta propuesta se vio atravesado por la crisis que se insinuaba en el año en que se enunció y que daría inicio a la época de las reformas pro mercado de los estados de bienestar con el consiguiente recorte a las funciones sociales de los estados. La utopía de Alma Ata: “Salud para todos en el año 2000” no se cumplió y muchos de sus postulados derivaron a servicios básicos para poblaciones empobrecidas.

Durante los años noventa, la OMS fue opacada por el Banco Mundial como diseñador de políticas y reformas, hasta inicios del siglo XXI, y fue progresivamente desfinanciada por los países centrales y aumentando su dependencia de ONG como la Fundación Bill & Melinda Gates. No obstante, a principios del siglo XXI planteó la necesidad de retomar los principios de la APS (OPS/OMS, 2007) y también comenzó, desde antes, a dar nuevo énfasis a la importancia de la salud mental (OMS, 1996, 2001, 2002, 2004; WHO, 2003, 2005).

#### **1.4. La “historia natural de la enfermedad” y el preventivismo**

En 1965 Leavell y Clark, enunciaron un “modelo” o “paradigma” de lo que denominaron “historia natural de la enfermedad”, que se articulaba a su vez con las intervenciones posibles destinadas a *prevenir* o la enfermedad misma, o su avance o lo prevenible de sus daños en la enfermedad instalada. Plantea un giro por el cual el conocimiento médico deja de dar respuesta a la enfermedad y sale activamente a evitarla o prevenir sus daños. Es el origen del *preventivismo*. En el paradigma de Leavell y Clark la enfermedad es considerada como un proceso con distintas fases, cada una de las cuales tiene sus propias formas de evolución y amerita un tipo posible de intervención preventiva.



Se recomienda ver el video “*Historia Natural de la Enfermedad*”. Disponible en:

[bit.ly/3L8hHLI](https://bit.ly/3L8hHLI)

El *período pre-patogénico* es el anterior a que la enfermedad se inicie. En él se produce la interacción entre el *agente* de la enfermedad y el *huésped*, en el contexto del *ambiente*. Eso se denomina la “*tríada ecológica*”. En este período corresponden tareas preventivas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad por medio de lo que se denomina “*prevención primaria*”. Se divide en prevención primaria específica, dirigida a evitar una enfermedad en particular (por ejemplo, la vacunación) y prevención inespecífica o promoción de la salud, dirigida a mejorar las condiciones generales de vida evitando las que pueden causar enfermedades (por ejemplo, saneamiento del agua potable).

Una vez aparecida la enfermedad sucede un primer período de *patogenia temprana* en que algunas están por debajo del horizonte clínico, o sea son asintomáticas, y otras -o esas mismas poco después- tienen síntomas menores. Es el período de la prevención secundaria: la detección temprana y el tratamiento oportuno. Un ejemplo serían las pruebas periódicas de detección de cáncer de mama o cervicouterino.

Finalmente, en el período de patogenia avanzada corresponden las medidas de prevención terciaria o rehabilitación destinadas a evitar todos los niveles de discapacidad posibles. Respecto del resultado no se prevén cuidados paliativos. Este paradigma dio lugar a la perspectiva preventivista. No dejaba de ser un avance en relación a los modelos de atención centrados en la enfermedad, pero se basaba en un concepto del medio o del ambiente que daba por naturales condiciones sociales, careciendo de una teoría específica sobre ello, promoviendo acciones de corte tecnocrático. En América Latina entró junto con la propuesta desarrollista.

Sergio Arouca, uno de los pensadores de la salud colectiva en Brasil, publicó en 1983 el libro *El dilema preventivista. Contribuciones para la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva* (Arouca, 2008). Allí retoma, en su crítica al preventivismo, la tradición aportada por la medicina social europea y propone un análisis complejo que desmantela la lógica tecnocrática despolitizada de los modelos preventivistas y comunitarios previos.

### 1.4.1. Pensamiento médico social-salud colectiva y definiciones del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado

Se trata de una corriente de pensamiento que surge en los años setenta en América Latina, retomando principios de la medicina social (europea) mencionada previamente. Esta corriente articula producción teórica académica con gestión política y movimientos sociales. No se trata de una teoría homogénea, tiene divergencias y debates dentro de algunos principios comunes entre otros el reconocimiento de la salud como un derecho. Confluyen en ella una corriente de medicina social y el movimiento de Salud Colectiva de Brasil de manera interrelacionada. Con un particular sincretismo incorpora autores y pensadores europeos con producción propia y dialoga con postulados de la OMS y la OPS a la par que ejerce una lectura crítica. Reseñaremos algunos de sus postulados.

**De la salud como estado al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.** Desde sus inicios, el pensamiento latinoamericano médico social así como el de salud colectiva desarrolló una importante reflexión teórico-epistemológica sobre las categorías de salud-enfermedad y las prácticas basadas en ello, con una revisión crítica a las prácticas hegemónicas.

En un primer momento se cuestionó la definición de “salud” como un estado para considerarla un proceso comprensible en el marco de los procesos de producción-reproducción social. No se trataba de definir salud sino de analizar el “proceso de salud-enfermedad” en sus determinaciones y sin considerar una división tajante y dicotómica entre “estados”. También rompía con las dicotomías mente-cuerpo e individual y social, una de sus exponentes, Cristina Laurell afirmaba: “lo específicamente nuevo que ha surgido de la problematización de la salud enfermedad en cuanto proceso social es plantear el nexo biopsíquico como la expresión concreta de la corporeidad humana del proceso histórico, en un momento determinado” (Laurell, 1987: 72). Asimismo, se cuestionó el paradigma preventivista, en el que el “medio” era considerado como un ambiente natural sin apelar a teorías de lo social que incluyeran en las determinaciones de los procesos de salud-enfermedad las estructuras sociales de dominación e inequidad.

A su vez, se consideró que las formas de respuesta social que proveían los sistemas de atención de la salud organizados, no eran externas al proceso sino parte determinante del mismo; no solo porque el acceso a la atención era fundamental en la evolución de la enfermedad, sino también porque las intervenciones de los servicios influían a veces en la producción de la misma y en sus características, eran parte de la determinación de los procesos. Como ejemplo en el campo de la salud mental, el modelo de atención asilar manicomial ha determinado la forma y evolución de las dolencias, produciendo eventualmente daños añadidos y específicos, por ejemplo, los de la institucionalización. Esta última tenía efectos iatrogénicos también en otras prácticas hospitalarias, como el clásico estudio de René Spitz que mostró que la hospitalización de bebés en aislamiento, en la primera mitad del siglo XX, producía inclusive el marasmo y la muerte, acuñando la idea de *hospitalismo* (Spitz, 1999), que sería el equivalente pediátrico de la institucionalización iatrogénica del modelo asilar manicomial.

Los procesos realizados en los servicios de salud se agregaron a la definición que se definió así como *proceso de salud-enfermedad-atención*.

Pero en esta definición se omitía que un componente fundamental de los procesos de salud-enfermedad son los cuidados realizados en las vidas cotidianas de las personas, por fuera de los sistemas organizados de atención en salud. Esos cuidados que tienen, en gran medida, la determinación de género al ser realizados por mujeres en los hogares, interaccionan de distintas y complejas formas con los sistemas de atención, pero son fundamentales en los procesos. Es prioritariamente en los grupos domésticos y en las comunidades donde se decide cuándo se consulta, se concretan la mayor parte de los tratamientos, se toman decisiones que hacen a la salud y la vida, y se acompañan los procesos crónicos. A su vez las comunidades tienen mayor o menor capacidad de constituir redes de soporte mutuo entre personas y hogares.

Hoy se plantea la necesidad de reconocer y desinvisibilizar la importancia y la responsabilidad social y del Estado respecto de esta tarea que ha recaído fundamentalmente en las mujeres y que es esencial en salud. Por ello al incorporarla en la definición, la denominación final es de *proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado*.

**La salud como valor social y por ende como derecho.** En un período en que la mercantilización progresivamente abarca cada vez más aspectos de la vida, esta corriente se inscribe en las que defienden la salud como un derecho y que solo puede garantizarse en la integralidad de los mismos. A principios del siglo XXI unos de sus autores afirmaban: “la salud tiene afinidad con la tranquilidad de la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los principales derechos, en especial del derecho a la vida, y con tener satisfechas necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente construidos” (Franco Agudelo y Forero Martínez, 2002: 556). Esta posición antagoniza con aquella basada en la idea de un “mínimo decente” de servicios básicos para quienes no pueden proveerse todos los necesarios en el mercado, en el que se fundan las propuestas pro-mercado. También, y esto es esencial, *coloca la vigencia de derechos no como un determinante externo sino como un componente intrínseco del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado*. A los fines de salud mental, como veremos luego, esta incorporación de la vigencia de derechos como componente intrínseco adquiere particular importancia, dado que el modelo asilar manicomial propone un tratamiento que, en su base misma, coloca a la persona en situación de excepcionalidad o hipo suficiencia jurídica y a los fines de una supuesta curación lo priva de derechos (Stolkiner, 2021).

**Las determinaciones de la salud.** Al tratarse de una corriente latinoamericana ha incorporado necesariamente de manera propia conceptos y categorías que provienen de actores y movimientos sociales. Participa del debate sobre *determinantes sociales de la salud* categoría planteada por la OPS y la OMS; la define como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, 2020). Estas fuerzas y sistemas

incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos.

Debatiendo respecto de si se trata de determinantes o determinaciones, esta corriente ha incorporado progresivamente los debates y las necesarias políticas frente a las inequidades producidas en base a diferencias o diversidades en las que se fundamenta una segregación o desigualdad, basada en la concentración y apropiación de bienes y/o desigualdad de acceso a recursos y derechos. Tal el caso de la especificidad de género y salud, de grupos etarios subalternizados como las infancias o las vejezes, de personas segregadas por sufrimiento psíquico y también de los pueblos y naciones originarias. De estos últimos *incorpora además concepciones y filosofías, específicamente la categoría de buen vivir* como elemento de conceptualización de salud (Cardozo Ruiz et al, 2016). En esta misma línea se incluye la consideración de los cuidados de la naturaleza y de la vida en general ante los avances depredatorios y la alteración climática.

**La gestión en salud y el concepto de clínica ampliada.** Excede este trabajo detallar las revisiones respecto de las políticas y modelos de atención en salud de esta corriente y también la revisión e innovación en epidemiología producidos por ella. Las formas innovadoras de gestión con mecanismos de participación de trabajadores y comunidades, la incorporación del pensamiento estratégico en la planificación de acciones, con pensadores como Mario Testay y Carlos Matus. Gastão Wagner De Souza Campos plantea la apropiación sincrética de propuestas en el movimiento de salud colectiva: “cuando pensábamos modelos concretos de atención en salud, siempre adheríamos a la producción de organismos internacionales como la OPS. Así adherimos a la medicina comunitaria, a la atención primaria de la salud” (De Souza Campos, 2009: 36).

De esta manera también va a confluir con las reformas en el campo de la salud mental. Este autor cuestiona las formas burocratizadas “tayloristas” de gestión y las liga al campo de la salud mental (De Souza Campos, 2009).<sup>4</sup> El cuestionamiento a la “ontologización”<sup>5</sup> e “individuación” de las patologías así como una propuesta de la clínica (sea de la profesión que sea) que incorpora, además de la dimensión científico técnica, una dimensión de cuidado y reconocimiento de la singularidad de cada caso, implica el abordaje del otro como persona y por ende como sujeto de derechos.

Vuelve a aparecer aquí la cuestión de los derechos como inherente al acto mismo de atención, dado que el objetivo del proceso terapéutico es siempre “aumentar la capacidad de autonomía del paciente, para mejorar su comprensión de su propio cuerpo, de su enfermedad, de sus relaciones con el medio social y

4 Taylorismo refiere a la propuesta de Taylor de organizar “científicamente” los procesos de trabajo fabril, fragmentándolo en tareas diferenciales y suprimiendo los tiempos muertos. Cada tarea es cuidadosamente determinada de modo que la innovación por parte del trabajador es nula.

5 Se define por “ontologización” la reducción de la persona a la patología diagnosticada que pasa a ser considerada no una herramienta del conocimiento médico sino lo esencial del “ser” del paciente.

en consecuencia la capacidad de cada uno para instituir normas que le amplíen las posibilidades de sobrevivencia y la calidad de vida” (De Souza Campos, 2009: 51).

Esta definición queda como base para que abordemos ahora el campo específico de la salud mental, comenzando por el modelo asilar manicomial cuyo acto intrínseco es, justamente, la privación de autonomía. Hoy, agudizado por el fenómeno de la pandemia coexisten tendencias mercantilizantes y bioeducacionistas de la salud y tendencias que la ubican en un plexo de derechos y la relacionan con la dignidad y la vida. Veremos cómo estas tendencias se manifiestan hoy en el campo de la salud mental.

## 2. MODELO ASILAR MANICOMIAL Y LAS PROPUESTAS DE REFORMA O TRANSFORMACIÓN

En este apartado los temas a abordar son: ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?; el modelo asilar manicomial: orígenes e irradiaciones, institución total y estigma; el nacimiento de las políticas en salud mental: reformas y transformaciones, APS y salud mental, el modelo social comunitario con enfoque de derechos.

### 2.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?

Si pensamos la salud como un proceso complejo de interrelación de dimensiones biológicas y corporales, psíquicas y sociales, es inútil definir taxativamente una especie de salud o de enfermedad que sería “mental” y diferenciada de otra “biológica”. Sucede que quienes trabajamos en salud mental abordamos la dimensión psíquica (o subjetiva) como parte de este proceso, no como un objeto escindido de las otras dimensiones.



Se recomienda ver el video de Alicia Stolkiner: *No hay enfermedades mentales*.

[bit.ly/3PpKGNd](https://bit.ly/3PpKGNd)

Preferimos definir *salud mental* como un campo de prácticas sociales que no es homogéneo, que reconoce diferencias y prácticas distintas en su interior y que es un sub-campo dentro del de la salud que lo determina de manera indirecta. Su especificidad es haberse configurado como respuesta, propuesta de transformación o alternativa al modelo asilar manicomial. Este último surge con la modernidad occidental como respuesta a la problemática de la “locura”.

El campo de la salud mental comienza a constituirse en la segunda mitad del siglo XX, con un antecedente en el higienismo mental de principios de siglo, acompañado de complejos fenómenos de ese período como veremos luego. No obstante, en nuestros países, el modelo asilar manicomial persiste hasta entrada el siglo XXI, coexistiendo muchas veces con propuestas alternativas y con las nuevas formas de medicalización de la vida y de segregación. No obstante, no definirla, recordaremos que en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado el sufrimiento psíquico es una dimensión que debe ser abordada reconociendo la capacidad, potencia y autonomía posible de las personas.

## 2.2. El modelo asilar manicomial: orígenes e irradiaciones

Es con la aparición del sujeto o ciudadano modernos que se supone racional y capaz por ello de ejercer el libre albedrío y con la aparición de la racionalidad científica como herramienta de gestión de los nuevos estados que aparecerá conjuntamente el nacimiento de una institución, el asilo-manicomio, y de una rama de la medicina, la psiquiatría. En la Francia posrevolucionaria, un médico, Philippe Pinel (Martínez Marti, 2021), asume la tarea de dar respuesta científico médica a la “alienación de la razón”.

Es este el proceso que Foucault denomina “el nacimiento político de la psiquiatría” (Foucault, 2007). Dice Emiliano Galende: “El gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasando de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia a un tratamiento compulsivo de los enfermos” (Galende, 1990).

Según Castel, el modelo médico alienista logró su legitimación al conjugar los intereses políticos con los de la corporación naciente dentro de las especialidades médicas, logrando un entramado entre los filántropos de la época y los reformadores del período posrevolucionario con una propuesta de nuevas técnicas asistenciales (Castel, 1980).

En esta confluencia se consolida la institución asilar-manicomial que será el paradigma de la medicalización de la locura y se continuará luego con la bio-medicalización. Se agrega además la razón moral y jurídica: el loco, se supone, tiene una intrínseca debilidad moral y a su vez lo que hiere la moral es considerado una enfermedad, por ejemplo, las sexualidades no heteronormativas. Por su parte, la razón jurídica enlaza la locura con el delito y el crimen ligándola a la idea de “peligrosidad”. Y arma red con estudios sobre delincuencia innata y degenerativa enlazando con la criminología lombrosiana.<sup>6</sup>

El otro aspecto a contemplar no refiere solamente a los locos. Los *derechos de los ciudadanos* que se enunciaron en ese momento fundacional de los estados modernos, contemplaban *excepciones* para distintos grupos humanos y por dis-

---

6 Lombroso era un médico y criminólogo italiano que estableció, a finales del siglo XIX, que los criminales respondían a tendencias innatas hacia el delito y que esto se expresaba en condiciones físicas que podían ser individualizadas en estas personas.

tintas causas: las mujeres, los niños, los habitantes originarios de las colonias, y entre ellas y quizás en una forma extrema, los locos.<sup>7</sup>

Hubo formas de curación cruentas e incruentas dentro de la psiquiatría naciente y hasta avanzado el siglo XX. Entre las cruentas entran la inmovilización física (el chaleco de fuerza), las cirugías deteriorantes como la lobotomía cerebral, que pese a su escasa fundamentación ameritó un Premio Nobel, y el uso indiscriminado de las terapias electro-convulsivas, entre otras. Pero también hubo las que proponían, sin dejar de centrarse en el encierro, una cura por contacto con la naturaleza, el trabajo y el ejemplo de la figura moral del médico. En base a esto se fundaron las colonias, de las que en la Argentina fue un promotor Domingo Cabred quien a principios del siglo XX fundó, en Luján, la Colonia que hoy lleva su nombre.

En 1962, el sociólogo canadiense Erving Goffman construye el concepto y la definición de *institución total*, viviendo en un hospital psiquiátrico. Define como tales a esas *instituciones donde transcurre el total de la cotidianidad de una persona que va progresivamente siendo devastada en su yo por la subordinación a la lógica de funcionamiento institucional* (Goffman, 2001). Su descripción detalla claramente los procesos, inclusive una práctica común a todas, casi de norma en las internaciones psiquiátricas hasta la LNSM: aislar del contacto exterior a los internados recientes para facilitar su “adaptación”.

El mismo autor trabaja el concepto de *estigma* que es el proceso por el cual un rasgo o característica de una persona lo coloca en un lugar de desacreditación social o de segregación (Goffman, 2006). Pero no es solo algo externo que se le hace a la persona, sino que construye también la forma en que la persona se considera a sí misma y condiciona su autopercepción y su vida. Una parte del sufrimiento psíquico de las personas diagnosticadas con patologías mentales no deviene intrínsecamente de la dolencia sino del lugar de estigmatización.

También, la institucionalización prolongada genera un deterioro que no es el de la “evolución natural” de la patología sino la consecuencia del proceso de anulación de la institución total – como planteamos-, equivalente al “hospitalismo” en las niñas y los niños. Por ejemplo, se le asignaba a la esquizofrenia un deterioro progresivo como devenir “natural” de la enfermedad, que mostró ser producto de la institucionalización. Con los tratamientos ambulatorios actuales en comunidad y con los cuidados necesarios este pronóstico ha sido revisto, un importante porcentaje de las y los pacientes logran estabilizarse y no requieren internación (Centre Londres 94 s./f.).

Pero el “manicomio” no es un establecimiento sino una institución, o sea una forma social establecida que pauta determinadas relaciones. Por ende, lo *manicomial se puede repetir en todas aquellas prácticas donde una persona es objetivada*

---

7 El estado de excepción es, según ligado a la biopolítica, la capacidad de incluir al viviente dentro del derecho por medio de su exclusión, es lo que llama “vida desnuda”. Extraña situación donde el derecho abre un espacio para que alguien quede privado de derecho.

*y pierde sus derechos y el valor de su palabra en nombre de su "estado mental". Puede así irradiar a otras relaciones sociales y trasladar la estigmatización a otros escenarios.*

En la Argentina, apenas constituido el Estado nacional se establecieron los primeros hospitales psiquiátricos en base a anteriores asilos (los actuales Borda y Moyano) y a principios del siglo XX -tal lo referido anteriormente- el primer modelo de colonia que hoy lleva el nombre de su fundador: Domingo Cabred.

El cuestionamiento a este modelo se inició a principios del siglo XX con el *higienismo mental*<sup>88</sup>, lo cual no ha impedido su perdurabilidad hasta la fecha. Lo que el higienismo logra, además de cuestionar las condiciones de vida de las internas y los internos, es que la psiquiatría salga de los manicomios y se dedique a atender toda clase de conducta humana "defectuosa", de cualquier intensidad como parte del cuidado de las poblaciones y acorde con el movimiento higienista en general (Kanner, 1971). En Argentina, en los principios del siglo XX, se crea la Liga Argentina de Higiene Mental (Dovio, 2017).

Esta corriente será un antecedente de las políticas de salud mental y de las propuestas de reforma o de cambios antimanicomiales que surgieron en la segunda mitad del siglo XX. Como cierre señalemos que en el siglo XXI lo esencial del paradigma manicomial se prolonga también a través de formas de biomedicalización del sufrimiento psíquico y patologización de la vida, acompañada del reduccionismo biológico y la medicamentación.

### **2.3. El nacimiento de las políticas en salud mental: reformas y transformaciones**

Luego de la Segunda Guerra Mundial, en el ciclo que se inaugura desde mediados del siglo XX hasta la crisis de los años setenta, confluyen una serie de factores que dan lugar a cambios, reformas y alternativas a la institución asilar manicomial. En 1953, la naciente OMS plantea la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, adoptando el modelo propuesto por Inglaterra (Galende, 1990). Se suceden experiencias innovadoras en distintos países centrales, en un movimiento que, al decir de Galende, "no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas en salud mental" (Galende, 1990).

No se trata de un movimiento homogéneo, sino que tiene corrientes internas que van desde reformas tendientes a la atención ambulatoria hasta las corrientes más radicales de la antipsiquiatría.

<sup>88</sup> El higienismo mental proponía el desarrollo de hábitos que permitían a las personas convivir armónicamente con su medio ambiente social y cultural y promover así su salud mental. Esta línea ideológica se vincula con el higienismo en general que definía prácticas a desarrollar por parte del individuo para promover y conservar su salud.

Confluyen para ello factores de época en occidente: el énfasis puesto en la reivindicación de derechos manifestado en distintos movimientos (de género, antidiscriminación racial, de jóvenes, anticoloniales, etc.); la organización estatal de los servicios de salud en los estados sociales o de bienestar con que se reorganizan los países centrales en la posguerra que muestra la falta de eficacia y el costo de las internaciones prolongadas; el avance en la psicofarmacología, que proveyó herramientas para el abordaje de la sintomatología de problemáticas severas, aunque también tuvo un uso manicomial y una extensión posterior al consumo poblacional, medicamentalizante. Influye en el campo de la salud mental el Movimiento de Salud Comunitaria o Medicina Comunitaria de la década de 1960, que incorpora ciencias del comportamiento y la conducta, y es adoptado con énfasis por organismos internacionales como la OMS.

En el campo de la salud mental nace la psiquiatría comunitaria y la idea de “comunidad terapéutica”. En los países “centrales” de occidente se suceden experiencias como el Plan Kennedy, la Psiquiatría de Sector en Francia, la Psiquiatría Comunitaria inglesa y finalmente la Reforma de la Psiquiatría Democrática italiana dirigida por Franco Basaglia, que en 1978 cierra por ley los manicomios de ese país en el marco de la reforma del sistema de salud italiano.

En ese mismo año, la Declaración de Alma Ata instala principios de participación comunitaria, descentramiento de los hospitales y propuestas de atención integrada a la vida y los cuidados, con tecnologías adecuadas y recursos no convencionales (OPS/OMS, 1978). Se produce un enlace posible entre los modos más abarcativos<sup>9</sup> de interpretación de esta propuesta y el campo de la salud mental. Se abren dos posibilidades no excluyentes: incorporar las acciones de salud mental en el primer nivel de atención general de salud, o generar formas de atención en salud mental específicas con los modelos de APS (Stolkiner y Solitario, 2007).

Las políticas en salud mental resultaron tan diversas como lo son los contextos y estados en que se desarrollaron, en la mayoría subyacía también la necesidad de mantener dentro de los límites del ordenamiento los conflictos que se generaban por las tensiones propias de la sociedad. No obstante, hay algunas tendencias que, en términos generales, pueden señalarse como implícitas o deseables en las propuestas de reformas:

- Centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no en el de enfermedad mental.
- Romper el supuesto o representación de peligrosidad asociado a la reclusión. Modificar las reglas jurídicas al respecto.
- Proponer formas ambulatorias e integradas a la sociedad de

---

9 Sucede que la interpretación de la APS tuvo distintas derivas, desde un modelo de atención mínima o esencial en el primer nivel para poblaciones vulneradas, hasta una APS ampliada con enfoque de derechos (Stolkiner y Solitario, 2007; Testa, 1985).

atención a las patologías psiquiátricas tradicionales.

- Trabajar sobre la producción social del padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social comunitaria en actividades de promoción de la salud-salud mental.
- Incorporar componentes de salud mental en las prácticas de salud en general promoviendo su integración.
- Trabajar con un enfoque de integralidad de derechos como componente intrínseco de la práctica curativa y preventiva.
- Reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Las reformas pro-mercado de los sistemas de salud de los años noventa favorecieron estrategias de reducción de prestaciones garantizadas por los estados y limitaron la responsabilidad del mismo respecto a la garantía de los derechos sociales. En el documento rector de las reformas de salud del período, el “Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud” (Banco Mundial, 2010), se plantean servicios mínimos esenciales que incluyen para salud mental y solamente en aquellos países que puedan solventarlo: “el tratamiento médico de la esquizofrenia y enfermedades maniaco-depresivas”. Esto produjo un freno en muchos países a las políticas de reforma en salud mental y también algunas propuestas de externación más destinadas a disminuir gastos que a recuperar derechos. Estas depositaban en las comunidades y las familias la responsabilidad casi absoluta del cuidado de las personas externadas promoviendo situaciones de desamparo y déficit de asistencia. También centraban la asistencia de otras problemáticas en grupos de autoayuda u organismos no gubernamentales.

A principios del siglo XXI y, como comentamos en el apartado anterior en relación a la APS, se reanuda el impulso de acciones de salud mental incorporando el enfoque de derechos y con una perspectiva social comunitaria que no excluía la responsabilidad de los estados. No obstante, el proceso de transformación del modelo asilar manicomial al de base social comunitaria dista de haberse desarrollado en la mayoría de los países de la región.

También es necesario reconocer que una sociedad que produce niveles de exclusión muy altos y segrega sectores de población modifica sus formas institucionales y de control social. Mientras que por un lado se promueven nuevamente la reforma del modelo asilar clásico, por otro avanza el proceso de mercantilización y biomedicalización. Un ejemplo es el incremento de diagnósticos que ameritan psicofarmacología en la infancia ante problemáticas complejas que en su mayoría no pueden ser reducidas a una dimensión biológica cerebral. Y si bien esta acción no es un dispositivo manicomial clásico contiene el núcleo reduccionista y objetivante del mismo.

Por otra parte, se ha incrementado progresivamente la participación de actores fundamentales del campo: las personas que han atravesado la institucionalización manicomial o los tratamientos psiquiátricos clásicos, que recuperan su voz en reclamo de sus derechos y denuncian su vulneración. Eligen distintas formas de autodenominarse: usuarias y usuarios, víctimas, expertas y expertos – por la reivindicación del conocimiento basado en la experiencia- o neurodiversos que consideran que sus características no son una enfermedad sino una forma de lo humano. Algunos de esos movimientos sostienen la consigna “Nada sobre nosotros sin nosotros”.

En la Argentina la implementación del modelo asilar manicomial y el tránsito a las políticas de salud mental tuvo elementos comunes con los de otros países y sus propias particularidades. Tal como comentamos, los manicomios surgieron entre la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, el higienismo mental también. Con la fundación del primer Ministerio de Salud, en 1949, se propone una asistencia temprana en los Centros de Psiquiatría Preventiva considerados órganos técnicos de profilaxis de las enfermedades mentales y espacio de tratamientos ambulatorios (Chiarvetti, 2008). Luego del golpe de Estado de 1955 se inicia un período donde confluyen un marco de altísima inestabilidad por la alternancia de breves períodos de gobiernos democráticos con golpes militares, la entrada de las propuestas de reforma psiquiátrica de los países centrales especialmente el modelo del Plan Kennedy de Estados Unidos, y un alto nivel de movilización y resistencia social que culminará con la Dictadura Cívico Militar instaurada en 1976.

En este período se suceden experiencias innovadoras: la de Mauricio Goldenberg en “el Lanús” es una de las más emblemáticas. El mismo que luego crea, durante la dictadura de Onganía, los Centros de Salud Mental y los Servicios de Psicopatología en hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires. Pero también se configura el Movimiento de Trabajadores de Salud Mental, la Federación Argentina de Psiquiatras, todas manifestaciones en el campo de la salud mental de la fuerte movilización social que será finalmente coartada por la amenaza de grupos paramilitares en 1975 y represión y el terror de la dictadura cívico militar de 1976 a 1983 (Stolkiner, 2015). No obstante, el impulso a las transformaciones en el campo resurge con el retorno a la democracia. Ello se verá en el bloque siguiente en referencia a los antecedentes de la LNSM.

Actualmente y ante las consecuencias de la crisis global, la pandemia, el incremento de los riesgos ambientales y la incertidumbre en un momento de profunda transformación del mundo conocido, la problemática de la salud mental adquiere relevancia. La OPS/OMS lanzó en mayo de 2022 la Comisión de Alto Nivel en Salud Mental y COVID 19 con producción de materiales e indicaciones para profesionales y público en general. Cabe cerrar este bloque con una cita de Emiliano Galende, que anunciaba perspectivas para este siglo: “Nunca como en estos tiempos, el futuro de la salud mental y la organización disciplinaria de sus cuidados dependen de los rumbos del Estado, de la conformación de lo público y de la respuesta que la sociedad y la cultura tengan para estas direcciones” (Galende, 1997: 62).

### 3. LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Los temas a abordar son: antecedentes, proceso de gestación de la LNSM; elementos centrales de la Ley y su reglamentación; instancias creadas por la Ley para el respeto y salvaguarda de derechos; evolución y proceso de implementación: avances y propuestas.

#### 3.1. Proceso de gestación de la Ley Nacional de Salud Mental

La LNSM constituye la expresión del paradigma de derechos humanos en el campo de la salud mental. La normativa constituye la resultante de un proceso histórico de lucha y trabajo de múltiples actores en el campo de la salud mental y de los derechos humanos. Haremos mención a legislaciones provinciales previas y experiencias de reformas, que se propiciaron en diversas regiones del país y constituyen antecedentes importantes. Lo que las caracteriza es su eje en la centralidad del abordaje comunitario.

Como antecedentes legales a la LNSM se cuentan, por ejemplo, la Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”, conocida como la “Ley de Desmanicomialización” de Río Negro, sancionada en 1991, que promovió la desinstitucionalización de las personas usuarias y la importancia del modelo de atención comunitaria (Provincia de Río Negro, 1991; Cohen y Natella, 2013). También en 1991, y con un enfoque similar, la Ley 10.772, de Santa Fe, privilegió la estrategia de la APS para el abordaje de los padecimientos mentales (Provincia de Santa Fe, 1991). En Entre Ríos, en 1994, la Ley de Salud Mental 8806 establece el funcionamiento puertas abiertas de los hospitales psiquiátricos, además de establecer la tendencia a “una progresiva desmanicomialización en todo el territorio” (Provincia de Entre Ríos, 1994). En el año 2000, en la Ciudad de Buenos Aires, se sancionó la Ley 448, la cual propuso un proceso de desinstitucionalización progresiva, al plantear que las internaciones deben ser breves y se deben promover las guardias interdisciplinarias en hospitales generales, hospitales de día, emprendimientos sociales y otros dispositivos sustitutivos al hospital psiquiátrico (Ciudad de Buenos Aires, 2000). En términos de experiencias de reformas implementadas, mencionaremos algunas. Por ejemplo, en 1949, el médico sanitarista Ramón Carrillo emprendió una reorganización de los servicios de internación para que las personas con padecimiento psíquico estuvieran próximas a sus comunidades y familias y propuso dejar de llamarles “alienados” (Vainer y Carpintero, 2004).

Pocos años después, y tal como se comentó en el bloque anterior, en 1957 Mauricio Goldenberg, en el Hospital de Lanús (actual Hospital Evita), creó un Servicio de Salud Mental Comunitaria, que produjo una significativa reforma al constituir el primer servicio de salud mental en un hospital general orientado a la comunidad. En 1984, con el retorno a la democracia, la naciente Dirección Nacional de Salud Mental, a cargo del doctor Vicente Galli y con la asesoría de Mauricio Goldenberg, planteó los lineamientos de un Plan Nacional de Salud Mental. Además, promovió la creación de direcciones de Salud Mental en las provincias, creó las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental y un Plan Piloto Comunitario

en Barracas La Boca en la Ciudad de Buenos Aires, mientras en la provincia de Río Negro comenzaba el proceso de desmanicomialización que culminó en 1991 con la Ley de Desmanicomialización más arriba mencionada. Posteriormente, en 1993, se destacó en San Luis la experiencia del “Plan de externación” de personas que estaban hacía mucho tiempo internadas, posibilitada por la constitución de una red de atención comunitaria, además de la apertura del hospital psiquiátrico (Vainer, 2019).

A su vez, la sanción de la LNSM estuvo intensamente potenciada por la presencia de fuertes actores sociales. Algunos de ellos tienen estrecha vinculación con la historia de lucha que los organismos de derechos humanos, a favor de la memoria, verdad y justicia, han desarrollado ante los crímenes de la última dictadura cívico-militar. *La LNSM es una ley de derechos humanos, en tanto su eje es la recuperación de la dignidad de las personas usuarias de servicios de salud mental como sujetos de derecho*. Es por ello que la concreción de sus postulados se liga directamente con la de los derechos humanos, inscrita en una tradición de lucha (Stolkiner y Castro, 2017).

En el año 2002, la Asociación Madres de Plaza de Mayo promovió un movimiento de salud mental y derechos humanos a través de la implementación del Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos; hasta 2016, este encuentro constituyó un evento y hecho académico en el que se desplegaban y compartían las prácticas de salud mental transformadoras. También, en el 2007, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) junto a la Multilateral de Alivio de la Deuda (Multilateral Debt Relief Initiative, MDRI) publicaron el informe “Vidas arrasadas”, que se centró en la situación de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos del país. Se explicitó la existencia de 25.000 personas internadas en estas instituciones manicomiales, de las cuales el 80% estaban encerradas más de un año y muchas de por vida. Se daban evidencias de tratamientos inapropiados, situaciones de abuso físico y sexual, muertes dudosas y falta de monitoreo de derechos (CELS, MDRI, 2008).

A partir de este informe, los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, especialmente de aquellas con largos períodos de internación en hospitales psiquiátricos, trascendieron lo meramente jurídico, para ubicarse como “idea fuerza” (Stolkiner, 2010). También, la Secretaría de Derechos Humanos, en el marco del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, constituyó un actor importante al impulsar acciones por los derechos de las personas con padecimiento psíquico. La Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad de dicha Secretaría consolidó acciones intersectoriales mediante el fortalecimiento de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos humanos (Faraone y Barcala, 2021).

Otros actores potentes en el proceso fueron las organizaciones de usuarios y familiares, como por ejemplo la Red de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los derechos de las personas con padecimiento mental (Red FUV), Asamblea Permanente de Usuarios de Servicios de Salud Mental (APUSSAM) o la Asociación argentina de ayuda a las personas que padecen esquizofrenia y sus familias

(APEF). Si bien difieren en posiciones, son convergentes sus ideas y enfoques por haber participado en el proceso de sanción de la normativa y haberla apoyado (Stolkiner, 2012).

En definitiva, se trata de sujetos activos, que en primera persona y desde la propia experiencia interrogaron y plantearon demandas para las transformaciones que la Ley debía potenciar (Faraone y Barcala, 2021). Puede decirse, entonces, que la LNSM recoge un conjunto de experiencias, prácticas y reivindicaciones y luchas de varias décadas en nuestro país. Se trató de un proceso de construcción, de avances y obstáculos, que incluyó actores y referentes del campo de la salud mental y los derechos humanos.



Se recomienda ver el video de Alicia Stolkiner: *Conversatorio con Leonardo Gorbacz: La gestión Parlamentaria de la Ley Nacional de Salud Mental.*

[bit.ly/3qZAdyw](https://bit.ly/3qZAdyw)

**La LNSM y su sanción se configuran como producto de un proceso histórico y social, consolidado por el trabajo de organismos de derechos humanos, como de instituciones y trabajadores/as que impulsaron un modelo de abordaje comunitario en salud mental.**

Asimismo, hemos arribado a su sanción en el marco de una serie de leyes que, en esta última década, han ampliado derechos: las llamadas “veintiséis mil” (Diplomatura Superior Universitaria en Salud Mental Comunitaria, 2022). La LNSM se articula en un marco jurídico más amplio en el plano nacional y forma parte de un plexo de leyes. Entre esas normas se cuentan la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Honorable Congreso de la Nación, 2005), la Ley de Educación Sexual Integral (Honorable Congreso de la Nación, 2005), la Ley de Matrimonio Igualitario (Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley de Identidad de Género (Honorable Congreso de la Nación, 2012), y la Ley de Derechos del Paciente (Honorable Congreso de la Nación, 2009). Se trata de normativas que pretenden fortalecer la autonomía y dignidad de las personas, integrando su diversidad y considerando sus necesidades específicas de cuidados o apoyo.

En la especificidad del campo de la salud, y más recientemente, se sancionaron otras leyes que promueven la acción del Estado, como la Ley Nacional de Prevención del Suicidio (Honorable Congreso de la Nación, 2015), la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria y Legal del embarazo (Honorable Congreso de la Nación, 2020a) y la “Ley de los 1000 días” (Honorable Congreso de la Nación, 2020b), que promueve la salud integral de las niñeces.

### 3.2. Elementos centrales de la Ley Nacional de Salud Mental y su reglamentación

Las bases de la LNSM están fundamentadas en un marco internacional de protección de derechos humanos, entre los que se cuentan la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad, Declaración de Caracas y Principios de Brasilia. *Se trata de una normativa que adecúa a nuestro país a los principales estándares internacionales de derechos humanos en el campo de la salud mental.*

La “Convención de derechos de personas con discapacidad”, que fuese aprobada por la Asamblea General de la ONU en 2006 y ratificada por Argentina dos años después (ONU, 2006) que define el “modelo social de la discapacidad”, según el cual la discapacidad obedece a causas sociales, y no a razones biológicas o médicas (Palacios, 2008), constituye una norma de vital importancia, al establecer un paradigma basado en la autonomía y dignidad de las personas con discapacidad, entre las que se cuentan aquellas con “deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad”.

Por otro lado, la “Declaración de Caracas”, que impulsó medidas y postulados para la protección de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental, además de constituir un documento pionero que destaca la importancia de revisar el papel hegemónico del hospital psiquiátrico y la instauración de un modelo de salud mental comunitaria en la región (OPS/OMS, 1990). Ya en el nuevo milenio, en los “Principios de Brasilia” se insistió sobre el papel central de la protección y respeto de los derechos de las personas con sufrimiento psíquico, a la vez que remarcaron la importancia de las redes comunitarias de atención en salud mental (OPS/OMS, 2005).

Esta normativa se enmarca en el paradigma de salud mental comunitaria en tres sentidos. Primeramente, al instalar la comprensión de la salud mental como un proceso determinado socialmente; segundo, al proponer transformar la atención, desde el hospital psiquiátrico a los servicios de atención comunitarios; en tercer lugar, al propiciar un corrimiento de la psiquiatría como protagonista en los procesos de producción de cuidados al equipo interdisciplinario e intersectorial como sujeto de la acción (Diplomatura en Salud Mental Comunitaria, 2022).

Algunos de los ejes conceptuales fundamentales de la LNSM son:

- **Definición de salud mental.** Parte de definirla como un “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas” (Art. 1).
- **Uso del diagnóstico.** La Ley deja establecido que no pueden basarse en la pertenencia de un estatus socioeconómico o político, un grupo racial, cultural o religioso, ni que tampoco puede

hacerlo por la demanda de familiares, o por la mera existencia de antecedentes de internaciones, entre otros factores. Además, los diagnósticos tampoco implican incapacidad alguna.

- **Padecimiento mental y modalidad de abordaje.** No utiliza la categoría de “enfermedad mental”, sino la de “padecimiento mental”. Es decir, *propone una consideración amplia del sufrimiento psíquico*, atendiendo a las dimensiones subjetivas del mismo y no meramente a la presencia de signos y síntomas. El uso de esta categoría, además, se refuerza por *la modalidad de abordaje que propone, que debe ser de tipo interdisciplinaria*, es decir, mediante equipos que incluyan no solo a profesionales de la psicología y psiquiatría sino también de trabajo social, terapia ocupacional, enfermería, abogacía, acompañamiento terapéutico, etc.
- **Las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho.** Se estipulan los derechos de las personas con padecimiento mental, entre los que se cuentan el derecho a estar acompañado durante las internaciones, a tomar decisiones sobre su tratamiento, a acceder a su historia clínica, a recibir información adecuada, y a recibir compensación por su tarea y no ser sometido a trabajos forzados (Art. 7). Transversalmente, en su espíritu se destaca el derecho de las personas con padecimiento psíquico a participar en la toma de decisiones sobre sus propios tratamientos, para lo cual se vuelve fundamental que sean informadas adecuadamente sobre las implicancias de los tratamientos y de las posibles alternativas. Asimismo, tienen derecho a la vida en comunidad y participar de la vida social y política en igualdad de condiciones que el resto de las personas.
- **Internaciones en salud mental.** Contrariamente a los mitos que circulan sobre ella, *la LNSM permite las internaciones, además de reglamentar el modo en que las mismas deben efectuarse*. Primeramente, las internaciones pasan a ser decisión del equipo interdisciplinario de salud mental, y no de un juez. Se trata de un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que se lleva a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones, y siempre promoviendo el mantenimiento de vínculos comunitarios y familiares (Art. 14). La evaluación del equipo de salud debe ser efectuada por al menos dos profesionales de salud mental, y al menos uno de ellos debe ser psicólogo o médico psiquiatra. En el caso de que se concluya que existe “riesgo cierto e inminente”, se puede proceder a una internación invo-

luntaria.<sup>10</sup> El procedimiento consiste en la notificación al juez competente y al Órgano de Revisión, en un plazo no mayor a 10 horas. El juez, en un plazo máximo de tres días, puede requerir informes ampliatorios a los profesionales del equipo de salud, denegar la medida de internación si así lo considera, u ordenar la internación involuntaria, en este último caso solo en ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento y en el caso de que el servicio de salud se negase a realizarla (Arts. 20 y 21).

- **Modelo comunitario de atención en salud mental.** El texto de la Ley promueve de forma directa un modelo de atención con base en la comunidad. Las crisis que lo ameriten deben atenderse bajo una modalidad de internación, aunque estas deben efectuarse en hospitales generales con servicios adecuados. A la vez, establece que se deben generar las medidas y recursos necesarios para dar soporte en la comunidad a las personas con padecimiento psíquico, ya que su permanencia en servicios de internación por simples motivos o carencias sociales y económicas no pueden acontecer. Se establece, además, la necesidad de creación de servicios y dispositivos asistenciales con base en la comunidad, en los que se puedan garantizar derechos sociales básicos. Ejemplo de esto son: casas de convivencia, hogares, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral y emprendimientos sociales, entre otros. En su Decreto Reglamentario (Ministerio de Justicia, 2013) se estableció el año 2020 como fecha para que los hospitales psiquiátricos dejen de existir como tales. Estos deben sustituirse por los dispositivos comunitarios arriba señalados. Si bien el avance es lento, es un proceso que ya ha comenzado con distintas marchas y contramarchas en nuestro país.
- **Las adicciones como parte de la salud mental.** Incorpora a las adicciones y/ o consumos problemáticos como una problemática de salud mental, tendiendo así a retirarlas del ámbito penal y de la seguridad, para ubicarlas en la esfera de la salud.

---

10 Se incluye una modificación del artículo 482 del Código Civil por el cual la internación forzosa se realizaba por "peligrosidad para sí o para terceros". Se trata de algo más que de un cambio de palabras; es más bien un cambio profundo de concepción ya que mientras que "peligrosidad" puede ser comprendida como un "atributo" de la persona, la categoría de "riesgo cierto e inminente" define una situación transitoria, por ejemplo, una crisis, que puede requerir una internación, pero breve y atendiendo a que la persona retorne a su comunidad lo más prontamente posible.

### **3.3. Instancias creadas por la ley para el respeto y salvaguarda de derechos**

Luego de su reglamentación, en 2013, se crearon instancias u organismos necesarios para su implementación. Fue en ese mismo año que, acorde al Decreto Reglamentario, se elaboró un Plan Nacional de Salud Mental, del cual mencionaremos algunas características. De modo general, cabe señalar que se trata de instancias establecidas para garantizar los derechos y promover el trabajo intersectorial y participativo para la implementación de la Ley.

#### **3.3.1. Unidad de Letrados art. 22**

Se creó en el ámbito de la Defensoría General de la Nación, con la función de brindar servicio de defensa técnica a personas mayores de edad internadas en forma involuntaria. Dicha defensa es ejercida por abogadas y abogados, que cuentan con el apoyo de un equipo interdisciplinario de psicólogas y psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Cuando se recibe la notificación de internación, se asigna el caso a un abogado, quien debe asistir a la institución a tomar contacto directo con la persona usuaria, además de revisar su historia clínica. Se procura la comunicación personal con los equipos tratantes, así como la realización de visitas periódicas de seguimiento y el contacto con los y las familiares de las personas internadas (Ministerio Público de la Defensa, 2022).

#### **3.3.2. Órgano de Revisión de Salud Mental**

En el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, tiene el objeto de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de servicios de Salud Mental. Tiene un carácter intersectorial e interdisciplinario, ya que está integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud mental, de las y los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos. Entre sus principales funciones se cuentan la de evaluación de las condiciones en las que se realizan los tratamientos en instituciones públicas y privadas, supervisar las condiciones de internación de las personas usuarias, además de evaluar que las mismas estén debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo necesario (Art. 40).

#### **3.3.3. Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA)**

Fue creada para producir políticas intersectoriales y situada en la órbita de la Jefatura de Gabinete. Como parte del trabajo de esta comisión, cabe mencionarse, por ejemplo, en el año 2014, la elaboración de un documento de recomendaciones para adecuar la formación profesional a la LNSM, el documento "Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos", o el desarrollo del programa de capacitación sobre Intervención de las Fuerzas de Seguridad en Salud Mental y Adicciones, entre otros.

### 3.3.4. Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCH)

La Ley procura favorecer la participación comunitaria, incluyendo la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil en la toma de decisiones sobre las políticas del campo. La principal función del Consejo es la de realizar propuestas no vinculantes en materia de salud mental y adicciones, y realizar las observaciones que crea pertinentes acerca de las políticas que se llevan adelante. Se conforma por organizaciones de usuarios y familiares, sindicatos, organismos de derechos humanos, organizaciones y colegios de profesionales, espacios académicos y diversas redes de trabajo en torno a la temática de salud mental (Decreto Reglamentario de la Ley 26.657, Art. 2).

**La LNSM creó nuevos organismos e instancias institucionales que consolidan el enfoque de derechos y contribuyen a fomentar prácticas de atención enmarcadas en la Salud Mental Comunitaria.**

### 3.4. Evolución y proceso de implementación: avances y propuestas

Unos meses antes de la sanción de la Ley, fue promovida una política explícita de salud mental y derechos humanos, al crearse la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. La misma había desaparecido en uno de los “achicamientos” del Estado, en la década de 1990 (Stolkiner, 2015). Debe mencionarse en ese período la conformación del Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones (COFESAMA), orientado a formular objetivos de gestión y planificación en salud mental de forma articulada y federal por las autoridades provinciales de las áreas de competencia. Fue en este marco de recuperación de las políticas de salud mental, que la Ley Nacional se sancionó en 2010.

Luego, el gran desafío constituyó su reglamentación. Durante el período, y con la colaboración de la CONISMA, se realizaron foros en el ámbito nacional para su redacción (Ferreyra *et al.*, 2015). Fue finalmente reglamentada en el año 2013.

En octubre de 2013, y en el marco de la celebración del día de la salud mental, se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental, que contó con los aportes de diferentes actores sociales representativos, entre los que se contaban organismos del Estado, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, docentes e investigadores de universidades y de federaciones y asociaciones nacionales de profesionales (DNSMA, 2014). Fundamentalmente, el Plan constó de un conjunto de metas y líneas de acción, y estableció pautas generales para la implementación de acciones y políticas públicas de salud, entre las que se contaban la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos y el fortalecimiento de la red de servicios comunitarios de salud mental, y las estrategias de base comunitaria que reviertan los efectos iatrogénicos del proceso de cronificación que acontece en los hospitales psiquiátricos. En el marco del Plan Nacional de Salud Mental, entre 2014 y 2015, se impulsaron algunos lineamientos epidemiológicos,

de monitoreo y de evaluación de los servicios de salud mental, que tenían como objetivo optimizar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental (Faraone y Barcala, 2021).

En esta evolución, debe mencionarse la sanción del Código Civil y Comercial que consolida cambios fundamentales en salud mental, tomando como uno de sus principales antecedentes a la LNSM, en materia de capacidad jurídica. El Código adoptó las recomendaciones concretas y el espíritu de cambio hacia un modelo social de la discapacidad. Por ejemplo, regula la temporalidad de las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad, que no pueden extenderse por más de tres años, y que deben especificar las funciones y los actos que limitan, procurando que la limitación de la autonomía de la persona sea la menor posible. Se introduce la figura que permite reemplazar al sistema de curatela por el modelo de apoyo en la toma de decisiones, dos figuras legales antagónicas.

Mientras que el primero implicaba la actuación de un curador tradicional que actuaba en nombre de la persona, el apoyo acompaña y asiste a la persona para que tome sus propias decisiones en su nombre, poniendo en el centro sus preferencias, necesidades e intereses (Honorable Congreso de la Nación, 2014).

Esta evolución y proceso de implementación contó con marchas y contramarchas. Respecto de los obstáculos en el proceso, se produjo un viraje en las políticas públicas en el periodo iniciado a partir del año 2016, momento de cambio en la gestión nacional. Se trató de un cambio de posición de las propias instancias gubernamentales encargadas de implementar la Ley y promover su aplicación, que instaló un período de estancamiento y fuertes retrocesos (Ferreira y Stolkiner, 2017). Por ejemplo, fueron desarticulados y desmantelados algunos dispositivos de abordaje territorial. Otro elemento preocupante fue la no convocatoria a la CONISMA y su traslado desde la Jefatura de Gabinete de Ministros a la órbita del Ministerio de Salud, conllevando la pérdida del carácter interministerial que tenía. Otro punto de retroceso fue la no convocatoria al Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones.

Al finalizar 2017 circuló un proyecto de reforma de la reglamentación de la Ley, que en sus contenidos implicaba una fuerte transformación de su espíritu. Primero, pretendía impactar de forma directa en la conformación y existencia del Órgano de Revisión Nacional, que perdía sus reuniones plenarios y quedaba subsumida al Ministerio de Salud y no al Ministerio Público de la Defensa. A la vez, el proyecto de reforma reinstalaba la lógica del modelo tutelar de sustitución de la voluntad, reconociendo expresamente que una persona podía ser declarada completamente incapaz en total contradicción con el Código Civil y Comercial. Dicho proyecto fue fuertemente resistido por actores comprometidos históricamente con los procesos de transformación en salud mental, en espacios de debate y mediante la manifestación a través de documentos en las redes, tanto sociales como institucionales (Stolkiner, 2018). Así, por ejemplo, se conformó la Red de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos, que elaboró un documento avalado por más de 300 adhesiones de organizaciones de todo el país (CELS, 2017). En relación a lo anterior, se conformó la red de Órganos de

Revisión, que propugnó por la creación de los mismos a nivel federal. También, el sostenimiento del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, propiciado por las propias organizaciones que lo componían y la conformación de redes, agrupamientos, encuentros y marchas en varios puntos del país para bregar por el cumplimiento de la Ley.

A partir de 2018, se produjo un nuevo cambio en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Se inauguró un giro en el rumbo en las políticas en salud mental basado en la promoción de un modelo de atención basado en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud y en el fortalecimiento de la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Por ejemplo, se establecieron estándares de organización y funcionamiento para los servicios de Salud Mental, a partir de la elaboración de dos resoluciones: las “Pautas para la organización y funcionamiento de los dispositivos de salud mental” (DNSMA, 2019a) y las “Recomendaciones para la adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad” (DNSMA, 2019b). En ese contexto, se volvió a convocar al CCH y a la CONISMA. Una de las acciones de relevancia de ese período de gestión fue, entre 2018 y 2019, la implementación del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, en conformidad con el Art. 25 de la Ley, con el objetivo de caracterizar la situación de la población internada en hospitales psiquiátricos en el ámbito público y privado, para aproximarse a un diagnóstico situacional para la formulación de políticas públicas. Los resultados arrojaron que en nuestro país había en ese momento 12.035 personas internadas por motivos de salud mental, que el promedio de internación era de 8,2 años (12,5 en el sector público y 4,2 en el sector privado) y el 25% superaba los 11 años de estancia (DNSMA, 2019c).

Dicho Censo constituyó un importante avance al permitir dimensionar la situación de las personas internadas, aunque recibió algunas críticas metodológicas, por no contemplar dentro del diagnóstico de situación a las instituciones geronto-psiquiátricas o a los hogares de niños y niñas (Faraone y Barcala, 2021). Los avances durante este período deben considerarse en un marco político y económico de fuerte retroceso, en el cual, por ejemplo, el Ministerio de Salud de la Nación perdió su jerarquía en septiembre de 2018, para pasar a ser Secretaría en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

A partir del año 2020, con el cambio de gestión a nivel nacional y la coyuntura de la pandemia por COVID 19, la emergencia sanitaria y las consecuentes medidas de aislamiento y distanciamiento social, se destacaron las acciones de la Dirección Nacional de Salud Mental, en relación a la necesidad de dar continuidad a los tratamientos en salud mental y la elaboración de documentos y lineamientos para su abordaje en el marco de la pandemia, como así también recomendaciones de ayuda psicosocial para enfrentarla (Ministerio de Salud de la Nación, 2022b).

En 2022, el Gobierno nacional impulsó la Estrategia Federal de Abordaje Integral de Salud Mental, en el marco de la cual se inserta el presente programa de

Diplomatura Universitaria Superior en Salud Mental Comunitaria. La Estrategia impulsa una política pública que tiene por objeto garantizar el cuidado y atención de la salud mental en todas las etapas de la vida, promoviendo la implementación de la LNSM. Entre algunas de sus líneas de acción, se destacan fomentar actividades de prevención y promoción de la salud mental, contar con más dispositivos para realizar los procesos de atención comunitaria e incrementar las capacitaciones de los recursos en salud mental. Para ello, el fortalecimiento del marco de la Salud Mental Comunitaria, se basa en la ampliación del sistema de la Red Asistencial por Telemedicina, la incorporación de 12 nuevas Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISAM), la ampliación de la cobertura en medicamentos mediante Botiquines Remediar Salud Mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2022a). En el marco de la Estrategia, se desarrolló recientemente el 1er Foro de Investigación en Salud Mental, con el objetivo de exponer resultados de investigaciones que aportaron evidencia para el diseño de políticas públicas en el campo.

En este mismo período, deben señalarse los esfuerzos en la Provincia de Buenos Aires por avanzar en el proceso de transformación y el cambio de paradigma propuesto por la Ley Nacional. El programa “Buenos Aires libre de manicomios” constituye el principal avance en este sentido y con dicho marco, durante la segunda mitad del año 2020, se planificó desde la dirección de los cuatro hospitales psiquiátricos provinciales y la gestión central de la provincia la adecuación de dichas instituciones al modelo de Salud Mental Comunitaria, hasta su sustitución definitiva por dispositivos comunitarios (Calmels, Holc y Medici, 2022).



Se recomienda ver el video de Alicia Stolkiner: Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26657: antecedentes, ejes centrales e implementación.

[bit.ly/3PoqF9y](https://bit.ly/3PoqF9y)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina preventiva*. Buenos Aires: Lugar.

Banco Mundial (2010). “Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud”. Disponible en <https://shorturl.at/y274C> (consulta marzo de 2023).

Barifouse, R. (2021). “David Sinclair. El Científico de Harvard que afirma que la vejez ‘es una enfermedad’ que puede ser curable”, en *BBC Mundo*. Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-58779750> (consulta marzo de 2023).

Bugallo, L. y Vilca, M. (2011). “Cuidando el ánimo: salud y enfermedad en el mundo

andino (puna y quebrada de Jujuy, Argentina”, en *Open Edition Journals*, Debate: Salud y enfermedad en América Latina desde la perspectiva intercultural.

Calmels, J., Holc, S. y Medici, J. (2022). “Salud mental y pandemia. Dispositivos de cuidado, asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires”. Buenos Aires: UNLP.

Cangilhem, G. (2004). *Escritos sobre la Medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.

Cardoso Ruiz, R.P., Gives Fernández L., Leucona M. y Nicolás Gómez, R. (2016) “Elementos para el debate e interpretación del buen vivir /Sumak kawsay”, en *Contribuciones desde Coatepec*, 31. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/281/28150017005/html/> (consulta 03/2023)

Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. Madrid: La piqueta.

CELS/MDRI (2008). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI. Disponible en <http://www.cels.org.ar/common/documentos/> (consulta marzo de 2023).

CELS (2017). “Ley de Salud Mental: Un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de DD. HH”. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por-decreto-de-su-reglamentacion-elimina-la-perspectiva-de-derechos-humanos> (consulta marzo de 2023).

Centre Londres 94 (s/f). “Evolución clínica del cuadro esquizofrénico”. Disponible en [http://www.centrelondres94.com/files/esquizofrenia\\_tratamiento.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/esquizofrenia_tratamiento.pdf) (consulta noviembre de 2022).

Chiarvetti, S. (2008). “La reforma en Salud Mental en la Argentina: una asignatura pendiente”, en *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 17.

Ciudad de Buenos Aires (2000). Ley 448 de Salud Mental. Disponible en <https://buenosaires.gob.ar/salud/saludmental/normativa> (consulta marzo de 2023).

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.

De Souza Campos, G. (2009). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar.

Diplomatura en Salud Mental Comunitaria (2022). “Programa Diplomatura Universitaria Superior en Salud Mental Comunitaria”. Convenio Interadministrativo con el Ministerio de Salud de la Nación y la Universidad Nacional de Lanús.

DNSMA (2014). "Criterios y Sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental". Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

DNSMA (2019a). "Pautas para la organización y funcionamiento de los dispositivos de salud mental". Disponible en: <https://shorturl.at/UM9jm> (consulta marzo de 2023).

DNSMA (2019b). "Recomendaciones para la adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad". Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/330000-334999/332088/res3250.pdf> (consulta marzo de 2023).

DNSMA (2019c). "Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental". Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Dovio, M.A. (2017). "La higiene mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945)", en *Revista de Historia y Geografía*, 36: 45-65. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7392162> (consulta marzo de 2023).

Faraone, S. y Barcala, A. (2021). *A diez años de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Teseo.

Ferreira, J., Stolkiner, A., Luciani Conde, L., y Vázquez, A. (2015). "Instancias estatales creadas por la Ley Nacional de Salud Mental: aportes para la descripción de un proceso de implementación". Ficha de Cátedra, Salud Pública y Salud Mental II, Facultad de Psicología de la UBA.

Ferreira, J. y Stolkiner, A. (2017). "Reflexiones en torno a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: análisis documental crítico de los efectos del cambio en la gestión nacional".

Franco Agudelo, S. y Forero Martínez, L. (2002). "Guerra, salud y paz en Colombia", en Franco Agudelo, S. (ed.) *La Salud Pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Universidad Nacional de Colombia.

Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico. Curso en el College de France 1973-1974*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.

Granda, E. (2004). "¿A qué llamamos salud colectiva hoy?", en *Revista Cubana Salud Pública*, 30.

Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu

Honorable Congreso de la Nación (2005). Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes 26601. Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm> (consulta marzo de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2006). Ley de Educación Sexual Integral 26.150. Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm> (consulta marzo de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2009). Ley de Derechos del Paciente 26.529. Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm> (consulta marzo de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley 26.618 de modificación del Código Civil sobre el "Matrimonio Igualitario". Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm> (consulta, marzo de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2012). Ley de Identidad de Género 26.743. Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm> (consulta marzo de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2014). Código Civil y Comercial. Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#2> (consulta marzo de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2015). Ley Nacional de Prevención del Suicidio 27.130. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27130-245618/texto> (consulta marzo de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2020a). Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria y Legal del embarazo, 27.610. Disponible en <https://shorturl.at/vcvP1> (consulta marzo de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2020b). Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud Durante el Embarazo y la Primera Infancia 27611. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239809/20210115> (consulta marzo de 2023).

Iriart, C, Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). "Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos", en *Rev Panam Salud Publica*, 12, 2.

Iriart, C. y Merhy E. (2017). "Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico", en *Debates Interface*, 21, 63.

Kanner, L. (1971). *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires: Paidós.

Laurell, A.C. (1987.) "Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción", en *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social*, 61-96. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Medellín.

Laurell, A.C. (1994). "La salud de derechos social a mercancía", en Laurell, A.S. (coord.), *Nuevas Tendencias y alternativas en el sector salud*. Universidad Autónoma Mexicana Unidad Xochimilco, México. Disponible en <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-autonoma-de-entre-rios/salud-publica-salud-mental/4la-salud-de-derecho-social-a-mercancia/13626891> (consulta marzo de 2023).

Luciani Conde, L. (2021) "Por una matriz formativa alternativa en Salud Mental: Aportes de los estudios decoloniales al campo de la Salud Mental Colectiva/ Medicina Social Latinoamericana", en *Salud Mental y Comunidad*, 8, 10: 16-23.

Martínez Martín, A.B. (2021). "Philippe Pinel: un alienista mistificado", en *El Diario de Salud - El periódico de Salud de Colombia*, 4 de octubre. Disponible en <https://eldiariodesalud.com/catedra/philippe-pinel-un-alienista-mitificado> (consulta marzo de 2023).

Menéndez, E. (1988). "Modelo médico hegemónico y atención primaria". Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.

Menéndez, E. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en *Ciencia y Saude Colectiva*, 8, 1: 185-207.

Menéndez, E. (2020). "Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias", en *Salud Colectiva*, 16.

Ministerio de Justicia de la Nación (2013). Decreto reglamentario 603, Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm> (consulta marzo de 2023).

Ministerio de Salud de la Nación (2022a). "Estrategia federal de abordaje integral de la salud mental". Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/08/estrategia\\_federal\\_de\\_abordaje\\_integral\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/08/estrategia_federal_de_abordaje_integral_de_la_salud_mental.pdf) (consulta marzo de 2023).

Ministerio de Salud de la Nación (2022b). "Recomendaciones de ayuda psicosocial para esta etapa de la pandemia". Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/transitar-aislamiento> (consulta marzo de 2023).

Ministerio Público de la Defensa (2022). “Unidad de Letrados art. 22 Ley 26657”. Disponible en: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/unidad-de-letrados-art-22-ley-26-657-personas-mayores-de-edad> (consulta marzo de 2023).

Moynihan, H y Henry, D. (2002). “Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering”, en *British Medical Journal*, 321: 886-890. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/11415730\\_Selling\\_Sickness\\_The\\_Pharmaceutical\\_Industry\\_and\\_Disease\\_Mongering](https://www.researchgate.net/publication/11415730_Selling_Sickness_The_Pharmaceutical_Industry_and_Disease_Mongering) (consulta marzo de 2023).

OMS (1946). “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. Disponible en <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf> (consulta marzo de 2023).

OMS (1996). “Guías para la promoción de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales”. División de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra.

OMS (2001). “Informe sobre la salud en el mundo 2001- Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas esperanzas”. Ginebra.

OMS (2002). “Programa Mundial de Acción en Salud Mental”. Ginebra.

OMS (2004). “Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas” (Informe Compendiado del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht). Ginebra.

OMS (2020). “Conmemoración de la erradicación de la viruela: un legado de esperanza para la COVID-19 y otras enfermedades”. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/08-05-2020-commemorating-smallpox-eradication-a-legacy-of-hope-for-covid-19-and-other-diseases> (consulta marzo de 2023).

OMS/OPS (1990). “Declaración de Caracas: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)”. Ginebra.

ONU (2006). “Convención de Derechos de las personas con Discapacidad”. Disponible en <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> (consulta marzo de 2023).

OPS/OMS (1978). “Declaración de Alma Ata”. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> (consulta, marzo de 2023).

OPS/OMS (2005). “Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas”. Washington.

OPS/OMS (2007). “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”. Washington.

Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud” Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660> (consulta marzo de 2023).

Orzusa, S. (2016). “Desafíos pendientes para la construcción de información epidemiológica sobre salud/salud mental en pueblos originarios en Argentina”, en *Perspectivas en Psicología*, 13, 2: 27-35. Disponible en <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/4> (consulta marzo de 2023).

Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad*. Madrid: CINCA.

Provincia de Entre Ríos (1994). Ley 8806 de Salud Mental. Disponible en <https://shorturl.at/FJDcq> (consulta marzo de 2023).

Provincia de Río Negro (1991). Ley 2440 de Salud Mental. Tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental. Disponible en <https://defensoriarionegro.gov.ar/drn/wp-content/uploads/2019/12/Ley-N%C2%BA-2.440-Salud-Mental-Rio-Negro.pdf> (consulta marzo de 2023).

Provincia de Santa Fe (1991). Ley 10.772 de Salud Mental. Disponible en <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/LeyProvincial10772.pdf> (consulta marzo de 2023).

Ruibal, B. (1996). “Medicina legal y Derecho Penal a fines del siglo XIX”, en Lobato, M.Z. (ed.), *Políticas, Médicos y Enfermedades. Lecturas de Historia de la Salud en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos-Universidad Nacional de Mar del Plata.

Spitz, R. (1999). *El primer año de la vida del Niño. Génesis de las Relaciones Objetivas*, Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Stolkiner, A. (1988). “Prácticas en Salud Mental”, en *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 6, 1: 31-61.

Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). “Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías”, en Maceira, D. (comp.), *Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Cedes Paidós.

Stolkiner, A. (2010). “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”, en *Social Medicine*, 1, 1: 20-22.

Stolkiner, A. (2012). “Nuevos Actores en el campo de la Salud Mental”, en *Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA*, 2, 4.

Stolkiner, A. (2013). “Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental”, en Lerner, H. (comp.), *Los sufrimientos. Diez psicoanalistas. Diez enfoques*. Buenos Aires: Fundep.

Stolkiner, A. (2015). "Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria", en Tesler, L. (comp.), *¿Qué hacer en salud-Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria?* Buenos Aires: Colihue.

Stolkiner, A. y Castro, D. (2017). "Subjetividad, terror, derechos humanos: la experiencia argentina", en Cufre, L. y García Meza, N.E. (comp.), *Samblajes de sociedad y cultura: Memoria, representaciones e imaginarios sociales*. Universidad Veracruzana.

Stolkiner, A. (2018). "Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental", en *Revista Soberanía Sanitaria*, 2, 4; 34-38.

Stolkiner, A. (2021). Consideraciones sobre la Salud Mental desde el pensamiento médico social-salud colectiva latinoamericano", en Stolkiner, A., *Prácticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Noveduc.

Testa, M. (1985). "Atención primaria o atención primitiva", en *Cuadernos Médico Sociales*, 34.

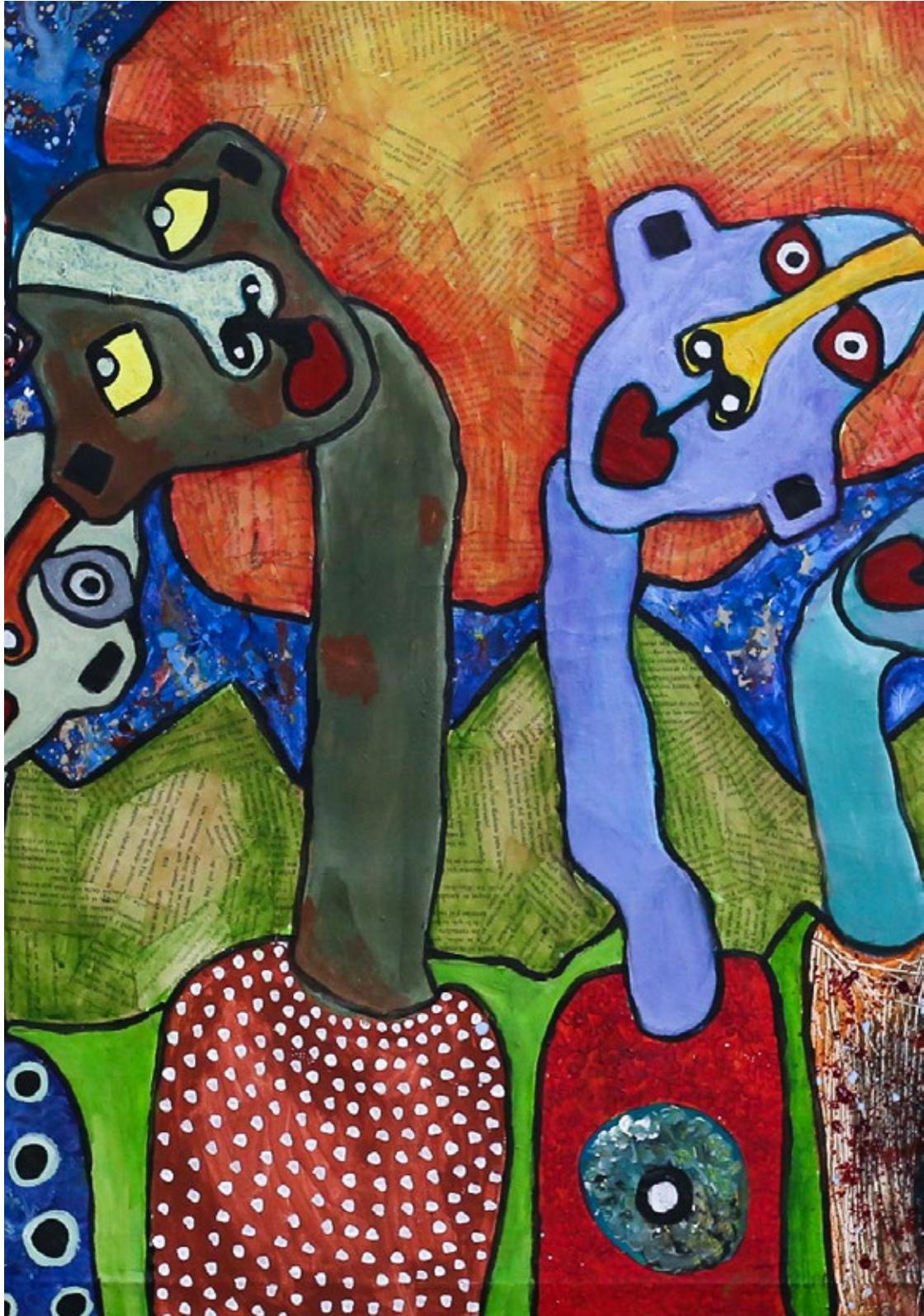
Vainer, A. (2019). "La salud mental en la Argentina: memorias y luchas", en Trímboli, A. (ed). *El fin del manicomio-construcción colectiva de políticas y experiencias en salud mental y derechos*. Buenos Aires: Noveduc.

Vainer, A. y Carpintero, E. (2004). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina*. Buenos Aires. Topía.

Villaseñor Bayardo, S.J. (2003). "Síndromes Culturales Latinoamericanos" en *Guía Latinoamericana de Trastornos Psiquiátricos*. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Disponible en [https://www.gladet.org.mx/publicaciones/guia\\_latinoamericano\\_do\\_diagnostico\\_psiquiatico.pdf](https://www.gladet.org.mx/publicaciones/guia_latinoamericano_do_diagnostico_psiquiatico.pdf) (consulta marzo de 2023).

WHO (2003). "The Mental Health Context", en *Mental Health Policy and Service Guidance Package*.

WHO (2005). "Mental Health Policy, Plans and Programs", en *Mental Health Policy and Service Guidance Package*.



# ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE COMUNITARIO DE LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL

**Autoras:**  
Carla Pierri  
Brenda Riveros

En el siguiente capítulo introduciremos qué entendemos por estrategias de abordaje comunitario, por problemáticas y prácticas en salud mental.

Desarrollaremos el contenido en tres apartados. En el primero se brindan los conceptos fundamentales para repensar y transformar las prácticas en salud mental: estrategia, intervención, enfoque comunitario y sus contextos. En el segundo abordaremos distintas concepciones a lo largo del tiempo del concepto de comunidad y lo comunitario. Por último, el tercer apartado describe cuatro experiencias de abordaje comunitario de problemáticas de salud mental en distintos ámbitos y épocas.

## 1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES PARA REPENSAR Y TRANSFORMAR LAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL

¿Hasta dónde se remonta en la historia de la salud mental argentina la lucha antimanicomial? ¿Qué elementos y postulados de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) se vinculan específicamente con las estrategias de abordaje comunitario de las problemáticas en salud mental? ¿Cuáles son algunas de las organizaciones e instituciones que luchan en la actualidad por la implementación de los abordajes comunitarios? ¿Qué es una estrategia? ¿Desde qué posicionamientos y concepciones del otro suelen construirse las intervenciones y/o estrategias de abordaje en salud mental? ¿Cómo pensamos el concepto de intervención? ¿Qué implica el enfoque comunitario en salud mental? ¿Cuáles son algunos de los dispositivos necesarios para hacer posible los abordajes comunitarios? ¿A qué llamamos prácticas de salud mental? ¿Qué concepciones de salud y salud mental es posible encontrarnos en las prácticas? ¿Cómo se vincula la estrategia de atención primaria de la salud con los abordajes comunitarios en salud mental? ¿Cuáles son los contextos de las prácticas y qué relación tienen con su transformación?

## 1.1. Una filiación de salud mental comunitaria ¿de dónde venimos y con qué contamos?

La LNSM, en proceso de implementación desde hace más de diez años, retoma una tradición de lucha antimanicomial y de abordaje comunitario en salud mental que, con sus diferencias y similitudes, se remonta en nuestro país, como mínimo, a los años sesenta del siglo XX.

Entre dichas experiencias se encuentra la del policlínico de Lanús con Mauricio Goldenberg, quien también promovió la creación de servicios de Psicopatología en hospitales generales y la creación de los centros de salud mental. También vale traer a cuenta de dicha tradición, a las comunidades terapéuticas desarrolladas en el marco del Plan Nacional de Salud Mental de 1967 (Carpintero y Vainer 2005), entre ellas las del Centro Piloto del Hospital Esteves (con Wilbur Grimson, Miguel Vayo, Lucía Edelman, Jorge Zrycki entre otros) o la de Colonia El Federal (con Raúl Camino). Otro eslabón en dicha cadena lo constituyen la experiencia de la peña Carlos Gardel y el trabajo de Alfredo Moffatt desde las entrañas del manicomio, el trabajo del Frente de Artistas del Borda con Alberto Sava y equipo.

También contamos con las huellas que en nuestro campo dejó el Plan Piloto Boca Barracas con la vuelta a la democracia en 1984 y su abordaje de las crisis en la comunidad (Plan Piloto Boca Barracas, s./f.). Vale destacar también la reforma en salud mental de la provincia de Río Negro y su reconversión del Hospital de Allen en Hospital General hacia 1988.



Te recomendamos estas experiencias:  
*Comunidad de locos*, documental de Ana Cutuli.

<https://bit.ly/3Feb489>

Todas estas experiencias han devenido en acontecimiento por su huella en el campo de la Salud Mental argentina en tanto dieron cuenta de que, otro modo de hacer en salud mental era no solo posible, sino urgente.

## 1.2. Abordaje comunitario en la Ley Nacional de Salud Mental

La LNSM reconoce como parte integrante de su articulado a la “Declaración de Caracas” (OPS/OMS, 1990), en cuyo texto se considera la necesidad de una transformación de los programas de salud mental en el sentido de los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS). Retomando tales raíces, promueve el ejercicio y la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimientos psicosociales, incorpora a los consumos problemáticos como una problemática de salud mental y define un modelo de atención basado en el abordaje comunitario de los padecimientos. También postula la sustitución del hospital

monovalente por diferentes dispositivos que favorezcan la inclusión social de las personas con sufrimiento psicosocial.

**Al considerar que la salud mental es un proceso histórico social dependiente de la concreción de derechos humanos y sociales de todas las personas, la Ley se enfrenta a perspectivas hospitalocéntricas, centradas en la asistencia y exclusivamente ancladas en el sector salud.**

Ingresamos así en el terreno del trabajo interdisciplinario, intersectorial y que incorpora la prevención y la promoción en salud mental. Desde la corriente de la medicina social latinoamericana y salud colectiva, la prevención se piensa como desanudamiento de problemáticas complejas (Stolkiner, 1987), y la promoción de salud mental se vincula al fortalecimiento de lazos sociales solidarios, y de formas de participación y agencia de develamiento y transformación de las situaciones que producen malestar y padecimiento (Stolkiner, 1987; Bang, 2010).

Ello implica abogar por un *modo de pensar y hacer en salud mental no patológico, no individualizante* y advertido acerca de la matriz social de producción de padecimiento; es decir que se visibiliza que los modos de relación social instituidos en un momento histórico son parte del entramado social de producción de subjetividades y padecimientos de época (Stolkiner, 1994).

La LNSM postula, como nodal, la perspectiva de derechos en los abordajes de salud mental. Destaca el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y las comunidades o grupos sociales, y el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Se abren entonces, dos grandes campos, con entrecruzamientos varios, para pensar las estrategias para el abordaje comunitario de las problemáticas de salud mental:

- El trabajo con problemáticas del campo de la salud-salud mental colectiva, incluyendo la prevención y promoción en y de salud mental comunitaria, considerando particularmente que el sufrimiento psíquico se produce de un modo situado histórica y socialmente, así como lo referido a la dimensión subjetiva de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado.
- El trabajo referido a lo que se nombra usualmente como con personas con padecimientos severos de salud mental.

Asimismo, la LNSM establece que la atención en salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario, que el abordaje debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario en el marco del trabajo intersectorial basado en los “Principios de la Atención Primaria de la Salud”, postulados por la OPS en 2007 en su documento “La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas” (OPS/OMS, 2007). ¿Cuáles son dichos principios?

- Respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Orientación a la calidad en tanto respeto, dignidad y reconocimiento de alteridad de las y sujetos y grupos sociales.
- Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos vinculado a la exigibilidad de derechos.
- Justicia social vinculada a la equidad en la atención, sostenibilidad,
- Financiamiento adecuado.
- Participación.
- Intersectorialidad.

**En cuanto a los *dispositivos*, para volver posible esta modalidad de atención, la LNSM plantea que debe promoverse la creación de consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.**

### 1.3. Instituciones y organizaciones en la reinención de la institución

Desde nuestra perspectiva, la LNSM ha sido el producto de luchas de visibilización de la iatrogenia que produce el modelo asilar manicomial de atención. Una vez sancionada, para garantizar la viabilidad de su implementación, se requiere que la participación social, la movilización, se sostengan para garantizar la transformación efectiva de las prácticas, en tanto lo que está en juego es un cambio paradigmático en la atención y, como en todo campo, hay actores que pueden posicionarse como aliados pero también los hay quienes se ubican como oponentes. Las marchas por la salud mental, las asociaciones de usuarios y familiares, los eventos y jornadas de visibilización de los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental, el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones implementado en 2014, resultan redes, organizaciones, movimientos y organismos centrales para pensar la participación comunitaria en la implementación de la Ley. La red Patas Arriba nació de intercambios con la experiencia italiana del “Sotto Sopra”.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> El “sotto sopra” (con una traducción que podría ser “al revés” o “abajo arriba”), refiere a encuentros de integración a través del deporte, la cultura y lo lúdico realizados en Italia a partir de 2000 donde participan personas con padecimiento mental grave en campeonatos de las ligas locales de sus ciudades.

Esta red realizó su primer encuentro en 2008, a partir del cual fueron sucediéndose año a año con jornadas deportivas, culturales, musicales, ferias de empresas sociales, “trenes por los derechos” (actividades de difusión de derechos en viaje en tren), marchas con radios abiertas en grandes estaciones ferroviarias o marchas en barrios. Las mismas fueron extendiéndose en distintos lugares del país con actividades que abogan “por la plena inclusión de las personas con padecimiento mental, contra el prejuicio y el estigma que contribuye a su segregación. A través de estas actividades se instala en la escena pública la problemática del encierro crónico y la importancia de restituir los derechos ciudadanos, en cumplimiento de la normativa vigente actualmente en nuestro país. El encuentro se desarrolla a través de diferentes actividades culturales, deportivas y recreativas” (Red Patas Arriba, s./f.).

Por su parte desde 2014, las Marchas por el Derecho a la Salud Mental, nacidas en Córdoba, toman el espacio público para reclamar la plena implementación de las leyes nacional y provincial de Salud Mental. Las convoca un abanico amplio de organizaciones y durante su jornada anual de movilización se realizan radios abiertas, intervenciones artísticas, se lee un documento elaborado por el colectivo organizador que cuenta con adhesiones de organizaciones de todo el país. Algunas de sus consignas han sido “tenemos ley, exigimos dignidad” o “tenemos ley, exigimos presupuesto”.

El Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, por su parte, según su decreto de creación, está compuesto por organizaciones vinculadas al campo de la salud mental y adicciones pertenecientes a categorías como sindicatos de trabajadores, asociaciones profesionales del mismo campo, organizaciones y asociaciones de usuarios y familiares, organismos de derechos humanos y espacios académicos.

Este Consejo, creado en 2013 por la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA), tiene las funciones de realizar propuestas no vinculantes en materia de salud mental y adicciones, visibilizar las problemáticas y particularidades de los distintos sectores a los que representan, y realizar las observaciones que crea pertinentes acerca de las políticas que se desarrollan.

El Consejo eligió a sus primeras autoridades vinculadas al Forum Infancias, a la Asociación Madres de Plaza de Mayo, a la Asamblea Permanente de Personas Usuarías de Servicios de Salud Mental, y “trabajó sobre las pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar. Se discutieron los lineamientos para la formación de profesionales en salud mental [...]. Se trataron proyectos diseñados por organizaciones de usuarios, como la creación de Grupos de Apoyo Mutuo para la Salud Mental y Adicciones” (Tisera, Lohigorry, Bottinelli y Longo, 2018: 129). La CONISMA, inicialmente dependiente de Jefatura de Gabinete de Ministros<sup>2</sup>, tiene

---

2 Luego, en 2016, dependiente del Ministerio de Salud y restituido al ámbito de Jefatura de Gabinete en 2021.

como objetivo la coordinación de la planificación interministerial y las relaciones institucionales en materia de políticas de salud mental y adicciones.

Desde 2021 quedó conformada por representantes de los ministerios de Salud, Educación, Desarrollo Social, Trabajo, Desarrollo Territorial y Hábitat, y Mujeres, Géneros y Diversidad.

#### 1.4. Estrategia, intervención, enfoque comunitario

El concepto de estrategia remite a la aproximación a una posición deseada desde el análisis situacional de un actor, que reconoce que hay otros actores en el campo que pueden convertirse en oponentes, aliados o definirse como indiferentes al cambio propuesto. En este sentido, “aceptar el uso de lo estratégico en sentido estricto es aceptar la conceptualización del objeto de transformación como un campo de enfrentamiento, de tensión, de pelea” (Rovere, 2006: 29).

**Una *estrategia* entonces implica una lectura que define una situación como adversa desde el propio punto de vista y va proponiendo acciones, intervenciones posibles para acercarse a una posición más próxima a la definida como ideal, pero considerando la dimensión del poder y la gobernabilidad en el campo.**

Teniendo en cuenta la dimensión política que destaca esta definición, vale considerar *dos grandes vías posibles para pensar el modo de concebir las intervenciones*. Una intervención *puede ser pensada como la construcción de una pausa temporal que establezca un corte en la repetición* o en la naturalización-invisibilización de ciertas situaciones que impiden pensarlas.

En ese marco la intervención construye una demora<sup>3</sup> para no repetir, pensar, para transformar y transformarse. *La otra gran vía desde la que puede gestarse una intervención es la de un ejercicio de poder-saber asimétrico, tutelar, objetivante que desconoce al otro como sujeto de derecho*, en la que quien interviene lo hace por sobre otros a los que salva, normaliza, corrige, disciplina. Asumiendo la primera de las dos vías descritas, tomaremos la definición de intervención social comunitaria remitiendo a

**“[...] procesos intencionales de cambio, mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de recursos de la población, al desarrollo de organizaciones comunitarias autónomas, a la modificación de las representaciones de su rol en la sociedad y sobre el valor de sus propias acciones para ser activo en la modificación de las condiciones que las marginan y excluyen” (Lapalma et al. 1995, en Lapalma, 2001: 62).**

3 Retomaremos esta línea con los aportes de Elena de la Aldea en el apartado 2 de este capítulo, dedicado al concepto de subjetividad heroica.

La perspectiva comunitaria, muchas veces es confundida con todo aquello que queda por fuera de la clínica individual, o bien, con el desarrollo de actividades que se realizan por fuera de los efectores de salud. Sin embargo, *el trabajo comunitario* en el campo de prácticas de la salud mental, más que una cuestión de locación extramuro se refiere a un enfoque epistemológico que concibe los sufrimientos subjetivos como procesos dinámicos de salud/ enfermedad/ atención/ cuidados entramados con la estructura social y el momento histórico (Stolkiner y Ardila, 2012; Bang, 2013). Implica, asimismo, una perspectiva que incluye lo colectivo, lo vincular-relacional, y que ubica a la protección de derechos como un eje fundamental. En ese sentido, la organización de un barrio en una mesa de trabajo intersectorial para problematizar la no recolección de residuos y la presencia de basurales en sus calles, una fiesta popular barrial donde se conocen, reconocen y estrechan vínculos entre instituciones y personas; un taller de escrituras y lecturas con eje en la ficción con familiares de niñas y niños que han vivido situaciones graves de violencia en un hospital general, son estrategias diversas y posibles donde lo que se pone en situación es la construcción de espacios de encuentro, procesos participativos y crecimiento de las redes de cuidado comunitarias.

Otro eje central para pensar el trabajo comunitario es la estrategia de promoción de *salud mental comunitaria*.

**Dicha estrategia consiste en propiciar “la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación comunitaria hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones comunitarias propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados” (Bang, 2010: 243). Este proceso debe estimular la reflexión crítica y la capacidad de intervención y de gestión de los problemas sociales por parte de los colectivos (Bang, 2013).**

Ahora bien, ¿a qué llamamos prácticas en salud mental? ¿qué tipo de prácticas incluye?

### **1.5. Campo de prácticas en salud mental**

El campo de prácticas en salud mental comprende en su interior diversas formas de intervención. Algunas de ellas resultan hegemónicas, otras alternativas (Stolkiner, 2021), o emancipatorias. Se constituyen de cuerpos conceptuales diversos que se abocan a una pluralidad de situaciones y problemáticas disímiles y difícilmente agrupables tales como: procesos de externación de personas que han estado internadas por motivos de salud mental, a la dimensión subjetiva de procesos salud-enfermedad-atención-cuidado, a la salud ambiental de un barrio con factores contaminantes del agua y del aire, a la articulación y participación comunitaria ante situaciones específicas que afectan la salud mental de diferentes grupos de edad, a las situaciones vinculares en una comunidad educativa, a

problematizaciones de cuestiones ligadas al encuentro con los otros en el espacio público pero también en los tipos de relaciones afectivas y sexuales, y a las situaciones donde se refuerza la opresión, se segrega o estigmatiza a cualquier grupo no hegemónico (identidades sexuales feminizadas, inmigrantes o migrantes internos con nacionalidades jerarquizadas, grupos sociales empobrecidos, clase trabajadora, formas centrifugas de construir modos de andar en la vida).

**Un eje central para pensar las prácticas de salud mental es el de analizar si las mismas se constituyen como “gendarmes de la consciencia”, como adaptadoras al status quo, si representan en su intencionalidad a los grupos dominantes o a sus intereses o, si son gestadas desde una intencionalidad emancipadora, instituyente, cuestionadora y desnaturalizadora de lo establecido como destino único. En ese sentido, según Alicia Stolkiner, el principal indicador de salud mental de una comunidad sería su nivel de participación y sus formas de organización (Stolkiner, 2021).**

Stolkiner plantea que en nuestros países latinoamericanos, por su lugar actual en la división internacional del trabajo, en el marco de un modo de producción capitalista, en su faz financiera que tiende a la concentración corporativa a nivel internacional, cualquier diagnóstico para fundamentar prácticas en “salud mental” debería incluir diversas cuestiones en las que se expresa la matriz histórico social de los procesos salud enfermedad atención cuidado, a saber:

- El peso sobre la realidad vital y sobre el imaginario colectivo de la deuda externa en nuestras latitudes en donde reiteradamente los organismos internacionales proponen políticas recesivas permanentes de achicamiento del gasto público, ajuste fiscal.
- Los efectos de diversas formas de implementación del terror de Estado como política de la última dictadura militar pero desde el hoy podemos pensar en relación a la violencia institucional y represiva, a las intencionalidades de disciplinamiento de luchas sociales, o incluso el “gatillo fácil”.
- Las amenazas de invasión con que se enfrentan los pueblos que intentan independizarse de las políticas que pretende fijar el gobierno de Estados Unidos.
- Los particulares modos de relación social que produce el capitalismo dependiente (grandes concentraciones urbanas, migraciones internas de grandes grupos poblacionales, ruptura de formas tradicionales de vida y de relaciones sociales -como las de pueblos originarios-, desalojos, despidos masivos, situaciones de violencia de género, situaciones de vulneración de derechos, etc.).

- Los efectos de los desastres y catástrofes socioambientales sobre los sectores más vulnerados (Stolkiner, 2021; Ministerio de Salud de la Nación, 2020a).



Para ahondar en el trabajo en emergencias y desastres ver: *Salud mental y apoyo psicosocial en desastres*, por el Dr. Hugo Cohen

[https://www.youtube.com/watch?v=cGHoph\\_as7E](https://www.youtube.com/watch?v=cGHoph_as7E)

### 1.5.1. Concepciones ideológico-políticas de salud y salud mental

Stolkiner (1987) propone un esquema de tres grandes concepciones ideológico-políticas de Salud y Salud Mental, que pueden ser herramientas para pensar e interrogar las propias prácticas: la liberal, la tecnocrática y la participativa integral.

La concepción liberal clásica plantea el cuidado de la salud como responsabilidad individual destacando el ideario de la libertad de elección. Bajo esta concepción, la salud pertenece y se resuelve en el ámbito de lo privado, reservando lo “público” para los grupos poblacionales empobrecidos que no pudieran costearse la atención de forma particular.

Las prácticas en salud se centrarán en lo curativo y en lo que refiere a salud mental el modelo desde el sector de gestión estatal se centrará en la custodia desde un modelo asilar manicomial. La concepción tecnocrática normativa de salud pública, por su parte, se basa en una medicina social funcionalista que piensa la causalidad desde esquemas multicausales.

Desde un ideario desarrollista se nutre de la planificación normativa como vía de resolución de los problemas ante los que antepone lecturas técnicas a lecturas políticas. En salud mental este tipo de concepción se amalgama con la apertura de servicios de Psicopatología en hospitales generales, centros de salud mental.

Por último, la concepción participativa integral en salud implica que la participación se realice en un marco de cuestionamiento y ruptura del tradicional vínculo de saber-poder entre “técnicos o profesionales” y la población. La planificación es pensada entonces en términos estratégicos, reconociendo los actores e intereses disímiles y hasta contrapuestos en el campo.

En esta concepción podría pensarse a la salud como la capacidad de lucha para transformar las situaciones que limitan la vida, o un devenir dinámico no definible por los cánones de “normalidad”. Se ale-

ja así de propuestas adaptativas, normalizadoras, normativas. También podríamos pensar que esta concepción podría hacer sinergia con concepciones de salud emancipatorias en tanto puedan perseguir la transformación y desentrañamiento de los núcleos de opresión en la estructura social (Stolkiner, 1987).

## **1.6. Atención Primaria de la Salud (APS) y Salud Mental**

La estrategia de la APS tal como fue enunciada en la Declaración de Alma Ata (OPS/OMS, 1978) se propuso como reorganizadora de los sistemas de salud. En ese sentido, concibió a la salud como un derecho humano fundamental al que proteger, y denunció como inaceptable económica, social y políticamente, la grave desigualdad e inequidad en salud existente entre países y al interior de cada país.

En su origen planteó la obligación de los gobiernos de proteger y promover la salud de sus pueblos, y entre algunos de sus lineamientos destacó la participación social individual y colectiva, el trabajo intersectorial sobre los principales problemas de una población, el trabajo para eliminar inequidades y desigualdades injustas.

La APS incluye cuestiones como educación, prevención, alimentación y nutrición, suministro de agua potable, saneamiento básico, atención materno-infantil, inmunización contra principales enfermedades infecciosas, prevención y lucha contra enfermedades endémicas, tratamiento apropiado, suministro de medicamentos. Destaca, también, la participación de la comunidad (y del individuo) en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud.

Otro elemento que destaca es la movilización de recursos y financiamiento efectivo para tal fin. Vale recordar dos concepciones de la APS: las denominadas "Atención Primaria de la Salud selectiva" (exclusivamente pensada como primer nivel de atención, focalizada) y "Atención Primaria de la Salud Integral" (en tanto estrategia que reordena el sistema de salud y se propone garantizar el derecho a la salud en sentido amplio e intersectorial). Por su parte, la forma en que es pensada la relación entre APS y salud mental, suele tener dos grandes enfoques: uno centrado en pensar la desinstitutionalización de personas internadas desde la APS, y el otro en pensar acciones integrales de salud donde salud mental se constituye en parte de dicho abordaje.

El modo en que se conjugan las dos concepciones de APS con los dos enfoques para pensar la relación con salud mental, delimitan prácticas notablemente disímiles (Cuadro 1). Desde nuestra perspectiva, poder desarrollar desde la APS integral ambas líneas de articulación daría cuenta de un proceso de transformación acorde al abordaje comunitario de problemáticas de salud mental (Stolkiner y Solitario, 2007).

Cuadro 1. Concepciones de Atención Primaria de la Salud y formas de pensar la relación entre APS y Salud Mental (SM)

<b>Atención Primaria de la Salud / Relación SM y APS</b>	<b>Incorporación de Salud Mental en APS.</b>	<b>Aplicación de componentes de APS a la atención en salud mental con eje en la desinstitucionalización</b>
<b>APS Selectiva</b> Como primer nivel básico de atención esencial. Énfasis en disminuir gastos.	Sumar agentes de la comunidad para actuar sobre programas específicos dirigidos a población "de riesgo".	Medicamentos esenciales para patologías psiquiátricas en primer nivel de atención. Externación para liberar camas Escasos recursos para atención ambulatoria
<b>APS Integral</b> Énfasis en derechos y ciudadanía	Dimensión subjetiva incorporada. Incorpora prevención y promoción	Políticas de desinstitucionalización. Recuperar la capacidad de ejercicio de ciudadanía por parte de los/ las pacientes.

Fuente: Elaboración propia a partir de Stolkiner y Solitario (2007).

### 1.7. Transformar las prácticas en contexto: la institución, las condiciones materiales para la transformación y el escenario de la intervención

Como hemos mencionado hasta aquí, la LNSM postula un abordaje comunitario de las problemáticas de salud mental. Desde hace décadas, dicho modelo de atención se encuentra en tensión y disputa con el modelo de atención asilar manicomial. Cabe preguntarnos ¿Cómo, cuándo y en qué contextos se transforman las prácticas en salud mental? Las prácticas y estrategias de abordaje de problemáticas de salud mental no se dan en vacíos históricos y sociales, y su transformación tampoco. Los contextos en que ocurren, más que borde o paisaje, resultan entramados que las posibilitan, las dificultan o hasta las convierten en impensables, inimaginables. ¿Cuáles son los impensables de nuestras prácticas? ¿Cuáles las lógicas de las instituciones que habitamos? ¿Cuáles son algunas de las condiciones materiales necesarias para transitar su transformación? Si pensamos dicha transformación en términos de intervención en un contexto sociohistórico ¿Cómo se define la intervención comunitaria? ¿Cuál es su contexto?

### 1.7.1. Institución. Algunos elementos para el análisis institucional

Las prácticas que realizamos y podemos querer transformar, se producen en instituciones. Como se retomará en otros capítulos, las lógicas de funcionamiento institucional, al estar naturalizadas, se vuelven invisibles. El trabajo de análisis institucional, a grandes rasgos, se propone poner en suspenso la “mirada obvia” para poder mirarse con ojos extranjeros, para captar aspectos impensados. En ese punto exige que quien lo transite, pueda suspender sus certezas y lectura cotidiana sobre la institución. Si no hay espacio para el asombro, para el poder mirar con ojos extraños lo cotidiano, no habrá espacio para un análisis institucional. ¿Cómo se hacen visibles las lógicas institucionales? A través de un analizador. Un analizador es justamente aquello que permite revelar lógicas de funcionamiento institucional, obligándolas a hablar sobre lo invisible.

Concebimos a la institución como una formación cultural, una creación histórico social que tiene una faceta externa al sujeto que la habita, pero también tiene una faceta interna en tanto lo constituye como tal.<sup>4</sup>

A partir de lo antedicho, el análisis institucional puede pensarse como un doble análisis: uno que se aboca a lo externo (qué se hace, cómo, cuál es el marco normativo de la institución, qué hacen los sujetos con él, cuáles son las áreas cruciales de la organización, los principales conflictos a la vista) y una faceta interna sobre las percepciones del sujeto, en tanto también implican un mirarse a sí mismo.

Todo análisis institucional tiene que atender el devenir y la dinámica en la institución del poder, del deseo y del dinero (Saidón, 2019).

**Considerando muy brevemente estas conceptualizaciones, el análisis institucional intentaría estudiar e intervenir sobre las relaciones (objetivas y subjetivas) que los grupos sociales mantienen con las instituciones. Un eje central sería identificar si un grupo es sujeto de sí mismo en su decir, o si bien es hablado por un discurso externo de normas en cuya producción no participó. En ese marco Félix Guattari define a los grupos sometidos y a los grupos sujeto (Varela y Kaminsky, 2001).**

René Lourau, retomando tales aportes, construyó las categorías de grupo objeto y sujeto. El grupo objeto se ubica como objeto de otros grupos que le

---

4 Definimos al sujeto como “eso que resulta de la relación cuerpo a cuerpo, entre los vivientes y los dispositivos” (Agamben, 2011: 258) siendo los dispositivos “todo aquello que tiene la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y no solamente los discursos de los seres vivos. No solamente las prisiones [...] los asilos, [...] las escuelas, la confesión, las fábricas, las disciplinas y las medidas jurídicas en las cuales la articulación con el poder tienen un sentido evidente [...]” (Agamben, 2011: 257).

"impondrían" jerarquizaciones, modos de funcionamiento y que les demandarían o exigirían cierta actividad. Como tal, este tipo de grupo representa las tendencias oficiales y su heteronomía está instituida. Por su parte el grupo sujeto reconocería las múltiples determinaciones en que se haya implicado. Por ende al intentar saber sobre su posición lograría marcar "una ruptura en los procesos identificatorios que crea el no saber aludido, y así, recuperar y producir sus leyes internas, sus proyectos, sus acciones sobre sí y sobre otros grupos" (Varela y Kaminsky, 2001).

Estas conceptualizaciones les acercan a los equipos de trabajo interrogantes potentes para pensarse y problematizar su transformación.

**El análisis institucional buscaría propiciar en los grupos, el pasaje de la instancia objeto a la instancia sujeto, siendo la condición de pasaje el análisis de la transversalidad. La transversalidad es una dimensión de las relaciones en la institución contraria y complementaria de las jerarquías piramidales. "Se establece como coeficiente entre los grados de implicación y distancia que los grupos guardan con la verticalidad jerárquica y la horizontalidad de las relaciones entre pares" (Kaminsky y Varela, 2001: 12).**



*Para seguir pensando, El análisis institucional, por Osvaldo Saidón.*

[bit.ly/3PnSyhZ](https://bit.ly/3PnSyhZ)

### 1.7.2. Condiciones materiales necesarias para que ocurra esa transformación

Entre los principios de la APS destacados por la OMS, se encuentra el de financiamiento adecuado (OPS/OMS, 2007) que incluye la necesaria reorientación de recursos, las necesidades del equipo y los problemas de la comunidad. En lo referido a la transformación de las prácticas en salud mental, de acuerdo a las problemáticas y necesidades que se construyan, será central considerar la adecuación en la formación y número de profesionales de las distintas disciplinas, la variedad y cantidad de dispositivos alternativos y comunitarios necesarios.

Si nos centramos en las necesidades del equipo de salud, consideraremos entre los recursos necesarios aquellos que funcionan como espacio soporte (Carpintero, 2000) para su tarea, a saber: supervisiones, co-visiones, espacios de elaboración de angustias. En ese mismo sentido, recuperar el valor del tiempo por fuera de la práctica asistencial, referido a reuniones de equipos, momentos para pensar e intercambiar sobre la tarea, resultan fundamentales para pensar

esta transformación. En este mismo sentido, la LNSM (lejos por supuesto de la deshospitalización y del desfinanciamiento o achicamiento del gasto) plantea que las partidas destinadas a salud mental deben crecer hasta alcanzar un mínimo del 10% del presupuesto total de salud, y plantea promover que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio. Tales recursos constituyen en gran parte las condiciones materiales de la transformación anhelada y forman parte de lo que llamaremos escenario de la intervención.

### 1.7.3. Escenario de la intervención comunitaria: prácticas comunitarias en contexto sociohistórico

Como no trabajamos en un vacío histórico social sino en un campo de prácticas, el concepto de escenario puede aportarnos en términos de visibilizar componentes que caracterizan el marco en el que intervenimos. Un escenario se compone de:

- **Necesidades sociales** que expresan carencias pero también potencialidades en tanto movilizan a los grupos sociales.
- **Organizaciones y formas de organización social** que surgen para modificar dichas necesidades en el ámbito comunitario y exceden al sistema de salud. Dichas organizaciones van desde aquellas con estructuras poco diferenciadas (autoridad basada en liderazgos personalizados), pasando por organizaciones con una estructura más diferenciada (con reglas y objetivos explicitados y un modo de autoridad como función diferenciada), hasta organizaciones con mayor complejidad (en tanto los objetivos y las reglas se encuentran escritos disponibles para todos los integrantes, hay una división del trabajo basada en roles y funciones)
- **Existencia de otros actores en el escenario con distintas racionalidades como la racionalidad política** (cuya lógica implica la acumulación de poder y por ende requiere de resultados “visibles” en los momentos políticos pertinentes), la racionalidad técnica (ocupada en saberes científicos, teorías, metodologías preocupadas en delimitar los “encuadres de trabajo”, que conciben tiempos lo más extensos posibles para los diagnósticos y diseño de propuestas), la racionalidad burocrática (ocupada en los tiempos administrativos, en las rutinas, formas aferradas a la normativa poco comprometidas y que suele desconocer los resultados) y la racionalidad de la población (con sus representaciones de la sociedad, de sí misma, de sus estrategias de vinculación). Estas racionalidades a veces se complementan, a veces confrontan generando un escenario turbulento, complejo y dinámico (Lapalma, 2001).

Dicho escenario se estructura en un contexto histórico, político, económico y social que tiene una relación de determinación sobre los escenarios locales que no es posible desconocer (Lapalma, 2001). Para describir dicho contexto actual se hace necesario considerar la estructura social, la forma de organizar la producción, y poder recuperar algunos indicadores socio-económicos en tanto materialidad en la que tomarán cuerpo nuestras prácticas.

En el marco del modo de producción capitalista en su fase neoliberal, se producen ciertas formas de relación social caracterizadas en nuestras latitudes por una precarización alarmante de las condiciones de trabajo (flexibilización, uberización, trabajos fuera de convenios colectivos) y vida, y una tendencia a la labilidad de los vínculos y fragmentación social.

El modo en que ello se expresa en indicadores ineludibles para pensar el trabajo comunitario son los de pobreza y de exclusión social. Para el segundo semestre de 2022 la población argentina bajo la línea de pobreza alcanzó el 39,2% (11 millones y medio de personas) y un 8,1% (casi 2 millones y medio de personas) quedó bajo la línea de indigencia según el INDEC (2023). La exclusión refiere a una privación económica de grupos sociales pero también implica un proceso social de fragmentación, dualismos (pocos ricos cada vez más ricos, muchos pobres cada vez más pobres) y ruptura de cohesión social. No es sin considerar tal cuadro de situación que podemos construir nuestras intervenciones.

**La transformación de las prácticas orientadas al abordaje comunitario de las problemáticas de salud mental requiere considerar las condiciones de vida de los grupos sociales y operar sobre la determinación social de la salud. Para ello es necesario considerar el escenario de la intervención y su contexto, las lógicas de funcionamiento institucional y las condiciones materiales de dicha transformación.**

## **2. DIMENSIONES DEL ABORDAJE COMUNITARIO: COMUNIDAD COMO SUJETO ACTIVO, PARTICIPACIÓN Y REDES**

En este apartado trabajaremos los siguientes conceptos:

- Comunidad.
- Prevención y promoción de la salud mental comunitaria.
- Participación social.
- Redes socio comunitarias.

### **2.1. Comunidad: definiciones y redefiniciones a lo largo del tiempo**

Tal como hemos planteado anteriormente, el concepto de comunidad y “lo comunitario” ocupan un lugar central en el modelo de atención propuesto por

la LNSM. Sin embargo, estos términos son polisémicos. Esto significa que no son unívocos, sino que se les pueden otorgar múltiples sentidos. Por eso, en esta ocasión vamos a profundizar en el modo específico de concebir la comunidad en las propuestas de abordaje comunitario de las problemáticas de salud mental.

Para comenzar a abordar la noción de comunidad es preciso ubicar que existen algunas definiciones que se reducen a la idea de un conjunto de personas que habitan en un mismo lugar. Sin embargo, otras perspectivas señalan que compartir un espacio físico no necesariamente genera una comunidad. Atender solo a ese aspecto no es suficiente para dar cuenta del modo en el que se constituye una identidad comunitaria. Es necesario considerar aquello que comparten las personas que son parte de una comunidad (expectativas, sentimientos, problemas) y las relaciones sociales que se establecen en ese marco. De ese modo, se plantea que este concepto presenta un carácter complejo.

No es el propósito de esta unidad desarrollar una sistematización exhaustiva de los distintos usos y conceptualizaciones de la noción de comunidad. Sin embargo, para dar cuenta de la amplitud del término, recuperaremos algunas formulaciones del campo de las ciencias sociales con la intención de mostrar el modo en el que se hace foco en distintos aspectos, y las implicancias que esto tiene.

En el campo de la sociología, el concepto de *comunidad* se desarrolla a partir del siglo XIX en el contexto de las transformaciones sociales que dieron lugar a la modernidad y al pensamiento liberal. Las primeras conceptualizaciones se basan en la distinción de dos formas de socialización: la comunidad y la sociedad. La primera se relaciona con la tradicional vida rural característica del feudalismo, centrada en las relaciones inmediatas (la familia, los vecinos), con un alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo. En cambio, la sociedad moderna implica otro tipo de relación humana que da cuenta de un alto grado de individualismo, impersonalidad, contractualismo, competencia, egoísmo, interés, racionalidad y cálculo. De acuerdo con esta distinción, la noción de comunidad surge en contraste a las formas de relación que se constituyen en el contexto del liberalismo; pero puede adquirir connotaciones diversas en tanto asuma un sentido conservador o progresista (Ardila Gómez y Galende, 2011).

Por otra parte, existen perspectivas que plantean que el problema central en torno a la idea de comunidad es la relación entre el individuo y el grupo social; y que las distintas formas de abordar este problema dan lugar a diversas perspectivas teóricas (Newbrough, 1991). Para analizarlas, se propone una clave de lectura histórica. Esto significa: situar los desarrollos conceptuales acerca de la comunidad en sus contextos sociohistóricos de formulación.

La teoría orgánica remite a las formas de organización social previas a la modernidad, donde la comunidad resulta más importante que los individuos y estos últimos son partes naturales de la unidad total. La membresía y la lealtad son características básicas de este ordenamiento social de corte paternalista: los

que están en el poder tienen la obligación de cuidar a los “menos afortunados”, y estos tienen la obligación de ayudar a los primeros. En cambio, la teoría del contrato social, que remite al período de la modernidad, enfatiza lo opuesto: la independencia individual por sobre lo colectivo. Se trata de un orden competitivo que da crédito al rendimiento y mérito personal. La tercera opción planteada cuestiona la racionalidad dicotómica “individuo versus sociedad”, y sostiene la tensión entre ambos polos (Newbrough, 1991). Esta propuesta es nominada como “sistema social humano” y refiere a una solución pluralista que pone el énfasis en la interdependencia entre lo individual y lo colectivo. Se basa en la idea de que, dada la vulnerabilidad constitutiva del ser humano, todas las personas necesitamos de la ayuda de otras y de soportes sociales para nuestra supervivencia.

Esta lógica abre la posibilidad de pensar la cuestión de los cuidados y de las redes sociocomunitarias, categorías centrales de los modelos de atención en salud mental que se proponen preservar la integración social de las personas con padecimientos mentales y el abordaje comunitario de las problemáticas en salud mental (Newbrough, 1991).

Considerando estas teorías, cabe mencionar que los dispositivos tradicionales de atención en salud mental se fundamentan en las formas de socialización que se dieron con la modernidad, puesto que ese es el contexto de surgimiento de la psiquiatría y de la institución manicomial. Lo característico de la ideología asilar es la separación de las personas con padecimiento mental de su comunidad. Tal como explica Michel Foucault, esto responde a una demanda de época ligada al nacimiento de los estados modernos. Hablamos de una sociedad que se ordena en torno a la idea de individuo entendido como hombre autónomo y racional. En ese marco, el Estado, en tanto garante del contrato social, debe tutelar a quienes no pueden ejercitar la libertad por hallarse “alienados”; y definir un espacio material y simbólico para alojar a estos sujetos que resultan disruptivos. Así, en relación a esta forma de entender la sociedad, y con el nacimiento de la psiquiatría y la medicalización de la locura, surge el manicomio como estrategia para el aislamiento y el tratamiento moral de las llamadas “enfermedades mentales” (Foucault, 1967).

## **2.2. Políticas públicas y abordajes comunitarios**

Como venimos planteando, hacia fines de 1800, la sociedad se fue transformando y la vida comunitaria progresivamente ha ido decreciendo. La migración del campo a las grandes ciudades en el marco de la industrialización, favoreció el anonimato en los modos de relación social. La pérdida de las relaciones estrechas, propias de la vida comunitaria, marcaron la necesidad de la solidaridad comunitaria para la supervivencia de la clase trabajadora y de los sectores más empobrecidos. Los sectores enriquecidos podían prescindir de la comunidad y atender a sus necesidades por sí mismos en el marco de un liberalismo individualista, pero los sectores trabajadores no (Ardila Gómez y Galende, 2011). En ese marco, no tardó en configurarse una fuerte presión social.

Las huellas continentales de la experiencia de la Comuna de París en 1871, la presión de la base de la clase obrera alemana y del partido socialdemócrata son parte necesaria del análisis acerca de cómo se llega al dictado de tres leyes orientadas a apaciguar, contener dicha presión. En la década de 1880 durante la Alemania de Bismarck se dictaron: la ley del seguro de salud (para todos los trabajadores) como vía de cubrir solidariamente los riesgos de enfermedad, la ley de seguro contras los accidentes en el trabajo y la ley de jubilación (Ardila Gómez y Galende, 2011).

Por su parte, en Inglaterra, hacia la segunda posguerra, en el marco de un mundo bipolar, de una Europa destruida por la guerra, se recuperó una concepción del riesgo social en que el Estado (de Bienestar) debía asumir un papel. William Beveridge impulsa un sistema de seguridad social que implicó la asunción de responsabilidades en los cuidados por parte del Estado. Se construyó, entonces, un sistema integral de protección social que incluyó un seguro de desempleo, un sistema de atención de enfermedades centralizado y casi universal. Paralela a la constitución de este sistema de protección -en el cual el Estado asumió la protección de las personas ante la ocurrencia de dolencias, accidentes de trabajo, muerte, vejez, maternidad-, los sindicatos obreros fueron progresivamente desactivados “como organizaciones comunitarias encargadas de asumir los riesgos en base a la solidaridad” (Ardila Gómez y Galende, 2011: 45).

Con la entrada de la fase neoliberal desde la década de los años setenta, y profundizada tal situación con la disolución de la URSS, el Estado de Bienestar comienza a disminuir sus funciones de protección social. Se produjo un recrudecimiento de valores de individualistas, meritocráticos, liberales, y de un cambio en la relación con el mundo del trabajo (flexibilización laboral, trabajo por objetivos, etc.); y a la vez, el porcentaje ya absolutamente mayoritario de personas viviendo en las grandes ciudades fue haciendo necesario reconsiderar la existencia misma de las comunidades reales (Ardila Gómez y Galende, 2011). En el marco de desconfianza de los otros, del otro visto como amenazante, la idea de comunidad, fue virando hacia la búsqueda de “seguridad”.

Por último, y considerando lo comunitario en las políticas de salud mental, vale recordar que las reformas en ese campo han propuesto un giro en tres grandes dimensiones, dos de las cuales apuntan directamente a la consideración de la comunidad:

- Pasar de la hospitalización psiquiátrica asilar a servicios próximos a la comunidad y al territorio de vida (servicios comunitarios).
- Pasar de una práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional a una consideración del sujeto como sujeto de derecho en toda su dimensión y complejidad.
- Pasar de considerar al “enfermo” como sujeto pasivo de su tratamiento a un sujeto activo, partícipe y protagonista de su trata-

miento, lo cual además con su palabra para cualquier decisión de su tratamiento implica incluir a su familia o miembros de su comunidad en dicho proceso (Ardila Gómez y Galende, 2011).

Dicho viraje nos convoca a recuperar los aportes de la psicología social comunitaria, que si bien es más restringida en cuanto al campo interdisciplinario de la salud mental, aporta precisiones conceptuales considerables para este campo.

### 2.3. La Comunidad para la Psicología Social Comunitaria

Maritza Montero define la categoría de *comunidad* del siguiente modo:

**“Un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines” (Montero, 2004: 96).**

Entonces, de acuerdo con esta conceptualización, lo que permite definir a una comunidad es la identidad social que se construye en una historia común. Subrayamos el hecho de que la definición propuesta no hace referencia a grupos homogéneos, sino a grupos compuestos por personas que comparten problemas y expectativas socialmente construidas. De la interacción entre esas personas surge un sentido de comunidad que está íntimamente ligado a una identidad social comunitaria. De aquí se desprende que la acción individual es parte constitutiva de lo comunitario pero no se pierde en el grupo. Por lo tanto, esta forma de entender a la comunidad implica una condición dialéctica: a partir de sus interacciones los individuos construyen la comunidad; y esta, a su vez, hace a la constitución subjetiva de sus miembros. Por otra parte, esta autora hace énfasis en el aspecto dinámico de su definición: “Una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes consciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social” (Montero, 2004: 100). De modo que la comunidad, en tanto grupo social histórico, presenta un carácter móvil. Esto significa que está en constante elaboración, dado que se trata de un proceso que se construye y deconstruye continuamente. Sobre este aspecto dinámico de la comunidad nos detendremos a continuación.

### 2.4. Comunidad y Territorio

En relación a la dimensión histórica del concepto de comunidad, nos interesa particularmente introducir la categoría de territorio. En principio, diremos que la idea de territorio no hace referencia a un recorte geográfico o un espacio cerrado y homogéneo (Lodieu *et al.*, tema 3, 2012).

**“[...] los territorios son espacios dinámicos que se construyen y se transforman en las tensiones de los colectivos sociales que los habitan y las dinámicas de poder que los envuelven” (Lenta, Longo y Zaldúa, 2020: 16).**

Esta definición introduce ciertos aspectos que queremos destacar.

Por un lado, reconoce la diversidad de voces e identidades que constituyen un espacio social. De ese modo, se evita homogeneizar el fenómeno y se visibilizan las distintas territorialidades que pueden llegar a convivir en un mismo espacio. Por ejemplo, las organizaciones sociales, los vecinos, los jóvenes, las instituciones público-estatales. Cada uno de ellos presenta diferentes intereses, percepciones, valoraciones y actitudes territoriales y de cuidado; y entre sí se establecen relaciones de complementación, de cooperación, de conflicto y de enfrentamiento.

Por otro lado, al introducir la cuestión del poder, esta forma de entender a la comunidad favorece la visibilización de las dimensiones de opresión e inequidad de clase, género y de etnia. Así, esta perspectiva crítica habilita la posibilidad de desarrollar intervenciones comunitarias que problematicen las condiciones de existencia de un grupo social; y de generar estrategias para la prevención y promoción de la salud colectiva basadas en la consideración de su determinación social.

En ese sentido, como todo territorio es singular, necesitaremos de dispositivos flexibles que permitan construir intervenciones que puedan producirse en la red comunitaria existente. Esto implica considerar a la comunidad como una instancia activa, con sus propios recursos y conocimientos. En consecuencia, desde esta perspectiva se comprende al territorio como ámbito de acción, a partir del reconocimiento de sus potencialidades (Zaldúa, Bottinelli, Longo, Sopransi y Lenta, 2016).

Entonces, considerar los intereses, los modos de vinculación social, los sentidos compartidos vinculados al encuentro con el otro, el modo de habitar el tiempo y los espacios comunes, las luchas históricas de una comunidad, la conformación de una identidad comunitaria, las disputas a su interior, constituyen cuestiones ineludibles para pensar las prácticas comunitarias. *Los términos que utilizemos, el tipo de acercamiento, las propuestas de encuentro más potentes, los circuitos formales e informales de comunicación comunitaria, la consideración de los recursos culturales, las formas de hacer memoria de una comunidad son centrales también a la hora de pensar las prácticas comunitarias de abordaje de problemáticas de salud mental de cada lugar.*

En función de lo que hemos planteado hasta aquí, podemos avanzar en relación a un interrogante central: ¿qué es un abordaje comunitario en salud mental?

## 2.5. Salud Mental Comunitaria

Definiremos a la salud mental comunitaria como:

**“[...] el nivel alcanzado de bienestar psicosocial de una población, su capacidad de organización y participación en la vida social comunitaria, enmarcados en un contexto de democracia, solidaridad y convivencia armónica, que permita un desarrollo autónomo, potenciador de las capacidades individuales y colectivas, preparado para sostener y aceptar las diferencias individuales y colectivas, realizando actividades que garanticen el bien común para las actuales y las futuras generaciones” (Lodieu *et al.*, tema 1, 2012).**

Esta perspectiva parte del reconocimiento de la complejidad de los padecimientos subjetivos, lo cual implica: considerar la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados; y dejar de pensar el sufrimiento psíquico en términos exclusivamente individuales y patológicos. De esta forma, se torna posible reconocer como problemáticas de salud mental distintas situaciones que atañen a la comunidad en su conjunto y que generan padecimiento subjetivo, pero que exceden los límites de los diagnósticos psicopatológicos clásicos (Augsburger, 2002). A modo de ejemplo, podemos mencionar como parte de los padecimientos de la época aquellos relacionados con la labilización de lazos sociales y la fragilización de redes de contención comunitaria (Stolkiner, 1994).

Para el reconocimiento de estas problemáticas como nuevas demandas del campo de la Salud Mental es necesaria una mirada de los padecimientos subjetivos que reconozca lo colectivo, lo diverso y lo histórico; y su abordaje requiere del trabajo desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad (Bang, 2014). Para esto, se requiere del trabajo interdisciplinario e intersectorial. En definitiva, se trata de entender a la salud y a la salud mental desde una perspectiva integral y de derechos, como fuimos planteando en el primer apartado. Sobre la base de estas conceptualizaciones, vamos a desarrollar a continuación las ideas centrales que se plantean desde este enfoque en relación a la prevención y a la promoción de la salud mental comunitaria.

### 2.5.1. Prevención y promoción de la salud mental comunitaria

Alicia Stolkiner presenta dos grandes perspectivas para pensar la prevención en salud mental (Stolkiner, 1987). Por un lado, ubica la prevención normativa, heredera del higienismo mental, de una perspectiva normalizadora, adaptacionista de las personas y grupos sociales al medio, vinculada al control social de parte de técnicos que saben y grupos sociales tábula rasa que respondería acatando o “no adhiriendo” a las pautas brindadas. Tras esta concepción racionalista cartesiana muchas veces se encuentra cierta fantasía funcionalista, lineal de transformación de las conductas a partir de la exposición a ciertos estímulos. Por otra parte, la perspectiva que la mencionada autora asume como potente es la que

denomina “*prevención como desanudamiento de situaciones sociales problema*” (Stolkiner, 1987).

**Las acciones asociadas a dicha prevención en salud mental buscan facilitar procesos en que se enuncien conflictos y puedan develarse problemas a elaborar. En este sentido, su interés prioritario es que los grupos sociales puedan operar en la transformación de situaciones generadoras de malestar. De este modo, la participación en sí misma es un factor de salud mental, al restituir lazos de solidaridad social, frente a formas patologizantes de atravesar situaciones de conflicto velado de modo pasivo e individual.**

En continuidad con estas ideas, la promoción de salud mental comunitaria busca fortalecer procesos de transformación a nivel grupal y comunitario. En ese sentido, la creación de espacios de encuentro o la realización de diagnósticos participativos, por ejemplo, posibilitan un inicio de construcción y un abordaje colectivo de las problemáticas comunes. La propuesta implica un trabajo a partir de diversas estrategias participativas como encuentros de juegos, talleres, festivales o celebraciones que se van construyendo e hilvanando según la singularidad del territorio. El espíritu es generar espacios de encuentro que promuevan vínculos solidarios, participación, y favorezcan la reconfiguración de redes barriales (Bang, 2010).

**Entonces, tal como lo explica Claudia Bang (2014), los principales componentes de la promoción de la salud mental comunitaria son:**

- **Participación activa de la comunidad.**
- **Transformación de lazos sociales hacia vínculos solidarios.**
- **Constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades.**

A continuación, ampliaremos algunos debates y puntualizaciones relacionados con dichos componentes.

## **2.6. Participación social y participación en salud**

De todas las acepciones vinculadas al concepto de participación social, y considerando las tensiones que suscita, asumimos una del antropólogo Eduardo Menéndez, en tanto que la misma:

**“[...] supone cuestionar lo dado, oponerse a lo institucionalizado, a la dominación en términos de cohesión y/o de consenso; la inclusión participativa supondría cuestionar**

**la manipulación y la cooptación. [...] En fin, la participación social cuestionaría la verticalidad de las organizaciones y de la toma de decisiones, o por lo menos de determinadas formas de verticalidad. Desde una perspectiva política, la participación social supondría un ejercicio constante de democratización, o como se dijo más tarde de ciudadanía; más aún, algunos pensaron la participación social en términos de democracia directa al colocar el eje en la toma de decisiones. Pero además, la participación social aparecía como un mecanismo de transformación social y del propio sujeto; la actividad participativa reduciría el papel de la estructura y convertiría al grupo/individuo en sujeto de la reproducción y no en objeto/recurso de la misma” (Menéndez, 1995: 9).**

En esa misma línea Graciela Zaldúa, María Belén Sopransi y Verónica Veloso definen la *participación* como ligada a procesos de transformación socio política, a formas de organización social, al diseño de políticas públicas e implementación de programas. Asumen entonces a la participación social como derecho que propicia procesos democráticos de garantía y defensa de los derechos ciudadanos. Asimismo, plantean que según quién y cómo la define asume características diferentes (Zaldúa, Sopransi y Veloso, 2004).

Teniendo en consideración tal polisemia del término “participación social” varios autores han venido construyendo criterios y discusiones en base a su proliferación en diversos campos como salud, educación, desarrollo agrícola y urbano (Ugalde, 2006; Menéndez y Spinelli, 2006). Sobre todo, tomando en cuenta que el término viene siendo utilizado por actores disímiles (organizaciones sociales, organismos internacionales, ministerios, academia, etc.), y con intereses contrapuestos. Algunos ejes o advertencias que estos autores proponen considerar son:

- El alcance o nivel de anclaje para el que se piensa a la participación. La advertencia se refiere a analizar si la participación social en las prácticas queda relegada exclusivamente a lo local o a la supervivencia de los microgrupos, y no se propone nunca que alcance a intervenir sobre lo estructural, las relaciones de poder. Es decir, si la participación se ancla en las consecuencias de las condiciones de vida que definen otros actores e instituciones ajenos a su comunidad o sobre las condiciones estructurales.
- ¿Cuáles son los objetivos y sentidos otorgados a la participación? ¿“Persigue capacitar” a la población para que pueda resolver por sí misma y con su esfuerzo sus problemas? ¿Destaca la disminución de costos que conlleva la delegación en la comunidad de ciertas tareas? ¿Qué ocurre con los líderes comunitarios y el control de los procesos de dicha comunidad? (Ugalde, 2006; Menéndez y Spinelli, 2006).

- ¿Qué discusiones propicia en relación a la distribución del poder?

**Por último, María Teresa Sirvent aporta el concepto de participación real que se refiere a aquella que busca favorecer los procesos de transformación de las condiciones de vida de los integrantes de la comunidad. La misma “ocurre cuando los miembros de una institución o grupo, a través de sus acciones inciden efectivamente en todos los procesos de la vida institucional y en la naturaleza de las decisiones” (Sirvent, 1994: 88), lo que implica ejercer poder en la planificación, implementación y evaluación de las acciones llevadas a cabo. La participación real significa cambios en quiénes deciden, pero también en qué se decide y a quiénes se beneficia. Se constituye así una modificación en la estructura de poder que requiere de aprendizaje y construcción colectivos.**

Tales ejes permiten realizar una vigilancia ética sobre cómo pensamos a la participación en nuestras prácticas. ¿Y la participación en salud? En consonancia con las discusiones en términos de participación social en general, según Menéndez, antes de los años setenta, en el campo sanitario la participación social era definida en términos de asociaciones voluntarias de personas a fin de movilizar recursos propios, esforzarse y mejorar sus propias condiciones de salud. Por ello hasta ese momento los programas ligados a la participación se proponían capacitar a la población para que resolviera sus problemas. Según este autor, tales experiencias no constituyen expresiones sustantivas de participación social, sino que resultan un medio para la realización de otros objetivos

A diferencia de ello, a partir de los años ochenta habrían proliferado, inicialmente por fuera de los organismos internacionales, definiciones de participación social en salud más ligadas al control sobre las decisiones. Esta acepción tendió a ser en un inicio sostenida por aquellos que asumen la atención primaria como integral y que lo hacían por fuera de lo que él define como “aparatos médico sanitarios” (Menéndez, 1998).

**En ese sentido, Frederick Muller hacia fin de los setenta definió a la participación social como “el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones” (Menéndez, 1998: 14).**

Según Menéndez, esta segunda acepción fue apropiada por los organismos internacionales o literatura oficial que la propusieron para ese momento pero solo como retórica. Pues, en las prácticas no habría lugar concreto ni función para la comunidad (Menéndez, 1998).

Ahora bien, aunque los grupos sociales se organizan y luchan por el mejoramiento de sus condiciones de vida (acceso a la vivienda, al agua potable, tenencia de la tierra), entre sus primeras reivindicaciones no aparecen necesariamente las vinculadas directamente a la atención de enfermedades (Menéndez, 1998). Esas luchas, sin embargo, podrían leerse en términos de defensa del derecho a la salud en una concepción integral.

Desde esta mirada, las actividades participativas en salud podrían pensarse en tres grandes niveles de análisis:

- Las centradas en personas o microgrupos espontáneos, como los grupos domésticos, grupos de pares donde se realizan sobre todo actividades de autoatención y por ende de reproducción biosocial.
- Las centradas en microgrupos contruidos y “mesogrupos”. Son grupos contruidos para la realización de acciones y demandas inmediatas (comisión de higiene, comunidad terapéutica, grupos de ayuda mutua, organizaciones de usuarios) que implican la construcción intencional y voluntaria de acciones, y suponen la producción de una organización formal momentánea o permanente.
- Las centradas en macrogrupos: refieren a grupos que en algunos casos se constituyen a partir de los anteriores, en la medida que se incluyen momentánea o permanentemente en organizaciones o procesos más amplios (sindicatos, huelgas del personal de salud). Se incluyen los movimientos sociales en salud.

Ahora bien, Menéndez advierte que desde los discursos oficiales de organismos internacionales y nacionales se tiende a impulsar una participación social individual, microgrupal o comunitaria con eje en lo asistencial-curativo, se considera a la población básicamente como recurso, y se la suele convocar no tanto por su saber, sino como mano de obra (Menéndez, 1998). De este modo, otro eje para pensar nuestras prácticas es analizar si las propuestas y modos de hacer con la comunidad pueden constituirse en un proceso de transformación que no se reduzca a la reproducción de la subalternidad.

Para que un proceso de participación social sea representativo de las demandas de la comunidad resulta importante mantener una vigilancia activa desde las instituciones y los equipos de salud, para que se construya una participación real.

**Por lo tanto, la participación en salud, desde una perspectiva crítica, implica un proceso de transformación social y de las personas de una comunidad, al promover el involucramiento activo de la comunidad, contribuyendo así a su autonomía y fortalecimiento.**

Por todo esto, para la estrategia de promoción de la salud comunitaria, resulta fundamental fortalecer la acción de la comunidad a partir de su participación activa en la toma de decisiones sobre sus propios procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Esto incluye tanto la definición de sus problemáticas de salud como la planificación de las estrategias para su abordaje.

### **2.6.1. El equipo y sus intervenciones: ¿Subjetividad heroica o cómo construir demora para problematizar lo que insiste?**

De acuerdo con lo que venimos desarrollando hasta aquí, el modo en el que se piensa la participación en el enfoque de salud mental comunitaria conlleva el desarrollo de estrategias que promuevan la constitución de la comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades. Esto implica el reconocimiento de los distintos colectivos que constituyen el territorio como actores sociales constructores de su realidad; y de la necesidad de trabajar con ellos en una relación de colaboración, cooperación e intercambio de saberes.

En función de esto, las intervenciones deben orientarse a detectar los recursos y capacidades de una comunidad, y a su fortalecimiento y puesta en acto, promoviendo además el cambio en los modos de interpretar y construir la realidad. Entendida de este modo, la intervención comunitaria apunta a una redistribución del poder en la relación entre el equipo y la comunidad. En ese sentido, podemos decir que en el trabajo comunitario, el equipo de salud puede operar como *agente catalizador* de la acción transformadora (Montero, 2004).

Ahora bien, si bien puede ser catalizador también puede convertirse en obstáculo. Elena de la Aldea<sup>5</sup> define un obstáculo para el trabajo comunitario al que denominó: subjetividad heroica. Este concepto implica una máquina de pensamiento, una disposición desde la que operan los trabajadores de salud, no sin buenas intenciones, en el marco del “servicio a la comunidad”. Dicha subjetividad no se puede enunciar pero se lee en los enunciados y prácticas. No es un estado fijo, sino que emerge ante situaciones, implica un modo de ser, pensar, hacer, sentir.

La subjetividad heroica sería un modo de situarse ante un problema, un modo de pensar y pensarse cuando la comunidad no es como debiera ser según los cánones y teorías del trabajador (De la Aldea, 2014). El “héroe” estaría avalado moralmente pues vendría a dar todo de sí para salvar a la comunidad y hacer por ella y su bien. En ese marco la propuesta que surge desde el modo heroico es la de eliminar, tapar, extirpar los problemas sin problematizarlos con otros, sino actuando desde los saberes que posee e instalando la temporalidad de la urgencia que impide darse tiempo para no saber y pensar.

A partir de la construcción del “héroe” del otro lado no hay espacio para otros, sino para víctimas pasivas que deben ser salvadas, ayudadas. Al ubicar a

---

5 En diálogo con Ignacio Lewkowicz, hacia fines de los años noventa y en el marco de un intercambio con trabajadores de salud, construyen dicho concepto.

los otros en lugar de víctima se los aquieta, se los deja en lugar de objeto y se les quita espacio en la producción de la transformación. La víctima es objeto a salvar y el héroe es “objeto de servicio”. De algún modo, víctima y héroe, constituidos por este escollo al trabajo comunitario que es la subjetividad heroica, quedan abolidos en tanto sujetos potentes, creativos, transformadores. Con el otro ubicado en lugar de víctima, el héroe avanza dándole lo que piensa que necesita, yendo por encima de su dignidad, aplastando el espacio desde el que ese otro podría desarrollar su potencia.

Lo complejo radica en el hacer algo por el otro y no con el otro, y en perder la potencia que podría desarrollarse con la situación a pensar. La subjetividad heroica como disposición a responder en términos de urgencias destruye la posibilidad de construir algo nuevo.

Tal vez una llave para la intervención sea dejar de pensar que debemos dar respuestas veloces, sino que tal vez la solución que podamos construir con otros consiste en redefinir los problemas, evitando aplastar la potencia comunitaria o, la comunidad en potencia.

Para saltar este escollo, De la Aldea (2014) propone crear dispositivos que impliquen introducir tiempos de demora, tiempos que estorben lo pautado, tiempos que den espacio para que se produzca la potencia de lo nuevo que nos transforme.

## **2.7. Redes socio-comunitarias e interinstitucionales**

La última de las especificidades del trabajo comunitario que abordaremos en este segundo apartado, se refiere a la articulación en red. Los procesos participativos que promueven la intervención comunitaria fortalecen las redes en tanto que articulan y ponen en diálogo a diferentes actores de la comunidad (como ser instituciones, referentes barriales, organizaciones sociales).

Durante la segunda mitad del siglo XX se ha cuestionado fuertemente el pensamiento lineal desde la consolidación de un pensamiento complejo (Dabas y Perrone, 1999) que introduce una racionalidad diferente de la moderna y comienza a pensar en el cambio como un proceso discontinuo que ocurre a través de sistemas autoorganizados. Este paradigma de la complejidad permite visualizar el universo como una red de interacciones, pudiendo desplazar la metáfora de la pirámide en cuya cúspide residiría todo el poder y las decisiones. A diferencia de ello, “La metáfora de la red nos ubica en que las singularidades no son las partes que se suman para obtener un todo sino que construyen significaciones en la interacción; en que una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio; donde el universo es un entramado relacional.

El conocimiento ya no busca la certeza sino la creatividad; la comprensión resulta más importante que la predicción; se revaloriza la intuición y la innovación” (Dabas y Perrone, 1999: 2).

La comunidad, de este modo, puede ser pensada en términos de redes sociales. Estas han existido siempre con formas y grados de interacción, comunicación e intencionalidad diversas (Dabas y Perrone, 1999). Lo que resulta capital para estas redes es que sus actores la reconozcan como tal, tengan consciencia de ella.

**“La red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos” (Dabas 1998, en Dabas y Perrone, 1999: 3).**

Al plantear la red como sistema abierto se visibiliza la variabilidad en la participación de actores pero también de los modos de hacerlo en distintas situaciones (circulan, rotan los lugares de quien enseña, quien cura, etc.). La multicentralidad y la lógica del archipiélago (no de las islas) cuestionan la metáfora piramidal para la toma de decisiones y exigen reciprocidad entre quienes conforman la red.

¿Cómo trabajar para que las redes se fortalezcan, y para reconocerlas? Eliana Dabas y Néstor Perrone, en primer lugar, plantean que es central reconocer las huellas de vínculos y articulaciones preexistentes. Para que se genere una red es necesario que exista, o se constituya una finalidad compartida. En cuanto a las redes comunitarias en salud (ellos identifican otros niveles: red personal, red institucional, red de servicios, red intersectorial) plantean algunas advertencias para el sector salud cuando se es parte de una red:

- No pensar a la población desde los programas con los que trabaja, sino desde la finalidad en sí misma de la red.
- La participación en salud no puede ser concebida como mera “asistencia a” o “presencia” sino que debe concebirse como protagonismo activo.
- El territorio no es un todo homogéneo.

Por ello, Dabas y Perrone (1999) recomiendan: historizar los diagnósticos comunitarios, considerar a las organizaciones y grupos como actores, facilitar acceso a la información que se obtiene a quienes forman parte de la red, crear espacios de monitoreo y evaluación de los programas de salud que desarrollamos.



Para conocer la experiencia de una red de instituciones que trabaja desde un enfoque comunitario, te invitamos a conocer la Red RIOBA en el Video Institucional. *Red RIOBA Instituciones del Once Almagro y Balbanera*

[bit.ly/3P1esGt](https://bit.ly/3P1esGt)

### 3. BUENAS PRÁCTICAS EN LOS ABORDAJES COMUNITARIOS EN SALUD MENTAL

En este apartado abordaremos los siguientes contenidos:

- Conceptualización de buenas prácticas.
- Experiencias de abordaje comunitario de problemáticas de salud mental.

#### 3.1. Conceptualización de Buenas Prácticas

Si bien existen varias concepciones acerca de qué son las buenas prácticas en salud, la OPS y el Ministerio de Salud de la Nación plantean que refieren a “[...] toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto” (AMB en Ministerio de Salud de la Nación, 2022: 5).

Algunas de las características que hacen a una “buena práctica” (AMB, 2012: 41-42) son que:

- Emerge como respuesta a una situación que es necesario modificar o mejorar.
- Es sencilla y simple.
- Es pertinente y adecuada al contexto local en donde se implementa.
- Es sostenible en el tiempo (puede mantenerse y producir efectos duraderos).
- Fomenta la réplica de la experiencia en una situación distinta, pero con condiciones similares.

- Es innovadora (entendiendo que la innovación no sólo implica una nueva acción, sino que puede ser un modo diferente y creativo de realizar prácticas tradicionales o de reorganizarlas).
- Considera elementos de evaluación de resultados, retroalimentación de las acciones y reorganización de ellas a partir de lo aprendido (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

## 3.2. Experiencias de abordaje comunitario de problemáticas de salud mental

Hemos elegido las siguientes experiencias pensadas como buenas prácticas de abordaje en salud mental en tanto presentan el trabajo en distintos sectores, ámbitos, escenarios, épocas y con problemas que creemos necesario destacar.

Asimismo, queremos destacar de estas experiencias el hecho de haber sido pensadas desde lo preventivo como desanudamiento de situaciones problema, pero sobre todo desde lo promocional, incorporando lenguajes artísticos y manifestaciones sociales potentes donde al encontrarse los cuerpos, es posible pensar que se van produciendo otras subjetividades.<sup>6</sup>

### 3.2.1. Literatura y salud en un hospital general de agudos

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el Hospital General de Agudos Dr Enrique Tornú funciona dentro del Servicio de Pediatría un equipo denominado "Biblioteca" que desarrolla diversas líneas de trabajo orientadas a promover las lecturas y desnaturalizar las formas tradicionales de relación entre el equipo de salud con las niñas y los niños, las familias o las y los adultos referentes.

No es extraño llegar a la sala de espera del servicio y encontrarse una mesa de libros, muchos de ellos, la mayoría tal vez, de lo que es llamado "literatura infantojuvenil" dispuestos sobre una manta y rodeados de niñas y niños que se acercan, toman alguno, lo hojean, lo dejan, eligen otro, lo comentan, lo acercan a sus adultos referentes.

También suelen desarrollarse narraciones orales, o lecturas compartidas con aquellos interesados de la sala. ¿Qué materiales se comparten? Cuentos que abran preguntas, que interroguen, que inquieten, relatos lo más alejados posibles de la oferta cotidiana del mercado en materia de *bestseller*. ¿Por qué? Porque el equipo considera a la literatura y a las escrituras como ocasión para que puedan emerger intereses, recorridos, búsquedas nuevas que despeguen sentidos cristalizados, que desnaturalicen jerarquías históricas y para ello la ficción literaria se convierte en un camino potente. Otra línea de trabajo ante problemáticas complejas que revisten gravedad vinculada a violencias hacia las infancias

6 Para conocer más experiencias te invitamos a leer la Sección II "La salud mental en el territorio" del libro del Ministerio de Salud de la Nación "Políticas Públicas de Salud Mental. Enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad" que cuenta con una decena de experiencias a lo largo y ancho del país (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

de diversa índole, es la de proponer a las cuidadoras y los cuidadores (en su enorme mayoría mujeres, hermanas, madres, abuelas), espacios simultáneos a los talleres grupales de las niñas y los niños a su cuidado. Mientras sus niñas y niños se encuentran en talleres grupales de musicoterapia se abren espacios para las y los cuidadores, familias. Dichos espacios se constituyen como talleres de escrituras y lecturas donde se apuesta a la transformación que puede acontecer en el marco de una experiencia con el arte, con las palabras jugadas y en juego. Se construyen así, año a año, talleres literarios donde se producen encuentros con lo que asombra, donde hay disfrute literario, y donde la sorpresa acerca de lo que cada una puede escribir, pueda conformar indirectamente nuevos recorridos posibles que no culpabilizan por lo vivido, sino que favorezcan nuevas lecturas. Dicha propuesta se sustenta en la convicción de que las lecturas literarias también alimentan las nuevas lecturas de los propios recorridos y biografías de vida (y no debidas a nadie) y de que escribir una historia nos transforma.

Parte del equipo de Biblioteca se compone de trabajadoras y trabajadores de salud y de los ministerios de Cultura y de Educación, rotantes. En ese sentido se articulan allí cotidianamente los sectores educación, salud y cultura. Asimismo, como parte del trabajo desde 2011 dicho equipo realiza anualmente un curso de capacitación no arancelado, abierto a las trabajadoras y los trabajadores de salud, educación, cultura y también para personas “interesadas en poner a rodar las palabras” donde transmiten en acto la potencia de estas prácticas.

Por último, nos gustaría destacar que la presencia en un hospital de una materialidad no tradicionalmente hospitalaria (libros, instrumentos musicales, materiales para dibujar, rimas, acertijos, nanas, caperucitas, cuentos en distintos idiomas castellano, portugués, guaraní, aymara) según sus coordinadoras produce efectos institucionales que subvierten lógicas de disciplinamiento en las relaciones profesional-paciente dando espacio a que puedan hacerse otras preguntas, puedan conocerse otros elementos que los biomédicos, puedan aparecer otras voces (como las de las niñas y los niños preguntando a sus pediatras a partir de una lectura compartida si “es posible tocar el cielo con la manos”), otras historias.<sup>7</sup>

### **3.2.2. El Plan Piloto Boca Barracas**

En 1984, en pleno proceso de democratización del país, se comenzó a gestar, impulsado por la Dirección General de Salud Mental, a cargo del doctor Vicente Galli, y a instancias del doctor Miguel Vayo, una experiencia alternativa en salud, orientada por los principios de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Vainer, 2006). Miguel Vayo, quien había participado en la experiencia del Centro Piloto de Comunidad Terapéutica del Hospital Esteves hacia 1967, era el coordinador general, y Enrique Carpintero coordinaba el equipo de crisis y psicosis dentro de la comunidad; dicha experiencia contó con el valioso trabajo de Gra-

---

7 Carla Pierrri ha sido parte del equipo de Biblioteca desde 2011 hasta 2022 (<http://lecturasyescriturasensalud.blogspot.com/>). Contacto: doctora Silvina Espósito, profesora Victoria Morana ([lecturastornu@gmail.com](mailto:lecturastornu@gmail.com)).

ciela Cohen y Mónica Alegre, entre muchos otros.

La propuesta, surgida de un grupo de voluntarios que tenían conocimiento de la zona, buscaba la transformación de la demanda en los servicios tradicionales y reorganizar el ingreso al sistema de salud. En este sentido, se eligió para la experiencia piloto el territorio de Boca y Barracas debido a la alta densidad poblacional, a los profundos problemas habitacionales de sus barrios, a los niveles elevados de riesgo en problemas de salud como consumo problemático de sustancias y al conocimiento previo que tenían los miembros del equipo sobre ese territorio. El plan se organizó en tres niveles de acción y apuntaba a favorecer la accesibilidad de la población al subsector público de salud.

El primer nivel apuntaba a la prevención y promoción de la salud en la comunidad, trabajando principalmente en escuelas a contraturno, en “conventillos”, inquilinatos, plazas, etc. Ese primer nivel se propuso que la comunidad identificase y trabajase sobre las situaciones generadoras de malestar. Si bien en un principio el espacio fue visualizado por otros como un gabinete escolar tradicional, logró resignificarse transformándose en propuestas de promoción de salud y participación comunitaria. Fueron incluidas “demandas de docentes en relación a problemas de conducta, talleres de trabajo corporal con niños, talleres de juegos con niños, grupos de reflexión para mujeres, grupos de ayuda escolar. Incluso se acompañaron situaciones de emergencia como desalojos en conventillos, entre otras” (Plan Piloto Boca Barracas, s./f.).

El segundo nivel se constituía por el Equipo de Atención en Crisis, que funcionaba en un local prestado por un comerciante del barrio. Según el equipo, se entendía el padecimiento como producto de dimensiones psíquicas, sociales y políticas. Se definió como crisis “el fracaso circunstancial en el funcionamiento de un sujeto o un colectivo debido a diversas causas” (Plan Piloto Boca Barracas, s./f.). Los dispositivos de trabajo fueron: admisión, reunión semanal de equipo, psicoterapias (individuales, familiares, de pareja, grupales con técnicas psicodramáticas), grupo de alta de la crisis, medicación y control de medicación, acompañamiento terapéutico, reunión comunitaria mensual.

El tercer nivel se ocupaba de la articulación e integración con las instituciones asistenciales de la zona (Hospital Argerich, centros de salud, Hospital Borda) y se ocupaba de la formación de los servicios. Los equipos de estos niveles de acción eran interdisciplinarios integrados por: psicólogos, médicos, psicopedagogos, asistentes sociales, kinesiólogos, psicólogos sociales, trabajadores corporales y otros. “Durante 1986 se atendieron 500 demandas comunitarias y 80 situaciones de crisis. En 1987, más de 1500 demandas comunitarias y 117 situaciones de crisis, el 90% de éstas consideradas graves, sin tener que realizar ninguna internación psiquiátrica” (Vainer, 2006). Debido a que el trabajo de esta experiencia no logró ser rentado, tampoco pudo expandirse a otros territorios.

En 1989, en el marco del cambio de Gobierno y asunción de Carlos Menem, se dejaron de lado este y otros proyectos dándose por concluida esta experiencia a excepción del equipo que abordaba crisis que continuó por unos años más.

Según algunos de sus protagonistas: “si esta experiencia no se rentaba y no se extendía ya no sería alternativa sino marginal” (Plan Piloto Boca Barracas, s./f.).



### 3.2.3. El derecho a decidir. La Marea Verde como experiencia participativa de exigibilidad de derechos

En torno a “¿Cómo se vinculan las luchas sociales, lo que esas luchas van poniendo en escena, la pedagogía callejera de esas luchas, y las instancias institucionales... las políticas públicas, el Estado, la construcción de leyes?” María Pía López propone una lectura que consideramos nodal (Ministerio de Salud, 2020b). Ella plantea que a través de la construcción de feminismos callejeros, masivos, se abrieron “avenidas”, o grandes caminos que volvieron necesario discutir lo silenciado socialmente vinculado a la interrupción de embarazos. Se tomó la escena pública fuertemente post 2015 con el “Ni una Menos”, pero retomando la tradición y organización feminista preexistente.

La campaña nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito tuvo su origen en los Encuentros Nacionales de Mujeres que se vienen realizando anualmente en la Argentina desde 1986. Ya para 2003, en un encuentro en la ciudad de Rosario se constituyó por primera vez una asamblea para discutir específicamente el derecho al aborto y allí aparecieron los pañuelos verdes (sin el logo de la que sería la campaña y con consignas distintas) (Schvartzman, 2020).

En 2005 se lanzó la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito en todo el país y con articulación federal. En 2007 se presentó por primera vez el proyecto de la campaña en ambas cámaras. Proyecto que se presentaría ese año y ocho veces más (Schvartzman, 2020). En 2018 se discutió por primera vez en el Congreso, y se consiguió media sanción en Diputados, pero en el Senado dicha pelea se perdió recién pudiendo volver a debatirse en ambas cámaras a fin de 2020 cuando se sancionó la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. En todos esos años se juntaron firmas en las esquinas de las ciudades, en las universidades, en los barrios, sindicatos, centros culturales, se realizaron talleres espontáneos, radios abiertas, “pañuelazos”, “martes verdes”, movilizaciones, en un proceso que fue creciendo junto al deba-

te social y público de un problema de salud pública que históricamente se había vivido en el ámbito de lo privado-oculto-clandestino con tintes morales ligados a la vergüenza y al secreto y del culpabilización sobre las mujeres produciendo lo que definimos como sufrimiento psíquico en tanto las formas institucionales histórico sociales son parte de su producción (Augsburger, 2004).

La conformación de la campaña como actor social ha acumulado fuerza, capital social y simbólico, ha sido central en la desarticulación de este tabú, poniendo a conversar a distintas generaciones de mujeres y personas con capacidad de gestar sobre el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, sobre los derechos de las mujeres y disidencias. Tal proceso además de sacar del terreno de la legalidad, de lo delictivo, ha resultado un proceso que trastocó el sometimiento de las identidades no hegemónicas, que permitió recuperar la autonomía sobre los cuerpos, que permitió incluso elaborar retrospectivamente situaciones de interrupción de embarazos que habían sido vividas con el peso moral de la clandestinidad. Esta experiencia participativa, si bien no se ancló en el sector salud, se monta sobre un problema sentido y se plantea en el marco de la exigibilidad de derechos. El sistema de salud y el sector educación entraron a la campaña a través de las redes de profesionales por el derecho a decidir y de las redes de docentes.

Cabe recuperar dos elementos más. La modalidad de organización participativa de la campaña, que se compone de regionales que realizan asambleas democráticas (no por ello sin tensiones, ni conflicto), reuniones de comisión articuladora con miembros de cada regional elegidas por cada regional territorial y de las diferentes redes que la componen (Red de Profesionales, Red de Docentes, Socorristas en Red, Colectiva de Disidencias sexogéneropolíticas, y la Red de cátedras en Universidades Públicas Nacionales) (Rosenberg, 2020; 2021).

Por último sus consignas principales, motores de la marea verde: “Educación sexual para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir” dan cuenta de una experiencia participativa, de transformación social, de los grupos y las personas, que transformó también en gran parte, las condiciones que generaban sufrimiento, y también muertes por abortos clandestinos (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, s./f.).

### **3.2.4. Radiochanguitos, la radio hecha por los chicos**

La Radiochanguitos es un proyecto radiofónico desarrollado en forma conjunta entre una radio comunitaria y escuelas primarias de la ciudad de Rosario. Consiste en la producción de un microprograma radial de 15 minutos, elaborado por chicos y chicas de entre 8 y 11 años. El mismo se emite todos los viernes a la mañana y a la tarde por la Radio Comunitaria Aire Libre 91.3 mhz.

Esta propuesta busca promover el ejercicio del derecho a la comunicación de niños y niñas. En ese sentido, su acción principal es la de explorar, profundizar y enriquecer la expresión y la palabra oral de los chicos que concurren a las escuelas primarias. De este modo, se da lugar a la participación infantil en la pro-

ducción del programa, a partir de generar un espacio para alojar sus voces y sus reflexiones. Este dispositivo surgió a partir de la iniciativa de un docente de una escuela rural y del periodista Alberto Palacios. Él mismo explica que la elección del momento y del lugar que dio origen a la propuesta no fue casual: “Ocurrió en marzo del 2006. Justo, justo, cuando se cumplían 30 años del golpe militar en la Argentina. Treinta años con repeticiones de otros golpes, como martillos, sobre la niñez desamparada de este país. Sobre la cabeza de todos. La cosa es que sucedió. Un maestro de la zona oeste de Rosario estaba grabando las voces de sus alumnos para incentivarlos a tomar la palabra. El aparatito grabador registraba los matices, los tonos, los timbres, las emociones apretadas en la memoria para decir y decirse. Y allí quedaban, como recurso de aula y con ganas de echarlas a volar por una radio. Así nos encontramos en Aire Libre, la radio comunitaria que transmite desde hace 30 años en Rosario las palabras y los sonidos de quien tenga ganas de volar. [...] La cinta empezó a rodar y se me colaron en los oídos las voces de unos nenes y nenas que reflexionaban seriamente sobre este nefasto capítulo de la historia argentina. Eran relatos de otros relatos escuchados a los padres, a los abuelos, a otros adultos. Y ese mismo 24 de marzo, los pibes y las pibas dijeron lo suyo al aire”.

La primera producción de “Radiochanguitos, la radio hecha por los chicos” salió al aire en abril de 2006, y hoy, 12 años después, esta experiencia logró extenderse a distintas escuelas públicas.

Para dar cuenta del lugar que tienen los niños y las niñas en esta experiencia el periodista explica: “Los niños están cargados de muchas cosas, incluso de palabras. Y cuando logran hacer rodar esas palabras, la identidad se mete en esos caminos maravillosos que permite la expresión. Y por acá anda la clave de Radiochanguitos: micrófono en mano graban su opinión de actualidad, la poesía, el humor, las adivinanzas, las vivencias familiares y escolares, los derechos, la identidad barrial, la locura creativa, la música y el radioteatro son los paisajes sonoros por donde andan las identidades retozando y soñando un mundo mejor”.

Los/as protagonistas son los chicos y las chicas que a través de esta experiencia “aprendieron a utilizar el grabador, a armar sus historias, a reírse y llamar la atención de los adultos, a preguntar y repreguntar, a describir cómo se ve el mundo a los ocho, nueve, diez y tantos años”. También animan a compañeritos a tomar la palabra y ser parte del grupo. De este modo, Radiochanguitos se convierte en una oportunidad para la puesta en acto del derecho a ser escuchados que enuncian la Convención Internacional de los Derechos del Niño y las leyes argentinas de infancia.

La potencia de esta experiencia también se encuentra en la capacidad de multiplicarse. Para ello no solo es fundamental el aporte de trabajo de docentes y comunicadores populares, sino también el deseo que motoriza la construcción de prácticas instituyentes como éstas: “No buscamos que sean las estrellas del micrófono o de la radio; buscamos que cada uno tome su palabra para encontrar su digno lugar en este mundo” (Riveros y Pawlowicz, 2018).



Como un ejercicio de memoria colectiva, recomendamos el documental *Hacerlo todo*, de Carlos Guindzberg, sobre la experiencia del Servicio de Salud Mental del Hospital Evita de Lanús (el primero en un hospital general, dirigido por Mauricio Goldemberg). Una experiencia muy valiosa de salud mental comunitaria que terminó en los años 1976 y 1977 con el secuestro del jefe de servicio y dos psicólogas, y muchos trabajadores exiliados.

<https://vimeo.com/309191806>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMB (2012). Buenas Prácticas en la gestión Municipal. Asociación de Municipalidades de Bolivia. Disponible en: [http://www.cib-uclg.org/sites/default/files/buenas\\_prcticas\\_gestion\\_municipal.pdf](http://www.cib-uclg.org/sites/default/files/buenas_prcticas_gestion_municipal.pdf) (consulta, marzo de 2023).

Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? en *Revista Sociológica*, 26, 73: 249-264.

Ardila Gómez, S. y Galende, E. (2011). "El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria", en *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1, 1. Lanús: UNLa.

Augsburger, A.C. (2002). "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave", en *Cuadernos Médicos Sociales*, 81:61-75.

Augsburger, A.C. (2004). "La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología", en *Psicología & Sociedad*, 16, 2: 71-80. Disponible en <https://shorturl.at/SYoUG> (consulta, marzo de 2023).

Bang, C. (2010). "La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad". Presentación, II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, UBA.

Bang, C (2013). "Estrategias comunitarias en (promoción de) salud mental: una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas", en *Revista Topía*, noviembre.

Bang, C. (2014). "Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas", en *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 13, 2: 109-120. Disponible en <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399> (consulta, marzo de 2023).

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (s./f.). Disponible en <https://www.facebook.com/CampAbortoLegal/> (consulta, marzo de 2023).

Carpintero, E. (2000). "De la clínica de lo negativo al trabajo con la pulsión de muerte". en *Revista Topía*. Marzo 2000. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/cl%C3%ADnica-lo-negativo-al-trabajo-pulsio%C3%B3n-muerte> (consulta, marzo de 2023).

Carpintero, E. y Vainer, A. (2005). *Las huellas de la memoria II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970-1983*. Buenos Aires: Topía.

Chorny, A. (1998). "Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes", en *Cuadernos Médico Sociales*, 73: 5-22.

Dabas, E. y Perrone, N. (1999). *Redes en salud*. Para Fundación Funcerc. Córdoba.

Dabas, E. (1988). *Los Contextos del Aprendizaje. Situaciones socio-psicopedagógicas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

De la Aldea, E. (2014). "La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de salud", en *Los talleres cuidar al que cuida*, 1. Buenos Aires.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2023). *Condiciones de vida*. Vol. 7, nº 4 Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2022. ISSN 2545-6660.

Foucault, M. (1967). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Disponible en [servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm](http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm) (consulta, marzo de 2023).

Kaminsky, G. y Varela, C. (2001). *Grupo Objeto y Grupo Sujeto*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Lapalma, A. (2001). "El escenario de la intervención comunitaria", en *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, X, 2.

Lenta, M.M., Longo, R. y Zaldúa, G. (2020). "De la precarización al cuidado. Sobre territorios, políticas y desafíos", en Zaldúa, G., Lenta, M.M. y Longo, R., *Territorios de precarización, feminismos y políticas de cuidado*. Buenos Aires: Teseo.

Lodieu, M.T., Longo, R., Nabergoi, M. y Sopransi, M.B. (2012). "Construcción del campo de la Salud Mental Comunitaria", en Módulo *Fundamentos de la Salud Mental y Estrategias Comunitarias*, Tema 3. Curso Salud Mental Comunitaria. UNLa-Chubut. [Material producido para curso dictado].

Lodieu, M.T., Longo, R., Nabergoi, M. y Sopransi, M.B. (2012). "Conceptualización de la salud mental y la Salud Mental comunitaria", en Módulo *Fundamentos de la Salud Mental y Estrategias Comunitarias*, Tema 1. Curso Salud Mental Comunitaria. UNLa-Chubut. [Material producido para curso dictado].

Matus, C. (1992). "Teoría social y teoría de la planificación", en Matus, C., *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.

Menéndez, E. (1998). "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social", en *Cuadernos Médico Sociales*, 73: 5-22.

Menéndez, E. y Spinelli, H. (2006). *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar.

Ministerio de Salud de la Nación (2015). "Políticas públicas de salud mental: enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad".

Ministerio de Salud de la Nación (2020a). "Salud Mental y Apoyo Psicosocial en emergencias y desastres: Plan de acción". Disponible en <https://shorturl.at/5BUWo> (consulta, marzo de 2023).

Ministerio de Salud de la Nación (2020b). "Apuntes para pensar la Salud Pública en Clave de Género".

Ministerio de Salud de la Nación (2022). "Concurso Buenas Prácticas en Salud para contribuir al logro de la Década de Envejecimiento Saludable en la Argentina Convocatoria 2022".

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Newbrough, J. (1991). "Hacia una teoría de la comunidad para la Psicología Comunitaria", en *Revista Interamericana de Psicología*, 25, 1: 1-22.

OMS (2001). "Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas". Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447> (consulta, marzo de 2023).

OPS/OMS (1990). "Declaración de Caracas". Disponible en [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf) (consulta, marzo de 2023).

OPS/OMS (2007). "Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas". Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660> (consulta, marzo de 2023).

Plan Piloto Boca Barracas (s./f.). Página web <http://planpilotobocabarracas.blogspot.com/> (consulta, marzo de 2023).

Red Patas Arriba (s./f.). Página web <https://redpatas.wixsite.com/patasarriba> (consulta, marzo de 2023).

Riveros B. y Pawlowicz, M.P. (2018). "Registros de experiencias innovadoras", en Lenta, M.M., Pawlowicz, M.P., Riveros, B. y Zaldúa, G. (comp.). *Dispositivos instituyentes en infancias y derechos*. Buenos Aires: Teseo.

Rosenberg, M. (2020). "Escuchar las demandas, instituir la subjetivación del derecho al aborto", en Cátedra Libre por el derecho al aborto legal seguro y gratuito de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (comp). *El derecho al aborto en la formación "psi"*. Buenos Aires: Teseo.

Rosenberg, M. (2021). "La construcción de un hito histórico. El papel de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito", en *Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia Derecho de familia*, RDF. Marzo: 31-40. Avellaneda.

Rovere, M. (2006). "Planificación estratégica de los recursos humanos en salud". Washington: OPS.

Saidón, O. (2019). "El análisis institucional", en *Apuntes*, 25. Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos. Video, disponible en [https://www.youtube.com/watch?v=Qga3EH\\_WP1Q](https://www.youtube.com/watch?v=Qga3EH_WP1Q)

Schwartzman, E. (2020). "A propósito de la marea verde", en Cátedra Libre por el derecho al aborto legal seguro y gratuito de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (comp), *El derecho al aborto en la formación "psi"*. Buenos Aires: Teseo Editorial.

Sirvent, M.T. (1994). *Educación de adultos: Investigación y Participación. Desafíos y Contradicciones*. Colección, Educación Hoy y Mañana. Buenos Aires: Coquena.

Stolkiner, A. (1987). "Prevención en salud mental: normativización o desanudamiento de situaciones problema". Presentación, 4to Congreso Metropolitano de Psicología, Buenos Aires.

Stolkiner, A. (1994). "Tiempos 'Posmodernos': Procesos de Ajuste y Salud Mental", en Saidon, O. y Troianovsky, P. (comp.) *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.

Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). "Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías", en Maceira, D. (comp.), *Atención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). "Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas", en *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, 101: 57-67.

Stolkiner, A (2021). *Prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Noveduc.

Tisera, A., Lohigorry, J., Bottinelli, M. y Longo, R. (2018). *Dispositivos instituyentes en el campo de la Salud Mental*. Buenos Aires: Teseo.

Ugalde, A. (2006). "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica", en Menéndez, E. y Spinelli, S., *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar.

Vainer, A. (2006). "Modelo para armar", en *Revista Clepios*, 39, marzo. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/desmanicomializaci%C3%B3n-modelo-para-armar> (consulta, marzo de 2023).

Zaldúa, G., Bottinelli, M., Longo, R., Sopransi, M.B. y Lenta, M. (2016). "Exigibilidad y justiciabilidad desde la epidemiología territorial", en Zaldúa, G. (comp.). *Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales*. Buenos Aires: Teseo.

Zaldúa, G., Sopransi, M.B. y Veloso, V. (2004). "La praxis psicossocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación", en *XII Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología, UBA.

## **Recursos que pueden ser de utilidad para los equipos de salud a la hora de diseñar dispositivos y planificar estrategias para el abordaje comunitario:**

Ministerio de Salud (2020). "La salud pública en clave de géneros". Disponible en [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-09/La\\_salud\\_publica\\_en\\_clave\\_de\\_genero.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-09/La_salud_publica_en_clave_de_genero.pdf) (consulta, marzo de 2023).

Ministerio de Salud de la Nación (2014). "Guía básica. Criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la red de servicios de salud mental". Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento154.pdf> (consulta, marzo de 2023).

RIEPS y RMGyF (2013). "Amanecida como un querer. Análisis de Situación Integral de Salud". Barrio la Esperanza, Villa Soldati, CABA. Disponible en <https://bit.ly/3Nmiqbn> (consulta, marzo de 2023).

Matus (2021). "Método Altadir de Planificación Popular". Disponible en <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/20/31/78-1> (consulta, marzo de 2023).

RIEPS (2013). "Guía de dispositivos de intervención en Educación para la salud". Disponible en <http://rieps.blogspot.com/p/guia.html> (consulta, marzo de 2023).

Salerno (2010). "Instructivo de Mapeo para Equipos de Salud". Disponible en <https://shorturl.at/vzNQ5> (consulta, marzo de 2023).



# ABORDAJES TRANSVERSALES DE SALUD MENTAL A LO LARGO DE LA VIDA

## PARTE 1. INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS

**Autora y autor principales:**

Alejandra Barcala  
Leandro Luciani Conde

**Co-autoras:**

Marcela Parra  
Marcela D'Angelo

En el presente capítulo abordaremos las problemáticas relativas a la salud mental en la niñez desde un *enfoque de derechos humanos*, con el objetivo de promover una reflexión que sirva como una herramienta de análisis e intervención para quienes trabajan en este campo de prácticas.

Para esto presentamos aspectos conceptuales relativos a las formas a través de las cuales ha sido comprendida y construida la niñez desde una perspectiva histórico cultural. En esta línea, realizaremos una breve reconstrucción histórica del campo de la infancia en la Argentina, analizando la legislación específica y los actores institucionales relevantes en este proceso, para luego analizar la doctrina internacional de derechos humanos, particularizándola en algunos ejes centrales tales como la “Convención Internacional sobre los Derechos del Niño” (ONU, 1989), sus “Protocolos facultativos” (ONU, 2000 y ONU, 2011), y el Comité de los Derechos del Niño.

En una segunda parte abordamos la situación de las infancias y las instituciones de salud mental para la niñez, contextualizando la misma en el marco del sistema global capitalista actual, resaltando que se trata de uno de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad psicosocial, que requiere de respuestas equitativas universales acordes a sus necesidades. Para finalizar el capítulo abordaremos la siguiente pregunta: ¿Qué es la salud mental para las infancias y adolescencias? Y para trazar líneas de respuestas nos centraremos en la importancia de reconocer las voces de niñas, niños y adolescentes (NNyA) hablando de salud mental en primera persona. Y finalizamos analizando los criterios centrales que debieran seguir las buenas prácticas en salud mental para la niñez, desde

la perspectiva de derechos humanos con eje en la producción de cuidados. En síntesis, concluimos que el *desafío actual* al que estamos convocados es contribuir al desarrollo de dispositivos institucionales innovadores que incorporen los avances conceptuales, recuperen como eje la subjetividad y se adecuen a los postulados de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

## 1. CONCEPTUALIZACIONES Y DERECHOS EN LA NIÑEZ

En este apartado nos proponemos:

- Abordar las distintas conceptualizaciones sobre la niñez desde una perspectiva histórica, explicitando algunos de los hitos fundamentales en la construcción de los sentidos actuales que cobra esta noción.
- Describir la diferencia entre el paradigma tutelar de la minoridad y el paradigma de la protección integral de derechos, en tanto marcos teórico-operacionales fundantes de la noción de “menor” y de “niño” respectivamente, dos categorías antagónicas esenciales para la comprensión del campo de las problemáticas de la niñez.
- Analizar la denominada “doctrina internacional de derechos humanos”, definiendo algunos de los ejes fundamentales particulares en el campo de la niñez, tales como La “Convención Internacional sobre los Derechos del Niño”.
- Presentar los ejes centrales para comprender el Sistema de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, lo cual adquiere una importancia fundamental para quienes implementan prácticas de salud mental con NNyA.

### 1.1. Los mitos modernos sobre la infancia

Para comprender la constitución de los múltiples sentidos actuales sobre la niñez, el primer paso consiste en trabajar el recorrido histórico que delinea lo que se entiende por niñez y adolescencia. Se trata de una construcción social determinada por factores sociales, políticos, económicos, culturales, de género, de etnia, etc. (Luciani Conde, 2015, 2017).

El sentido moderno de la infancia fue forjado en torno de *tres mitologías fundamentales* con las cuales la modernidad operó sobre los sujetos infantiles y los instituyó como tales.

**Walter Kohan formula los mitos pedagógico, antropológico y filosófico, para describir aquella “tierra patria” de la cual partimos para pensar la infancia; es decir, la lógica cronológica y evolutiva que marca las etapas de la vida y su secuen-**

cia esperable a partir de una supuesta inocencia, fragilidad, docilidad inicial, en la cual el sujeto niño no existe como presente, sino como mera potencia futura (Kohan, 2007). El mito pedagógico establece una estrategia educativa para el que llega al mundo, en términos de un adulto que sabe de antemano las respuestas y los dispositivos de enseñanza, discurso educativo que clasifica y nombra al niño subjetivándolo y disciplinándolo (Carli, 2012). El mito antropológico segmenta la vida en sucesivas etapas cronológicas con un sentido ideal según el cual se progresa hacia un mañana mejor, tiempo cultural construido por los adultos que asigna sentidos delimitados según los diferentes períodos del ciclo vital (Urcola, 2010). Y el mito filosófico está basado en la negatividad y ausencia (infancia como el terreno de la no adultez y, por ende, de lo imperfecto), sentido de tradición aristotélico según la cual la comunidad política estaba integrada por ciudadanos plenos, con posibilidades de participación en la vida política, y aquellos que estaban excluidos de ella, entre los que se encontraban los esclavos, las mujeres, los extranjeros y los niños (Vilas, 2013). Este último sentido contribuyó a significar la infancia según su acepción etimológica, y construyó una representación de ésta en términos de aquel que no tiene la capacidad del adulto para saber, pensar y vivir. Recordemos que el término “infancia” viene del latín *infans*, que significa “el que no habla”, basado en el verbo “for” (hablar, decir). Así, *infantía* equivalía a “*incapacidad de hablar*”.

### 1.1.1. Los conceptos de menores y de niños son antagónicos

Explicaremos por qué estos términos son antónimos. Históricamente, esta tensión atravesó al campo de la niñez y la adolescencia. Si bien los marcos normativos que amparaban la lógica de la minoridad están derogados formalmente desde hace décadas, siguen existiendo tensiones y convivencias entre los viejos y nuevos modelos para pensar a la infancia.

A continuación, profundizaremos en el proceso de surgimiento del paradigma tutelar de la minoridad en la Argentina.

La preocupación pública por las infancias marginales formó parte de la agenda del Estado moderno desde su fundación en el siglo XIX. Si bien el control social de las infancias existió en Argentina desde sus orígenes y ha nutrido la matriz de sentido generadora del discurso de la protección, “[...] la clasificación institucional de los sujetos infantiles en *niños propiamente dichos* (en posiciones de sujeto vinculadas a su condición de hijo de familia legítima y a su inscripción como alumno del sistema de educación pública nacional) y en menores (en posiciones de sujeto relacionadas con la carencia de familia, hogar, recursos o desamparo moral y a su condición de pupilo protegido por el Estado) es conse-

cuencia directa de los dispositivos legales e institucionales desplegados en la propia constitución del Estado moderno en la Argentina” (Costa y Gagliano, 2000: 69-70) (el destacado es nuestro).

De esta manera fue conformándose un “Estado protector de la infancia”, que generó un sistema institucional tutelar destinado a “garantizar” la “protección” de estas infancias (las de la minoridad), cuyos sujetos infantiles provenían de familias que no reunían los requisitos de un modelo familiar basado en el ideal liberal conservador, en general provenían de sectores pobres, o eran ilegítimos.

“Las narrativas de la protección organizaron la legitimidad de las políticas orientadas al campo de las otras infancias. Si la niñez normalizada era el fruto de la hegemonía que el Estado educador estableció entre familias y escuelas, entre padres y docentes, el mismo Estado se erige en tutor del menor a proteger. *Hay niños* socializados en espacios institucionales regulares, familias y escuelas, y *hay menores* registrados en situación irregular, cuyos cuerpos y almas han de ser gobernados por servidores públicos. El menor como condición construida arroja al niño a una situación de inferioridad y subordinación, que el discurso de la protección termina por afianzar institucionalmente” (Costa y Gagliano, 2000: 73-74) [el destacado es nuestro].

Es así como, en el marco del modelo de Estado liberal conservador de dicha época, el discurso de la protección se organizó en torno de la escisión entre distintas infancias posibles, la de la niñez normalizada y la de la minoridad.

### 1.1.2. Paradigmas, legislación y actores institucionales en juego

Describiremos ahora los principales paradigmas, legislación y actores institucionales que acompañaron este proceso en nuestro país. Tomamos para esto una primera sistematización (hay varias) que reconoce cuatro grandes paradigmas jurídico-sociales, constituyentes de los marcos de referencia conceptuales que dieron lugar a las diversas prácticas en torno de esta problemática (Eroles, 2002: 55).

Cabe señalar que en términos generales, los tres primeros paradigmas se describen con la finalidad de caracterizar sus matices y diferencias, no obstante, en la literatura sobre el tema con frecuencia son englobados en el paradigma tutelar de la minoridad.

**Paradigma del peligro material o moral.** Su marco legislativo en Argentina lo constituyó la Ley 10.903, denominada “Ley de Patronato” o “Ley Agote”. El proyecto de esta Ley fue ideado por el Dr. Luis Agote en 1913, sentó las bases del Sistema de Patronato Nacional de Menores y puso en marcha el sistema técnico-administrativo de abordaje estatal de las infancias (de la minoridad) a partir de su aprobación en 1919 (Honorable Congreso de la Nación, 1919). Este paradigma, se basa en la noción de abandono y/o peligro material o moral. En este marco, a través de la asistencia asilar de la niñez, se produjo una asimilación de las nociones de precarización de las condiciones de vida de las y los NyN

(abandono, situación de calle, trabajo infantil) con su potencial peligrosidad para la sociedad; se establecieron indistinta y acriticamente las mismas respuestas para ambos casos.

Asistimos a la escisión discursiva por parte del Estado de dos infancias que serían destinatarias de diferentes intervenciones sociales estatales: una peligrosa y una en peligro. La primera es un problema que deberá encararse a través de una respuesta estatal totalitaria por medio de la tutela estatal. En 1892 surge el Patronato de la Infancia de la Capital Federal, institución que a partir de ese momento compartirá junto con la Sociedad de Beneficencia la asistencia a la infancia de la minoridad.

Se trata de un momento en el cual prima la concepción moral de la miseria, y en donde las respuestas asilares destinadas a la pobreza se vehiculizaban a través de la internación en distintas organizaciones benéficas. No existían aún respuestas organizadas por parte del Estado, más allá del apoyo económico circunstancial a estas organizaciones de la sociedad civil; lo que da cuenta de un período caracterizado por el predominio de la lógica pública no estatal.

Es así como, en este período, y generando un momento en el cual aparece con fuerza la racionalidad pública estatal, se crean muchas de las instituciones que aún continúan (con diversos cambios en su denominación y en sus dispositivos) poblando el campo de la atención a la infancia. La aprobación y reglamentación en 1919 de la Ley 10.903 fortaleció los esfuerzos estatales por organizar un sistema de protección a las infancias de la minoridad a través de la puesta en marcha del aparato técnico-administrativo que, con diversas transformaciones, nos acompaña hasta nuestros días.

**Paradigma de la situación irregular.** Como ya mencionamos, si bien en la bibliografía se utilizan indiferenciadamente las referencias a la configuración de concepciones y prácticas propias del paradigma del peligro material o moral hasta aquí desarrollado, con aquellas propias del de la situación irregular, acordamos con aquellas propuestas que los discriminan (Eroles, 2002; Guemureman; 2014).

Es cierto que gran parte de lo descrito respecto del primer paradigma permanece invariable como núcleo duro del que ahora abordamos, pero, sin embargo, la referencia al carácter irregular de la infancia se relaciona con el intento de precisar aún más aquellas situaciones generadoras de la intervención jurídico-policial-técnica del Estado (Guemureman, 2014).

De esta manera, a partir de la década de 1960 comienza un proceso de aggiornamiento de la *categoría peligro moral o material*, que es reemplazada por la de *situación irregular*. Aunque esta intenta evitar la connotación moral y de resguardo social de la primera apelando al discurso jurídico, no deja de constituir un modelo de estigmatización y de control de las infancias minorizadas, y extiende al campo de la niñez el discurso de la peligrosidad por medio de la denominada “doctrina de la situación irregular”.

**Paradigma de la niñez y adolescencia en riesgo social.** En este paradigma, que puede incluirse también como una sub-modalidad del paradigma tutelar, se opera un pasaje de la caracterización netamente jurídica de la situación irregular de la infancia, a la caracterización social de la misma por medio de indicadores de riesgo social que intentaban describir las situaciones problemáticas que incidían en las condiciones de niños y adolescentes. Este abordaje, que intenta alejarse del carácter moralizante de los anteriores, tiende a pensar las intervenciones desde una racionalidad más ligada al saber técnico-profesional (trabajo social, psicología, psicopedagogía, medicina, sociología) que al discurso jurídico. Emergen en el marco de este paradigma términos tales como menores en circunstancias difíciles, estrategias de supervivencia, estrategias de vida, adolescentes en conflicto con la ley, chicos de y en la calle, madres en conflicto entre otras, términos que estarían destinados incluso a dar nombre a los distintos programas a implementarse en esta área (Eroles; 2002).

**Paradigma de la protección integral de derechos.** Surge a partir del proceso histórico de configuración de la Doctrina Internacional de los derechos en la niñez —que culmina con la aprobación de la “Convención Internacional de los Derechos del Niño” en 1989— una transformación radical que implica esencialmente el pasaje que va desde la protección del niño como eje de las políticas hacia la protección de los derechos del niño. Se trata de un cambio de paradigma que da lugar al punto de llegada llamado enfoque de derechos. Al respecto señala Emilse Moreno: “El tan mencionado cambio de los paradigmas traza un escenario, el del enfoque de derechos. Se puede pensar que no hay un tal cambio de paradigma para pensar las niñeces o para pensar la Salud Mental, sino que estaríamos transitando un cambio que se puede tomar de un modo más amplio y definirlo como cambio hacia el enfoque de derechos en general, que contiene los derechos de distintos colectivos que requieren protección, por ejemplo, las personas con padecimientos mentales, de las y los NNyA, personas con discapacidad, diversidades de identidad de género, entre otras. Se puede plantear entonces un recorrido de las lógicas tutelares al enfoque de derechos” (Moreno, 2022: 95).

Tal como menciona la página web de las Naciones Unidas, la “Declaración Universal de Derechos Humanos”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948 (ONU, 1948), fue el primer documento legal en establecer la protección universal de los derechos humanos fundamentales. Junto con el “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” (ONU, 1996a) y el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (ONU, 1996b), componen la Carta Internacional de Derechos Humanos.

### **¿Qué son los derechos humanos?**

**Son inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Estos derechos son integrales, interdependientes, indivisibles, imprescriptibles y jurídicamente exigibles.**

**Los derechos humanos a su vez se afirman frente al poder público: es el Estado el encargado de respetarlos, protegerlos y garantizarlos ya que es quien se compromete a darles cumplimiento (Nikken, 1994).**

En pos de ajustar a los mejores estándares posibles el respeto y garantía de los derechos humanos, a partir de la segunda mitad del siglo XX se comenzaron a generar instrumentos particulares para poblaciones específicas en el ámbito de las Naciones Unidas. Este consenso internacional buscó establecer un piso mínimo de prestaciones a lo largo del mundo. En nuestro caso, exploraremos la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

### **1.1.3. La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño**

Es el tratado internacional que más ratificaciones ha tenido a lo largo de toda la historia. Este instrumento define que las y los NNyA deben gozar de los mismos derechos que la población adulta, adicionando otros específicos de su etapa vital. En 1959, Naciones Unidas aprobó una Declaración de los Derechos del Niño que incluía diez principios. Sin embargo, no era suficiente para proteger los derechos de la infancia porque, legalmente, esta Declaración no tenía carácter obligatorio. En 1979, que fue declarado Año Internacional del Niño, los representantes de cuarenta y tres países iniciaron el trabajo de redacción de la Convención. Esta tarea finalizó 10 años después.

El 20 de noviembre de 1989 la Convención fue adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de la ONU (Resolución 44/25). Finalmente, entró en vigor el 2 de septiembre de 1990. La República Argentina la ratificó el 4 de diciembre de ese año a través de la Ley 23.849. Nuestra Constitución Nacional, en el artículo 75, inciso 22, establece que dicha Convención tiene jerarquía constitucional.

Entre los derechos establecidos por la Convención para NNyA, los fundamentales son los siguientes<sup>1</sup>:

- Los niños tienen el derecho intrínseco a la vida y deben gozar de todas las garantías para su supervivencia y su desarrollo. Los niños deben ser inscriptos inmediatamente después del nacimiento y tienen derecho desde ese momento a un nombre, a una nacionalidad, y en lo posible a conocer a sus padres y a ser cuidados por ellos;
- Los niños tienen el derecho a expresar libremente sus opiniones en todos los asuntos que los afecten, incluidos los procesos judiciales, teniendo en cuenta su edad y su madurez;

<sup>1</sup> Se mantiene la redacción original que solo habla de niños pero en su interpretación debe leerse como derechos que amparan a niñas, niños y adolescentes por igual.

- Los Estados deben asegurar el derecho a la educación, implantando la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
- Los niños gozan de derecho a la salud y al tratamiento de las enfermedades;
- Los Estados tienen que cuidar que se respete a las minorías, étnicas, religiosas, lingüísticas o indígenas. Los niños que pertenecen a tales minorías tienen el derecho a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma;
- Los niños tienen derecho al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas y a participar en la vida cultural y en las artes;
- Los Estados deben proteger a los niños contra la explotación económica y los trabajos peligrosos, nocivos para su salud o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

En Argentina, el proceso de incorporación e institucionalización de los instrumentos legales y jurídicos enmarcados en el paradigma de la protección integral de derechos, abre un período histórico caracterizado por la coexistencia paradójica entre la Ley de Patronato a nivel nacional y aquellas provincias con leyes más progresistas, tales como la Ley N° 114 de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1998), la Ley N° 5.288 de la Provincia de Jujuy (Legislatura de Jujuy, 2001), la Ley N° 6.354 de la Provincia de Mendoza (Legislatura de Mendoza, 1995), la Ley N° 2.302 de la Provincia de Neuquén (Legislatura de Neuquén, 2000), la Ley N° 7.039 de la Provincia de Salta (Legislatura de Salta, 1999) y la Ley N° 2.598 de la Provincia de Santa Cruz (2001).

Políticas contradictorias y convivencia pacífica entre paradigmas de principios de siglo pasado junto a otros de fin de siglo que dieron lugar a un proceso caracterizado por la fragmentación y la ambigüedad de las respuestas institucionales; la consolidación de la asistencia asilar tradicional de la minoridad por un lado, y la implementación de programas alternativos por otro.

En el año 2005 alcanzamos un momento de quiebre del período iniciado en 1990 con la sanción de la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 2005) que deroga (casi un siglo después) la Ley 10.903 del año 1919 y postula la conformación de un Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes basado, entre otros ejes, en la obligatoriedad de los órganos administrativos del Estado respecto de garantizar el pleno ejercicio de los derechos de la niñez (Fazzio; 2006).

#### 1.1.4. Sistema de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

El artículo 32 de la Ley 26.061 dispone la conformación del sistema de protección integral de derechos de NNYA entre las diversas instituciones tanto privadas como públicas de los niveles nacional, provincial y municipal que deben respetar, garantizar y promover los derechos de este colectivo.

Dos principios fundamentales ordenan al sistema:

- **Intersectorialidad:** implica trabajar con diferentes sectores y actores para lograr que las políticas públicas de protección de derechos de NNYA maximicen su potencial desarrollo. La escuela, el centro de salud, el hospital, el club social y deportivo, el comedor, el organismo local de protección de derechos, etc. son algunas de las instituciones que deben trabajar con lógica intersectorial. Los derechos de NNYA no pueden satisfacerse de manera fragmentada por ende se requiere poner en funcionamiento y sostener una red de organizaciones que se potencien como producto de su trabajo mancomunado.
- **Corresponsabilidad:** suele ser mal interpretada como la sola acción de solicitar a quien se cree responsable que tome las acciones que correspondan, sin que quien formula la demanda se involucre en la toma de decisiones. Si bien el deber de informar a los organismos competentes que correspondan es una cuestión de vital importancia, el diseño de las definiciones que mejor interpreten el interés superior del niño se producirá cuando quienes conocen a NNYA ofrezcan la mayor información y las determinaciones sean producto de las deliberaciones entre todos los actores intervinientes.

El sistema presenta tres grandes niveles de intervención, desarrollados en la Ley Nacional 26.061 (Asesoría General Tutelar, 2020).

- **Políticas públicas universales e integrales:** son dirigidas a la población infantil y juvenil en su conjunto, por ejemplo, las campañas de vacunación, los planes educativos, etc. Son las políticas de Estado necesarias para promover el pleno desarrollo integral de NNYA. Deben garantizar a lo largo de todo su crecimiento todos aquellos aspectos necesarios para el cumplimiento de los derechos reconocidos en los instrumentos jurídicos.
- **Medidas de protección integral:** están diseñadas para garantizar los derechos de aquellas y aquellos NNYA que por alguna circunstancia precisan mayor protección. Son acciones específicas, que dan respuesta a situaciones de vulneración de derechos, sea que se produzcan en el ámbito privado (la familia) o por una

falta de acceso a las políticas públicas universales. Las áreas administrativas competentes (salud, educación, desarrollo social, cultura, etc.) tienen la obligación de implementar en forma inmediata las medidas tendientes a restituir el derecho vulnerado. Si persiste la situación, se puede acudir al órgano administrativo competente pero no se esperan intervenciones judiciales en este nivel.

- Medidas excepcionales: se refieren específicamente a la separación de NNYA de su familia nuclear, siendo alojados con familia ampliada, en hogares convivenciales o familias de acogimiento. Se trata de una disposición excepcional y limitada en el tiempo, que se puede prolongar solo mientras persistan las causas que le dieron origen. Se aplicará únicamente cuando la implementación de todas las otras estrategias de protección de NNYA no hayan sido eficaces o cuando en un contexto de urgencia se detecten vulneraciones graves que podrían afectar la integridad de NNYA en caso de seguir viviendo con su familia.

De acuerdo con el Art. 607 del Código Civil y Comercial de la Nación (Honorable Congreso de la Nación, 2014), vencido el plazo máximo sin revertirse las causas que motivaron la medida excepcional, el organismo administrativo de protección de derechos de NNYA que tomó la decisión debe dictaminar inmediatamente sobre la situación de adoptabilidad.

A la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), creada por la Ley 26.061, art. 43, se agrega la creación de otras instancias institucionales tales como el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia (Ley 26.061, art. 45), y la figura del Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que deberá “[...] velar por la protección y promoción de sus derechos consagrados en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño y las leyes nacionales” (Ley 26.061, art. 47). Como último antecedente relevante a mencionar en la configuración de la agenda de derechos para la niñez en nuestro país, cabe agregar la modificación del Código Civil y Comercial de la Nación en el año 2015, que instaura una serie de modificaciones fundamentales para este campo específico, entre las cuales podemos señalar la creación de un nuevo régimen de capacidades progresivas para las personas menores de edad, y las modificaciones en las regulaciones de los procesos de adopción.

## **1.2. Participación de las niñeces en escenarios de vida cotidiana**

En este subtítulo nos proponemos:

- Mostrar la importancia de la participación de NNYA como sujetos sociales con capacidad de expresar sus opiniones y decisiones en los asuntos que les competen, así como la necesidad de que se reconozcan sus derechos y se creen las condiciones necesarias para su cumplimiento.

- Explicar las diferentes tendencias que subyacen en las prácticas e intervenciones profesionales, políticas públicas y sociales, manifestaciones de organizaciones de la sociedad civil, movimientos sociales, familias, escuelas, en relación con la participación de las y los NNyA en escenarios de la vida cotidiana.

**Participar:** Desde una perspectiva etimológica la palabra proviene del latín *participatio* y *parte capere*, que significa tomar parte. La participación ubica a NNyA como sujetos sociales con la capacidad de expresar sus opiniones y decisiones en los asuntos que les competen. Revisando los discursos que se refieren a la participación de las niñas en escenarios de vida cotidiana se pueden advertir al menos diferentes tendencias que subyacen en las prácticas e intervenciones profesionales, en las políticas públicas y sociales, en manifestaciones de las organizaciones de la sociedad civil, movimientos sociales, familias, escuelas (Alfageme, Cantos y Martínez Muñoz, 2003).

### 1.2.1. El discurso de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN)

La CIDN es un valioso instrumento normativo internacional que en nuestro país, a partir del año 1990, propicia el cambio de paradigma entre la doctrina de situación irregular y la doctrina de protección integral, abarcando de modo universal a toda la infancia, superando la concepción del menor objeto de compasión-represión, hacia la consideración de los niños y niñas como sujetos de derecho. Según Emilio García Méndez: “La CIDN ha tenido el mérito de llamar la atención, tanto de los movimientos sociales, cuanto del sector más avanzado de las políticas públicas, acerca de la importancia de la dimensión jurídica en el proceso de lucha por mejorar las condiciones de vida de la infancia” (García Méndez, 1997: 89).

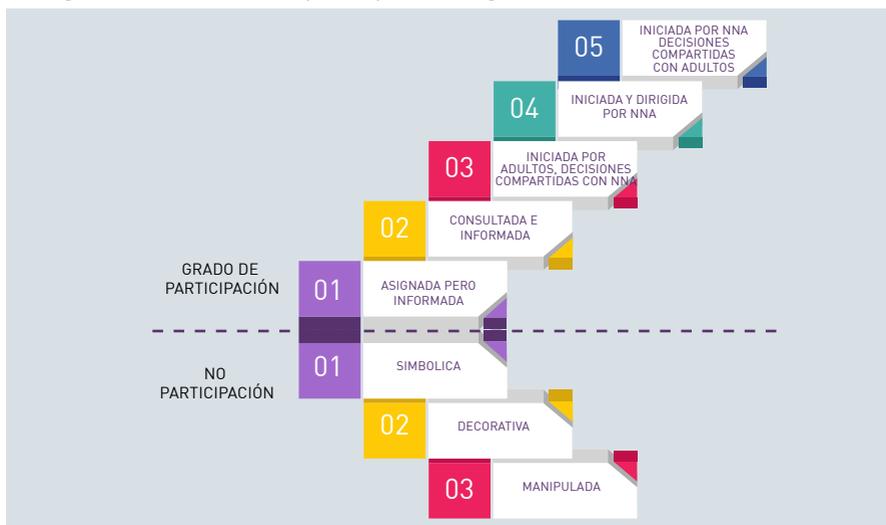
Entre los derechos enunciados, se puede deducir que el derecho a la participación se encuentra contenido en sus artículos 5,12, 13, 14, 15 y 17 cuando refieren al derecho a la libertad de expresión, a ser oídos, a ser informados, a la libertad de opinión, libertad de pensamiento, conciencia y religión, a asociarse. Luego de treinta y dos años de su sanción continúa siendo preciso que el conocimiento de los derechos por parte de las infancias trascienda la retórica y se transformen en sus condiciones de vida.

De acuerdo a Manfred Liebel y Marta Martínez Muñoz: “La significación política de la Convención radica en que constituye un tratado de derechos humanos, vale decir, un instrumento cuyos preceptos no pueden prescribir. Es precisamente en esta naturaleza jurídica de la Convención que cobra fuerza histórica todo discurso sobre la dignidad de todo niño y niña, de todas las infancias y cuya exigibilidad deviene en fundamento de su vigencia” (Liebel y Martínez Muñoz, 2009: 11).

## 1.2.2. El discurso de la Participación Gradual

Su referente es Roger Hart, autor de la Escalera de la Participación, la cual consiste en ocho escalones que indican de menor a mayor el nivel de participación de NNyA en proyectos sociales (Fig. 1). Este instrumento también y fundamentalmente ha sido aplicado para la autoevaluación de la actitud de las personas adultas como facilitadores de la participación de la niñez. Para Hart la participación es: la capacidad para expresar decisiones que sean reconocidas por el entorno social y que afectan a la vida propia y/o a la vida de la comunidad en la que uno vive (Hart, 1992).

Figura 1: Escalera de la participación Roger Hart



Fuente: Elaboración propia en base a Hart, 1992 (UNICEF)

## 1.2.3. El discurso de la Preciudadanía

La propuesta de preciudadanía es sostenida por autores como Gonzalo García y Sergio Micco, definida como "aquél estado de la niñez en que se está gestando el futuro ciudadano". La teoría del preciudadano argumenta que NNyA son ciudadanas y ciudadanos en potencia, por las siguientes razones:

- Justificación política: Existencia de un tiempo previo para la habilitación de los derechos cívicos y políticos.
- Justificación psico social: Socialización política deficiente de los niños que no los prepara para la democracia.

- Justificación social: Carencia de políticas públicas que reconozcan en los niños la calidad de ciudadanos sociales y sujetos de derechos socioeconómicos.
- Justificación filosófica: La condición potencial del niño para adquirir virtudes éticas (García y Micco, 2011).

Esta tendencia encuentra sus fundamentos en los rezagos de una cultura de ciudadanía derivada de la Revolución Francesa, que impide concebir al niño como ciudadano o más precisamente, a la infancia en cuanto fenómeno social como ciudadana, a decir de Alfageme, “en este tipo de discursos, la participación encuentra un bloqueo que tiene incluso su supuesta fundamentación en el sentido común y en la sensibilidad social frente a los niños” (Alfageme, Cantos y Martínez Muñoz, 2003: 45).

#### **1.2.4. El discurso del Protagonismo**

La participación es un derecho que como tal tiene una historia cultural, jurídica, sociológica, es un fin instrumental para la consecución de otros derechos. La participación activa, consciente, libre, es un factor de reconocimiento de la propia dignidad y un afianzamiento de la conciencia de igualdad. Por ello, como sostiene Alejandro Cussianovich deviene en un interés del niño y de la sociedad, pues la participación es un ejercicio concreto de construcción de identidad y autoría social (Cussianovich y Figueroa, 2001).

Este ejercicio sostenido en encuentros intergeneracionales da lugar a lo que el autor menciona como el paradigma del co-protagonismo de la niñez que trae implícito la revisión sistemática de posiciones adultocéntricas, paternalistas, patriarcales, colonialistas sostenidas culturalmente desde las personas adultas para con las infancias: “La participación de las infancias recoloca cuestiones tan centrales como la relación intergeneracional niño adulto, la misma que debe ser abordada como una cuestión de poder y no sólo como una cuestión de costumbre o de pautas culturales establecidas desligadas de dichas relaciones de poder. Esta relación jamás escapará al riesgo de ser una relación compleja e incluso conflictiva que demanda actitud crítica, de escucha y de comprensión” (Cussianovich *et al.*, 2009: 21). Así, se torna preciso por parte de las personas adultas generar condiciones de oportunidad para que la capacidad de agencia en las niñeces se traduzca en acciones que superen el lugar de espectadores y/o de ejecutoras, sino que participen siendo parte, teniendo parte y tomando parte en asuntos que les atañen. Según Iskra Pavez Soto: “Las relaciones entre infancias y personas adultas se llevan a cabo en interacciones que, lejos de presentarse como unidireccionales en el sentido clásico de la socialización, son instancias donde reconstruyen la estructura social que da origen a sus relaciones, y que perpetúan o que modifican las formas estructurales de las que son objeto. El poder de reconstrucción de la realidad no es ejercido solo por los adultos pues la otra acción, por muy pasiva que se presente, es acción y no deja de ser una práctica de reconstrucción del mundo” (Pavez Soto, 2012: 81-102).

Las y los NNYA conocen, comprenden y explican el mundo en que habitan y las relaciones sociales en las que están inmersas e inmersos, teniendo un punto de vista sobre ello afirmando la agencia infantil como una competencia constitutiva del ser niño o niña: “Los nuevos estudios sociales conciben a les niñas como agentes sociales y destacan tanto su tendencia a reproducir las relaciones sociales dominantes, como su capacidad de agencia en la modificación del mundo de la infancia y las concepciones sociales que existen al respecto. En tal sentido, les niñas se constituyen tempranamente como sujetos plenamente sociales y políticos” (Muñoz Rodríguez y Vuanello 2021).

Para finalizar, creemos preciso mencionar que postular el protagonismo de la niñez desde esta última tendencia supone: “[...] que lxs niñxs no se comporten como adultxs: que se subjetiven como niñxs, que piensen como niñxs, que proyecten como niñxs, que se organicen como niñxs, que asuman responsabilidades como niñxs, que se enojen como niñxs, y que estos aspectos vinculados a su ser y hacer en el mundo sean considerados como propios de personas humanas; no como aquello que viene de quien todavía no conoce la “verdadera vida”. En este sentido, la expresión propia, la opinión tomada en cuenta, la libre asociación, la participación protagónica, la actoría social son los principales elementos que nos encaminan hacia nuevas formas de ser niñx en la vida humana” (Magistris y Morales, 2018).

### 1.3. Las niñas y el juego

La palabra jugar viene del latín *iocari* (hacer algo con alegría), de ahí también las palabras juego, juguete y juglar. Hablar de juego en las infancias invita a recorrer una extensa línea de autores/as y de corrientes de pensamiento que exceden el propósito de este apartado. Sólo a modo de referencias teóricas se mencionan a las y los siguientes: Sigmund Freud, Karl Gross, María Montessori, Jean Piaget, Donald Winnicott, Lev Vygotski, Francesco Tonucci, Roger Caillois, Howard Gardner y Johan Huizinga. Ha sido este último autor, filósofo e historiador, quien en su libro *Homo Ludens* destaca al juego como fundamento de la cultura sosteniendo además que el origen y la evolución de la cultura poseen un carácter lúdico.

Reconoce que al igual que la reflexión y el trabajo, jugar también es una función humana esencial, postulando que el hombre (sujetos/personas), además de *homo sapiens* y *homo faber*, es también *homo ludens*. Define al juego como “[...] una acción u ocupación libre, que se desarrolla dentro de unos límites temporales y espaciales determinados, según reglas absolutamente obligatorias, aunque libremente aceptadas, acción que tiene su fin en sí misma y va acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y de la conciencia de “ser de otro modo” en la vida corriente” (Huizinga, 1938: 45).

Otras definiciones se mencionan a continuación a fin de destacar la importancia del juego para el desarrollo integral de las infancias: “[...] Para el niño, el juego es una actividad agradable, voluntaria, con una finalidad y espontáneamente elegida. Con frecuencia es también creativa, implicando solución de pro-

blemas, aprendizaje de nuevas habilidades sociales, nuevo lenguaje y nuevas habilidades físicas” (Britton, 2001: 28). “Jugar le posibilita al niño entrar al mundo común de la cultura, participar de la historia del quehacer lúdico, a través de juegos compartidos y consolidados generacionalmente” (Calmels 2018). “La integración del niño en el mundo social se funda en dos tendencias dominantes innatas: la de establecer relaciones personales estimulantes y la de aprender las destrezas esenciales cotidianas mediante el juego” (Pugmire-Stoy 1996: 18).

Francesco Tonucci, destaca la importancia del juego haciendo mención a Declaraciones de Derechos Humanos que así lo manifiestan y alienta a las niñeces a conocer para ejercer sus derechos: “El niño deberá disfrutar plenamente de juegos y recreaciones; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho” (Asamblea de la ONU, Artículo 7, 1959). Los Estados partes reconocen el derecho del niño al descanso y al esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad, y a participar libremente en la vida cultural y en las artes (CIDN, Artículo 31, 1989).

Las consideraciones generales mencionadas permiten pensar al juego como libre, espontáneo, transmitido intergeneracionalmente. En consonancia con estas ideas Daniel Calmels, haciendo referencia a los juegos de crianza invita a pensar los juegos corporales y así lo define: “Implica esencialmente tomar y poner el cuerpo como objeto y motor del jugar. Definirlos como juegos corporales es jerarquizar la presencia insustituible de la corporeidad en toda su complejidad” (Calmels, 2018: 2).

Este autor clasifica los juegos de crianza en tres modalidades presentes en los primeros meses de vida de las niñeces y sostenido a través de sus tramas vinculares de confianza. Estos juegos corporales continúan estando presente adoptando nuevas modalidades durante toda la vida. De allí la importancia de reconocerlos para nuestras prácticas.

- *Juegos de sostén*<sup>2</sup> “rudimento lúdico-corporal producido por la persona adulta al niño pequeño caracterizado por movimientos básicos como mecer, girar, elevar y descender, subir y bajar, trepar y colgar. Al crecer, estos juegos se continúan desarrollando, estarán presentes luego en los deportes que implican escalamientos, saltos ornamentales, pruebas de velocidad”.
- *Juegos de ocultamiento*<sup>3</sup> se extrema la capacidad de atención, ubicada principalmente “en la visión y la escucha. Podemos diseñar un encadenamiento evolutivo de los juegos de ocultamiento, que parten de los más simples a los más complejos. Van del jugar compartido en forma dual, sin reglas preestablecidas, a los juegos colectivos con reglamento previo. Los juegos

2 Ejemplo: los juegos de los parques de diversiones; en las danzas de giros y rondas; en diversas formas de hamacas.

3 La sabanita, El cuco, El escondite, La escondida, El cuarto oscuro.

de ocultamiento generan y recrean ansiedades que deben ser controladas para que el juego pueda llevarse a cabo con éxito" (Calmels, 2018: 57).

- *Juegos de persecución*<sup>4</sup> "En ellos los temores y los impulsos agresivos son dramatizados, ordenados y desplegados como contenidos dinamizadores de la trama vincular. En su origen, para que se constituya en un juego, el perseguidor debe ser reconocido por el niño como una persona confiable y de confianza, este rol no puede protagonizarlo con éxito por una persona desconocida. Esta confianza en la persona que protagoniza el rol de perseguidor, le garantiza al niño que nada malo va a suceder y que puede aceptar la amenaza como una ficción, reduciendo la sensación de incertidumbre" (Calmels, 2018: 90).

A modo de cierre, se acercan inquietudes actuales en torno a los juegos, tiempos y espacios del jugar en el actual contexto de mundialización de la cultura con tendencia a la descorporización de los juegos. Marta Lesbegueris dirá que este proceso es posible observar a partir de [...] la disminución de los espacios y tiempos de juego espontáneo; la erosión de lazos sociales en grupos naturales; la superabundancia de objetos que no llegan a transformarse en juguetes, la estimulación, la aceleración, la exposición a imágenes de hiperrealismo en detrimento de los relatos, la creatividad y la imaginación; la tendencia al sedentarismo, la sobrevaloración de la competencia; la subordinación del cuerpo y del jugar a la acción tecnológica (juegos virtuales); la mercantilización de los juegos que transforma a NyN en verdaderos clientes lúdicos" (Lesbegueris, 2014: 158).

Este panorama no es sostenido sin participación de las personas adultas que pueden incidir sobre las condiciones a la hora de jugar. Las palabras de Graciela Montes en su texto nos lo recuerdan: "para que el juego sea juego hay un punto en el que se cortan las amarras, se abandona el muelle y se entra en el territorio siempre inquietante del propio imaginario. Se entra a buscar algo que nunca jamás se encuentra pero que, por eso mismo se debe seguir buscando. Siempre hay riesgo. Y extrañeza. Mientras se esté ahí no se será ni menos ni más feliz, ni menos ni más serio, ni menos ni más responsable que la niña que cruzaba el patio desierto ondulando los brazos en el aire jugando a ser gaviota" (Montes, 2011: 42).

## **2. La situación de las infancias y las instituciones de salud mental para NNyA**

En este apartado nos focalizaremos en:

- Analizar la situación de vulnerabilidad y sufrimiento psíquico y social que afecta a NNyA en un contexto global de desigualdad.

4 ¡Qué te agarro, qué te como! El monstruo, El lobo, Los cuentos infantiles, Manchas, El quemado, Juegos de pelota.

des sociales y neoliberalismo, que se ha agravado debido a la pandemia.

- Destacar la importancia de abordar la dimensión del sufrimiento de las y los NNYA que sufren situaciones de exclusión, violencia y estigmatización, y de desarrollar prácticas que promuevan el acceso a los cuidados de salud mental necesarios.
- Identificar los obstáculos en la implementación de las respuestas institucionales para las y los NNYA en el ámbito de la salud mental, y enfatizar la necesidad de mejorar la capacitación del personal, la financiación y la implementación de enfoques interdisciplinarios en las redes intra e intersectoriales para ofrecer respuestas equitativas y universales que se ajusten a las necesidades de las y los NNYA.

## 2.1. NNYA con intenso sufrimiento psíquico y vulnerabilidad social

En el contexto de un sistema capitalista global que genera precariedad y sufrimiento psíquico y social, exacerbado por la pandemia, las y los NNYA deben constituir su subjetividad y construir su identidad. En este marco de lógicas brutales que se despliegan en las políticas neoliberales se profundizan las desigualdades sociales multidimensionales que atraviesan y configuran la realidad.

De este modo, un proceso de deshumanización conlleva a la pérdida no solo de las condiciones actuales de existencia y la perspectiva hacia el futuro, sino también toda referencia identitaria que permita la posibilidad de representarse en un horizonte de lo que les espera. Se ven privados de referencias mutuas y de toda herramienta posible para organizar mínimamente un enunciado que le dé sentido a lo que están viviendo (Bleichmar, 2005).

Las profundas transformaciones de la realidad socio-económica, los cambios culturales y la fragilización de las instituciones, imponen normas nuevas de producción de subjetividad. Una acuciante situación de vulnerabilidad de muchas familias, desarticuladas por procesos traumáticos, es el entorno en el que NNYA crecen y se desarrollan. Estas situaciones impactan sobre su psiquismo poniendo en riesgo sus defensas psíquicas. Estas y estos NNYA que sufren una importante privación afectiva, social y económica, constituyen uno de los grupos de mayor nivel de vulnerabilidad lo que requiere respuestas equitativas y universales acordes a sus necesidades.

Sometidos a traumatismos sociales cuya violencia impacta sobre la subjetividad con una intensidad que los incapacita para responder adecuadamente, la manifestación de su sufrimiento es definido frecuentemente por los servicios de salud como *excitación psicomotriz*, y de este modo interpretado en términos psicopatológicos dando origen a un circuito de patologización y medicalización de situaciones sociales. Sigmund Freud define el traumatismo como un exceso de excitación proveniente del exterior, que supera la tolerancia del sujeto y su ca-

pacidad para controlar y elaborar dichas excitaciones psíquicamente (Laplanche y Pontalis, 1971). Este concepto es precisado por Silvia Bleichmar como aquello que viniendo del exterior hace imposible la huida, pone en riesgo las defensas psíquicas habituales y lleva a la ruptura de las redes de ligazón representacional con la que cuenta el yo. En el caso de NNYA sometidos a reiterados traumatismos, se encuentran sujetos a pérdidas de investimentos ligadores al semejante que dejan al sujeto sometido al vacío, y lo sumen en la desesperanza melancólica del desarraigo a sí mismo, despojado de un proyecto trascendente (Bleichmar, 2010).

De este modo, es prioritario abordar la dimensión del sufrimiento de las y los NNYA que viven en circunstancias que provocan un arrasamiento y desmantelamiento subjetivo. Frente a estas situaciones, en las cuales las y los NNYA no responden a las expectativas educativas y sociales, no se adaptan, son catalogados como peligrosos o violentos, y sufren discriminación, estigmatización y exclusión, se requiere una responsabilidad ética para abordar su sufrimiento y desarrollar prácticas que eviten etiquetar y estigmatizar, favoreciendo el acceso a los cuidados y acompañamientos de salud mental que necesitan, e intentando modificar las condiciones existentes (Barcala, 2013).

En nuestro país, las respuestas institucionales para NNYA son insuficientes. Aunque ha habido iniciativas de reforma en el campo de la salud mental infanto-juvenil, se han identificado obstáculos significativos en su implementación, como falta de enfoque interdisciplinario, fragmentación institucional, limitaciones y dificultades en las articulaciones interinstitucionales (en especial en la coordinación con organismos de protección de los derechos de la infancia), escasa o insuficiente colaboración en el trabajo en redes, déficit en la capacitación de recursos humanos en un paradigma de salud mental comunitaria e insuficiente asignación de recursos financieros. Aquellas jurisdicciones que integran los cuidados de salud mental con los de la salud general y cuentan con una planificación centralizada que asegura la accesibilidad y calidad de los cuidados brindados han logrado una mayor adecuación de las prácticas (Heredia y Barcala, 2016; Barcala, 2018a; Barcala y Poverene, 2019; Barcala *et al.*, 2020; Barcala *et al.*, 2022).

A su vez, se constató un desconocimiento de los dispositivos existentes y falta de enfoque de género e interculturalidad en los servicios de salud mental infantil. Todo ello genera un circuito de deriva institucional de NNYA con sufrimiento psíquico severo y en situación de vulnerabilidad social por los diversos servicios de salud que incluye un proceso de etiquetamiento diagnóstico, estigmatización y exclusión que finaliza en la internación psiquiátrica como único recurso o un abandono por parte de las políticas sociales.

En este contexto diversos investigadores han evidenciado como se acentúa el proceso de medicalización de las infancias en Argentina (Barcala, 2015b; Faraone y Bianchi, 2018; Janin, 2019a; Faraone, Barcala, Bianchi y Torricelli, 2010; Vasen, 2011; Untoglich, 2013; Barcala, Bianchi, Poverne, 2017; Dueñas, 2019). Además, el Plan Nacional de Salud Mental presentado en 2013 (Ministerio de Salud, 2013 y 2021) destaca la necesidad de aumentar la accesibilidad de la aten-

ción y promover la conformación de equipos infanto juveniles, así como generar dispositivos y programas que fortalezcan la articulación intersectorial y realicen estudios integrales sobre la niñez.

En febrero de 2019, durante la Audiencia Pública N° 171 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), el Estado argentino reconoció las dificultades de articulación institucional para la externación de personas internadas, y la Comisionada Titular instó a impulsar respuestas institucionales articuladas para garantizar los derechos de las personas con sufrimiento psíquico. En dicha audiencia, se solicitó al Estado argentino enviar información sobre respuestas institucionales efectivas e inmediatas que se estén implementando en pos de lograr el objetivo del cierre de instituciones psiquiátricas en 2020.

En Argentina, existen dos estudios que recopilan de manera sistemática diversas experiencias y prácticas comunitarias en salud mental enfocadas en la infancia, uno en las provincias de Neuquén y Río Negro (Parra, 2018) y otro que mapea la existencia de prácticas y dispositivos comunitarios para abordar el sufrimiento mental severo en Tucumán, La Rioja, Santa Cruz y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Heredia et al., 2021).

A pesar de estas valiosas experiencias locales, comunitarias y territoriales en ámbitos sanitarios, educativos, culturales y deportivos, entre otros, que promueven la formación subjetiva de NNyA y su integración social, se encuentran escasamente difundidas y desarticuladas. Esto pone de manifiesto la insuficiencia de las respuestas institucionales frente al sufrimiento psíquico en la niñez, lo cual representa una limitación significativa en el abordaje de la problemática.

## **2.2. Infancias y adolescencias y la diversidad de género en una sociedad patriarcal y heteronormativa**

En este subtítulo ponemos foco en:

- Analizar cómo las luchas por el reconocimiento de la diversidad de género y la interseccionalidad influyen en la experiencia de las infancias y adolescencias en una sociedad patriarcal y heteronormativa.
- Identificar y explicar los límites y avances en la inclusión de la diversidad de género en las políticas públicas y las prácticas que afectan a las infancias y adolescencias.

*Vivimos en una sociedad capitalista, colonial y patriarcal* caracterizada por una pedagogía de la crueldad, donde “todos los actos y prácticas que enseñan, habitúan y programan a los sujetos a transmutar lo vivo y su vitalidad en cosas” (Segato, 2018: 11). Una sociedad que multiplica permanentemente desigualdades que son situadas, que están producidas interseccionalmente y que tienen un carácter multidimensional.

Se trata también de una sociedad *heteronormativa, binaria, patriarcal, adulto-céntrica, homogeneizadora y normalizadora*.

El concepto *heteronormativa*, acuñado por Michael Warner, hace referencia “al conjunto de las relaciones de poder por medio del cual la sexualidad se normaliza y se reglamenta en nuestra cultura y las relaciones heterosexuales idealizadas se institucionalizan y se equiparan con lo que significa ser humano” (PRONAP, 2020). Por su parte, el binarismo de género es aquella construcción social que categoriza de manera dicotómica las actividades, comportamientos, emociones, modales y anatomía humanos en masculino y femenino (PRONAP, 2020). Asimismo, el *adultocentrismo* es una perspectiva que le quita a la infancia su entidad como experiencia social, y la concibe como una etapa o un proceso del devenir en el cual todo está presupuesto. De ahí la utilización de las mencionadas “metáforas de crecimiento”, en las cuales opera como parámetro dado e implícito el mundo adulto, como si tal mundo fuera completo, estable y deseable, una totalidad benevolente y coherente que le da la bienvenida al niño.

En este marco, la *interseccionalidad*, como herramienta de análisis, nos permite comprender el modo en el que el género se entrecruza con otras identidades y la manera en la que estos cruces producen experiencias de opresión (Symington, 2004).

### **2.2.1. Luchas por el reconocimiento de las diversidades en general y las diversidades de género en particular**

Dentro de esta sociedad así caracterizada, las luchas por las diversidades de género se dan hoy en un contexto de enorme fluidez y de crecimiento de los movimientos feministas en el cual conviven una multitud de sujetos que “encarnamos formas de vida no reducibles ni al binario genérico ni a los imperativos de la hetero o la homonormatividad” (Cabral, 2011: 97).

Actualmente, vivimos en un tiempo de leyes de igualdad de género, el reconocimiento de los derechos de lesbianas, gays, trans, travesti, bisexual, queer y más (LGTBQ+) y el matrimonio igualitario. Estas victorias son el fruto de arduas batallas [aunque ellas] son frágiles por definición, y se encuentran constantemente bajo amenaza” (Arruzza, Bhattacharya y Fraser, 2019). En nuestro país, algunos hitos claves como la Ley N° 26.618 de Matrimonio Igualitario del año 2010 (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 2010) y la Ley N° 26.743 de Identidad de Género del año 2012 (Honorable congreso de la Nación Argentina, 2012), han sido el resultado de numerosas luchas colectivas a la vez que han dado cuenta de los límites de una sociedad cis-heteronormativa, binaria y profundamente patriarcal.<sup>6</sup>

5 Lesbianas, Gays, Trans, Travesti, Bisexual, Queer y más.

6 Utilizamos esta expresión aunque, en sentido estricto sea redundante ya que la heteronormatividad implica per se que el pensamiento heterosexual es cis y es binario, para enfatizar las distintas dimensiones abarcadas por el concepto de heteronormatividad.

En la Ley de Identidad de Género (op. cit. art 2) de nuestro país se define a la misma como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales”. Dichos límites sociales nos señalan la necesidad de continuar avanzando en el camino del reconocimiento de las diversidades de género entendiendo por tal “un campo social atravesado por veloces cambios y profundas tensiones relativas a las maneras de nombrar las distintas posiciones identitarias y sus diferencias” (Colectivo Transformando Realidades, 2017: 7).

Como sostiene Judith Butler “los términos que nos permiten ser reconocidos como humanos son articulados socialmente y variables” (Butler, 2006: 14) y nuestro propio sentido de persona está vinculado al deseo de reconocimiento, el cual se sitúa en normas sociales que no elegimos en su totalidad, pero que proveen de horizontes de sentido a la elección que tengamos. En el marco de estas luchas, el *lenguaje inclusivo* es un instrumento clave de construcción de sentidos comunes que puede visibilizar o invisibilizar existencias “otras” y reconocer o no derechos de grupos históricamente discriminados y negados. Su uso insiste, de forma disruptiva e incómoda, “en la indecibilidad del género, en la imposibilidad de reducirlo a dos categorías estables, en la multiplicidad de experiencias sexo-génericas que habitamos” (Theumer, 2020: 97).

### **2.2.2. Infancias que interpelan: visibilizando existencias “otras”**

Estas luchas pueden entenderse desde la sociología de las emergencias desarrollada en el marco de las Epistemologías del Sur, las cuales buscan visibilizar y validar otras maneras de ser, conocer y sentir este mundo. En ese sentido, visibilizar las diversidades en las infancias (infancias trans, con autismo, víctimas de violencias, etc.) tiene que ver con amplificar las pistas que ellas nos dan para poder generar una transformación profunda de este mundo patriarcal, binario y heteronormativo en el que vivimos y que tanto sufrimiento trae especialmente a aquellas personas consideradas como “vidas invivibles” (Butler, 2006) que se sienten fuertemente discriminadas por esta situación pero donde todos nos empobrecemos. Esta sociología de las emergencias complementa a la sociología de las ausencias que es aquella que tiene como objetivo mostrar que lo que no existe es, de hecho, producido activamente como no existente, o sea, como una alternativa no creíble a lo que existe.

Esta no existencia es producida siempre que una cierta entidad es descalificada y considerada invisible, no inteligible o desechable. En ese sentido, de lo que se trata es de transformar objetos ausentes en objetos presentes o, aún mejor, transformar sujetos ausentes en sujetos presentes.

Contribuye a visibilizar esas realidades “otras” desde la concreción de distintas iniciativas las cuales contribuyen a gestar, como dicen los zapatistas, “un

mundo donde quepan muchos mundos". Esta visibilización de existencias "otras" busca garantizar los derechos de las infancias y, de ese modo, reducir y eliminar las desigualdades multidimensionales e interseccionales existentes.

### **2.2.3. Diversidades de género y niñeces trans: de la patologización al reconocimiento de derechos**

¿Qué es la diversidad sexual? ¿Cuántas identidades sexuales existen? ¿Por qué tenemos que hablar de identidad y diversidad sexual?

Podemos definir al *género* como la organización social de la diferencia sexual transformada progresivamente en múltiples desigualdades sociales. Estas diferencias biológicas no son en sí mismas fuentes de desigualdad sino que son transformadas en desigualdades mediante la intervención cultural en la asignación de roles, actividades, valores y estereotipos según los sexos.

La noción de género cambia con el tiempo y presenta grandes variaciones tanto entre diferentes culturas como al interior de cada una de ellas. Es decir, el género como organización social de la diferencia sexual no es algo determinado de una vez y para siempre. Por el contrario, las relaciones genéricas son susceptibles de ser modificadas. "El género determina qué se espera, que se permite y que se valora en una mujer o en un hombre en un contexto determinado. En la mayoría de las sociedades hay diferencias y desigualdades en cuanto a las responsabilidades asignadas, las actividades realizadas, el acceso y el control de los recursos, así como a las oportunidades de adopción de decisiones.

El género es parte de un contexto sociocultural más amplio, cómo lo son otros criterios importantes de análisis sociocultural, incluida la clase, raza, nivel de pobreza, grupo étnico, orientación sexual, edad, etc." (ONU, 2018). Asimismo, con *perspectiva de género* hacemos alusión a una herramienta conceptual que busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan no solo por su determinación biológica, sino también por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos resultando en enormes desigualdades. Se debe evitar homologar género y mujer para poner el acento en el carácter relacional del concepto de género, incluyendo a varones y diversidades. Mujeres y diversidades todavía quedan en situación de desventaja en relación con sus pares varones.

La *sexualidad* es "un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (OMS, 1946). Desde sus comienzos, las prácticas médicas, psiquiátricas, psicológicas y sexológicas sostuvieron la existencia de solo dos conjuntos de genitales, gónadas y cromosomas, a los que han asociado res-

pectivamente dos identidades humanas posibles, sobre la base de una supuesta complementariedad que tiene su centro en el interés por la reproducción. A esto lo llamamos *binormatividad*. Desde este patrón, se señaló a toda excepción a esta estandarización binaria como anomalía, anormalidad, síndrome, trastorno o patología.

No obstante, importa diferenciar distintos *aspectos de la sexualidad* cada uno de los cuales es independiente de los demás:

- *Sexo biológico*: Cuerpo. Tangible y observable. Genitales, gónadas, cromosomas. Sin elección al momento de nacer.
- *Identidad de género*: Vivencia interna e individual del género tal como cada persona lo siente. Sin elección. Se es. Se está siendo. Se está sintiendo.
- *Expresión de género*: Exteriorización de la identidad de género o la personalidad. Apariencia, lenguaje, vestimenta, comportamientos. Elección del propio nombre. Se elige siempre que sea posible.
- *Orientación sexual*: Atracción emocional, sexual o romántica de una persona hacia otra u otras personas. Sin elección.

Dentro de este marco, el *término trans* hace referencia a transgénero el cual alude a aquellas personas que se apartan de las convenciones de género, sea porque se identifican con un género diferente al masculino-femenino asignado al nacer, sea porque modifican su cuerpo volviéndolo diferentes de los cuerpos biológicos convencionales. Este término es contrapuesto a *cis-género* que alude a aquella persona cuyo sexo al nacer e identidad de género coinciden.

Con *infancias trans* aludimos a aquellas infancias y adolescencias en las cuales, quien suponíamos que era un varón (porque tiene pene) es una mujer (porque expresa que lo es) o quien suponíamos que era mujer (porque tiene pene) es un varón (porque expresa que lo es). Son niñas con pene y niños con vulva y también son infancias y adolescencias que no se identifican con ninguno de los dos géneros establecidos como válidos y hegemónicos en nuestra sociedad, sino que se autodefinen como no binarios o con género fluido. Esto, desde el entendimiento de que no es posible hablar de “la” infancia sino de “las infancias” ya que esto último hace referencia siempre a tránsitos múltiples, diferentes y afectados por la desigualdad, donde es posible, sin embargo, situar procesos globales y comunes (Carli, 1999).

Asimismo, existen *identidades no binarias*. Personas que no se identifican con el género masculino ni femenino. Se pueden identificar con no tener ningún género en absoluto, tener ambos géneros, tener una tercera identidad, o una identidad que cambia con el tiempo.

**La estigmatización y violencia. La exclusión. El maltrato por ser anormal, no deseado. La inhabilitación a existir quedando fuera de la categoría de personas con plenos derechos (identidad, salud, educación, trabajo, familia, etc.). Los crímenes de odio. La criminalización: la homosexualidad y transexualidad como delito. La judicialización y exigencia de “ajustes corporales” para el reconocimiento de la identidad. La disminución de la calidad y la expectativa de vida de las personas.**

**Trabajar desde una perspectiva genérica, sexual y corporal. ¿Por qué? Por responsabilidad debemos garantizar derechos humanos. ¿Cómo? Podemos comenzar reconociendo nuestras limitaciones por la propia construcción de nuestros conocimientos y sistemas de creencias. ¿Y después? Comprometiéndonos con la deconstrucción del paradigma patologizante para poder habilitar al ser humano y sus diversidades que habitan en mí y en cada una de las otras personas.**

### **2.3. Patologización y medicalización de la niñez con sufrimiento psíquico y vulnerabilidad social.**

En este apartado nos proponemos:

- Visibilizar el proceso de medicalización del sufrimiento en la niñez y adolescencia y la lógica asistencialista y asilar con el fin de resaltar que estas prácticas en lugar de ayudar a NNyA vulnerados, los controla y los somete a una normalización social.
- Describir cómo los diagnósticos psicopatológicos y las intervenciones técnicas reducen las problemáticas complejas al terreno de lo individual y cómo esto afecta en particular a NNyA en situación de vulnerabilidad social.
- Destacar la responsabilidad de los actores institucionales del campo de la salud mental en la constitución subjetiva de la niñez y examinar cómo las prácticas tecnocráticas y las intervenciones o lógicas que medicalizan tanto el malestar como las diferencias pueden tener efectos negativos en el desarrollo de la subjetividad de las y los NNyA.
- Criticar el valor performativo de los estigmas y etiquetamientos que dejan por fuera las reales condiciones de existencia, y señalar cómo esto contribuye a la construcción de una narrativa hegemónica sobre una infancia patologizada, colocando a NNyA en una situación de inferioridad y subordinación.

En los últimos años, hemos sido testigos de la consolidación de procesos de medicalización del sufrimiento de la niñez y de lógicas asistencialistas y de aislamiento, que, como estrategias de gobierno dirigidas a las infancias más vulnerables, buscan ejercer control y promover la normalización social. En este sentido, tanto el sufrimiento como las diferencias son tratados como patologías, lo que conlleva a diagnósticos psicopatológicos e intervenciones técnicas que reducen problemáticas complejas a meros aspectos individuales (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017) en un contexto de destrucción de redes sociales, interinstitucionales e intersectoriales. Estas dinámicas son especialmente evidentes en las infancias que, además de enfrentar situaciones de pobreza o privaciones sociales y afectivas, se encuentran privadas de cuidados parentales e institucionalizadas, en NNYA con discapacidades, en aquellos que son migrantes, están en situación de calle o consumen drogas ilegales, así como en otros cuyos derechos son vulnerados debido a su identidad de género.

**La medicalización es un proceso por el cual un problema se describe y define utilizando terminología médica, es comprendido en un marco o contexto médico, y/o se interviene a través de un tratamiento médico (Conrad, 2013). Se trata de un proceso social e histórico que no solo involucra a los médicos sino también a la industria farmacéutica y a la sociedad en su conjunto.**

La *patologización del sufrimiento psíquico*, se sustenta en saberes legitimados por manuales de clasificación psiquiátrica estadounidenses, los cuales intentan establecer la idea de neutralidad en el saber. De esta manera, la estructura de poder de la autoridad médica y discursos psi se imponen violentamente sobre los cuerpos. En muchas ocasiones, se aplican diversos protocolos de evaluación que examinan las habilidades de las y los NNYA y les asignan diagnósticos, siempre en una lógica segregadora. Estos diagnósticos representan formas de violencias invisibilizadas que dejan huellas en las y los NNYA, quienes son estigmatizados desde miradas deficitarias. En los servicios de salud estas infancias son objeto de diferentes prácticas tecnocráticas y de intervenciones o lógicas que medicalizan tanto el malestar como las diferencias. Dado que la producción de subjetividad se enmarca en condiciones sociales y culturales específicas, siempre está situada y se construye en relación a las instituciones. De este modo, los discursos de los actores institucionales del campo de la salud mental tienen una importante responsabilidad en la constitución subjetiva en la niñez.

Estudios previos realizados en Argentina (Barcala y Luciani Conde, 2015a; Barcala, 2018) han revelado como se ha construido y legitimado una narrativa hegemónica sobre estas infancias. En esta narrativa, el valor performativo de los diagnósticos, a través de etiquetas y descriptores omniabarcativos, deja de lado las reales condiciones de existencia, consolidando así un discurso sobre *una infancia otra*, que difiere de lo esperado por los servicios de salud. Esta alteridad, la de las y los NNYA patologizados, asume una condición que los ubica en una situación de inferioridad y subordinación. De este modo, el saber-poder médico-psiquiátrico-psicológico contribuye a su propio ejercicio a una diferenciación,

en la que la diferencia se entiende en términos de oposición-denigración. Estas miradas deficitarias crean realidades que NNyA asumen como propias, promoviendo la pérdida de confianza en sus propias creencias, capacidades, potencias, y en la posibilidad de confiar su sufrimiento en diálogo con otros.

Al interpretar las manifestaciones de intensos sufrimientos, resultado de determinantes sociales, en términos psicopatológicos, se genera un circuito institucional en el sector salud que incluye estigmatización, discriminación y exclusión de los espacios propios de la niñez, en especial la escuela y los servicios de salud (Barcala, 2015b). De esta manera se crean identidades desacreditadas, denigradas, que anulan las potencias y el poder de sus voces, su agencia y sus resistencias, y que estas y estos NNyA terminan por asumir. Como resultado, muchos de ellos se convierten en colectivos residuales, superfluos, excedentes (Bauman, 2007) que terminan siendo internados en instituciones psiquiátricas y aislados de la vida social, como si su vida no mereciera la pena ser vivida (Butler, 2007).

Una de las formas actuales de medicalización es la medicamentación, es decir, el uso de medicamentos o tratamientos farmacológicos como parte de este proceso de medicalización en el cual la industria farmacéutica juega un papel fundamental, ligado a la producción y prescripción de fármacos (Iriart, 2018). Las investigaciones han mostrado que en el caso de los NNyA la medicación es la principal y a menudo la única alternativa terapéutica frente a conductas disruptivas o manifestaciones de intenso sufrimiento psíquico (Barcala y Luciani Conde, 2015a).

En la actualidad, se ha observado que la industria farmacéutica ha adoptado nuevas estrategias de marketing y difusión para promover sus productos. Estas estrategias, que se suman a las ya conocidas dirigidas a la comunidad médica, están enfocadas especialmente en actores no médicos, como maestros y asociaciones de padres. De esta manera, la industria farmacéutica y sus productos logran introducirse en la comunidad educativa y en las familias, que son los principales entornos donde se desenvuelven las y los NNyA.

Este enfoque ha dado lugar a la creación de un circuito en el que la decisión de medicar está influenciada por la escuela que lo sugiere, la familia que lo solicita y el médico que lo receta. Es decir, la industria farmacéutica ha logrado entrelazar sus intereses comerciales con los diferentes actores involucrados en el bienestar y la educación de las y los NNyA. Esta situación plantea preocupaciones sobre la independencia y objetividad de las decisiones médicas y el posible uso excesivo o innecesario de medicamentos en la población más joven. Es importante promover una mayor conciencia sobre el papel de la industria farmacéutica en el ámbito educativo y de la salud, fomentando la toma de decisiones informadas y basadas en la evidencia médica, en beneficio del bienestar de los NNyA. En Argentina, el Forum Infancias, es un importante movimiento social que ha estado trabajando históricamente en defensa de los derechos de las infancias y denunciando la creciente medicalización.

## 2.4. Institucionalización por razones de salud mental en la niñez y adolescencia

En este subtítulo nos focalizaremos en los siguientes objetivos:

- Comprender la institucionalización infantil como un problema central en el campo de la salud mental, analizando sus implicaciones y consecuencias para las y los NNYA.
- Visibilizar las violencias institucionales que se perpetúan en ese contexto de atención y cuidado con el fin de generar conciencia y promover acciones para su prevención y erradicación.
- Reflexionar respecto al modo en que opera el cuerpo de saberes médicos e intervenciones en relación a las y los NNYA en situación de vulnerabilidad psicosocial, examinando cómo se utilizan las estrategias de control de los cuerpos que contribuyen a la patologización de la infancia.
- Destacar la importancia de transformar las prácticas de cuidado estatal en salud de NNYA internados por razones de salud mental, considerando sus perspectivas y experiencias en la toma de decisiones y en la definición de sus propios procesos de atención y tratamiento.

En relación a las infancias, la LNSM se enfoca principalmente en las internaciones de NNYA y busca garantizarles los mismos derechos que a las internaciones involuntarias de las personas mayores de 18 años.

La internación de NNYA por razones de salud mental es un problema relevante en todos los países. Según estudios internacionales, esta problemática se encuentra invisibilizada debido a la falta de información, pero la evidencia demuestra que las y los NNYA con discapacidades psicosociales están desproporcionalmente institucionalizados en la mayoría de los países (WHO-Gulbelkian, 2015).

En Argentina, la institucionalización psiquiátrica de NNYA ha aumentado considerablemente hasta la pandemia del COVID 19. Este incremento y la naturalización de las internaciones psiquiátricas como respuesta predominante frente al sufrimiento psíquico y la vulnerabilidad social se ha constatado empíricamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires después de la promulgación de la LNSM. La Ley establece la creación de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad ubicada en el Ministerio Público de la Defensa, lo que implica que todas las internaciones de NNYA por salud mental y adicciones en instituciones públicas y privadas deben ser comunicadas y controladas judicialmente con la intervención de un abogado defensor. Un primer relevamiento mostró que desde el 1º de julio de 2012 hasta el 31 de mayo de 2014 se ejerció la defensa técnica en 1.718 NNYA, los que constituían un promedio de 71 internaciones mensuales nuevas

en 28 instituciones diferentes. El informe también precisó que el 8,71% correspondía a NnYA entre 5 y 12 años, mientras que el 91,29% restante tenía entre 13 a 17 años. La mayoría de ellas y ellos se encontraba en situaciones socioeconómicas de gran vulnerabilidad (140 provenían de instituciones y 130 se encontraban en situación de calle). Además se observó que el 37% estaba siendo tratado por adicciones y casi el 10% presentaba patología dual (consumo problemático y padecimiento mental). El 45% había tenido internaciones anteriores y uno de cada tres casos había abandonado el tratamiento (MPD, 2015). En los años siguientes este número de NnYA atendidos mediante la defensa técnica aumentó a 1.200 NnYA internaciones anuales (MPD, 2017),

Por otro lado, se ha observado un aumento en el número de NnYA que permanecen internados en hospitales incluso después de recibir el alta médica y de que el juez interviniente disponga el cese de la internación. Esta situación se debe principalmente a la falta de recursos adecuados para vivir y continuar el tratamiento prescrito en forma ambulatoria (AGT, 2013; Unicef, 2013). Como resultado, estos NnYA enfrentan dificultades significativas al intentar reintegrarse a los espacios sociales propios de la infancia. Además de estas dificultades, estas situaciones se agravan debido a las profundas inequidades históricas presentes en la sociedad. Por ejemplo, en 2010, aproximadamente el 20% de los NnYA internados por razones de salud mental no contaban con cuidados parentales adecuados, siendo que un 15% provenía de albergues y un 5% se encontraba en situación de calle (Gómez et al., 2013). Lamentablemente, esta problemática aún persiste en la actualidad.

La prolongación de las internaciones y las reinternaciones en estos casos puede considerarse como indicadores claros de las fallas existentes en el sistema actual. Es crucial abordar estas situaciones con urgencia y trabajar en soluciones que garanticen un adecuado apoyo y seguimiento ambulatorio para NnYA después de su internación, evitando que la falta de recursos y las inequidades sociales afecten negativamente su proceso de reintegración y bienestar general.

En el contexto de la pandemia y el período post-pandemia del COVID-19, las y los NnYA institucionalizados por problemas de salud mental y consumo problemático se encuentran entre los grupos especialmente vulnerados, en los que se evidencia la intensidad de la intensificación de las desigualdades en los modos en que habitan la infancia. Durante las internaciones, se ha observado un aumento de las violencias institucionales y las violaciones de derechos. Se ha constatado que debido a las restricciones impuestas, las visitas y acompañamiento de familiares se vieron limitados, lo que afectó los vínculos de los NnYA con sus familias y equipos terapéuticos, intensificando sentimientos de soledad, angustia y desamparo (Barcala *et al.*, 2020).

La escasez de personal y la falta de vínculos significativos con las y los profesionales tienen efectos significativos en la capacidad de elaboración y simbolización de un complejo proceso, especialmente para las niñas que carecen de cuidados parentales y para quienes las y los profesionales y operadores representan sus principales referentes y brindan apoyo y contención.

Además, en un contexto de encierro, la convivencia entre numerosas y numerosos NNyA con diferentes historias y contextos, así como importantes sufrimientos subjetivos, requiere la presencia de adultos para fomentar la construcción de vínculos sociales, el reconocimiento mutuo y la solidaridad.

Lamentablemente, debido a la falta de personal, estos niños y niñas pasan gran parte del tiempo solos o con un solo adulto de referencia para atender a grupos numerosos, lo que ha dado lugar a un aumento de la violencia entre ellos. En algunas ocasiones, esta violencia se ha interpretado erróneamente como un "agravamiento del cuadro", en lugar de reflexionar sobre las condiciones institucionales que promueven estos conflictos. Es esencial reconocer que la presencia y el apoyo adecuado de profesionales y operadores son fundamentales para el bienestar emocional y la integración social de los NNyA en situaciones de encierro. Debe abordarse la escasez de personal y fomentar una mayor reflexión sobre las condiciones institucionales para garantizar un ambiente seguro y propicio para el desarrollo y la salud mental de NNyA.

Estas situaciones requieren dinámicas que promuevan la construcción del lazo social, el reconocimiento del otro, la solidaridad y el apoyo mutuo a través de actividades pedagógicas, culturales y recreativas.

#### **2.4.1. Las violencias institucionales en las infancia y adolescencias**

Nos preocupa especialmente el tema de las violencias hacia las infancias y adolescencias institucionalizadas, ya que están vinculadas con prácticas que deben ser modificadas. Las violencias en las instituciones de salud mental y consumo problemático se refiere a acciones derivadas de la asimetría de poder y, por lo tanto, de abuso de poder, en las cuales la niñez es el foco de estrategias y técnicas de normalización de los cuerpos, como corrección, tratamiento y psicologización. Diversas organizaciones internacionales han constatado niveles elevados de violencia en el caso de NNyA institucionalizados (Unicef, 2013; WHO, Gulbenkian, 2015). Esta cifra se incrementa aún más cuando carecen de familiares o referentes afectivos durante la internación. Estas violencias simbólicas, estructurales, se inscriben sobre los cuerpos de las y los NNyA, quienes generalmente son invisibilizados y son objeto de medidas coercitivas que constituyen tratos inhumanos, crueles y degradantes como contenciones físicas y químicas, salas de aislamiento, restricciones arbitrarias al contacto con familiares y el uso excesivo y/o indebido de la medicación. Estos procedimientos son utilizados ampliamente en las hospitalizaciones por problemas de salud mental en la niñez, dejando importantes marcas en la constitución subjetiva y en la construcción de su identidad (Barcala *et al.*, 2019). Es importante destacar que estas intervenciones se aplican sin tener en cuenta la voluntad y el contexto de las y los NNyA, especialmente cuando intervienen profesionales que no las y los conocen ni conocen su historia.

Algunas investigaciones han demostrado que se utilizan altas tasas de medidas coercitivas, fundamentadas en la necesidad de manejar la agresión y el incumplimiento del tratamiento. Sin embargo, estas medidas no pueden consi-

derarse terapéuticas, ya que generan patrones de comportamiento caracterizados por un ciclo de agresión-coerción, en el cual tanto las y los pacientes como el personal se vuelven cada vez más agresivos (Goren, Singh y Best, 1993). Otros estudios han evidenciado una asociación entre el uso de técnicas de restricción en adolescentes internados en unidades psiquiátricas y su condición de inmigrante, vivir en instituciones de acogimiento o estar vinculados con servicios de protección del niño. Asimismo, se ha observado que las múltiples admisiones y las estancias más prolongadas son factores facilitadores para el uso de medidas coercitivas (Furre *et al.*, 2014). Además, se ha constatado que hay un escaso conocimiento acerca de las experiencias y percepciones subjetivas de las y los NNyA que reciben servicios de hospitalización psiquiátrica (Moses, 2011). Diversos organismos del campo de la protección de los derechos a la salud mental en Argentina (AGT, 2010; MDRI/CELS, 2007) y el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental, a través de sus distintas resoluciones (Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental, Defensoría General de la Nación; 2023), han descrito procesos de vulneración y violaciones a los derechos humanos en nuestro país. Muchas de estas vulneraciones están asociadas a la utilización de medidas restrictivas en los abordajes institucionales, en especial en NNyA internados en instituciones monovalentes con alta médica que no son externados por motivos sociales o falta de dispositivos adecuados.

#### **2.4.2. Abuso de poder y asimetría en la atención en salud mental y consumos problemáticos**

En este apartado, nos enfocamos en abordar las violencias hacia las infancias y adolescencias institucionalizadas, ya que estas prácticas están vinculadas con la implementación de medidas que deben ser modificadas. En primer lugar, es importante destacar la internación psiquiátrica involuntaria de estos grupos, lo cual los expone a importantes privaciones afectivas y los coloca en situación de vulnerabilidad social.

A través de nuestras investigaciones realizadas desde 2016 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el conurbano bonaerense, hemos identificado distintas formas de violencia simbólica, estructural y directa que se ejercen sobre los cuerpos de las y los NNyA. Estas violencias son difíciles de simbolizar y dejan marcas significativas en su constitución subjetiva y en la construcción de su identidad. Como se mencionó, hemos observado la frecuente utilización de medidas coercitivas, como contenciones mecánicas, salas de aislamiento, el uso de medicación no recomendada para edades tempranas y la práctica habitual de la polifarmacia. Todas estas medidas forman parte de tratos inhumanos, crueles y degradantes que sufren estas y estos NNyA. También hemos constatado casos de NNyA sin documentos de identidad, lo cual vulnera su derecho a la identidad, y se han evidenciado intervenciones que restringen sus vínculos y contactos con sus familiares, así como también su acceso a la educación, a pesar de que ellos y ellas expresaban su deseo de relacionarse con sus referentes afectivos, asistir a la escuela y participar en actividades comunitarias de inclusión social. A estas formas de violencia se suman agresiones físicas, abusos sexuales y maltrato emocional por parte de profesionales y pares, que se pro-

mueven en el marco de instituciones totales que reproducen violencias sistémicas. También se han identificado otras modalidades de violencia subjetiva, como la discriminación de género, los cambios de sala por motivos de identidad sexual y la obligación de compartir espacios y actividades con personas de otras edades (incluso adultos en el caso de servicios privados) (Luciani Conde y Barcala, 2018; Barcala et al., 2019).

Estas prácticas reflejan enfoques tecnocráticos, objetivadores y adultocéntricos que desconocen la dimensión subjetiva y naturalizan la situación de encierro, además de la falta de políticas públicas integrales que promuevan su integración comunitaria.

Estas prácticas aumentan el impacto traumático que las respuestas institucionales tienen en NNYA con padecimientos psíquicos, silenciando sus voces, expropiando sus esperanzas y generando una pérdida de confianza en sus propias capacidades y potencialidades. En este contexto, las y los NNYA institucionalizadas e institucionalizados expresan la imposibilidad de confiar su sufrimiento a las adultas y los adultos cercanos, de soñar un futuro posible y de jugar durante su periodo de institucionalización. Un estudio sobre la construcción de sentido realizado con NNYA que viven en instituciones, acerca de las violencias que los afectan y los derechos que se vulneran, evidencia la existencia de violencias subjetivas en los planos intra (propias), inter (relacionales) y trans (en común). Este estudio destaca que la institucionalización dificulta la elaboración del sufrimiento y afecta su capacidad de jugar (Barcala *et al.*, 2021).

Hemos identificado las siguientes:

- **Sujeción física:** Aunque se debe evitar su uso y favorecer las contenciones verbales, en nuestro país no está prohibida y existen numerosas recomendaciones sobre su uso adecuado, incluyendo precauciones adicionales a tomar en el caso de NNYA. Sin embargo, hemos identificado la falta de disponibilidad de protocolos para esta práctica en los servicios y un amplio desconocimiento de las recomendaciones generales para su uso apropiado, como la cantidad de personas que deberían estar involucradas.
- **Salas de aislamiento como forma de castigo:** Aunque esta intervención está expresamente prohibida por nuestra legislación. El Decreto Reglamentario 603 de 2013 de la Ley 26.657 establece claramente que “no se admitirá la utilización de salas de aislamiento” (Presidencia de la Nación, Art. 14).
- **Situaciones de agresión física durante las internaciones:** Hemos observado casos de golpes perpetrados por el personal y peleas entre las NNYA en un mismo servicio. También se han evidenciado casos de abuso sexual entre NNYA internadas e internados. La ausencia de actividades durante el encierro genera

y alimenta un ciclo de violencia entre ellos, generando situaciones de profundo sufrimiento y desamparo.

- **Uso de medicación no recomendada para edades tempranas y prácticas habituales de polifarmacia.**

A su vez, en las entrevistas realizadas, se ha constatado que en la mayoría de los casos, tanto en clínicas privadas como en comunidades terapéuticas, hay una falta de espacios diferenciados para NNYA y adultos. En general, se observa que las y los NNYA comparten actividades grupales y talleres junto a los adultos, con escasas excepciones. Otro aspecto preocupante es la ausencia de espacios propios para las y los NNYA. Lo común es que las habitaciones sean compartidas por dos o tres NNYA, junto con sus acompañantes en caso de tenerlos. Esto implica que la internación conlleva una pérdida de privacidad para las y los NNYA, ya que están constantemente rodeados de otros en un entorno de convivencia compartida. Además, no disponen de pertenencias personales como juguetes, libros o recuerdos, y la ropa que utilizan les pertenece a todos. También se ha observado que a menudo faltan prendas íntimas y calcetines, lo cual afecta su dignidad.

Otro factor preocupante es la falta de actividades durante el día, lo cual facilita la aparición de comportamientos que llevan al aumento de contenciones físicas y químicas. Cuando un NNYA se descontrola y no recibe un acompañamiento terapéutico integral, la intervención suele limitarse al aumento de la medicación psicofarmacológica. En lugar de utilizarla como una herramienta valiosa, de acuerdo con una estrategia integral y siguiendo las indicaciones de la o el psiquiatra tratante, se utiliza de manera invasiva para contener y silenciar. Además, se observa una desinserción escolar y una ruptura de los vínculos familiares y comunitarios. Se restringen las visitas y la comunicación con las personas de referencia afectiva. También es preocupante la prolongación excesiva de las internaciones sin un acompañamiento adecuado.

Por último, es importante destacar la ausencia de un enfoque interdisciplinario e integral en el tratamiento de los NNYA. Un aspecto que generalmente pasa desapercibido es el *enfoque de género* en estos contextos. En todos los centros de atención existe una división tradicional basada en el sexo biológico, con áreas específicas para hombres y para mujeres. Sin embargo, las situaciones relatadas por NNYA que se identifican como sexualidades gays, lesbianas o travestis revelan un problema para los servicios. Esta deficiencia en el modelo de atención contribuye a una serie de violencias institucionales, entre las cuales se destaca la falta de reconocimiento de las decisiones personales sobre la propia sexualidad. Particularmente en este colectivo se observa descalificación social sexo genérica, violencias sexuales, violencia sobre los derechos sexuales y reproductivos y violencias físicas.

Además de la falta de reconocimiento de la identidad sexual autopercibida, es importante mencionar la falta de enfoques inclusivos que abarquen la diversidad cultural y religiosa. Dado que muchos de los NNYA internados en centros públicos provienen de diversos contextos socio-culturales, hemos identificado

en los relatos de los entrevistados la ausencia de prácticas de atención que sean inclusivas de esta interculturalidad. Debemos recordar la violencia que implica negar la identidad cultural y los efectos que esto tiene en la subjetividad de una persona. Entre los aspectos más relevantes que hemos destacado, se observa que esta falta de atención inclusiva a menudo se convierte en una puerta de entrada a un ciclo de institucionalización, transinstitucionalización, medicalización y cronificación del sufrimiento psíquico. La prolongación de las internaciones y las reinternaciones pueden considerarse indicadores de las deficiencias del sistema actual.

En resumen, todos los aspectos mencionados evidencian las tensiones existentes entre los estándares internacionales de derechos humanos y el uso de medidas restrictivas en las internaciones. Es importante destacar que estas son solo algunas de las prácticas que hemos identificado en nuestras investigaciones, y todas ellas son indicativas de violaciones de derechos y abuso de poder en el contexto de la atención en salud mental y consumo problemático de NNYA institucionalizados. Es fundamental trabajar en la transformación de estas prácticas, promoviendo en su lugar enfoques que respeten la dignidad, autonomía y derechos de este grupo vulnerable.

#### **2.4.4. Pautas para la transformación de las prácticas de cuidado estatal en salud mental infantil**

Lo expuesto anteriormente destaca la necesidad de transformar las prácticas de cuidado estatal dirigidas a NNYA que experimentan sufrimiento psíquico y vulnerabilidad social. Esta transformación debe basarse en una comprensión colectiva de los eventos y en el fomento de un pensamiento dialógico y creativo que evite la institucionalización y promueva los procesos de reintegración de las y los NNYA institucionalizados.

**Desde el inicio de la internación, es fundamental construir un proyecto terapéutico único y personalizado, planificado por un equipo interdisciplinario. Este proyecto debe tener en cuenta los intereses, necesidades y posibilidades de cada individuo, así como su contexto e historia, y nunca debe centrarse en la enfermedad o el déficit. Es crucial escuchar las voces singulares de cada uno de ellas y ellos, sus sentimientos y deseos, evitando apropiarse de sus propias palabras debido a la aplicación de discursos disciplinarios (Barcala et al., 2020).**

Además, es importante resaltar la relevancia del acompañamiento de la vida de las y los NNYA en situaciones de vulnerabilidad social por parte de las y los profesionales de la salud que les cuidan, y los efectos subjetivantes que se generan a través de la construcción de vínculos sociales significativos. Es importante entonces, tener en cuenta que:

- **La subjetividad se construye en el encuentro con las instituciones.**
- **Las prácticas discursivas de los/las profesionales y operadores de la salud mental resultan fundamentales en la constitución subjetiva de la niñez y en la construcción de su identidad.**

Cada proyecto terapéutico debe incluir propuestas dinámicas y estrategias viables para la externación de NNyA que se encuentren en condiciones de alta y puedan regresar a sus hogares. Es fundamental que cualquier internación sea temporal y lo más breve posible. El proyecto debe tener en cuenta las diferentes dimensiones de la vida de cada NNyA y cómo, con el apoyo y las referencias adecuadas, podrán reintegrarse a su comunidad una vez superada la situación crítica que motivó su internación. Además, se deben planificar los cuidados necesarios para aquellas y aquellos NNyA que reciben tratamiento ambulatorio tras un alta transitoria. En todos los casos, es importante incluir a los familiares o personas de referencia afectiva relevantes, ya que serán quienes sostengan estas estrategias. Para lograr una inclusión social efectiva que fomente la autonomía y la calidad de vida, es necesario establecer un trabajo comunitario en red que involucre a diversos actores sociales, como el Ministerio de Desarrollo Social, el Sistema de Protección, el sector educativo, los movimientos sociales y comunitarios, las iglesias, entre otros. Sin embargo, sobre todo, debemos asegurarnos de acompañar a los NNyA en la creación de espacios donde puedan expresar sus propias voces y opiniones.

Este enfoque de trabajo debe basarse en la co-responsabilidad entre las y los profesionales y las y los NNyA, evitando así que los trabajadores se sientan impotentes en situaciones de crisis, cuando se encuentren solos y desprovistos de herramientas para intervenir. Cuando un trabajador o una trabajadora sienta que no puede hacer frente a una situación determinada, debe contar con una persona designada para reemplazarlo. El enfoque de elaboraciones compartidas descrito en la sección de criterios de buenas prácticas resulta útil en estas situaciones.

Es fundamental recuperar el valor de los encuentros y el trabajo colectivo solidario, enfocándonos en reconstruir las redes necesarias para el cuidado y protección de las y los NNyA internados por motivos de salud mental. También debemos aceptar las posibilidades y limitaciones de cada trabajador involucrado en este proceso. Es de vital importancia contar con un referente de seguimiento ambulatorio y establecer una vinculación con los equipos territoriales cercanos al domicilio de cada NNyA para monitorear su situación. Cada NNyA debe tener un referente centralizador de la estrategia, que promueva condiciones de existencia que den lugar a soñar horizontes de esperanza respecto a las posibilidades futuras.

**Incluir y valorar las diversas y singulares voces de las y los NNyA constituye un compromiso ético y político para las ac-**

## **toras y los actores del campo de la salud mental en cumplimiento de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989).**

Es fundamental comprender sus historias, trayectorias, deseos y pensamientos, y desafiar las miradas adultocéntricas y las representaciones basadas en la "peligrosidad" y la "victimización" relacionadas con sus vivencias. Debemos darles el protagonismo que merecen, desde una perspectiva respetuosa de la diversidad cultural, de género y de identidades propias de cada contexto.

Para lograrlo, es imperativo construir y reinventar dispositivos institucionales y territoriales que creen marcos simbólicos que les permitan expresar sus voces y dar sentido a sus sufrimientos. Esto brinda oportunidades para construir un proyecto que integre sueños y un futuro, visibilizando y desmantelando las actuales estrategias biopolíticas. También demuestra que las propuestas innovadoras que otorgan capacidad de agencia a las y los NNyA son realidades posibles que deben formar parte de los marcos de reflexión de los proyectos sociales y de una transformación cultural más amplia que garantice el derecho a una vida digna (Barcala y Mogni, 2021).

En general, todas y todos, las y los NNyA están acompañados permanentemente por un familiar en los hospitales generales y en gran medida en los servicios privados de salud mental. Sin embargo, esta práctica es deficiente en los servicios públicos especializados y en las comunidades terapéuticas privadas. El acompañamiento familiar es esencial, ya que la soledad relacional resulta extremadamente dolorosa para un NNyA en situación de crisis (Luciani Conde y Barcala, 2018).

**Para garantizar la integralidad de los cuidados y el derecho a la salud, en las internaciones de NNyA se debe asegurar la revisión del calendario de vacunación, evaluar el peso y la talla de manera adecuada, brindar cuidado bucodental diario y evaluar la alimentación. También es necesario generar cambios en el cuidado de la salud física, la higiene y la alimentación de cada NNyA.**

Las medidas restrictivas son procedimientos terapéuticos temporales que limitan la autonomía y el derecho a la libertad. En ningún caso deben ser utilizadas como castigo o forma de control, ni responder a motivaciones ajenas a la clínica, como la falta de personal. Por el contrario, es necesario acompañar a las y los NNyA con empatía y contención emocional, fomentando sentimientos de cuidado y reduciendo la sensación de soledad para prevenir la repetición de estos episodios en el futuro. Las llamadas "crisis de excitación psicomotriz" deben ser entendidas como manifestaciones de su sufrimiento debido a acontecimientos que escapan a sus posibilidades de resolución. Dichas manifestaciones expresan la dificultad de las y los NNyA para simbolizar y expresar con palabras aquello que les sucede. Estas expresiones no son intencionales o caprichos, sino que constituyen las formas singulares en que cada NNyA expresa su afectación fren-

te a las circunstancias que le toca vivir. Varios autores han destacado los efectos que las interrupciones en la vida cotidiana, las rutinas, los vínculos sociales y las significaciones previas tienen en la psique infantil, así como la importancia del juego y el apoyo de adultos confiables y afectuosos (Bleichmar, 2006; Bowlby, 1955; Winnicott, 1992). Las y los NNYA internadas e internados en instituciones de salud mental se encuentran separadas y separados de sus hermanos, amigos, maestros y referentes afectivos, con quienes podrían hablar y compartir sus experiencias vivenciales. Esto ocurre en momentos de intensa angustia, desestructuración y pérdida, que requieren un mayor acompañamiento (Barcala *et al.*, 2020b). Es fundamental evaluar los factores que afectan las estrategias de externación y contribuir a la generación de conocimientos sobre aquellos factores que potencian e impulsan la integración socio-comunitaria. Un abordaje integral y efectivo también evita la cronicidad y las internaciones en la vida adulta. Desde la perspectiva de la LNSM entendemos la salud mental desde un entramado que incluye lo biológico, lo social, lo cultural y lo psicológico de manera integral y en el marco de los determinantes sociales históricos y económicos. Los procesos de cuidados en salud mental de las y los NNYA institucionalizados deben considerar, atender y abordar cada uno de estos aspectos, sin omitir ni soslayar ninguno de ellos, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud mental y reducir al mínimo posible su tiempo de internación.

**Ante las y los NNYA que no se ajustan a las expectativas educativas y sociales, que no se adiestran, que son definidos como peligrosos, violentos y diagnosticados como trastornos psicóticos o disociales, enfrentamos la responsabilidad ética de desarrollar prácticas que eviten etiquetar, estigmatizar y excluir, y favorezcan el acceso a los cuidados de salud mental con el objetivo de modificar las actuales condiciones de sufrimiento y un doloroso destino.**

### **3. ¿QUÉ ES SALUD MENTAL PARA LAS INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS? INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS HABLANDO DE SALUD MENTAL EN PRIMERA PERSONA**

En este apartado, nos proponemos destacar la relevancia de reconocer las voces de las y los NNYA, así como sus propias narrativas, emociones y experiencias, al definir el concepto de salud mental en las etapas de la infancia y la adolescencia. También es esencial considerar esta perspectiva al diseñar prácticas y políticas públicas que se centren en garantizar su derecho a la salud mental. Es necesario comprender y valorar las vivencias y conocimientos únicos que poseen las y los NNYA. Escuchar y brindar espacio a sus narrativas nos permite obtener una comprensión más completa y enriquecedora de lo que implica la salud mental en estas etapas cruciales de la vida.

Asimismo, al tener en cuenta las voces de las y los NNYA, podemos identificar las diferentes formas en que experimentan y expresan sus emociones y afectaciones. En este sentido, resulta crucial que las prácticas y políticas en salud mental dirigidas a las y los NNYA estén guiadas por su participación activa y el

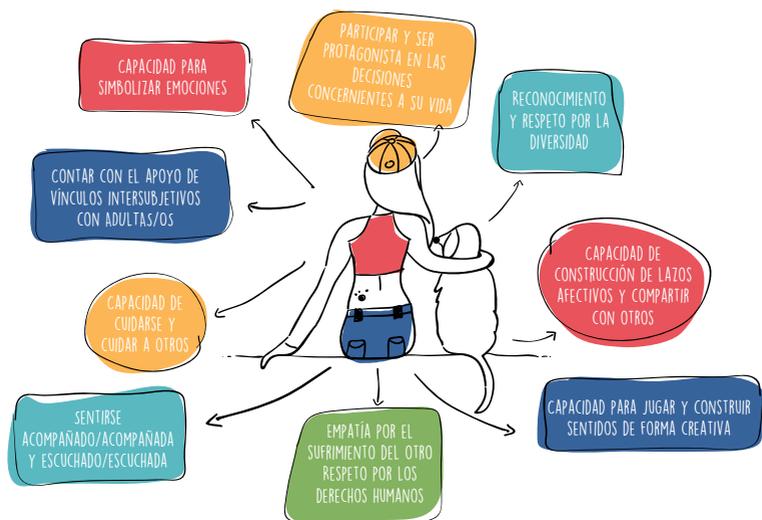
reconocimiento de sus derechos. Esto implica no solo escuchar sus voces, sino también involucrarlos en la toma de decisiones que afectan su propia salud y bienestar. Al brindarles un papel activo en la definición de su salud mental, promovemos su autonomía y empoderamiento, y contribuimos a la construcción de sociedades más inclusivas y equitativas.

En un reciente estudio denominado Salud Mental en tiempos de COVID (Unicef, 2021) realizado en seis provincias del país, se recogieron las opiniones de NNyA sobre la salud mental y los diferentes determinantes que generaban o agravaban su sufrimiento. Asimismo, se identificaron las estrategias que consideraban necesarias para enfrentar y simbolizar esta situación incierta, las cuales constituyen factores protectores de salud mental.

Escuchar y amplificar las voces de las y los NNyA, especialmente de las y los adolescentes, como se hizo en este estudio, permitió visibilizar sus pensamientos y sentimientos, cuestionando los estereotipos y prejuicios que suelen atribuirles irresponsabilidad o descuido, y que circulan en el imaginario social, reproduciendo identidades denigradas o subalternizadas. Si bien el estudio se centró en la pandemia, podemos ampliar nuestra perspectiva al recoger las voces de las y los NNyA. En este sentido, la aceptación de la diversidad, la participación y protagonismo en las decisiones que afectan sus vidas, sentirse acompañados y escuchados son factores que promueven la salud mental.

La figura 2 muestra los *factores protectores de salud mental* identificados por NNyA durante la pandemia.

Figura 2. Factores protectores de salud mental durante la pandemia

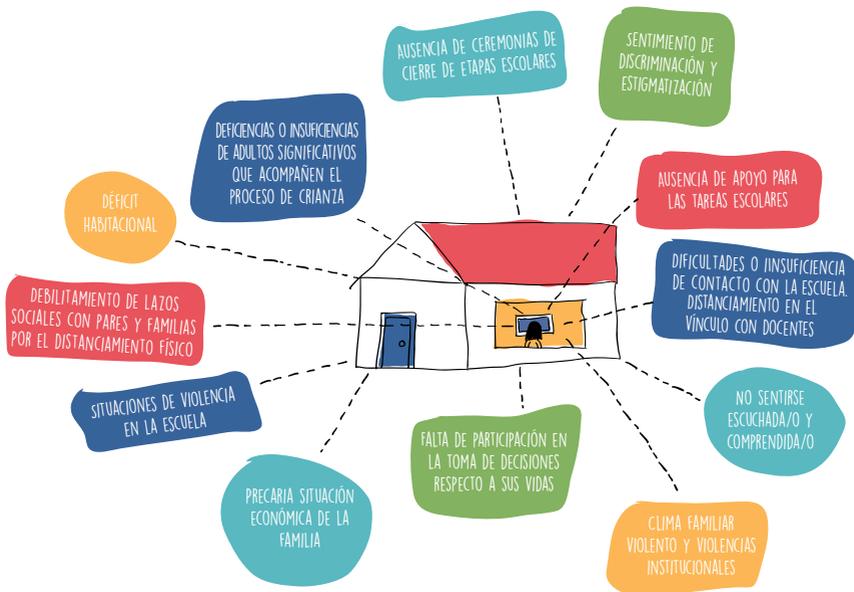


Fuente: Unicef, 2021

Cada una de estas dimensiones mencionadas deberían ser consideradas para el diseño e implementación de políticas públicas y prácticas institucionales tendientes a efectivizar el derecho a la salud mental.

También NNYa señalaron cuáles eran para ellas y ellos los determinantes sociales que les producen sufrimiento (Fig. 3).

Figura 3. Determinantes que producen sufrimiento. Año 2021



Fuente: Unicef, 2021

Tomando como punto de partida las narrativas de las y los NNYa, las y los investigadores de este estudio reflexionan sobre el concepto de salud mental en el contexto de la producción social en la infancia y adolescencia, (Barcala et al., 2021).

- Capacidad para poder jugar.
  - Porque la ausencia de juego impide transformar de manera creativa las experiencias vividas.
- Construir sentidos de forma creativa, plástica, lúdica, y crear narrativas propias.

- Porque donde no hay palabras, se obstruyen las posibilidades de metabolizar lo que está ocurriendo.
- Estar acompañado emocionalmente para poder simbolizar las preocupaciones, los miedos, lo inesperado, lo incierto.
  - Porque sin la presencia de vínculos intersubjetivos con adultos significativos los miedos inhiben, paralizan y detienen el desarrollo emocional.
- Sostener y fortalecer los lazos afectivos con amigos, amigas y otros referentes.
  - Porque la reducción de los intercambios afectivos y simbólicos aumenta las vulnerabilidades.
- Garantizar las posibilidades de socialización, de experiencias compartidas y aperturas a nuevos mundos a través de la escuela.
  - Porque en la ruptura de estos contactos se pierde una experiencia vital de pensar, de sentir y de hacer juntos, y construir saberes sociales en comunidad.
- Aprender a cuidarse y a cuidar a otros.
  - Porque el descuido produce sufrimiento y deja marcas en la subjetividad. Fomentar el autocuidado y el cuidado mutuo es fundamental para el reconocimiento y cuidado hacia los demás.
- Respetar la diversidad y heterogeneidad.
  - Porque anular las diferencias aumenta las distancias, genera exclusión y profundiza los estigmas y las discriminaciones étnicas, de género, de clase social.

**En resumen, la salud mental de las infancias y las adolescencias se produce socialmente al garantizar derechos y promover la capacidad de acción y agencia de NNYA.**

### **3.1. Prácticas en salud mental destinadas a la niñez centradas en el enfoque de derechos y cuidados**

Este subtítulo pone foco en los siguientes objetivos:

- Hacer hincapié en la necesidad de políticas y prácticas de salud mental para abordar los desafíos que enfrentan en el marco de

un período de incertidumbre y vulnerabilidad como el de post pandemia.

- Enfatizar la importancia de adoptar un enfoque basado en los derechos, en las prácticas de salud mental que prioricen las necesidades y experiencias de NNyA, y respeten sus antecedentes culturales y sociales.
- Identificar y analizar los criterios para buenas prácticas de salud mental que estén alineados con la LNSM y la CDN, y hacer hincapié en la necesidad de proporcionar servicios efectivos, integrales y accesibles.
- Explorar enfoques innovadores e integrales en las prácticas de salud mental, especialmente en situaciones de complejidad, que tengan en cuenta las experiencias y emociones únicas de cada NNyA.

### **3.1.1. Contexto actual**

Como se mencionó anteriormente, la irrupción de la pandemia por SARS-CoV-2, y las medidas de aislamiento que se implementaron como respuesta han generado una transformación profunda y abrupta en la vida cotidiana, afectando diversas dimensiones sociales, económicas y culturales. Esta situación ha llevado a modificaciones en las tramas vinculares y ha tenido un gran impacto en la subjetividad de las personas.

La pandemia ha generado un potencial traumático que requiere un enorme trabajo psíquico para afrontarlo y un gran esfuerzo de elaboración para tramitarlo. Específicamente para las y los NNyA, ha desencadenado una serie de afectos, emociones, sentimientos, preocupaciones y malestares que, si bien no pueden ser considerados patológicos, demandan cuidado y acompañamiento para afrontar la incertidumbre de la situación vivida. En respuesta a esto, se ha reconocido la importancia de implementar políticas y prácticas de salud mental que atiendan las necesidades de las comunidades, especialmente las infancias y adolescencias.

En este contexto de enorme vulnerabilidad social, que ha expuesto y profundizado las desigualdades preexistentes, las instituciones, particularmente las de salud, se han visto obligadas a replantear sus prácticas y transformar los enfoques de atención y cuidado que se venían utilizando hasta el momento (Barcala, 2022).

En la etapa post-pandemia, es crucial reconocer que frente a la complejidad de la situación actual, se requiere una comprensión colectiva de los acontecimientos y la promoción del pensamiento dialógico y creativo. Debemos evitar la aplicación acrítica de teorías y recetas preestablecidas, las cuales simplifican la complejidad de la existencia humana y sus sufrimientos. En este sentido, es

necesario jerarquizar lo complejo y reconocer las emociones y sentimientos subjetivos, tanto individuales como colectivos.

Los aportes conceptuales de Fernando Ulloa, Silvia Bleichmar y Julio Marotta nos permiten comprender que, en el trabajo institucional con NNYA, especialmente con aquellos que experimentan un intenso sufrimiento psíquico y vulnerabilidad social, o viven momentos críticos, debemos desarrollar nuestra capacidad de reformular y retranscribir nuestras preguntas. Es importante acercarnos a la experiencia a través de la teorización de las prácticas, en lugar de replicar de manera dogmática teorías preexistentes (Ulloa, 2012; Bleichmar, 2002, 2008, 2009; Marotta, 2009). Para lograr esto, es imprescindible escuchar las voces de las y los NNYA a través de sus narrativas, juegos u otras formas de expresión, sin desacreditarlos ni estigmatizarlos en función de su edad, género, pertenencia social, geográfica o salud mental. Debemos respetar la singularidad de cada uno de ellos, considerando su contexto específico (Barcala *et al.*, 2020).

En este sentido, nos planteamos las siguientes preguntas:

- ¿Cómo podemos promover la implementación de dispositivos y estrategias de abordaje territorial integral que atiendan las problemáticas de salud mental de las y los NNYA desde una perspectiva de derechos?
- ¿Cómo pensar y desarrollar intervenciones clínicas innovadoras frente a situaciones complejas?
- ¿Cómo intervenir en las nuevas y complejas situaciones que desafían y cuestionan nuestras intervenciones tradicionales?
- ¿Cuáles son los criterios que deben cumplir estas prácticas para garantizar su concordancia con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención sobre los Derechos del Niño?

### 3.1.2. Criterios de Buenas Prácticas

A continuación se presentan los siguientes *criterios de buenas prácticas* en el campo de la salud mental infantil que promueven dispositivos y acciones concordantes con la promoción de derechos y la implementación de la LNSM y CIDN (Barcala, 2011).

**Efectividad de los derechos:** Los servicios deben estar disponibles y ser accesibles para las y los NNYA, asegurando respuestas a sus necesidades de manera equitativa y superando barreras de diversa índole. Además, se debe fomentar la aceptabilidad de las diferentes culturas a las que pertenecen las y los NNYA, incluyendo aquellos provenientes de países limítrofes u otras comunidades. Asimismo, la calidad del servicio de salud mental es un aspecto fundamental a considerar.

**Integralidad e interdependencia de los derechos:** Los dispositivos y estrategias terapéuticas institucionales deben ser desarrollados en conjunto con las otras dimensiones de la vida de las y los NNyA, asegurando el derecho a la salud y estableciendo conexiones con otros derechos. En ocasiones, se tiende a brindar únicamente un tratamiento psicoterapéutico o psicofarmacológico, como si eso fuera suficiente para cubrir las necesidades de salud mental, lo que reduce los derechos a la mera asistencia y no considera su dimensión integral.

**Responsabilidades compartidas:** El enfoque utilizado debe involucrar a diversos actores, tanto estatales como privados. Además, es fundamental incluir a las familias y/o referentes afectivos, quienes generalmente no son considerados en la implementación de las estrategias terapéuticas. Es importante brindar apoyo y acompañamiento a los padres y las madres y/o referentes afectivos, así como a la familia ampliada, en función del cuidado y desarrollo de las y los NNyA, y en el fomento de la autonomía de las y los adolescentes. También es esencial incorporar la participación de estos actores en el diseño, gestión y ejecución de las estrategias implementadas.

**Participación:** La participación de las y los NNyA en el proceso de toma de decisiones que los afectan es un requisito fundamental, adaptado a su edad. Esto implica brindarles acceso a información adecuada y comprensible sobre su salud y tratamiento, incluyendo alternativas de atención. Sin embargo, se observan dificultades para tener en cuenta las opiniones de las y los NNyA en la toma de decisiones relacionadas con la elección, implementación y continuidad de las estrategias terapéuticas, así como para proporcionarles información acorde a su capacidad de comprensión, especialmente en el caso de prescripciones psicofarmacológicas. Aunque es importante incluir las perspectivas de las y los NNyA, en muchos servicios aún son tratados como objetos de prácticas disciplinarias en lugar de sujetos de derechos, a pesar de los marcos teóricos conceptuales que las y los profesionales emplean para promover su subjetivación.

**Universalidad y no discriminación:** Las acciones en salud mental dirigidas a las y los NNyA deben ser universales, sin discriminación alguna. Las y los NNyA son titulares de sus derechos y no deben ser discriminados en los servicios de salud, especialmente por padecer sufrimiento psíquico. La atención debe ser igualitaria para todas y todos, teniendo en cuenta las particularidades individuales. Las políticas públicas universales deben asegurar la inclusión de cada NNyA y sus familias.

**Sostenibilidad e incidencia:** Las prácticas implementadas deben demostrar su capacidad de generar un impacto a largo plazo, fundamentando su eficacia y la necesidad de los dispositivos institucionales interdisciplinarios.

**Estrategias orientadas a la transformación institucional y de servicios hacia una perspectiva territorial:** Se busca brindar una atención integral en todos los centros de salud, acercando los servicios a las ciudadanas y los ciudadanos. Es importante lograr una organización progresiva de los servicios en cada territorio, cercana a la población que los habita. Muchas familias se ven

obligadas a recorrer largas distancias y viajar durante horas para acceder a los tratamientos adecuados, lo cual implica un costo económico y subjetivo significativo. Es fundamental romper con la lógica asistencialista y con un modelo centrado en la atención hospitalocéntrica y enfocarse en una perspectiva territorial y comunitaria de salud mental.

**Intersectorialidad de las intervenciones:** En la actualidad, existe una fragmentación y desintegración entre todas las acciones, lo que genera duplicación y superposición de esfuerzos. No es común que las y los profesionales que trabajan con NNYA vinculen su labor con otros actores involucrados. Esto conlleva a una falta de comunicación entre los servicios de salud y los proveedores de educación, justicia y desarrollo social, lo cual propicia la dispersión y desconexión en las consultas y derivaciones, así como la repetición de consultas a profesionales de diferentes disciplinas y la proliferación de múltiples diagnósticos. En muchas ocasiones, el trabajo de articulación se limita a la derivación. Además, en el caso de NNYA internadas e internados por motivos de salud mental, no se establece una conexión con dispositivos ambulatorios para facilitar la continuidad de la atención una vez que son dados de alta. El desconocimiento y la falta de información aumentan la fragmentación y desconexión entre los servicios, lo cual dificulta el trabajo en red. A esto se suma la desacreditación entre las distintas disciplinas, donde las luchas de poder convierten a la usuaria o el usuario en un objeto. Es necesario fomentar la integración e interdependencia entre las diferentes agencias estatales para implementar políticas integradas y respetar el principio de Protección Integral de Derechos.

**Centralidad en las y los NNYA y su contexto:** Es importante evitar la centralidad en la enfermedad o el déficit, y en su lugar, respetar la singularidad de cada NNYA, sus intereses y posibilidades. Se debe desarrollar un proyecto personalizado y único para cada una y cada uno de acuerdo con sus intereses y capacidades, teniendo en cuenta su constitución subjetiva previa. De esta manera, evitaremos formatearlos según las expectativas sociales que responden a mandatos de control social. Los dispositivos de salud mental no están adecuadamente preparados para abordar las problemáticas de las y los NNYA con toda su complejidad, y a menudo las transforman en patologías diagnosticables, enfocándose en la enfermedad en lugar de en las y los NNYA en sí mismos. Por el contrario, debemos evitar adoptar una visión deficitaria.

**Desinstitucionalización:** Es fundamental que las estrategias implementadas eviten en la medida de lo posible la institucionalización en la infancia y adolescencia, y en su lugar, contribuyan a la construcción de enfoques creativos de fortalecimiento familiar y comunitario. Además, es importante colaborar en el proceso de externación de las y los NNYA de instituciones especializadas en salud mental y adicciones. En caso de constituir el último recurso disponible, la internación se debe llevar a cabo en hospitales pediátricos o, en su defecto, desde el departamento de pediatría en hospitales generales, realizando las adaptaciones necesarias para este propósito. A partir de la experiencia del *"Programa de atención comunitaria de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos y en situaciones complejas (PAC)"*, llevado a cabo en el Centro de Salud Mental N°1

de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre los años 2006 y 2012, se buscó brindar cuidados integrales que incluyeran intervenciones clínicas y de inclusión social, garantizando así sus derechos (Barcala, 2013, 2022).

**Escuchar y acompañar a las y los NNyA:** se vuelve fundamental. Es necesario respetar e incluir sus voces en la toma de decisiones, dejando atrás prácticas que los reducen a objetos, y evitando la reeducación, el control social, el etiquetamiento y la estigmatización. Las y los NNyA deben ser considerados sujetos de deseos y derechos, evitando definiciones basadas únicamente en síntomas y conductas desviadas. A esto se suma la grave situación de vulnerabilidad que muchas familias enfrentan, con altos niveles de sufrimiento que evidencian los efectos de los determinantes sociales en la salud mental. Esto nos obliga a replantear el abordaje de los traumatismos sociales y el impacto en cada NNyA. Las complejidades de la vida cotidiana se han agravado aún más debido a la pandemia, generando sufrimiento y afectaciones que superan la capacidad de simbolización y elaboración, y que requieren enfoques que, a través de una escucha activa y respetuosa, acompañen y colaboren de manera creativa y plástica para abordar la complejidad de estos fenómenos.

**Es fundamental consultar a las y los NNyA y asegurarse de que sus opiniones sean escuchadas en la toma de decisiones, permitiéndoles soñar y construir su propio proyecto de vida. La imposibilidad de imaginar un futuro posible es uno de los derechos más vulnerados para ellos y ellas.**

**Protagonismo infantil: Fomentando la participación activa de las y los NNyA.** El protagonismo de las y los NNyA y el respeto por sus opiniones están definiendo nuevas prácticas en nuestra sociedad. En un escenario legal que promueve un paradigma transformador, se hace imperativo reformular los servicios de salud. En este contexto, la información y el consentimiento informado, junto con una explicación clara y comprensible, así como la aceptación de las opiniones de las y los NNyA, se convierten en recursos indispensables en el proceso terapéutico.

Es crucial reconocer que los tratamientos y medicaciones, cuando son necesarios, no deben ser vistos como instrumentos de control social, sino como valiosos recursos que permiten mantener los lazos sociales y la posibilidad de expresarse. Asimismo, es fundamental visibilizar y respetar las diversas voces de las y los NNyA.

**Destacamos la importancia de promover la participación de las y los NNyA en sus propios tratamientos, adaptados a sus capacidades según su edad. Todos los espacios deben estar disponibles para que puedan expresarse con la mayor libertad posible y ser escuchados.**

**Abordaje clínico y social: Promoviendo la integralidad en el cuidado de NNyA.** Para garantizar un enfoque integral en el cuidado de NNyA, las estrategias en el sector de la salud deben abordar conjuntamente los aspectos clínicos y sociales. Es necesario ampliar el enfoque terapéutico institucional único, dada la complejidad de las problemáticas, y valorar las redes comunitarias como facilitadoras de la inclusión, autonomía y calidad de vida de las y los NNyA. Debe orientarse a favorecer los procesos de subjetivación en la niñez y adolescencia, así como la construcción de identidades que no sean denigradas, estigmatizadas ni subalternas.

El proyecto terapéutico para cada NNyA debe incluir los tratamientos necesarios, así como el trabajo en colaboración con redes comunitarias para su inclusión en los espacios sociales propios de su edad. Se trata de un acompañamiento intersubjetivo y la construcción de lazos sociales basados en el afecto que visibilicen la potencia de la construcción de lo común. Esto implica la elaboración simbólica de los efectos de los acontecimientos traumáticos en las subjetividades infantiles, el alojamiento de la angustia de desestructuración y pérdida, y el acompañamiento para simbolizar, dar significado o simplemente soportar lo vivido para lo que la o el NNyA no estaba preparado. El juego se convierte en un elemento central en estos abordajes durante la infancia. Es importante evitar la patologización de las diversas formas en que las y los NNyA manifiestan su malestar, reducir la complejidad de los impactos de los acontecimientos a categorías diagnósticas establecidas en manuales de clasificación psiquiátrica y evitar la cristalización de identidades deficitarias, desacreditadas y precarizadas que estigmatizan a las y los NNyA. Por el contrario, es necesario apostar por las potencialidades, capacidades y agencias que todas las y todos los NNyA poseen, incluso cuando presentan un padecimiento psíquico profundo.

**Historización de la vida de cada NNyA: Reconstruyendo narrativas y contextos.** En cada consulta, es fundamental reconstruir la historia infantil de cada NNyA junto con sus adultos de referencia. Esta historización nos permite comprender las situaciones traumáticas vividas y los procesos de duelo experimentados, a fin de generar intervenciones que apunten a simbolizarlos y elaborarlos. Es importante destacar que las y los NNyA institucionalizados en hogares, instituciones psiquiátricas, en situación de calle o desamparo a menudo experimentan una expropiación de su historia, la cual se encuentra fragmentada en historias clínicas o legajos dispersos en diferentes instituciones. Por lo tanto, es necesario contextualizar y territorializar estas historias.

Muchas veces, las y los NNyA desconocen o no recuerdan partes de su historia o los vínculos previos a su institucionalización, ya sea debido a su corta edad o a la negación de esta información, que a menudo es apropiada por los discursos médicos y jurídicos y no transmitido a cada NNyA. En el marco del proceso diagnóstico y/o tratamiento, resulta esencial establecer contacto con los profesionales y personas significativas que hayan tenido vínculos con el o la NNyA anteriormente. Si desconocemos las razones por las cuales los tratamientos anteriores no tuvieron éxito, existe el riesgo de repetir las mismas situaciones.

**Trabajo en red: Promoviendo la integración intersectorial para el abordaje integral de las problemáticas de salud mental de NNyA.** El trabajo en red no se limita únicamente a la articulación de los servicios de salud mental infantojuveniles con hospitales y centros de atención primaria. Va más allá de superar la estratificación por niveles de atención, y busca promover el funcionamiento e integración intersectorial para abordar estas problemáticas complejas, uniendo criterios y esfuerzos desde diferentes ámbitos de actuación. Es esencial trabajar en colaboración con los organismos de protección de derechos, así como valorar el papel de las redes comunitarias y territoriales como facilitadoras de la inclusión, autonomía y calidad de vida de las y los NNyA. Estas redes deben ser incluidas en las estrategias implementadas, reconociendo su importancia en el abordaje integral. Al trabajar en red, se pueden potenciar y mejorar las respuestas existentes en el marco de un paradigma de protección integral de derechos. Es necesario desarrollar abordajes que consideren las realidades regionales y las diversas particularidades de las diferentes comunidades.

También es de vital importancia favorecer la participación directa de las organizaciones de la sociedad civil y generar articulaciones que faciliten la colaboración entre universidades, asociaciones de la sociedad civil y referentes comunitarios en el diseño, gestión y realización de actividades relacionadas. Esto busca promover la sensibilización y el respeto hacia la diversidad, estimulando la creación de lazos solidarios y la construcción de prácticas inclusivas en la comunidad. Al entrelazar a la comunidad, se busca consolidar propuestas que efectivicen los derechos de NNyA, fortalecer el enfoque integral en el cuidado y atención más efectiva y adaptada a las necesidades y contextos específicos.

**Enfoque interdisciplinario: Construyendo colectivamente estrategias innovadoras.** Para transformar las prácticas y desarrollar estrategias innovadoras, es necesario promover la construcción colectiva y participativa entre distintos saberes. Esto implica la formación de equipos integrados por profesionales de diversas disciplinas, como psicólogos, psiquiatras infantojuveniles, psicopedagogos, abogados, trabajadores sociales, médicos, psicomotricistas, entre otros. El enfoque interdisciplinario, en conjunto con el trabajo en red intersectorial, fomenta la articulación operativa entre instituciones, organizaciones no gubernamentales y familias, y favorece la implementación de políticas integradas.

**Elaboraciones compartidas: Construyendo estrategias colectivas.** Constituye una herramienta fundamental para este enfoque. Consiste en encuentros de trabajo colectivo, interdisciplinario e intersectorial, donde los actores involucrados reflexionan sobre cada situación singular y elaboran y sostienen una estrategia conjunta para cada NNyA de acuerdo a sus necesidades. Estos espacios permiten una reflexión crítica sobre las prácticas y herramientas generadas, reuniendo a los diferentes actores que brindan cuidado a cada NNyA, en diálogo con un referente externo que escucha y acompaña al equipo. El objetivo es construir de forma interdisciplinaria la comprensión de los problemas y el proyecto terapéutico. Estas reuniones ayudan a delimitar la sensación de desamparo e incertidumbre que a menudo enfrentan los profesionales frente a situaciones complejas, brindando herramientas para actuar y abordar las crisis de manera

colectiva. De esta manera, se construye una red de contención para las y los NNyA en situaciones de alta vulnerabilidad psíquica y social, que incluye también a las y los trabajadores involucrados. En el centro de este trabajo se encuentra la corresponsabilidad de todos los actores involucrados en las estrategias, lo que permite abordar la complejidad de cada situación que presentan las y los NNyA y evitar la sensación de expulsión que se produce cuando nos enfrentamos solos a problemáticas complejas. Dado el sufrimiento y desvalimiento extremo que padecen, es importante reconocer que nuestras propias angustias infantiles se reactualizan, generando sentimientos de omnipotencia e impotencia. En ocasiones, esto nos lleva a expulsar a las y los NNyA de los servicios de salud en lugar de acompañarlos en los procesos de resimbolización de lo que les ocurre y repetir el circuito de exclusión (Marotta, 2009).

**Capacitación de las y los trabajadores: Fortaleciendo la práctica y transformación en salud mental de NNyA.** La formación permanente en el servicio brinda la oportunidad de articular de manera teórico-práctica frente a situaciones específicas, construyendo y compartiendo un entramado conceptual que fomente la producción de nuevas ideas y la creatividad ante situaciones complejas. Además, permite transmitir conocimientos y experiencias que colaboran en la implementación y transformación de prácticas orientadas a favorecer procesos de subjetivación en la niñez y promover una mayor equidad.

Es esencial que, como trabajadores, reflexionemos sobre nuestras propias representaciones y prejuicios arraigados en un paradigma anterior, para evitar la exclusión de los servicios de salud mental de las y los NNyA en situaciones complejas y evitar miradas adultocéntricas que vacíen de sentido lo que ellas y ellos sienten y piensan. Es necesario problematizar las prácticas de salud hegemónicas que privilegian procesos biomédicos que objetivan, patologizan y medicalizan el sufrimiento. Aunque en los servicios de salud mental coexisten enfoques y representaciones diversas de la niñez, debemos comprometernos en un ejercicio constante de reflexividad sobre nuestras prácticas, ya que la principal herramienta con la que contamos es nuestra propia capacidad para escuchar, comprender y acompañar a las niñeces y adolescencias en el proceso de constitución subjetiva y construcción identitaria.

La capacitación debe incluir herramientas para sistematizar y conceptualizar las estrategias institucionales y territoriales implementadas, que contribuyen a aliviar el sufrimiento infantil. La sistematización de experiencias en cada localidad nos permitirá reconocer y valorar estas prácticas, así como promover mecanismos de referencia y contrareferencia en los sistemas de salud y protección de la niñez para un trabajo en red efectivo. Además, al reconocer las fortalezas, obstáculos, vulnerabilidades y riesgos en la atención de las y los NNyA, podremos utilizarlos como insumos y herramientas para la implementación y gestión de nuevos dispositivos en las diferentes localidades de nuestro país. De esta manera, se mejorará la capacidad de respuesta de los servicios de salud mental ante cada NNyA con sufrimiento mental severo y se fortalecerán los sistemas de protección comunitaria.

**Cuidar a los que cuidan: Acompañando colectivamente el proceso de cuidado.** El cuidado del equipo resulta fundamental para garantizar el derecho a la salud de NNyA para acompañar colectivamente los procesos de cuidado y garantizar así el derecho a la salud de NNyA. Es en este sentido que se reconoce la importancia de brindar apoyo a las trabajadoras y trabajadores de los equipos tratantes, así como al personal de limpieza, mantenimiento y cocina que trabajan en la institución. Esta labor se convierte en una herramienta esencial para reducir las frustraciones y desgastes entre quienes brindan cuidado, disminuyendo la violencia (De la Aldea 2014). Además, permite comprender los diversos factores que intervienen, como las dificultades del sistema de salud, la precarización de las condiciones laborales del personal y las limitaciones de sus marcos teóricos de referencia para enfrentar las situaciones complejas a la que están expuestos.

**Las tres dimensiones mencionadas anteriormente implican, en primer lugar, la realización de capacitaciones periódicas en los servicios, que promuevan conocimientos y herramientas para comprender las subjetividades de la infancia y adolescencia, y brindar una interpretación adecuada de las manifestaciones conductuales, afectivas y emocionales de las y los NNyA en contextos complejos. Además, es importante establecer espacios de diálogo y contención para todos los miembros del equipo interdisciplinario, como enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, operadores y otros. Estas acciones contribuirán a generar una mayor inteligibilidad de las necesidades y expresiones de las y los NNyA, y promoverán una interpretación adecuada de sus afectos, sentimientos, conductas y emociones.**

En relación a las respuestas institucionales, Fernando Ulloa utiliza el término "*cultura de la mortificación*" para describir aquellas configuraciones culturales en las que los sujetos conviven en condiciones hostiles y adversas, incluso dentro del ámbito familiar, terminan "normalizando" estas situaciones como parte de su vida cotidiana. Desde una perspectiva psicoanalítica, esta familiaridad con lo intrafamiliar se define como lo siniestro. Con el objetivo de evitar que esto ocurra en los servicios de salud, se propone abordar no solo a los sectores marginados, sino también a las instituciones de asistencia que padecen de una carencia crónica de recursos, tanto materiales como de capacitación para sus integrantes.

Esto implica trabajar desde un enfoque psicoanalítico decidido a basar su labor en la pluralidad social. De esta manera, se busca operar desde una concepción de la salud mental que se articule con la ética y los derechos humanos.

**Inclusión de perspectivas de género y de interculturalidad.** Es importante reconocer y abordar las múltiples diversidades culturales, territoriales, étnicas y de género, así como las violencias y la represión social que afectan a ciertas formas de vivir la niñez y adolescencia, en especial las minorías racializadas, las minorías sexuales que no se ajustan a los estándares ideales de la sociedad de

una niñez dócil e inocente (Galindo, 2022). Reconocer y contextualizar las subjetividades situadas territorialmente es fundamental para romper con una noción de normalidad que invisibiliza las diversas formas de ser de las y los NNYA en diferentes localidades de nuestro país. Esto implica valorar la diversidad y promover una sociedad inclusiva.

### **3.1.3. Construyendo un sistema de salud mental centrado en los derechos de NNYA y sus familias**

A partir de lo planteado anteriormente, es fundamental repensar las prácticas de manera dialógica, escuchar y reconstruir memorias colectivas, y desarrollar prácticas innovadoras territoriales que rescaten la agencia de las y los NNYA. Este enfoque busca propiciar la emergencia de sus propias narrativas, incluyendo sus voces y territorios. Estas dimensiones deberían extenderse a todas las prácticas, promoviendo un abordaje basado en los derechos y en la participación activa de los adolescentes como sujetos epistémicos generadores de saberes (Barcala, 2022).

Desde esta perspectiva, y desde un enfoque de salud mental comunitaria es fundamental considerar a las y los NNYAs como sujetos activos, con intereses propios, con capacidad para reflexionar, actuar y valorarse como sujetos políticos y para influir en las dinámicas sociales y transformar el mundo. Promover y facilitar su participación en diferentes ámbitos de la vida social es esencial. Esta participación no solo busca empoderar a las y los NNYA, sino también amplificar y acompañar su poder generativo. La implementación de políticas públicas debe promover una praxis orientada a evitar el sentimiento de desvalimiento y desamparo de las y los NNYA así como de sus familias, al no sentirse escuchados en sus necesidades y sufrimientos.

En esta línea, debemos ser protagonistas en la construcción de una lógica anti-manicomial, no objetivante, no patologizante y no excluyente. Es necesario desarrollar intervenciones clínicas y comunitarias que promuevan dispositivos que favorezcan la constitución subjetiva y la inclusión, rompiendo con los circuitos de exclusión desde una perspectiva de derechos, especialmente el derecho a la salud y a la asistencia adecuada, en el marco del paradigma de protección integral.

Para lograrlo, es fundamental desarrollar un modelo de atención comunitaria en salud mental basado en un enfoque de derechos que evite la medicalización, la estigmatización y la exclusión de los espacios sociales, así como la institucionalización. Este modelo evita la internación psiquiátrica de las y los NNYA con mayor nivel de vulnerabilidad psíquica y social. Además, debemos construir nuevos dispositivos y herramientas que eviten las prácticas de segregación en todas sus formas, y promuevan y garanticen el derecho al juego, la participación y la realización de actividades recreativas propias de cada etapa del desarrollo, valorizando la apropiación de los espacios públicos. La promoción de actividades culturales, deportivas y recreativas inclusivas contribuye a comprender y valorar la diversidad de la niñez y adolescencia, y sensibiliza respecto al reconocimiento y la aceptación de las diferencias.

## Las políticas sociales integradas

**Para garantizar el derecho a la salud mental, no basta con la creación de nuevos dispositivos. Se requiere construir un sistema diferente en el cual los procesos de desinstitucionalización se integren en políticas sociales y supongan una reorganización de los sistemas de salud mental para abordar las nuevas problemáticas psicosociales. Esto implica un cambio en las concepciones, representaciones, saberes y prácticas en torno a los cuidados de salud mental, así como intervenciones que se ajusten a los nuevos paradigmas que sustentan los marcos legislativos vigentes.**

**El desafío actual al que nos enfrentamos es contribuir al desarrollo de dispositivos institucionales innovadores y prácticas que incorporen los avances conceptuales, pongan el foco en la subjetividad y se adapten a los principios establecidos en la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Estas iniciativas deben reflejar un posicionamiento éticopolítico que priorice a las infancias y juventudes, y pueste a construir el futuro en el presente.**

## 4. REFLEXIONES FINALES

**Pensar la salud mental de NNyA desde el paradigma de derechos constituye una praxis subjetivante.**

A lo largo del capítulo planteamos una particular forma de comprender y construir a la niñez como una categoría socio histórica atravesada por la perspectiva de los derechos humanos.

En el abordaje técnico conceptual de las problemáticas de las niñas e incluímos el análisis de las recomendaciones normativas internacionales y nacionales, así como las políticas públicas y la arquitectura institucional que han ido configurando las características centrales de este campo en la Argentina. A partir de la descripción de la situación de las infancias y sus instituciones reflexionamos acerca de las condiciones y problemáticas principales de salud mental en la niñez y juventud.

Desde este marco, tomando como eje central la recuperación de las voces de NNyA, su participación social, y la producción de subjetividad implicada en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, enfatizamos los ejes centrales en el diseño de buenas prácticas en salud mental para la niñez, desde la perspectiva de derechos humanos y la producción de cuidados.

Algunos desafíos que nos parecen centrales desde este enfoque parten de los siguientes interrogantes:

¿Cómo generar marcos simbólicos y dispositivos que les permitan a NNyA expresar sus voces, simbolizar sus sufrimientos, y poner en diálogo saberes comunitarios, a través de diferentes lenguajes, estéticas y manifestaciones culturales?

¿Cómo crear oportunidades para favorecer la construcción de un proyecto que articule un presente, sueños y un futuro?

¿Cómo demostrar que es posible armar propuestas innovadoras que fortalezcan la capacidad de agencia de NNyA?

Entendemos que los contenidos e interrogantes propuestos en el capítulo constituyen un aporte al bagaje experiencial y operativo de quienes participan y desarrollan su praxis profesional en este complejo y heterogéneo campo de problemas. Fuerza viva de trabajo que tracciona en clave de derechos el pensar y el hacer de las prácticas cotidianas de salud mental en la niñez.

Esperamos que el tránsito por este capítulo se convierta en una herramienta compartida para el planteamiento de los temas, interrogantes y desafíos centrales de una agenda de trabajo por venir.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfageme, E. Cantos, R. y Martínez Muñoz, M. (2003). "La participación infantil", en *De la Participación al Protagonismo Infantil. Propuestas para la acción*. Plataforma de Organizaciones de Infancia.

Arruzza, C., Bhattacharya, T. y Fraser, N. (2019). *Feminismo para el 99%. Un Manifiesto*. Buenos Aires: Rara Avis.

AGT (2010). "Situación de la salud mental de la niñez y adolescencia. Informe 2009". Ministerio Público Tutelar, Poder Judicial de la Nación.

AGT (2013). *Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe final de gestión del Ministerio Público Tutelar 2007-2013*. Buenos Aires: Eudeba-Ministerio Público Tutelar, Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

AGT (2020). "El rol de la escuela en el sistema de protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes". Ministerio Público Tutelar Poder Judicial de la Nación. Disponible en <https://mptutelar.gob.ar/el-rol-de-la-escuela-en-el-sistema-de-proteccion-integral-de-derechos-de-ni-ni-os-y-adolescentes> (consulta, mayo de 2023).

Barcala, A. (2011). "Dispositivos e Intervenciones en Salud Mental Infantil en la Ciudad de Buenos Aires", en *Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*. ISSN 1853-1148.

Barcala, A (2013). "Niños, niñas y adolescentes en situación de alta vulnerabilidad psicosocial" en *La Patologización de la infancia II. Intervenciones en la clínica*. Buenos Aires: Noveduc.

Barcala, A. y Luciani Conde, L. (Comp.) (2015a). *Salud Mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.

Barcala, A. (2015b). "La medicalización en la niñez: prácticas en salud mental y subjetividad de niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psicosocial", en Barcala, A. y Luciani Conde, L. (comps.) *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.

Barcala, A., Bianchi, E. y Poverene, L. (2017). "Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental", en *Revista Derecho de Familia*, 85. Buenos Aires: Abeledo Perrot.

Barcala, A. (2018a). "Políticas de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: su participación en los procesos de medicalización del sufrimiento psíquico de niños y niñas", en Faraone, S. y Bianchi, E, (comp.) *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.

Barcala, A (2018b). "Niñez e Institucionalización psiquiátrica: violencias en contextos de encierro. Salud Mental, políticas públicas y derechos humanos", en Vommaro, P., Barcala, A. y Rangel, L. (ed.). *Infancias y juventudes: diversidades, prácticas y perspectivas en derechos y políticas*. CLACSO; Bogotá: CINDE; Manizales: Universidad de Manizales.

Barcala, A. (2019). "Discursos en salud mental: construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires", en *Interface (Botucatu)*. Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14142832019000100245&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14142832019000100245&Ing=en&nrm=iso) (consulta, mayo de 2023).

Barcala, A. y Poverene, L. (2019) *Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias*. Remedios de Escalada: De la UNLa.

Barcala, A., Luciani Conde, L., Wilner, A., Tisera, C., y Prol, G. (2019). "Niñez y violencias institucionales en la internación por salud mental: estudio exploratorio en la Ciudad de Buenos Aires", en Barcala, A. y Poverene, L. (comp.). *Salud Mental y Derechos Humanos en las Infancias y Adolescencias*. Investigaciones actuales en Argentina. Remedios Escalada: De la UNLa.

Barcala, A., Botto, M., Poverene, L., Torricelli, F., Michalewicz A., Augsburg C., Gerlero, S., Saadi, V., Nuñez, A. y Lorenzini, C. (2020). "La reforma de los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Argentina. Mapeo de respuestas institucionales e interdisciplina" INFEIES. ISSN: 2250-7167.

Barcala, A., Poverene, L., Wilner, A, Torricelli, F., Micele, C., Moreno, E., Manes, L., Capurro, F. y Pal, T. (2020b). "Aportes para la Protección de la Sa-

lud Mental de los Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA) institucionalizados por razones de salud mental, en el contexto de la pandemia del COVID-19". Consejo Profesional de Trabajo Social. Disponible en <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/UNLa-GT-Salud-Mental-Derechos-humanos-y-Ni%C3%B1ez-Aportes-para-pensar-la-protecci%C3%B3n-de-la-salud-mental.pdf> (consulta, mayo de 2023).

Barcala, A. y Mogni, A. (2021). "Niñez y adolescencia en riesgo: violencias y vulneraciones de derechos en el campo de la salud mental", en Rey Galindo, M. (dir.) *Derecho de las Familias. Temas de fondo y forma: la incidencia de la interdisciplina*. Buenos Aires: ConTexto Libros.

Barcala, A., Di Iorio, J., Wilner, A., Torricell, F. y Augsburger, C. (2021). "Infancias y Adolescencias hablando en primera persona". Presentación, Día de la Salud Mental para los equipos de UNICEF y del Ministerio de Salud de la Nación.

Barcala, A., Botto, M., Poverene, L., Augsburger, C., Gerlero, S., Saadi, V., Nuñez, A. y Michalewicz, A. (2022). "Políticas de salud mental y niñez en Argentina: nueva normativa y brechas en la implementación" en *Hacia la Promoción de la Salud*, 27, 1: 102-117. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.1.8 (consulta, mayo de 2023). ISSN: 0121-7577 (Impreso) ISSN: 2462-8425 (En línea).

Barcala, A. (2022). "Cuidar las Infancias y Juventudes en tiempos de pandemia. Cómo construir el futuro en el presente", en Calmels, J., Holc, S. y Medici, M.J. (comp) *Salud Mental y Pandemia. Dispositivos de cuidado, asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Edulp.

Bauman, Z. (2007). *Vidas desperdiciadas la modernidad y sus parias*. Buenos Aires: Paidós

Bleichmar, S (2002). *Dolor País*. Buenos Aires: Del Zorzal.

Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topía.

Bleichmar, S (2008). *Violencia Social-Violencia Escolar*. Buenos Aires: Noveduc.

Bleichmar, S. (2010). *Psicoanálisis Extramuros*. Buenos Aires: Entreideas.

Britton, L. (2001). *Jugar y Aprender - El Método Montessori*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.

Cabral, M. (2011). "La paradoja transgénero", en Cáceres, C., Mogollón, M., Pérez Luna, G. y Olivos, F., *Sexualidad, Ciudadanía y Derechos Humanos en América Latina. Un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión*. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano- Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Calmels, D. (2018). *El juego corporal*. Buenos Aires: Paidós.

Carli, S. (1999). "La infancia como construcción social", en Carli, S. (comp.) *De la familia a la escuela. Infancia, socialización y subjetividad*. Buenos Aires: Santillana.

Carli, S. (2012). *Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina 1880-1955*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Colectivo Transformando Realidades (2017). "Informe Transformando Realidades". Observatorio de Derechos Humanos. Ministerio de Ciudadanía de la Provincia del Neuquén.

Conrad, P. (2013). "Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts", en Cockerham, W. (ed.), *Medical sociology on the move: new directions in theory*. New York: Springer.

Costa, M. y Gagliano, R. (2000). "Las infancias de la minoridad. Una mirada histórica desde las políticas públicas", en Duschatzky, S (comp.). *Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Cussiánovich, A., Castro, J.M., Tejada, L.R., Valencia Corominas, J. y Figueroa, E. (2009). *Participación de los niños y niñas. Balance a los veinte años de la Convención*. Lima: Ifejant.

De la Aldea, E. (2014). "La subjetividad heroica", en *Cuidar al que cuida*, 1, 1, 1. Disponible en: <https://shorturl.at/OMjHk> (consulta, mayo de 2023).

Dueñas, G. (2019). "Acerca de la patologización y medicalización de los males infantiles actuales y sus derechos en juego", en *Revista Derechos en Acción*, 12. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

Eroles, C. (2002). "Paradigmas, actores sociales y políticas públicas de infancia", en Eroles, C., Fazzio, A., y Scandizzo, G. (coord.). *Políticas públicas de infancia. Una mirada desde los derechos*. Buenos Aires: Espacio.

Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E. y Torricelli, F. (2010). "Discursos médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización de la infancia en la Argentina", en *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP (Laboratorio de Educación y Comunicación en Salud, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina de Botucatu y Departamento de Educación, Instituto de Biotecnología de Botucatu. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S141432832010005000011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141432832010005000011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt) (consulta, mayo de 2023).

Faraone, S y Bianchi, E. (comp.) (2018). *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.

Fazzio, A. (2006). "El escenario de la infancia en la Argentina: los niños pobres", en Fazzio, A y Sokolovsky, J (coord.). *Cuestiones de la niñez. Aportes para la formulación de políticas públicas*. Buenos Aires: Espacio.

Furre, A., Sandvik, L., Heyerdahl, S., Friis, S., Knutzen, M. y Hanssen-Bauer, K. (2014). "Characteristics of adolescents subjected to restraint in acute psychiatric units in Norway: a case-control study", en *Psychiatr Serv.*, 65:11:1367.

García Mendez, E. (1997). "Derecho de la infancia-adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la protección integral". Forum Pacis. Ibague (Tolima). Santa Fe de Bogotá.

García, G. y Micco, S. (2011). "Hacia una Justificación de la Pre-ciudadanía". Curso de profundización de IFEJANT. Disponible en: [http://www.ifejant.org.pe/Aulavirtual/aulavirtual2/uploaddata/12/UNI\\_III/tema\\_3/Hacia\\_una\\_justificacion\\_de\\_la\\_Preciudadania\\_-\\_Gonzalo\\_Garcia.pdf](http://www.ifejant.org.pe/Aulavirtual/aulavirtual2/uploaddata/12/UNI_III/tema_3/Hacia_una_justificacion_de_la_Preciudadania_-_Gonzalo_Garcia.pdf) (consulta, mayo de 2023).

Gómez, P., Regueiro de Giacomi, I., Rodríguez, L. y Spinelli, G. (2013). "Los diagnósticos como formas de discriminación. Los dispositivos para la externalización de personas menores de edad internadas por razones de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires", en Blank, E. (coord.) *Panorámicas en salud mental: a un año de la sanción de la Ley Nacional N.º 26.657*. Colección De incapaces a sujetos de derechos. Buenos Aires: Eudeba-Asesoría General Tutelar, Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires.

Goren, S.; Singh, N.N; Best, A.M. (1993). "The aggression-coercion cycle: Use of seclusion and restraint in a child psychiatric hospital", en *Journal of Child and Family Studies*, 1, 2: 61-73.

Guemureman, S. (2014). "Los mil y un rostros de la protección de la infancia", en Entel, A.M. (Coedit.) *Infancias de Latinoamérica, culturas y derechos*. Buenos Aires: Fundación Walter Benjamin-Fundación ARCOR.

Galindo, M (2022). *Feminismo bastardo*. Buenos Aires: La Vaca.

Hart, R. (1992). "La participación de los niños. De la participación simbólica a la participación auténtica", en *Ensayos Innocenti*, 4. UNICEF.

Heredia, M. y Barcala, A. (2017). "Representaciones y prácticas de profesionales de la guardia de un hospital pediátrico de la ciudad de Buenos Aires", en *Revista Argentina de Salud Pública*, 8, 30: 13-19. ISSN 1852-8724 - impreso | ISSN 1853-810X - en línea. Disponible en: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen30/13-19.pdf> (consulta, mayo de 2023).

Heredia, M., Rubel, L., Boglione, E., Quiroga, N. y Serio Saadi, A. (2021). "Informe Final presentado ante la Dirección de Investigación en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Mapeo de dispositivos para el abordaje del sufrimiento mental severo en niñas, niños y adolescentes en cuatro jurisdicciones de Argen-

tina: transformaciones durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio y evaluación de estrategias para la externación y la integración socio-comunitaria en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental”.

Honorable congreso de la Nación (1919). Ley Nacional 10.903 Patronato de Menores. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=110778> (consulta: julio de 2023).

Honorable congreso de la Nación (2005). Ley Nacional 26.061 de protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=110778> (consulta: julio de 2023).

Honorable congreso de la Nación (2010). Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Disponible en: [servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm) (consulta: marzo de 2023)

Honorable congreso de la Nación (2010). Ley Nacional 26.618 de Matrimonio Civil. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/165000-169999/169608/norma.htm> (consulta: julio de 2023).

Honorable congreso de la Nación (2012). Ley Nacional 26.743 Identidad de género. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/195000-199999/197860/norma.htm> (consulta: julio de 2023).

Honorable congreso de la Nación (2014). Código Civil y Comercial. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/235000-239999/235975/norma.htm#2> (consulta, mayo de 2023).

Huizinga, J. (2000). *Homo Ludens*. Madrid: Alianza.

Iriart, C. (2018). “Medicalización, biomedicalización y proceso salud-padecimiento-atención”, en Faraone, S. y Bianchi, E. (comp.) *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo. Disponible en: <https://www.teseopress.com/medicalizacion/chapter/medicalizacion-biomedicalizacion-y-proceso-salud-padecimiento-atencion/RT> (consulta, mayo de 2023).

Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1971). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.

Janin, B. (2019). *Infancias y adolescencias patologizadas: La clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad*. Buenos Aires: Publicaciones educativas y material didáctico.

Kohan, W. (2007). *Infancia, política y pensamiento. Ensayos de filosofía y educación*. Buenos Aires: Del estante.

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998). Ley 114 de Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Legislatura de Jujuy (2001). Ley de Protección integral de la niñez, adolescencia y familia. Disponible en: <http://boletinoficial.jujuy.gov.ar/?p=56703#:~:text=%2D%20Todo%20ni%C3%B1o%20y%20adolescente%20tiene,de%20perteneancia%20cultural%20y%20comunitaria> (consulta, julio de 2023).

Legislatura de Mendoza (1995). Ley de Derechos del, Niño. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-6354-123456789-0abc-defg-453-6000mvmorpyel> (consulta, julio de 2023).

Legislatura de Neuquén (2000). Ley de Protección integral de la niñez, adolescencia. Disponible en: [http://www.mpdneuquen.gov.ar/images/nin/ley\\_2302.pdf](http://www.mpdneuquen.gov.ar/images/nin/ley_2302.pdf) (consulta, julio de 2023).

Legislatura de Salta (1999). Ley de Protección integral de la niñez, adolescencia. Disponible en: <http://www.saij.gov.ar/7039-local-salta-ley-proteccion-ninez-adolescencia-lpa0007039-1999-07-08/123456789-0abc-defg-930-7000avorpyel/> (consulta: julio de 2023).

Lesbegueris, M. (2014). *¡Niñas jugando!: ni tan quietitas ni tan activas*. Buenos Aires: Biblos.

Liebel, M. y Martínez Muñoz, M. (Coord) (2009). *Infancia y derechos humanos. Hacia una ciudadanía participante y protagónica*. Perú: Ifejant.

Luciani Conde, L. (2015). "La problematización social de la infancia: las políticas destinadas a la niñez y adolescencia como cuestión de estado", en Barcala, A. y Luciani Conde, L., *Salud Mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.

Luciani Conde, L. (2017). "El mal menor: de la complicidad a la tolerancia como lógica en la protección social de la niñez. Estudio de caso de un Sistema de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en un municipio del conurbano bonaerense", Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <https://uba.academia.edu/LeandroLucianiConde/Thesis-Chapters> (consulta, mayo de 2023).

Luciani Conde, L. y Barcala, A. (2018). "El uso de medidas restrictivas en la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes: implicancias desde la perspectiva de derechos y sanitaria", en *Revista Igualdad, autonomía personal y derechos sociales*, 6. Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad de Buenos Aires, Mayo 2018. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1tSR91tck-4nuRGV2VBQIKjS0bRHMyZ6NV/view> (consulta, mayo de 2023).

Magistris, G. y Morales, S. (2018). *Niñez en movimiento. Del adultocentrismo a la emancipación*. Buenos Aires: El Colectivo-Chirimbote-Ternura Revelde.

MDRI/CELS (2007). "Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos". Washington: Mental Disability Rights international.

Marotta, J. (2009). "Comunicaciones orales. Supervisiones del Programa de Atención Comunitaria con niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos". Buenos Aires.

Ministerio de Salud (2013). Resolución 2177 / 2013. Salud Pública. Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2177-2013-225330> (consulta, julio 2023).

Montes, G. (2011). *La frontera indómita: en torno a la construcción y defensa de espacio poético*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Moreno, E. (2022). "La ternura es urgente. Prácticas profesionales en salud mental y derechos de niñeces y adolescencias", en *Fronteras*, 18. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Moses, T. (2011). "Adolescents. Perspectives About Brief Psychiatric Hospitalization: What is Helpful and What is Not?", en *Psychiatric Quarterly*, June, 2, 82: 121-137.

MPD (2015). "Acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes internados por salud mental o adicciones. Testimonio 2012-2014". Olmo, P. (coord.). Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación. Disponible en <http://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20Salud%20Mental%20web.pdf> (consulta, mayo de 2023).

MPD (2017). "Informe Anual 2016, cap. XV. Unidad de Letrados, art. 22, Ley 26.657 (personas menores de edad)". Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación. Disponible en <http://www.mpd.gov.ar/pdf/Informe%20Anual%202017who.pdf> (consulta, mayo de 2023).

Muñoz Rodríguez, M. y Vuanello, R. (2021). "Los derechos de la niñez desde sus voces. Desafíos para su reconocimiento político", en *Estudios Socio-Jurídicos*, 23, 1. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/sociojuridicos/a.8806>.

Nikken, P. (1994). "El concepto de Derechos Humanos". Serie Estudios de derechos humanos, Tomo I, Ed. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica.

Organización Mundial de la Salud. OMS. (1946). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio.

ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, Asamblea General, 10 de diciembre.

ONU (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de Naciones Unidas, 20 de noviembre.

ONU (1996a). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI).

ONU (1996b). Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI).

ONU (2018) Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Recuperado en: <http://acnuddh.org/informe-delexperto-independiente-sobre-orientacion-sexual-o-identidad-o-mision-a-la-argentina>

ONU (2000). Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía. Asamblea General de Naciones Unidas.

ONU (2011). Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativo a un Procedimiento de Comunicaciones. Asamblea General de Naciones Unidas, 19 de diciembre.

Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental, Defensoría General de la Nación (2023). Resoluciones y dictámenes de la Secretaría Ejecutiva. Disponible en: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/defensoria-general-de-la-nacion/organo-nacional-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision> (consulta, julio de 2023).

Parra, M. (2018). *Cuidar las infancias: buenas prácticas en salud mental infantil en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén (2014-2016)*. Buenos Aires: Teseo. Disponible en: <https://www.teseopress.com/cuidandolasinfancias/> (consulta, mayo de 2023).

Pavez Soto, I. (2012). "Sociología de la Infancia: las niñas y los niños como actores sociales", en *Revista de Sociología*, 27: 81-102, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Presidencia de la Nación (2013). Decreto 603, Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm> (consulta, mayo de 2023).

PRONAP (2020). Glosario apartado Diversidad Sexual documento del Programa Nacional de Actualización Pediátrica.

Pugmire-Stoy, M.C. (1996). *El juego espontáneo: vehículo de aprendizaje y comunicación*, 33. Madrid: Narcea.

Symington, A. (2004). "Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de

género y la justicia económica”, en *Derechos de las mujeres y cambio económico*, 9, agosto. Disponible en [https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/nterseccionalidad\\_-\\_una\\_herramienta\\_para\\_la\\_justicia\\_de\\_genero\\_y\\_la\\_justicia\\_economica.pdf](https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/nterseccionalidad_-_una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf) (consulta, mayo de 2023).

Segato, R. (2018). *Contra pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo.

Theumer, E (2020). “La lengua contenciosa”, en De Mauro, S. (comp.) *Actas I Encuentro Internacional: derechos Lingüísticos como Derechos Humanos en Latinoamérica*. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba.

Tonucci, F. (2018). *Manual de guerrilla urbana: para niñas y niños que quieren conocer y defender sus derechos*, 45. Graó.

Urcola, M. A. (2010). *Hay un niño en la calle. Estrategias de vida y representaciones sociales de la población infantil en situación de calle*. Buenos Aires: CICCUS.

Unicef (2013). *La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe*. Perrault, N. (coord.), Palumbo, J. (autor). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Unicef (2021). “Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19”, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Buenos Aires, Argentina (Study on the effects on mental health of children and adolescents due to COVID-19). Resumen ejecutivo. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/publicaciones-y-datos/Efectos-salud-mental-niñas-niños-adolescentes-COVID19> (consulta, mayo de 2023).

Ulloa, F. (2012). *Salud ele-Mental. Con toda la mar detrás*. Buenos Aires: Del zorral.

Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápices*. Buenos Aires: Noveduc.

Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Buenos Aires: Noveduc.

Vilas, C. M. (2013). *El poder y la política. El contrapunto entre razones y pasiones*. Buenos Aires: Biblos.

WHO-Gulbekian (2015). Suggested citation: World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities. Geneva: World Health Organization-Gulbenkian Global Mental Health Platform.

Winnicot, D. (1992). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. (2011). *El hogar nuestro punto de partida. Ensayos de una psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós.



# ABORDAJES TRANSVERSALES DE SALUD MENTAL A LO LARGO DE LA VIDA. PARTE 2. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES Y LOS PROCESOS DE ENVEJECIMIENTO

**Autora:**  
Silvia Molina

En este capítulo nos proponemos compartir tanto la experiencia como el aprendizaje construido a partir del trabajo con personas mayores (PM)<sup>1</sup> en el desarrollo de nuestras prácticas en el campo de la gerontología. Este recorrido nos ha permitido escuchar la voz de las PM que participaron activamente en la producción de un conocimiento que nos acercó a la complejidad de la problemática tanto de las vejezes como de los procesos de envejecimiento.

Nuestra propuesta es introducir a los equipos de salud en el análisis de la complejidad del campo de la gerontología y facilitar la ampliación de recursos y estrategias para el abordaje integral de la problemática, Es decir como un sistema total cuyos procesos están determinados por la interacción entre dominios disciplinarios diversos pero cuya contribución no es enteramente separable de las otras contribuciones que actúan en relaciones de mutua dependencia (García, 2011).

Si bien a lo largo de la historia todas las sociedades han convivido con sus viejas y viejos, el escenario actual es inédito para la humanidad, porque ante el aumento de las expectativas de vida y la disminución de los nacimientos, el mundo envejece globalmente. Esta realidad del envejecimiento de las poblaciones no puede ser considerada como un escenario demográfico exclusivamente, sino

---

1 Con respecto a las nominaciones, en este trabajo utilizaremos la de personas mayores propuesta por la “Convención de Protección de Derechos de las Personas Mayores”, y la edad que la determina la de 60 años o más. Con este marco hemos trabajado desde lo que enunció la Primera Asamblea Mundial de Envejecimiento de Viena 1982 y que fue refrendado por la Convención en 2015 (OEA, 2015).

que representa un verdadero desafío ético, político, económico e institucional para la construcción de sociedades más inclusivas, en el marco de la defensa de los derechos de las PM (Molina, 2008).

Si bien este envejecimiento de las poblaciones es muy evidente y se ha profundizado en los países europeos con mayor desarrollo económico, nuestra América y el Caribe no escapan a esta realidad, siendo la Argentina uno de los países más envejecidos de la región, resultando visible a partir de 1970, cuando la población mayor de 60 años superó el 7% de la población mientras entre 1991 y 2010 el porcentaje ascendió a 12,9% y 14,3% respectivamente.

El envejecimiento activo, con participación y derechos se ha visto fortalecido por la “Convención de Protección de los Derechos de las PM” promulgada en junio de 2015 que se aprobó con jerarquía constitucional en noviembre de 2022 y promueve la elaboración y el fortalecimiento de políticas públicas destinadas al sector. Si bien en la realidad de nuestro desempeño nos enfrentamos de manera permanente con la vulneración de los derechos de las PM, el amparo de la Convención posibilita la exigibilidad en el cumplimiento de los mismos.

Resulta imprescindible considerar el impacto social, político, económico e institucional que el aumento significativo de las PM tiene sobre las estructuras sociales para promover una participación efectiva en los procesos sociales, acorde a dicha representación. Esto implica no solo mejorar la calidad de vida individual, sino habilitar espacios en los que las PM puedan desarrollar una participación activa y con derechos en la toma de decisiones en todos los niveles de las políticas públicas destinadas al sector.

La perspectiva de la participación se enlaza con los conceptos de autonomía, solidaridad y construcción efectiva de poder generando redes de apoyo para el fortalecimiento de las posibilidades comunitarias en procesos de apropiación de los derechos y construcción de ciudadanía. Sin embargo, debemos tener en cuenta que las prácticas participativas son procesos complejos, que muchas veces están más vinculados a enunciados teóricos que a posibilidades concretas. La posibilidad de una reflexión crítica sobre este el tema es la que nos acerca a los sentidos que se dan a la participación para avanzar en los procesos de inclusión social y respeto por la diversidad de las vejez.

Pensamos la vejez como una construcción social cuya diversidad nos permite pensar no en vejez sino en vejezes, considerando no solo los aspectos biopsicosociales sino también un enfoque multicultural, inclusivo y con derechos. De hecho, nuestras prácticas en el campo de la gerontología están indisolublemente enlazadas a la memoria histórica, la cultura y su reconocimiento será el que permitirá dar visibilidad a las diferencias y a los entrecruzamientos que proponen para el encuentro de sociedades con lugar y derechos para todas las personas independientemente de la edad. Analizaremos las vejezes desde el paradigma del curso de la vida, con enfoque de derechos humanos y perspectiva interseccional (género, etnia, clase social, discapacidad). Este enfoque nos permitirá revisar los mitos y prejuicios, antesala de los procesos discriminatorios y de maltrato

en la vejez (OMS, 2021). Ideas y prejuicios que son sostenidas a través de la construcción de representaciones sociales que construyen un sujeto viejo, enfermo y dependiente sobre el que se diseñaran las políticas públicas.

Proponemos que el concepto de cuidados integrales e integrados con PM nos permitirá comprender la estrecha vinculación que mantienen los sistemas de cuidados con las estrategias para la preservación y construcción de autonomía de PM, fundamentalmente las que se encuentran en situación de dependencia funcional. Reflexionaremos sobre la importancia del entorno social en la reducción de barreras para la inclusión de las PM, desde los procesos de rehabilitación basada en la comunidad (OMS, 2012) y la construcción de redes como estrategia de transversalización de la gerontología en un proyecto inclusivo, popular y democrático. El eje del análisis estará puesto en los derechos de las personas enunciado ampliamente en la “Convención Interamericana de Promoción de los Derechos de las Personas Mayores” y la cuestión ética como rectora de las propuestas para los cuidados como resguardos y garantías para los derechos de todas las PM, independientemente de su condición mental (OEA, 2015).

## 1. EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

A lo largo de su historia, la humanidad experimentó etapas en la que la población se ha reducido y ha aumentado progresivamente a través de procesos naturales como enfermedades y catástrofes, y otros no naturales como las guerras y el desarrollo de la población a raíz de cambios económicos. Dentro de este esquema, el envejecimiento ha atravesado a todas las culturas, avanzando inexorablemente.

En la actualidad, este envejecimiento poblacional<sup>2</sup> ha crecido a un ritmo acelerado, producto de varios factores, entre ellos la mejora de la calidad de vida y el descenso sostenido de la tasa de la natalidad, produciendo un cambio en la estructura poblacional que se ve reflejada en la llamada “inversión de la pirámide” por achicarse en la base y aumentar en la cúspide, incremento que se hace más visible en el esquema que corresponde a la población femenina (Gráfico 1).

Este, sin embargo, es un escenario general pero no homogéneo: los países centrales de Europa son los que tienen mayor índice de envejecimiento, aunque algunos países menos desarrollados presentan tasas de envejecimientos iguales e incluso mayores que los primeros. Se prevé que el grupo de población de 60 años y más se multiplicará por 3,3 entre 1950 y 2025 en las regiones más desarrolladas, y por 6,8 en las menos desarrolladas, de modo que en estas últimas regiones las PM de 60 años de edad representarán el 72% de la población mundial de más edad en 2025 (Tablas 1 y 2).

---

2 Cuando referimos al envejecimiento poblacional utilizaremos la denominación de “país envejecido”, de acuerdo a Naciones Unidas, aquel cuya población de personas mayores de 60 años supera el 7% de la población total.

Esto nos confirma que dentro de poco menos de 30 años el 15% de la población mundial tendrá más de 60 años, escenario social sin precedentes conocidos en la historia y dentro de este grupo etario los mayores índices de envejecimiento se darán en las PM de 75 años, configurando lo que se ha dado en llamar el envejecimiento de los envejecidos. En América Latina y el Caribe: la proporción de población de 60 años y más del año 2000 al 2050 pasará de 41,3 a 86,0 millones de PM (Tabla 2).

Tabla 1. Progresión del incremento de las PM de 60 años a nivel mundial

<b>Mundial</b>	<b>Personas</b>
1950	205 millones
2012	810 millones
2022	1000 millones
2150	2000 millones

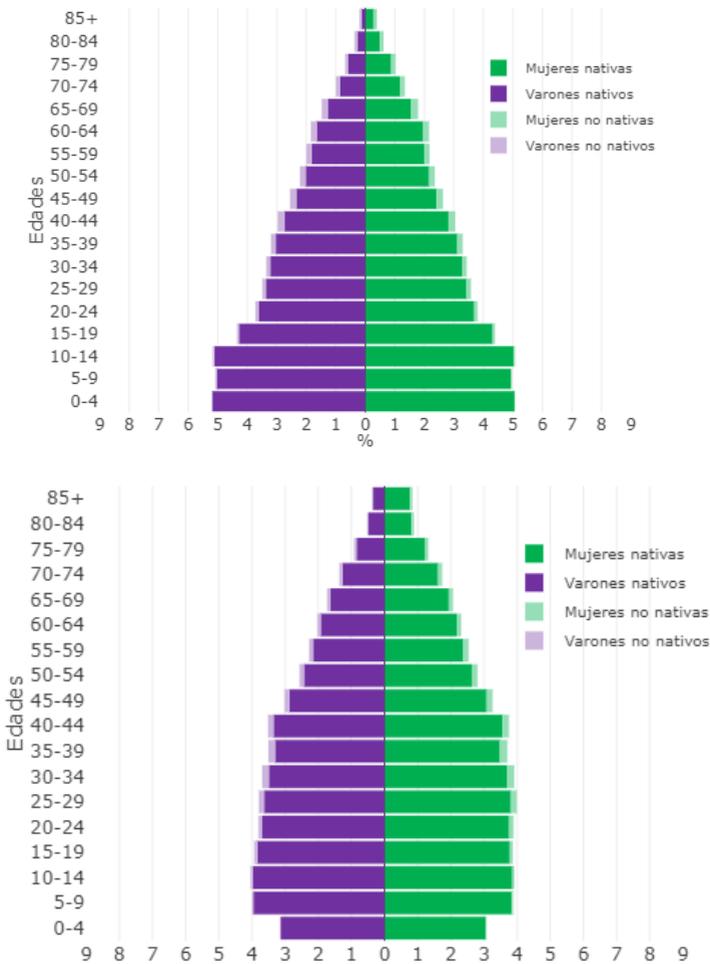
Fuente: UNFPA (2012).

Tabla 2. América Latina y el Caribe: Incremento de la población de 60 años y más en millones entre 2000-2025 y de 2025-2050

<b>País</b>	<b>2000 (en millones)</b>	<b>2000-2025 (en millones)</b>	<b>2025-2050 (en millones)</b>
Brasil	13.4	20.5	26.2
México	6.8	10.7	18.2
Colombia	2.9	5.1	7.4
Argentina	4.9	2.9	4.9
Venezuela	1.6	3.0	4.5
Total de América Latina y el Caribe	41.3	47.0	86.0

Fuente: CEPAL (2002).

Gráfico 1. Pirámide poblacional de la República Argentina: 1991-2010



Fuente: INDEC (2010).

Si reflexionamos sobre estos escenarios de envejecimiento y los vinculamos con la desigualdad creciente que se plantea en los países de América Latina, enfatizando en el acceso a los alimentos y los cuidados, esto anticipa situaciones de mayor vulnerabilidad para un número creciente de ciudadanos/as y en particular de las PM con menores recursos tanto económicos como sociales y culturales, y con escaso desarrollo de redes de apoyo. Por otra parte, si tomamos en cuenta las diferencias en la esperanza de vida entre varones y mujeres, que en

nuestro país es para los primeros de 72 años y para las mujeres de 79, podemos definir el proceso como de feminización de la vejez en la Argentina, situación que es extensiva para la mayoría de los países (INDEC, 2010).

Las condiciones generadas durante el período más activo de la vida, determinarán la calidad de vida en los diversos procesos de envejecimiento. Es por ello que el envejecimiento vuelve a las PM más vulnerables no solo por la edad y el envejecimiento de los envejecidos, sino también por los magros ingresos económicos y por género. Las mujeres tienen menor acceso al empleo formal, cobran salarios más bajos que los varones y tienen una expectativa de vida mayor, esto se traduce en la feminización de la vejez con importantes restricciones para transitar este proceso vital con dignidad y autonomía.

## **2. SE ENVEJECE COMO SE HA VIVIDO**

Reconocemos el envejecimiento como un proceso universal, progresivo, ineludible y diverso cada grupo cultural produce su propio tipo de envejecimiento, sus propios viejos, y las cualidades que designan a este producto deberán ser leídas dentro del momento socio-histórico-político de su producción (Salvarezza, 1987). Este concepto es refrendado por la “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, que define la vejez como una “construcción social de la última etapa del curso de vida” (OEA, 2015: Art. 2). Esta noción de construcción social implica una actualización conceptual del término, reubicándola en el campo, no solo de los derechos sino también comunitario, separándola de aspectos como el individualismo, la enfermedad y la minusvalía para ubicarla en los vinculados a la cultura y la diversidad.

Hay dos grandes dimensiones para reflejar la existencia material y conceptual de la vejez como un fenómeno social: la edad y la estructura o sistema social. Lourdes Pérez Ortiz propone que “[...] la edad es entendida como la gran variable estratificadora u ordenadora que permite comprender la vejez y, por el otro, la sociedad y sus reglas imponen pautas de comportamiento y de conducta ‘creando’ la vejez [...] edad y sociedad se contienen una a la otra delimitando el terreno donde surge con propiedad el fenómeno social de la vejez” (Pérez Ortiz, 1997: 21). Las fronteras de edad que marcan la aparición social de la vejez están determinadas por convencionalismos sociales muy diversos que adquieren significado en precisos parámetros sociales, espaciales y temporales. “Hay un gran error en toda la prensa que divulga problemas acerca de los viejos. Y es hablar de los viejos, así en plural. No existen. El grupo humano, desde que nace hasta que muere, y también transitando la vejez, se va abriendo en una diversidad tan grande, que si bien hay muchas cosas en común en todos los países, en todas las latitudes, son muchas más las cosas diferentes” (Strejilevich, 1990: 14). En esta complejidad se desarrolla el campo de la gerontología que está cruzado por lo interdisciplinar e intersectorial y compromete a las políticas públicas que regulan los sistemas de atención y cuidados, y debieran sostener los principios de interdependencia e integralidad como posibilidad para enfrentar los procesos de discriminación y garantizar derechos.

**Vemos así cómo esta situación biológica, psicológica y social llamada la vejez, no es una realidad única y estática a la que se arriba por formalidades sociales o cronológicas, con consecuencias preestablecidas sino que, por el contrario, se ha de entender como un proceso de desarrollo vital, diverso, fuertemente ligado a la historia de vida de los envejecientes y a su consiguiente heterogeneidad.**

El proceso de envejecimiento y los cambios constantes que las personas experimentan en sus cuerpos, en los vínculos y en la sociedad, movilizan distintos mecanismos psíquicos imprescindibles para procesar las pérdidas, los cambios, el desarrollo de las habilidades adquiridas y nuevas para el sujeto. Estos procesos son generales, afectan a todas las personas, independientemente de su edad, por lo tanto las posibilidades de elaboración están ligadas a la historia de vida (Barenblit-Molina, 2004). Las representaciones sociales, ligadas al individualismo, la competencia y la meritocracia como valores, desplazan hacia las responsabilidades individuales la gestión de los recursos para pertenecer, niegan la vejez y los cambios producidos por el paso del tiempo construyendo escaladas competitivas ante el horror de la caída. Se trata de una interpelación a la supuesta homogeneidad, niega la falta, rechaza lo diferente, la otredad se vuelve amenazante. Cuando la productividad es medida estrictamente en términos de potencial económico las representaciones de la vejez vinculadas a la enfermedad, la institucionalización y la muerte proliferan construyendo mitos y prejuicios que contribuyen a sostener la exclusión. Tanto las ideas o prejuicios como los sentimientos que construyen estereotipos contribuyen a estigmatizar a las PM y son el camino hacia las acciones discriminatorias, el maltrato y la violencia (Huenchuan, 2021).

De todas las condiciones que determinan acciones discriminatorias, la que se produce por edad o edadismo es uno de los prejuicios más generalizados. La edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas provocando daños, desventajas e injusticias. Cosifica a las vejeces y las vincula a la decadencia por pérdida o limitación psicofísica promoviendo el aislamiento y la depresión con importantes limitaciones para ejercer la autonomía en las PM (OMS, 2021).

El edadismo se filtra en muchas instituciones y sectores de la sociedad, incluidos los que brindan atención sanitaria y social, en el campo laboral, educativo, los medios de comunicación y alcanza también a la justicia y la política. Se calcula que una de cada dos personas en el mundo tiene actitudes edadistas y estas se reflejan tanto en los motivos de consulta, es decir con usuarios implicados como las terapéuticas elegidas desde los sistemas de atención y cuidados.

La Convención Interamericana señala este aspecto y prohíbe la discriminación a partir de una determinada edad (60 años y más). De este modo, se reconoce jurídicamente que, en determinadas situaciones, las PM tienen una “desventaja innecesaria” para ejercer sus derechos en igualdad de condiciones que el conjunto social ya que no han hecho nada para que se les trate de manera desigual, excepto tener una edad diferente. En tanto agrega que “No se conside-

rarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas afirmativas y ajustes razonables que sean necesarios para acelerar o lograr la igualdad de hecho de la persona mayor, así como para asegurar su plena integración social, económica, educacional, política y cultural. Tales medidas afirmativas no deberán conducir al mantenimiento de derechos separados para grupos distintos y no deberán perpetuarse más allá de un período razonable o después de alcanzado dicho objetivo” (OEA, 2015: 5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mes de octubre de 2020, declaró la Década del Envejecimiento saludable comprendida entre 2020-2030. Contradictoriamente y mostrando una vez más que la discriminación por edad supera la declaración de buenas intenciones aprobó incluir la vejez como una enfermedad ante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-II). Esta situación se pudo revertir por el rechazo internacional contra una decisión que nos afecta a todas las PM al volver a homologar la vejez a la enfermedad.

La OMS distingue tres tipos de edadismo, el institucional, referido a las leyes, normas sociales, políticas y programas institucionales que limitan las oportunidades perjudicando a las PM; el interpersonal, que actúa sobre la base de las relaciones de dos o más personas; y el edadismo autoinfligido, es decir, aquel que la discriminación se produce contra uno mismo (OMS, 2022).

La naturalización de nominaciones por condición de edad, abuelidad o la infantilización en el trato son de uso corriente, se construyen desde la infancia, son mantenidas a lo largo de la vida y las PM responderán a los roles y mandatos que fueron impuestos pero que son “naturalizados”. Esta realidad se da también entre los integrantes de los equipos de salud, condiciones que aparecen despojadas de los contenidos de maltrato y violencia que conllevan.

**“A tu edad eso no se puede”; ¿“Lo ayudo, abuelo?”; “Abuelo, deje que yo lo hago”; “Los viejos son como los chicos”; “Está gagá”; “Todos los viejos son enfermos”; “Cada vez estás más joven”; “No representas la edad que tenés”.**

Estos prejuicios están sostenidos, en muchos casos, por las propias PM.

**“Viejos son los trapos”; “A mi edad eso no se puede”; “Yo no me junto con viejos”.**

De esta manera, lejos de considerar el envejecimiento como un logro social por el aumento de la expectativa de vida, se asocia a déficits y pérdida de capacidades, promueven situaciones de discriminación por edad, con vulneración de derechos y mayores posibilidades de experimentar situaciones de maltrato, abuso o abandono (Roqué, 2020). El diseño de intervenciones efectivas en contra las diversas formas en que se manifiesta la exclusión social dependen, en última instancia, de la comprensión de la interseccionalidad de los múltiples factores socioculturales que contribuyen a la construcción del estigma y complejizan los procesos de inclusión social.

### 3. EL OTRO ES OTRO DESDE LA ÉTICA Y NO DESDE LAS REPRESENTACIONES

Carlos Cullen en “Ética del cuidado y la alteridad” propone que el otro, más allá de las semejanzas o diferencias que nos permitan o no las identificaciones con el semejante o el respeto por la diferencia, es un otro desde la ética.



*Ética del cuidado y la alteridad, de Carlos Cullen*

[bit.ly/3L4X7vh](https://bit.ly/3L4X7vh)

Esta posición ética nos desafía al reconocimiento del otro como otro, más allá de las representaciones que tengamos son las que nos dan la oportunidad de reconocerlo desde su palabra, anhelos y posibilidades. Este reconocimiento en el vínculo con las PM es fundamental, en particular en las que padecen algún sufrimiento mental.

Según la OMS en las PM de 60 años, estos padecimientos alcanzan al 20% y el 6,6% de la carga de discapacidad en este grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población más envejecida un 17,4% de los años vividos con discapacidad. Este panorama nos permite ponderar la magnitud del desafío para trabajar en el campo de la salud mental en gerontología.

La depresión afecta a nivel mundial al 7% de PM, en tanto las demencias al 5% y los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de esta población (OMS, 2013).

Consideramos que la soledad y aislamiento son aspectos que producen sufrimiento mental y daño en las PM. La soledad refiere a la falta de una relación íntima y cercana con otra persona, se acompaña de sensaciones de miedo y vacío, presentando síntomas análogos a la ansiedad infantil producida por abandono de las figuras de apego (Buz, 2013). Varios autores coinciden al señalar que la presencia de dos o más amigos cercanos previene el sentimiento de soledad en las PM, siendo incluso un factor de mayor bienestar que las relaciones con familiares al promover procesos de socialización activa y un mayor nivel de intimidad (Concha, Olivares y Sapúlveda, 2000; Buz, 2013)

La soledad y el aislamiento fueron justamente dos aspectos que se vieron exacerbados durante la pandemia, en la cual se identificó a las PM con la fragilidad y la vulnerabilidad. Esto estuvo referido a la edad (por ser mayores de 60 años) dejando afuera otras variables, como alimentación, vivienda y apoyos sociales, entre otros. Por otra parte los miedos e incertidumbres ante el pano-

rama pandémico elevaron las tasas de morbimortalidad por causas no Covid-19 que afectaron a las PM; y en particular el empeoramiento fue más significativo cuando se asoció a personas que padecían depresión y demencia (Llibre Rodríguez *et al.*, 2021).

Otras condiciones responsables de dolor psíquico en las PM son las pérdidas de roles y de vínculos importantes, ocupando un lugar relevante en el primer caso el retiro de la actividad laboral y en el segundo caso la muerte del cónyuge y de las hijas o los hijos. Durante esta etapa de la vida, la tolerancia a la frustración por las pérdidas deberá encontrar respuestas en la búsqueda de nuevos sentidos, de nuevas investiduras que posibiliten construir sentidos que trasciendan lo individual y contribuyan a la revalorización de las experiencias, saberes y habilidades adquiridas en el transcurso de la vida. La negación de la enfermedad y la muerte con la cancelación de los rituales sociales y los acompañamientos durante los duelos profundizan los sentimientos de soledad y aislamiento. Para el procesamiento de estas situaciones resultan muy importantes las redes familiares y sociales, y cuando estas últimas están disminuidas por la pérdida de pares, la inclusión en alternativas grupales comunitarias opera como espacio de acompañamiento y contención. Esto ha sido constatado en nuestra experiencia por los testimonios de las PM integradas a los dispositivos grupales.

Los datos sobre la situación conyugal en el Área Metropolitana de Buenos Aires muestran que la viudez se incrementa a partir de los 60 años, siendo este proceso fundamentalmente femenino. En tanto que cuatro de cada diez mujeres de 60 y más años son viudas, encontramos solo un viudo cada diez. En el grupo de 75 y más las viudas pasan a ser seis de cada diez y los viudos dos de cada diez. La soledad subjetiva por viudez se encuentra determinada tanto por la posición en el curso de vida como por diferencias de género y del apoyo social percibido que condicionan, entre otros factores, los modos de afrontamiento frente a la soledad en los casos estudiados. En suma, las mujeres cuentan con mayor apoyo emocional y logran ganancias en términos de autoconocimiento y fortaleza individual. Las viudas mayores descubren cierta “libertad” que ponderan positivamente. En cambio los viudos tienen menores recursos para afrontar la viudez por lo que se encuentran más afectados por la soledad subjetiva o emocional (Pochintesta, 2021).

*“Para mi participar en el Club de Día me dio 100% de crecimiento, de socialización, participación e integración. Algo para destacar es que mis compañeros me vieron medio triste y no dudaron en ofrecerme ayuda y me sentí muy querida y apoyada por la situación que viví” (RM, 84 años, viuda).*

El retiro laboral representa, además de la pérdida de roles, una disminución de los ingresos que afectan la calidad de vida y la autonomía de las personas. La jubilación está relacionada con el grado de satisfacción con las actividades desempeñadas, siendo inversamente proporcional a esta. Un aspecto que adquiere relevancia con la jubilación está relacionado no solo al cambio de status social sino a la pérdida de recursos económicos, llegando a disminuir los ingresos entre un 40 y 60% de los percibidos durante la actividad. Las jubilaciones mínimas

-que son mayoritarias- no alcanzan para cubrir las necesidades para una vida digna y autónoma, por esta razón muchas PM prefieren seguir trabajando, independizándose en estos casos de la satisfacción con las tareas desempeñadas. El nivel socioeconómico es una variable que guarda estrecha relación con la soledad ya que quienes logran llegar a la vejez con un nivel alto tienen más recursos para participar en actividades agradables y mantener su red de contactos sociales (Buz, 2013), lo que resalta también la determinación social de este proceso.

*“La economía familiar, la inseguridad y la falta de una propuesta firme que nos haga sentir respaldados en nuestros derechos afecta mucho a la salud, la cual se encuentra en una total indefensión, dada la carencia de cada hogar en la compra de alimentos que contengan las vitaminas adecuadas, sumando la mala atención médico profesional, que termina generando en todas las personas mucho malestar anímico y psíquico, provocando depresión y otras enfermedades” (N, 73 años).*

**Las pérdidas de roles, de lugares, de ideales y de personas pueden acarrear pena y tristeza pero éstas no son indicativas de enfermedad y deberán transcurrir los procesos necesarios para su elaboración, que no deben ser interpretados como depresión y obturados por medicación.**

La biomedicalización del envejecimiento fortalece la asociación vejez-enfermedad, abarcando al conjunto de los actores sociales del campo de la salud y sostenido a su vez por las políticas públicas diseñadas para este modelo. Las políticas de la industria farmacéutica promueven tanto la automedicación como las indicaciones profesionales sin criterios adecuados más allá de “calmar” tanto a quien consulta como a los familiares que acompañan y fortalecen las prácticas de auto y polimedicación entre las PM (Worman, 2005). Según datos de la OMS del 65 al 90% de los adultos mayores consumen más de tres medicamentos en forma simultánea (polifarmacia).

### **3.1. Algunos datos sobre el consumo**

Dentro de los llamados consumos problemáticos el alcohol y los psicofármacos o la combinación de ambos son los que ocupan el primer lugar en este grupo poblacional. Casi el 90% de los adultos mayores toman regularmente al menos un medicamento recetado, casi el 80% toma regularmente al menos dos medicamentos recetados y 36% toma regularmente al menos cinco medicamentos recetados diferentes (Ruscín Mark, 2021). El 25% consume psicofármacos: 85% indicación médica (50% médico clínico) 60% consume alcohol (Sedronar, 2019) Las cifras de consumo se ven significativamente incrementadas cuando se incluyen productos de venta libre como los complementos dietéticos, vitaminas y otros. Otro factor que contribuye a la polimedicación lo representan las residencias de larga estancia donde las PM reciben medicamentos en forma habitual, siendo los de mayor consumo las benzodiacepinas, analgésicos, laxantes, antiinflamatorios y antipsicóticos ocupando la quetiapina el primer lugar.

## 4. LOS TRASTORNOS COGNITIVOS, EL GRAN CAPÍTULO DE LOS PADECIMIENTOS EN LA VEJEZ

Los trastornos cognitivos (desde leves a procesos demenciales) representan un alto porcentaje de las consultas y padecimientos en las PM, representando una de las mayores cargas para los sistemas de salud por su cronicidad. Un aspecto importante a tener en cuenta en este tipo de consultas es que hay muchas condiciones vinculadas al proceso de envejecimiento que pueden contribuir al deterioro de las funciones cognitivas, es decir, que no siempre se corresponden con procesos vinculados a las diferentes formas de presentación de las demencias. Cuando aparece la queja de memoria es importante realizar la diferenciación de estos episodios que pueden estar vinculados a otros problemas de salud que deben ser descartados.

La demencia es un síndrome usualmente de naturaleza crónica o progresiva en la cual hay alteración de múltiples funciones corticales superiores. Los trastornos no son solo a nivel cognitivo sino que se acompañan de manifestaciones emocionales y del comportamiento social y están vinculados a la singularidad de la persona afectada. Las demencias, y en particular la enfermedad de Alzheimer, que es su presentación más frecuente, producen un elevado monto de sufrimiento psíquico, miedo y desesperanza no solo en las PM que la padecen sino también en sus familias y cuidadores. El entorno deja de reconocer a la personas con demencia: “No es mi madre”; “No la reconozco”; “No sé quién es”. Este proceso tiene un efecto “desubjetivizante” el otro pierde su condición de humanidad y se cosifica lo que sin ninguna duda profundiza el deterioro y el sufrimiento mental.

Emiliano Galende propone que reducir los hechos psíquicos, como el delirio, el pensamiento, el habla, la ansiedad, la depresión, la euforia, etc., a hechos físicos, químicos (transmisión sináptica) o anatómicos, posibilita la cancelación del otro como sujeto anulando su palabra, significaciones e historia sin considerar su contexto sociohistórico y cultural enfatizando en la objetividad biológica de su trastorno (Galende, 2016). Esto nos permite pensar que el dolor no se corresponde solamente con el trastorno mental sino que está vinculado a la modalidad de abordaje y la posibilidad de tratamiento del mismo.

Las prácticas comunes vinculadas al tratamiento de las demencias, en general se limitan a los tratamientos químicos y al encierro prolongado con la invisibilización del padecimiento tanto de quien lo padece como de su entorno familiar, de cuidadores y allegados. El aislamiento inicia el camino hacia la cronificación en circunstancias que en muchos casos no lo ameritan. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de la demencia y probablemente contribuye en un 60 a 70% de los casos. Si bien las demencias pueden aparecer en edades más tempranas la prevalencia se duplica cada 5 años entre los 65 y 90 años de edad (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia en demencias

<b>Prevalencia de demencia</b>
2% a los 65;
4% a los 70;
8% a los 75 años;
16% a los 80;
32% a los 85.
Entre 40-60% a los 90 y +

Fuente: OMS (2010)

En el año 2010 se estimó que, a nivel mundial, 35,6 millones de personas vivían con demencia y se prevé que esta cifra se duplique cada 20 años. El número total de nuevos casos de demencia en todo el mundo es de casi 7,7 millones (Prince *et al.*, 2013). En 2010, el costo total estimado de la demencia fue de 604 mil millones de dólares estadounidenses. En los países de ingresos altos, la atención informal (45%) y la atención formal (40%) representan la mayoría de los costos, mientras que la contribución proporcional del costo médico directo (15%) es mucho menor. En los países de ingresos bajos y medianos, los costos sociales directos son pequeños y predominan los costos de los cuidados informales (v.g. cuidados no remunerados provistos por familiares) (OMS, 2010). Desde la perspectiva de derechos contemplados en la Ley Nacional de Salud Mental resultan importantes las acciones de promoción de la salud, el diagnóstico adecuado y la disponibilidad de tratamientos que contemplen los dispositivos comunitarios y contención para cuidadoras y cuidadores (Honorable Congreso de la Nación, 2010).

Es la sobrecarga en las cuidadoras y los cuidadores la principal causa de maltrato a las PM, tanto en el seno de la familia como las instituciones a cargo de los cuidados de las PM dependientes que necesitan acompañamiento permanente para la satisfacción de la mayoría de sus actividades de la vida diaria. Es en los procesos demenciales donde las manifestaciones de violencia pueden llegar, en algunos casos a situaciones críticas tales como el aislamiento y la utilización de sujeciones en distintas etapas del padecimiento. El uso de sujeciones es generalizado, con porcentajes muy disímiles: Dinamarca 2,2%; Japón 4,5%; EEUU 8%; Francia 17,1%; Italia 16,6%; Suecia 15,2%; España 39%.

**Las personas sometidas a sujeciones físicas se enfrentan a una vulneración de derechos y pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.**

No hay cifras en nuestro país pero el uso de sujeciones está naturalizado. Es muy importante la formación de los equipos interdisciplinarios en los derechos de las PM y el respeto por los protocolos de utilización en situaciones de extrema necesidad y tiempo regulado, de acuerdo a los programas tanto internacionales como nacionales para erradicar el uso de las sujeciones. Si bien los estudios como los de Antonio André Burgueño Tarijano vinculados al tema relacionan la mayor calificación profesional a la menor cantidad de sujeciones (Burgueño Tarijano, 2008), es importante destacar que es importante incluir no solo la calificación del personal sino la cantidad adecuada de profesionales y cuidadores para el desempeño de la tarea de cuidados de PM con altos niveles de dependencia. Como orientación podemos considerar, como mínimo una persona de atención directa a jornada completa por cada 4 residentes, o sea una ratio de 0,25.

Otras alternativas, como las barandillas, los cojines antideslizantes, sillas basculantes y camas de Alzheimer pueden brindar mayor confort y libertad a las PM, pueden ser utilizadas como sistemas preventivos pero no evitan las caídas.

## 5. LA COMUNIDAD: ESPACIO DE ALTERNATIVA Y RESISTENCIA

En la atención progresiva para preservar y respetar la autonomía, la *rehabilitación basada en la comunidad* es una estrategia comunitaria para la rehabilitación e integración social de las personas con demencia. Aplica esfuerzos de capacitación, participación, voluntariados y organizaciones de familiares y de la sociedad civil para desarrollar y fortalecer redes sociales. El fortalecimiento de los vínculos intergeneracionales y de los procesos comunitarios participativos operan democratizando la palabra y el poder para hacer con otros, como antidoto a la dependencia, el autoritarismo y el aislamiento que acarrea la exclusión. Los tratamientos farmacológicos utilizados en los procesos demenciales (en general como primera y muchas veces única opción) acarrear un importante riesgo de iatrogenia, ya que suelen utilizarse fármacos que son especialmente desaconsejados (antipsicóticos por ejemplo) (Pérez, 2018).

La propuesta para la formación de los equipos interdisciplinarios formados en el paradigma de derechos es que puedan realizar evaluaciones geriátricas integrales, con formación en intervenciones psicosociales y grupales. Estos equipos estarán en condiciones de diseñar programas de apoyo abarcando desde los cuidados domiciliarios hasta las internaciones en residencias de larga estancia pasando por dispositivos organizados en los centros de atención primaria y hospitales generales con capacidades para resolver las situaciones de abordaje breve.

Un aspecto central para lograr un buen trabajo es crear espacios grupales de supervisión de la tarea y de promoción de salud mental de los trabajadores en todos los niveles de cuidados. La integración desde la complejidad permitirá el trabajo articulado entre operadores, trabajadores sociales, nutricionistas, psiquiatras, psicólogos, musicoterapeutas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, y todos los recursos que cada equipo en los diferentes territorios consi-

dere integrar. En nuestra experiencia, el funcionamiento de las asambleas de usuarios y su incidencia en la evaluación y definición de las propuestas, es una estrategia de gran valor para la gestión de los procesos.

Entre los actores importantes para promover el fortalecimiento de los vínculos y los cuidados están los grupos de familiares de personas con demencia organizados como promotores activos de acciones y a la vez como actores de control de la política pública en este tema. En nuestro país esta misión la cumple la Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y Alteraciones (ALMA), que fue fundada en 1990 y está integrada por familiares, allegados y cuidadores acompañando a las familias afectadas por la problemática de la demencia.

## 6. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD

Participación, capacitación y organización social: en nuestra experiencia han facilitado las posibilidades de recuperar, rescatar, ampliar y legitimar los conocimientos de las PM así como desarrollar competencias y deseos postergados.

*“El participar consiste en ser protagonistas y preocuparse por los problemas que nos aquejan, también es compromiso, dedicar el tiempo y esfuerzo para la consecución de un proyecto comunitario y en esto justamente consiste la democracia participativa, solo que usualmente no lo ponemos en práctica”* (R, 78 años). Los voluntariados sociales de PM han mejorado las capacidades institucionales fortaleciendo las organizaciones del sector promoviendo las redes de trabajo barrial, los lazos intergeneracionales a través del impulso de propuestas de proyectos barriales de interés fueron -en nuestra experiencia- la colaboración con mejoras y apoyos técnicos para la autonomía, recuperación de plazas y plantaciones de árboles, entre otras.

*“Para mí es una cosa muy importante, porque aparte en mi época hablar de la Universidad era... ¡Mamma mia! Pero ahora, la Universidad se ha metido más a participar o hacer participar a la población. Entonces es muy importante en este lugar, que era un emporio de trabajadores, se haya instalado la Universidad. La verdad que yo soy un gran defensor, de la Universidad y es muy importante para mí ser parte del Voluntariado Social UNLa”* (AMV, 90 años). Los dispositivos comunitarios para la atención diurna para la prevención del aislamiento, la soledad y los procesos de fragilización tales como clubes de día y centros de día son espacios que permiten promover, extender y facilitar la accesibilidad y optimización de los recursos materiales, humanos y organizacionales.

Estos espacios, al habilitar la palabra, reconstruir las historias personales, promover actividades de capacitación, recreación y contención, nos han permitido poner en cuestión el tema del diagnóstico en gerontología. Consideramos de gran importancia las evaluaciones que realizan los equipos técnicos al ingreso deben ser reconsideradas durante el proceso. Esta metodología que nos ha permitido ponderar los cambios producidos en los procesos de acompañamiento y apoyos efectivos con gran impacto sobre la recuperación de habilidades y capacidades.

Un aspecto importante en nuestra experiencia lo representaron los intercambios efectivos con las PM a las que aportamos pero de las que recibimos. Esta posibilidad es fundamental para hacer efectiva una relación que tiene un ida y vuelta y que en ese intercambio se enriquece.



Aportamos la referencia a los videos producidos durante la pandemia por las PM donde este ida y vuelta se muestra claramente, por ejemplo, *La pandemia nos volvió youtubers*

[bit.ly/3EmOyrQ](https://bit.ly/3EmOyrQ)

En nuestra experiencia el *club de día* es un espacio social que aloja tanto a personas en situación de aislamiento y soledad como a personas con trastornos cognitivos de leve a moderados, son espacios de escucha, contención, restitución de derechos y participación efectiva.

*“Yo empecé a venir a Club de Día y me cambió mucho, me hizo abrirme a otras personas y sentirme mejor conmigo y con los demás. Antes estaba muy encerrado en mí mismo, depresivo, sin ganas de nada, casi ni salía y gracias a esto, cambié”* (AM, 57 años, jubilado por discapacidad).

Los *centros de día* comienzan a funcionar emulando experiencias similares realizadas con personas con padecimiento psicosocial. “[...] El hospital de día para ancianos -hospital geriátrico de día- está destinado a prestar servicios de evaluación y tratamiento rehabilitatorio, cubriendo siempre las áreas psicofísicas, aunque el daño predomine en algunas de ellas. Sus múltiples actividades deben ser consideradas formas de un acto terapéutico complejo, interdisciplinario, programado y progresivo (Strejilevich, 1990: 191).

Los centros de día son de fundamental importancia en relación con el buen funcionamiento de una atención progresiva a la autonomía ya junto a los servicios de fisioterapia pueden desarrollar actividades de rehabilitación física y psicosocial de las PM en la comunidad.

Estas modalidades de cuidados permiten la elaboración de respuestas adecuadas a las necesidades de un grupo de PM que quedan por fuera de los circuitos de medicalización de los abordajes.

Los *hospitales de día* son espacios con capacidades para implementar cuidados en la atención diurna, nocturna y de fines de semana, de acuerdo a las necesidades definidas en el contexto de equipos interdisciplinarios. Promueven la accesibilidad y optimización de los recursos materiales, humanos y organizacionales.

Las *viviendas asistidas* son una solución habitacional complementaria y superadora de los modelos institucionales tradicionales: brindan un ámbito familiar para vivir, al mismo tiempo que desarrollan en las usuarias y los usuarios las habilidades sociales necesarias para una adecuada interacción social y mejora en su calidad de vida. Al ingresar a un dispositivo de vivienda asistida, un equipo interdisciplinario realiza una valoración geriátrica integral y propone un plan de servicios de acuerdo al perfil las usuarias y los usuarios.

## 6.1. Residencia de larga estadía

Los llamados “hogares de ancianos o geriátricos”, en general sostenidos por una relación desigual, autoritaria y custodial, de acuerdo al paradigma de derecho es la denominación de “residencia de larga estadía”. En la “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, aprobada por OEA en 2015, quedan establecidos los alcances y significados de las residencias de larga estadía.

Se trata de promover nuevas modalidades de atención y cuidados con participación familiar y personal en la toma de decisiones. Se trata de oponer un dispositivo inverso, de participación, integración social y comunitaria con atención ambulatoria.

De acuerdo al último Censo, realizado en 2010, en la Argentina existen 3.584 residencias de larga estadía (antes denominadas hogares de ancianos). En referencia a las PM institucionalizadas, el Censo nos informa que se encontraban viviendo bajo esa modalidad 76.627 personas de 60 años y más, lo que significa un 1,3% de la población total para el año 2010 sobre el total de PM, que era de 5.725.838 según la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores de 2012. Este número puede considerarse como bajo si tenemos en cuenta países como España que indica un 4,4%, Estados Unidos un 5% y otros países europeos que presentan alrededor del 4 o 5%, presentando además un alto índice de envejecimiento de la población.

Es importante reflexionar sobre las recomendaciones que destacan la relevancia de considerar el principio de autonomía por el cual las PM, con bajo nivel de deterioro cognitivo o sin dependencia, deberían contar con prestaciones a lo largo de la vida que les permitan llevar una vida independiente y el mayor tiempo posible en el seno de sus hogares y su comunidad. Este, sin dudas, es el primer gran desafío y recomendación para las políticas públicas: la generación de múltiples servicios con diverso grado de complejidad en función de la necesidad de cuidados que recomiende la internación geriátrica como una instancia de cuidados necesaria pero posterior a muchas otras, luego de una evaluación geriátrica integral. Los aspectos que siguen a esta recomendación están vinculados a las condiciones de infraestructura, elementos de apoyo a la autonomía y personal formado en el paradigma de derechos de la persona mayor (Roqué y Fassio, 2015).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barenblit, V. y Molina, S. (2004). "Aspectos promocionales en la salud del adulto mayor", en Molina, S. (comp.) *Aspectos psicosociales del adulto mayor. Salud comunitaria. Creatividad y derechos humanos*. Lanús: Ediciones de la UNLa.

Burgueño Torijano, A. (2008). "Atar para Cuidar Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados". Disponible en <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DB50F783-BEE9-494D-A661-7F7A50AC6302/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf> (consulta, junio de 2023).

Buz, J. (2013). "Envejecimiento y soledad: la importancia de los factores sociales", en Cubillo, M. y Quintarnar, F. (ed.). *Por una cultura del envejecimiento*. México: Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades.

CEPAL (2002). "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe". Disponible en <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/serie28.pdf> (consulta, marzo de 2023).

CEPAL (2018). "Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible". Disponible en [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf) (consulta, marzo de 2023).

Concha, A., Olivares, L. y Sepúlveda, M. (2000). "Redes sociales en la tercera edad". Psicología del desarrollo III, Universidad del Desarrollo. Disponible en <http://www.oocities.org/heartland/farm/8810/investig/redes3.html> (consulta, junio de 2023).

Galende, E. (2016). "Consideración de la subjetividad en salud mental". Disponible en <https://fccsm.net/wp-content/uploads/2016/10/consideraci%C3%B3n-subjetividadesm.-egalende.pdf> (consulta, marzo de 2023).

García, R. (2011). "Interdisciplinariedad y sistemas complejos", en *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 1, 1.

Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. [servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm) (consulta, marzo de 2023).

Huenchuan, S. (2021). "Promoción, Protección y ejercicio de los derechos humanos en las personas mayores en América Latina", en *Discriminación por edad, discriminación múltiple y medidas de ajuste razonable*. Cepal.

Indec, (2010). Total del país. Envejecimiento de la población por provincia, según censos nacionales 1970 a 2010. Cuadro P18. Disponible en <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoNacional-3-6-Censo-2010> (consulta junio de 2023).

Llibre Rodríguez, J., Noriega Fernández, L., Guerra-Hernández, M.A., Zayas Llerena, T., Llibre Guerra, J.C. y Alfonso Chomat, R.C. (2021). "Soledad y su asociación con depresión, ansiedad y trastornos del sueño en personas mayores cubanas durante la pandemia por COVID-19", en *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11, 3: 1005. Disponible en <http://portal.amelica.org/ameli/journal/444/4442475041/> (consulta junio de 2023).

Molina, S. (comp) 2008. "La promesa incumplida de la participación comunitaria en Estrategias comunitarias para el trabajo con adultos mayores", en *Estrategias comunitarias para el trabajo con Adultos Mayores*. Lanús: Ediciones de la UNLa.

OEA (2015). "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores". Disponible en [https://es.wikisource.org/wiki/Convenci%C3%B3n\\_Interamericana\\_sobre\\_la\\_Protecci%C3%B3n\\_de\\_los\\_Derechos\\_Humanos\\_de\\_las\\_Personas\\_Mayores](https://es.wikisource.org/wiki/Convenci%C3%B3n_Interamericana_sobre_la_Protecci%C3%B3n_de_los_Derechos_Humanos_de_las_Personas_Mayores) (consulta junio de 2023).

OMS (2010). "Demencia, una prioridad en salud pública". Disponible en [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf)

OMS (2012). "Rehabilitación basada en la comunidad: Guías para la RBC". Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44809> (consulta, marzo de 2023).

OMS (2013). Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo. Disponible en [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9073:2013-depression-dementia-top-mental-disorders-people-over-60&Itemid=0&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9073:2013-depression-dementia-top-mental-disorders-people-over-60&Itemid=0&lang=es) (consulta, marzo de 2023).

OMS (2021). "Informe mundial sobre el edadismo". Disponible en <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism> (consulta, marzo de 2013).

OMS (2022). "Maltrato de personas mayores". Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people> (consulta, junio de 2023).

Pérez, R. (2018). "El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay", en *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8,2: 139-169.

Pérez Ortiz, L. (1997). *Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad*. Madrid: INSERSO.

Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W. y Ferri, C.P. (2013). "The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis", en *Alzheimers Dement*, 9, 1:63-75.

Pochintesta, P. (2021). "Soledad, envejecimiento y viudez en el curso de la vida: un estudio de casos en personas viudas de Argentina". Disponible en <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/165284> (consulta, marzo de 2023).

Roque, M. (2022). "Un mundo envejecido es un mundo mejor", en *Voces en el Fénix*. Disponible en <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/un-mundo-envejecido-es-un-mundo-mejor/> (consulta, marzo de 2023).

Roque, M. y Fassio, A. (2015). "Residencia de larga estancia para adultos mayores en Argentina. Relevamiento y Evaluación". Disponible en [https://www.algec.org/biblioteca/RESIDENCIAS\\_LARGA-ESTADIA.pdf](https://www.algec.org/biblioteca/RESIDENCIAS_LARGA-ESTADIA.pdf) (consulta, marzo de 2023).

Ruscini Mark, J. (2021). "Envejecimiento y medicamentos". Disponible en <https://www.msmanuals.com/es-ar/hogar/authors/ruscini-mark> (consulta, marzo de 2023).

Salvarezza, L. (1987). "Sociedad y Vejez. Una aproximación psicoanalítica", en *Revista PSYCHE*, III, 19.

Sedronar (2019). "Estudio exploratorio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en Área Metropolitana". Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad\\_2019\\_estudio\\_exploratorio\\_sobre\\_consumo\\_de\\_sustancias psicoactivas\\_en\\_adultos\\_mayores\\_en\\_area\\_metropolitana\\_ano\\_2018.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019_estudio_exploratorio_sobre_consumo_de_sustancias psicoactivas_en_adultos_mayores_en_area_metropolitana_ano_2018.pdf) (consulta, junio de 2023).

Strejilevich, M. (1990). *Temas de Psicogeriatría*. Buenos Aires: Amorrortu.

UNFPA (2012). "Envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un desafío". Disponible en <https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/envejecimiento-en-el-siglo-xxi.pdf> (consulta, marzo de 2023).

WHO/ADI (2012). *Alzheimer's Disease International Report: Dementia. A public health priority*. World Health Organization

Wortman, S. (2005). "La biomedicalización del envejecimiento", en *Topía*, abril. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/la-biomedicalizaci%C3%B3n-del-envejecimiento> (consulta, junio de 2023).



# ABORDAJES DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

**Autora principal:**  
Luciana Rubel

**Co-autora y co-autores:**  
Leandro Sabatini  
Milena López Bouscayrol  
Matías Segatorri

En el presente capítulo se presentan algunos contenidos para pensar los *abordajes de los consumos problemáticos* con el objetivo de habilitar una reflexión sobre las propias prácticas cotidianas en los servicios de salud. En tanto cuestión compleja, no hay una única manera de reflexionar en torno al tema. En ese sentido, el recorrido propuesto se plantea como una *caja de herramientas* (Benet, Merhy y Pla, 2016) compuesta por texturas que recogen algunos conceptos, definiciones, historizaciones y análisis para dar cuenta de las tensiones, discusiones y multiplicidad de perspectivas presentes en el campo.

Partiendo de pensar qué se entiende por *droga*, en el primer apartado se proponen algunas definiciones en torno al concepto así como una problematización respecto de qué entendemos por consumos. Se introduce la categoría de *consumos problemáticos* como disparador de algunas cuestiones y planteos a desarrollar.

En un segundo apartado se abordan los principales paradigmas de abordaje de los consumos de sustancias psicoactivas. Se analizan las influencias en los modos de abordaje del *prohibicionismo-abstencionismo* y de la *reducción de riesgos y daños*, aportando una caracterización de cada uno y sus derivas locales.

En el tercer apartado se analiza el marco normativo vigente en nuestro país a partir de una exploración de las tensiones y contradicciones actuales, que se vincula con los diversos modos de enmarcar la cuestión de las drogas y, por lo tanto, con las prácticas habilitadas.

En el cuarto apartado se reflexiona en torno a los procesos de *estigma, criminalización y medicalización* de las consumidoras y los consumidores en su relación con los discursos jurídicos y médicos que los sustentan. A partir de una historización de estos discursos, se pone en tensión cierto sentido común vigente a fin de introducirnos en otros modos de reflexionar en torno a los consumos.

En ese sentido, el quinto apartado trae los aportes de la *perspectiva interseccional* para repensar la cuestión de las drogas. Además de presentar una breve caracterización de dicha perspectiva, se revisan algunas investigaciones que, desde un enfoque situado, visibilizan la naturaleza multidimensional y relacional del fenómeno y sus modos de abordarlo.

Con estas coordenadas que se entrecruzan y solapan en el campo de atención a las personas que usan drogas, la segunda parte del capítulo se adentra en una caracterización de los diversos abordajes existentes con mayor alcance en el territorio nacional. A modo de cierre, se reponen algunos elementos para pensar otros modos posibles de pensar los criterios de organización en clave de un *sistema integrado de salud* que responda a la circulación de las personas por las redes de atención-cuidado desde un enfoque de derechos.

## 1. CONCEPTUALIZACIÓN Y PROBLEMATIZACIÓN DE LOS CONSUMOS

Trasmilenios de uso festivo, terapéutico y sacramental, los vehículos de ebriedad se convirtieron en una desatada empresa científica, que empezó incomodando a la religión y acabó encolerizando al derecho, mientras comprometía a la economía y tentaba al arte. (Escohotado, en Touzé, 2006: 24)

Tratar de establecer lo que es una *droga* no es sencillo ya que engloba una variedad de significaciones y usos culturales, políticos y científicos. En tanto categoría de agrupación y clasificación de sustancias, el sentido del término se ha modificado a lo largo de la historia en función de los diferentes campos de saber que definieron el alcance de la palabra.

**El concepto droga proviene del término griego *phármakon* que significa veneno y remedio a la vez (Escohotado, 2005). “En los tratados atribuidos a Hipócrates se afirma que lo esencial es la proporción entre dosis activa y dosis letal, pues solo la cantidad distingue el remedio del veneno” (Ruchansky, 2015: 21).**

Desde una mirada farmacológica, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga significa: “Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración, puede modificar una o más funciones de éste” (Kramer, Cameron y OMS, 1975).

A partir de una primera clasificación esquemática (Del Olmo, 1994; Corbelle, 2011) de los tipos de drogas podría distinguirse entre:

- Drogas legales o institucionalizadas, cuya producción, tráfico y consumo no está penalizado a la vez que gozan de tolerancia y aceptación social (alcohol, tabaco, cafeína).

- Drogas farmacéuticas, que requieren prescripción médica para su administración (como los psicofármacos).
- Drogas industriales con finalidades no comestibles ni bebibles (solventes, aerosoles, pegamentos).
- Drogas ilegales cuya producción, tráfico y consumo se encuentran prohibidos (cocaína, heroína, LSD).

Sin embargo, y en tanto problema social complejo, la cuestión de las drogas puede ser contemplada desde perspectivas distintas, cada una de las cuales enfatiza en determinados aspectos particulares y propone diversos modos de “solución del problema”.

Desde el campo jurídico, el término *estupefacientes* refiere a aquellas sustancias narcóticas que producen la pérdida de la sensibilidad y alteran la conciencia. Estos fundamentos son tomados aquí como razón suficiente para prohibir estas sustancias ya que asocian arbitrariamente el riesgo de delincuencia así como los canales de circulación ilegal (Del Olmo, 1989; Renoldi, 2008).

La categoría de *sustancias psicoactivas* alude a “todos aquellos compuestos químicos capaces de cambiar el modo en que funciona la mente mediante la interacción con las estructuras neurológicas, como alterar las sensaciones de dolor y placer, el estado de ánimo, la conciencia, la percepción, la capacidad de pensar y de ser creativos, el estado de alerta y otras funciones psicológicas” (Arrieta, 2017: 7). Desde este enfoque, se engloban tanto las sustancias lícitas como las ilícitas en tanto el foco está puesto en las consecuencias sobre la percepción y, en última instancia, la salud. Por otro lado, diversas miradas críticas ensayan otras nominaciones a fin de poner de relieve el trasfondo moral y político que subyace detrás del fenómeno de las drogas. Algunas y algunos hablan de *drogas ilegalizadas* para dar cuenta de los procesos sociales complejos que las vuelven ilegales, por iniciativa de determinados actores o grupos (Ruchansky, 2015; Cozzi, 2018). En el mismo sentido, otros de los términos propuestos es el de *sustancias controladas* que contempla los usos y los mercados lícitos e ilícitos en tanto no hay sustancias que per se sean ilegales pero que sí pueden ser producidas o distribuidas ilegalmente en mercados ilegales. Entonces, bajo la idea de “la droga” se engloban arbitrariamente sustancias de la más variada índole y efectos, entre las cuales también deberían considerarse las drogas legales y sus efectos sobre la salud por el mal uso o abuso de las mismas (Fusero, 2014).

David Nutt<sup>1</sup> planteó que la clasificación legal de las sustancias debería replan- tearse para estar más ajustada a su peligrosidad real, tanto para las usuarias y los usuarios como para quienes las y los rodean. En una escala desarrollada junto con otras académicas y otros académicos para medir el nivel del daño cau-

1 Director de la Unidad de Neuropsicofarmacología de la División de Ciencias del Cerebro del Imperial College de Londres. Se desempeñó como asesor del Gobierno británico sobre usos de drogas hasta el año 2009.

sado por el consumo de drogas consultaron a dos grupos de expertas y expertos de diversas disciplinas sobre los daños generados por cada droga. El estudio incluye nueve parámetros de daño, divididos en tres categorías: daño físico, nivel de dependencia y efectos sociales. En la escala se incluyeron tanto drogas legales como ilegales. Los resultados indican que, en general, hay una correlación muy débil entre la clasificación de la ley de drogas (que divide las sustancias en tres categorías, la A incluye las más dañinas y la C las menos) y la que resultó del estudio. De las ocho drogas que puntuaron como más dañinas y las ocho clasificadas como menos dañinas, tres están en la categoría A y dos no están clasificadas. Por ejemplo, el alcohol y el tabaco se consideran más dañinos que el LSD, el éxtasis o la marihuana (Nutt *et al.*, 2007).

Algunas autoras y algunos autores introducen también la noción de riesgo-daño en función del enfoque punitivo de algunas legislaciones insertando la pregunta de si es más dañino para una usuaria o un usuario el consumo de determinadas sustancias en sí o las consecuencias legales y sociales que trae aparejada la prohibición, que asocia a la consumidora o el consumidor con una o un criminal. En ese sentido, podemos ver en el Gráfico N°1 los distintos elementos que inciden en el daño.

Gráfico 1. ¿Qué elementos componen el daño total?



Fuente: Arrieta (2017), retomado de Nutt *et al.* (2007).

En nuestro país, se estima que en 2019 hubo 13.182 muertes atribuibles, parcial o totalmente, al consumo de sustancias psicoactivas. Esto representa el 16,3% de las muertes totales de personas de entre 15 y 64 años y se traduce en una tasa bruta de 45,7 casos cada 100.000 habitantes. La gran mayoría de estas defunciones se asocia con el consumo de tabaco (80,8%) o de alcohol (17,9%),

al tiempo que son más frecuentes los casos registrados de sexo masculino y de mayores de 50 años. Las muertes relacionadas al consumo de drogas son, en mayor proporción, causadas por enfermedades cardiovasculares (42% y 19,2 casos cada 100.000 habitantes) y por neoplasias (38,8% con 17,7 casos cada 100.000 habitantes), ambas de estimación indirecta. Entre las causas externas o lesiones, los envenenamientos más frecuentes durante 2019 fueron, por un lado, de tipo accidental por exposición a estupefacientes y, por otro lado, envenenamientos de intención no determinada y asociados al consumo de sustancias de uso indebido (OAD, 2021).

A partir de estos datos podemos señalar que el sistema de regulación hegemónico de las drogas resulta irracional y, sobre todo, absurdamente injusto (Goltzman y Amorín, 2013). En este sentido, el discurso de la salud referido exclusivamente al consumo de drogas prohibidas y a la nocividad de las mismas en un todo englobado como “la droga” resulta incongruente con la gran aceptación legal y jurídica de otras drogas con mayores niveles de morbilidad y mortalidad, como el alcohol y el tabaco (Fusero, 2014).

Como queda de relieve hasta aquí, las drogas constituyen un fenómeno plural, cuyas manifestaciones varían según las coyunturas históricas y culturales. En ese sentido, y tal como plantea Oriol Romani “para entender la variabilidad de efectos de las drogas no podemos disociar la sustancia consumida del sujeto consumidor ni del contexto donde se da el acto de consumo” (Romani, 2008: 302). Así, los significados, consecuencias, efectos y funciones de las drogas dependen cada vez de definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que tanto colectivos como individuos elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas.

No obstante, en tanto problema social, el “*problema de la droga*” suele plantearse como si fuera un mismo fenómeno universal, atemporal y ahistórico (Touzé, 2006). En última instancia, lo importante no parece ser la sustancia ni su definición o su capacidad de alterar el organismo, sino los discursos que se construyen en torno a ella (Del Olmo, 1988). La construcción de estos discursos tiene, sin dudas, un componente fuertemente moral, clasificaciones arbitrarias que distinguen “lo aceptable” de “lo inaceptable” (Renoldi, 2008) y que como tales son producto de una construcción histórica.

Por milenios, el uso de drogas fue una práctica extendida en diversas poblaciones con fines estimulantes, sedantes, para aliviar el dolor, experimentar sensaciones placenteras, alterar el estado de ánimo y la conciencia. Por ejemplo, el uso de cannabis con propósitos terapéuticos y en ceremonias religiosas en China, India y Egipto; el uso de opio con fines medicinales; las hojas de coca se usaron en Perú para ceremonias religiosas (Baratta, 1991; Szasz, 1994; Escohotado, 2002). Sin embargo, fue a fines del siglo XIX que el uso de drogas fue socialmente construido como un mal, en tanto acción moralmente inaceptable, entendido como peligroso y, en consecuencia, asociado tanto al delito como a la enfermedad (Baratta, 1991; Becker, 2009; Corbelle, 2011; Renoldi, 2008). Como detallaremos más adelante, para esa época comienza a gestarse el *modelo jurídico*

*co-represivo* (Romaní, 1997). Desde esta lógica, la sustancia juega un rol protagónico, en tanto es objetivada como elemento activo. La consumidora o el consumidor queda subsumida o subsumido bajo la paradójica situación de ser “víctima” de la droga y caracterizado como “viciosa o vicioso”, a la vez que “delincuente” en tanto consumidora o consumidor de drogas ilícitas que viola la ley. Así, el contexto social queda subsumido a la norma, que delimita lo “normal” (en tanto legal y bueno) de lo “desviado” (como aquello ilegal y, por lo tanto, malo). La primacía entonces es del derecho penal como instrumento que regula la producción, distribución, comercialización, tenencia y consumo de sustancias ilícitas, con su consecuente aislamiento y estigmatización de los consumidores (Touzé, 2006).

A comienzos de la década de 1960 comienza a tomar forma a nivel mundial un *modelo de gestión médico-sanitarista* del problema de la droga. Esto se relaciona con la extensión del consumo de drogas a las y los jóvenes de clase media en Estados Unidos y con la firma de la Convención Única sobre Estupefacientes en 1961 en Nueva York.<sup>2</sup> Cabe aclarar que este modelo se remonta a las primeras décadas del siglo XX y la publicación de los estudios del médico y antropólogo Ludwig que elaboró las primeras sistematizaciones y clasificaciones de drogas y de la relación físico-psicológica que establecen las personas con las sustancias (Romaní, 1997; Renoldi, 2008; Corbelle, 2011).

Según este modelo, el consumo de drogas se aborda como una enfermedad, en la cual quien consume es considerada una persona enferma que necesita atención terapéutica de profesionales sanitarios. La *droga* entonces es asociada con “un virus”, una “epidemia”, asimilada al modelo de la *enfermedad* infectocontagiosa que se introduce en el “huésped” y la infecta. En tanto se utiliza la categoría de enfermedad, incorpora la noción de tratamiento, que refiere a la eliminación del agente activo (la droga) mediante la desintoxicación o deshabitación. Esto supone abordajes incluso en contra de la voluntad de “las enfermas y los enfermos”, que se considera que está disminuida por los efectos de la sustancia. La *peligrosidad de las sustancias* se asocia con su potencial adictivo (estereotipo de la dependencia), que da lugar a clasificaciones entre drogas “duras” y “blandas”, pero en forma especial se vincula con su uso sin prescripción médica (uso indebido de drogas) (Touzé, 2006).

Si bien estos dos modelos se presentan como separados, en la práctica se imbrican y se articulan como las prácticas dominantes en el campo de las drogas (Romaní, 1997). Ambos modos de abordaje habilitan un tratamiento de este fenómeno centrado en el disciplinamiento social y en el establecimiento del proceso de normalización, a la vez que se traducen en la estigmatización y la discriminación de usuarias y usuarios (OAD, 2019).

Sin embargo, el consumo de drogas en tanto fenómeno complejo puede ser abordado desde un *modelo multidimensional*, es decir, como un fenómeno plural

---

2 Esta convención estableció una serie de definiciones y clasificaciones sobre las sustancias distinguió el “uso” del “abuso” y estableció un sistema de fiscalización a través de la OMS y de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (Touzé, 2006).

y complejo con múltiples manifestaciones según diversas coyunturas cuya comprensión es inescindible de la relación sujeto-contexto-sustancia, pero también de múltiples determinaciones histórico culturales (Touzé, 2006). En esta línea, en los últimos años se ha acuñado el concepto de *consumos problemáticos*, que atiende a una situación de consumo en la que se relacionan un sujeto, un objeto a consumir y un contexto específico en el que se imbrican múltiples dimensiones que son indisociables del acto de consumo.

En nuestro país, el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), promulgado mediante la Ley 26.934, aún sin reglamentación, define a los consumos problemáticos como: “[...] aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud” (Honorable Congreso de la Nación, 2014: Art. 2).

Por su parte, el Plan Nacional de Salud Mental, vigente también, define al consumo problemático de sustancias, en este caso como aquel: “[...] que atenta contra la salud y la construcción de proyectos de vida de las personas. Esto puede darse en los diferentes niveles de consumo (uso, abuso y/o adicción) y con independencia del tipo de sustancia consumida (legal y/o ilegal). Desde esta perspectiva, la posibilidad de que el consumo de una sustancia genere un mayor o menor problema para la persona o para la comunidad, se halla relacionada no con las propiedades inherentes a la sustancia, sino fundamentalmente con el vínculo que la persona establece con la misma en una determinada circunstancia vital” (Ministerio de Salud, 2021:78).

En los últimos años, distintas autoras y distintos autores dejan en evidencia que la mayoría de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas no son consumidoras problemáticas (Benedetti, 2015). Según las estimaciones del Informe Mundial de las Drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2021), alrededor del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez durante el último año; mientras que solo el 13% del total de quienes utilizan drogas padece algún problema por su consumo. Entonces, consumo problemático, ¿para quién?

## **2. PRINCIPALES PARADIGMAS EN LOS ABORDAJES DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Históricamente, los abordajes de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas han estado orientados por el paradigma prohibicionista, donde el abstencionismo ha sido prácticamente el único modelo de intervención sociosanitaria. Hacia fines del siglo XX, fueron emergiendo diversas voces críticas a este paradigma y paulatinamente comenzaron a desarrollarse algunas experiencias basadas en el modelo de reducción de daños. Dicho modelo parte del hecho de

que los usos de drogas existen, a pesar de los esfuerzos punitivos por evitarlos, y en ese sentido se propone como objetivo prioritario disminuir aquellos efectos nocivos y/o negativos derivados de los usos de drogas (Touzé, 2006). Vale aclarar que, en Argentina, ambos paradigmas se encuentran vigentes y conviven, generando tensiones varias en los modos de abordaje de los consumos problemáticos.

## 2.1. Prohibicionismo-abstencionismo

La represión médico legal del consumo de sustancias controladas (más conocidas como drogas ilegales) han provocado un panorama desolador. Quién las consume resulta víctima de aquellos que se empeñan en protegerlo. (Ruchansky, 2015)

La expresión “prohibicionismo” hace referencia a una serie de ideas desde las cuales se establecen normas, reglas y sanciones en pos de resguardar y cuidar un determinado estilo de vida en lo privado y en lo social, que se considera bueno, verdadero y hasta puro (Arrieta, 2017).

El paradigma prohibicionista se basa en el ideal normativo de abstinencia, con la falta de admisión de patrones de consumo diferenciales (Touzé, 2006). El objetivo básico del abstencionismo sería la pretensión de eliminar la droga de la faz de la tierra, como forma de proteger la salud pública (Romaní, 2008).

Los enfoques prohibicionistas que sustentaron la abstinencia como modelo de atención han mostrado serias limitaciones para atender la magnitud de los problemas asociados al uso de drogas: no han logrado disminuir el consumo problemático de drogas y además parecen haber contribuido a la construcción de representaciones sociales negativas sobre las usuarias y los usuarios, que inciden en el sostenimiento de procesos de exclusión social (Galante *et al.*, 2009; Benedetti, 2015). Así, quedan definidos en la condición de “delincuentes-enfermas o enfermos”, y se generan representaciones (personas contagiosas, viciosas, peligrosas en múltiples dimensiones, autodestructivas, inestables, incapaces de cuidar de sí mismos o de otras y otros) que condicionan respuestas estatales coercitivas -como la ley penal o la internación y los tratamientos obligatorios- (Corda, Galante y Rossi, 2014) que tienen por objetivo el logro de la abstinencia.

La condición paradójica reside en que en el ámbito asistencial muchas veces lograr la abstinencia es condición necesaria de inicio del tratamiento. Si a lo largo de un tratamiento una persona consume, se lo plantea como recaída. La misma se homologa al concepto de “recidiva”, que designa la reaparición de una enfermedad algún tiempo después de transcurrido el padecimiento y su cura. En este sentido, una recaída implica pensar linealmente el consumo como una enfermedad. En esta misma lógica, si la cura es la abstinencia, el hecho de que la persona vuelva a consumir la hace ser considerada como alguien que ha vuelto a enfermarse (Benedetti, 2015).

Desde este enfoque, las personas que consumen drogas son vistas como irracionales, producto de haber ido perdiendo la capacidad para controlar sus acciones. Esta idea explicaría por qué las usuarias y los usuarios de drogas continúan sosteniendo una práctica que conlleva sanciones penales y sociales, que además puede exponerlos a distintas situaciones problemáticas en relación a su salud (Benedetti, 2015).

El discurso que emana de la política prohibicionista considera “droga” solo a algunos de los productos psicoactivos existentes, a los que fiscalizan las agencias internacionales, convirtiendo su comercio y su uso en un delito y a sus usuarias y usuarios en delinquentes o, en todo caso, en “enfermas y enfermos bajo prescripción penal”, cuya única posible salida es la abstención total del consumo de la droga de la que se trate (Romaní, 2008).

Es necesario subrayar que el ideal de un mundo sin drogas, subyacente a la abstinencia obligatoria, fomenta barreras para el acceso a los servicios de salud. Los costes financieros y humanos de una política que criminaliza, marginaliza, “patologiza” e “irresponsabiliza” a las usuarias y los usuarios de drogas son demasiado severos (Ralet, 2000).

Entre las consecuencias sangrientas del prohibicionismo se encuentra el desarrollo de un mercado negro controlado por redes ilegales de crimen organizado que disputan mercado, el incremento de la criminalidad, la criminalización de las consumidoras y los consumidores y la circulación de sustancias adulteradas en el marco de la ilegalidad que multiplican su toxicidad (Argandoña Yáñez, 2014; Hari, 2015). El ex juez de la Corte Suprema Eugenio Zaffaroni sostiene: “A estas alturas ya nadie puede negar que la prohibición del tóxico mata más que el tóxico” (Ruchansky, 2015: 14).

La llamada *guerra contra las drogas* fue en realidad más una *guerra para combatir a las personas que usan drogas*, que tuvo un enorme impacto en el funcionamiento de los sistemas de salud, seguridad y justicia y en las cárceles de los países de América Latina. De este modo, se fue conformando hacia fines de la década de 1980 y principios de la siguiente, una matriz “prohibicionista-abstencionista” cuya principal expresión fue la respuesta penal, y sus principales destinatarios, las usuarias y los usuarios de estupefacientes.

Aunque el enfoque prohibicionista-abstencionista no triunfe en la realidad cotidiana al pretender prevenir la llamada *enfermedad social*, sí lo hace discursivamente y en ámbitos precisos: el consumo de sustancias controladas figura un flagelo en el mundo capitalista y resulta un comportamiento *impuro* para las religiones mayoritarias (Ruchansky, 2015). La mayoría de las campañas publicitarias de prevención de corte abstencionista ubican la sustancia como eje central, y así surgen eslóganes como: “Las drogas controlan tu vida”, “No a las drogas, sí a la vida”, “Viaje de ida”, “No te dejes caer en los vicios que quieren aprovecharse de ti”. Allí la persona es vista como una suerte de “títere” que se deja manipular pasiva y dócilmente (Benedetti, 2015).

Entre estas, se destacan las famosas campañas “Sol sin drogas” y “Drogas ¿para qué?”. Íconos de la misma serán sus dos protagonistas, los dibujitos animados de dos jóvenes, Fleco y Male.<sup>3</sup> El abstencionismo fue prácticamente el único modelo de intervención sociosanitaria hasta fines del siglo XX, cuando surgieron algunas experiencias basadas en el modelo de reducción de daños (OAD, 2019).

## 2.2. Reducción de riesgos y daños

Sobre la base de los señalamientos realizados al fracaso de las políticas de matriz prohibicionista-abstencionista, a nivel regional, se ha comenzado a percibir la necesidad de un cambio en los modos de abordar la problemática del uso de drogas. A partir de ciertos intentos de reformas, se observa un incipiente viraje en las políticas públicas de drogas que apuntan a ir superando el enfoque represivo y persecutorio con el que históricamente se abordó la temática (OAD, 2019). En cambio, se considera fundamental el cumplimiento integral de los derechos de las personas con consumo problemático de drogas, en un marco de libertad, respeto y dignidad (OAD, 2019). Según Romani, intentar recuperar la dignidad de las personas que usan drogas implica el reconocimiento de las usuarias y los usuarios de drogas como ciudadanas y ciudadanos como las y los demás (Romani, 2008).

En consecuencia, la reducción de daños surge como una forma de atención alternativa, que propone la disminución de la gravedad de los problemas que se asocian al consumo de drogas (Galante *et al.*, 2009: 113). Estos riesgos pueden ser: de la salud, como la transmisión de enfermedades; sociales, por ejemplo, la estigmatización, la vulnerabilidad social; y legales, como la penalización por la tenencia de estupefacientes (Benedetti, 2015).

Una de sus características distintivas consistió, a diferencia del paradigma prohibicionista-abstencionista, en relegar el logro de la abstinencia como principal objetivo de su acción y proponerse objetivos intermedios, alcanzables a corto y mediano plazo, en una acción sinérgica que finalmente, modificara sustancialmente las conductas de las personas que usaban drogas (Galante *et al.*, 2009; Benedetti, 2015). Podemos ver que dentro de este paradigma se analiza el fenómeno del consumo por fuera de la lógica de curar un síntoma o una enfermedad. Por lo tanto, un tratamiento tiene por finalidad acompañar las decisiones de una persona, incluso si decidiera continuar consumiendo, para orientarlas hacia estrategias de salud y cuidado, tanto dentro del sistema de salud como en otras organizaciones de la comunidad, disminuyendo el umbral de exigencia para acceder a un tratamiento (Alli *et al.*, 2020).

Podemos mencionar entre otros objetivos de estas estrategias el intento por contactar con el máximo número de consumidores, mejorar la calidad de vida de usuarias y usuarios (estado de salud, situación social, etc.) (Grup IGIA *et al.*, 2000),

---

3 De la campaña de prevención “Drogas, ¿para qué?”: <https://www.youtube.com/watch?v=mDENpZ8GOvw>.

adaptar la red de asistencia a las necesidades y demandas para las personas usuarias de drogas, aumentar su posibilidad de acceso al sistema sociosanitario, crear recursos de ayuda para quienes no están en condiciones de iniciar un tratamiento relativo a su consumo, ayudar en la aceptación de los consumos de drogas como una realidad que no dejará de existir e impulsar un conjunto de ayudas sociales que mitiguen la marginalidad y la consecuente exclusión social (Romani, 2008).

Según la Organización de los Estados Americanos (OEA), “La reducción de daños se refiere a las políticas, programas y prácticas que se proponen aminorar los efectos sociales, económicos y sobre la salud asociados con el consumo de drogas legales e ilegales, sin necesariamente reducir el consumo. El objetivo es reducir o modificar las consecuencias en lugar de la conducta de consumir, y es un complemento a las intervenciones de prevención y tratamiento. Se enfoca en cambiar la manera en que los individuos usan drogas y el medio ambiente en donde consumen, partiendo de la idea de que en algunos grupos de personas el consumo de sustancias psicoactivas continuará a pesar de los esfuerzos preventivos y terapéuticos. Se propone disminuir los riesgos inherentes a la adquisición de drogas en el mercado ilegal, al uso y a la abstinencia, y atenuar las consecuencias negativas en la salud de las consumidoras y los consumidores, en su relación con la familia, con la ley, o en su vida laboral, interpersonal o desarrollo educativo” (OEA, 2006: 45).

La reducción de daños parte del supuesto de que el uso de drogas no constituye per se una práctica irracional (Touzé *et al.*, 1999). Siguiendo esta idea, emplear el enfoque de reducción de daños supone efectuar acciones continuas para conocer los significados que tiene el uso de drogas para los sujetos que las consumen, teniendo en cuenta las diferencias entre los distintos grupos sociales y las modificaciones que se producen con el paso del tiempo. El sujeto es definido como activo y responsable por sus prácticas al que tenemos que abrir espacios de escucha y posibilidades para que se pueda preguntar sobre qué le está pasando y qué le pasa con su práctica de consumo (Benedetti, 2015). También es fundamental que las reductoras y los reductores de daños puedan reconocer sus propias representaciones en torno al uso de drogas y pongan en juego sus valores y sus experiencias en el proceso de conocimiento, que se concibe como un espacio de intercambio entre especialistas y usuarias y usuarios (Galante *et al.*, 2009).

En el terreno de la prevención, la reducción de riesgos y daños no se dirige de modo estricto y lineal a la producción de un efecto. En este sentido, no se trata de una lucha o un combate. Cabe destacar la noción de “prevención inespecífica” como una intervención que apunta a algo más que el no inicio o la supresión del consumo. Se debe tomar también la idea de prevención en tanto promoción: de posibilidades, de sentidos, de transformaciones, de fortalecimiento, de escucha, de activación de recursos y alternativas para resolución de problemas; en fin, de construcción de un proyecto vital, entramado contextual y textualmente (Benedetti, 2015).

En Argentina, el enfoque de reducción de daños se implementó como modo de afrontar la alta prevalencia de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre las usuarias y los usuarios de drogas que utilizaban la vía inyectable. Sus intervenciones se centraban en la información y el cambio de actitud de las usuarias y los usuarios de drogas y de sus redes de consumo respecto del uso compartido del material de inyección. A medida que el enfoque de reducción de daños fue desarrollándose en el país, se fueron consolidando algunos conceptos (como la producción colectiva del conocimiento, la relación entre reductores de daños y usuarias y usuarios de drogas, el énfasis en la intervención comunitaria, el trabajo en red) que podrían entenderse como formas de adecuación al nuevo escenario, y como la emergencia del paradigma de la complejidad en la comprensión de los problemas sociales.

Actualmente, la reducción de daños incluye acciones relativas a una variedad de problemas, con mayor énfasis en la intervención comunitaria. En este sentido, los equipos que trabajan con la reducción de daños suelen desarrollar acciones para involucrar a otros habitantes del territorio en el que intervienen (vecinas y vecinos, militantes sociales, instituciones públicas como escuelas y centros de salud) en la transformación de situaciones de padecimiento, reconociendo que este tipo de acciones requiere un gran compromiso intersubjetivo. La ampliación de las acciones en reducción de daños se relaciona con la necesidad de adecuarse a los cambios en los patrones de consumo de drogas y en los paradigmas epistemológicos que transforman los modos de comprender y actuar sobre los problemas sociales (Galante *et al.*, 2009).

El decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) incluye a las intervenciones de reducción de daños como parte de los servicios de salud (Honorable Congreso de la Nación, 2010). Ciertos abordajes institucionales que se alejan del enfoque abstencionista realizan intervenciones desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños, sin ser nombrada como tal por las y los integrantes de los equipos de salud que la llevan a cabo (Alli *et al.*, 2020). El Plan IACOP indica el estricto cumplimiento de incorporar el modelo de reducción de daños, al cual define como: “[...] aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes” (Honorable Congreso de la Nación, 2014: Art. 2).

Romaní destaca el sentido político de hacer reducción de daños. Argumenta que más allá de una mayor eficacia técnica, la reducción de riesgos y daños significa un trabajo de fondo, socialmente más justo; con pretensiones de ir cambiando ciertos entornos, los contextos en los que se producen estos problemas (Goltzman y Amorín, 2013). Significa no sólo revisar el prohibicionismo, sino problematizar formas de intervención y de relaciones de poder jerarquizadas. De este modo asumimos que con la reducción de daños se impulsa la transformación del mundo a partir de situaciones concretas que llevan a cuestionar estructuras. En la misma línea, Paula Goltzman y Eva Amorín advierten que la

racionalidad técnica termina operando a modo de una gestión universal de los problemas que despolitiza lo social y destacan que la estrategia de reducción de daños permite otra ética de relación con el uso de drogas, configurando un campo de posibilidad no prohibitivo (Goltzman y Amorín, 2013).

Nos resulta importante advertir que esta división presentada entre los principales paradigmas (prohibicionismo-abstencionismo y reducción de daños), necesaria a fines analíticos, se presenta en las prácticas de manera combinada y superpuesta; así como encontramos tensiones y diferentes miradas en los discursos que circulan, como en el marco legal que regula los abordajes de los consumos problemáticos, y en los modos de abordajes, incluso muchas veces al interior de un mismo dispositivo.

### **3. TENSIONES ENTRE LOS MARCOS NORMATIVOS VIGENTES EN MATERIA DE DROGAS**

En Argentina, coexisten actualmente marcos normativos contradictorios en materia de drogas; en particular, la lógica impuesta por la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes (Honorable Congreso de la Nación, 1989) aún vigente entra en tensión con los modelos y prácticas propuestos por la LNSM y el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos.

En clara consonancia con los preceptos de la llamada internacionalmente “guerra contra las drogas”, desde 1989 la Ley de Estupefacientes penaliza en Argentina la tenencia de drogas, ya sea para uso personal, microtráfico o narcotráfico. Asimismo, prevé medidas de seguridad curativas para aquellas personas que presenten una dependencia, que pueden redundar en tratamientos compulsivos para personas usuarias de drogas. Se establece así tanto una respuesta punitiva para quienes se consideran infractoras o infractores de un delito por tenencia de estupefacientes, como una respuesta curativa para quienes se considera que portan una patología.

Diversas autoras y diversos autores han investigado sobre los nocivos e ineficaces efectos de las políticas punitivistas hacia las usuarias y los usuarios de drogas (Touzé, 2006; Argandoña Yáñez, 2014; Fusero, 2014; Cunial, 2014; CELS, 2015; Arrieta, 2017). Siguiendo a Alejandro Corda, la respuesta penal ha demostrado ser desproporcionada en cuanto a sus consecuencias. Aquellas personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica, quedan próximas a encarar tareas de microtráfico para su subsistencia. “Dentro de este grupo merece recordarse la situación de las mujeres, en general a cargo de sus hogares, que encuentran en este tipo de delitos alguna forma de paliar tanto su situación económica como las tareas del hogar. En estos casos la repercusión del encierro sobre el entorno se acentúa, en especial respecto de las hijas y los hijos” (Corda, 2012: 50).

En nuestro país, según datos del Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena<sup>4</sup>, hubo un crecimiento exponencial de la cantidad de personas por infracción a la Ley de Estupeficientes vigente, que se incrementó en un 338% en 2019 respecto de 2002. A su vez, la cantidad de personas trans presas por estos delitos aumentó un 445% entre 2015 y 2019; entre personas de otras nacionalidades en contextos de encierro en 2019, el 37% permanecía por tenencia de sustancias.

Según Florencia Corbelle, conocer algunas de estas cifras que surgen de las intervenciones estatales, nos ayuda a divisar el saldo discriminatorio, racista, patriarcal y colonial que dejan las normativas obsoletas como la Ley de Estupeficientes (Corbelle, 2021).<sup>5</sup>

En 2009, el Fallo Arriola impuso un cuestionamiento a la lógica punitivista y terapéutica impuesta por la Ley de Estupeficientes, al declarar la inconstitucionalidad de una ley que ataca la privacidad e intimidad de las personas. Sentenció la no punibilidad de la tenencia de drogas para consumo personal que se realice en condiciones tales que no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros, es decir, cuando no medie afectación de la salud pública (CSJN, 2009). Este fallo propició las condiciones para el reconocimiento de los derechos de las personas usuarias de drogas, que luego se expresó en la garantía del principio de autonomía en el proceso de atención y del respeto de su identidad establecida por la LNSM (Galante *et al.*, 2012).

Un hito en el marco normativo que atañe a las personas usuarias de drogas lo conformó la promulgación y reglamentación de la LNSM, cuyo artículo 4 establece que: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (Honorable Congreso de la Nación, 2010: Art. 4). Esta legislación regula la protección de derechos de las personas con padecimiento mental y consumos de drogas, abogando por un abordaje sanitario y no punitivo de los consumos problemáticos de sustancias. Pondera los procesos de atención ambulatorios, considerando la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, al que se acude cuando se presenta una situación de riesgo cierto e inminente, que en tanto tal justifica -según

---

4 El Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP) es la estadística penitenciaria oficial del país y muestra la evolución y las características de la población privada de libertad en unidades penitenciarias. Depende del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Para acceder a sus informes: <https://www.argentina.gov.ar/justicia/politicacriminal/estadisticas/sneep>.

5 En 2005, se aprobó la Ley 26.052, que abrió la posibilidad de que ciertos delitos de la Ley de Estupeficientes dejaran de ser competencia de las agencias penales federales para pasar a ser de las de cada una de las provincias. Para conocer más sobre las consecuencias de la reforma conocida como “desfederalización” y sus consecuencias, sugerimos la lectura del documento “La estrategia fallida: encarcelamientos por delitos relacionados con estupeficientes en la Argentina” (Corda, 2016).

el caso- la efectivización tanto de internaciones voluntarias como involuntarias. Vela por la garantía del derecho a la salud de las personas usuarias de drogas como cuestión indisociable del respeto por los derechos humanos (Touzé *et al.*, 2012; Fusero, 2014).

En consonancia con esta normativa, cuatro años más tarde la Ley 26.934 crea el Plan IACOP, cuya definición sobre los consumos problemáticos fue citada al inicio de este capítulo. Se establecen como pautas de la asistencia de los mismos el respeto de la autonomía y singularidad de los sujetos, y la observación de sus derechos para evitar la estigmatización. También se promueve la atención en hospitales generales, dando prioridad a los tratamientos ambulatorios frente a la internación e incorporando el modelo de reducción de daños (Honorable Congreso de la Nación, 2014). Promulgada en 2014, aún esta legislación espera su reglamentación.

Otra novedad en la normativa en materia de drogas lo constituyó la sanción de la Ley 27.350 de Cannabis Medicinal, que establece un marco regulatorio para la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y/o paliativo del dolor de la planta de cannabis y sus derivados, promoviendo el cuidado integral de la salud (Honorable Congreso de la Nación, 2017; Fusero, 2017).

En 2021, se creó el Registro del Programa de Cannabis (REPROCANN) para que las usuarias y los usuarios de cannabis, las cultivadoras, los cultivadores y las y los profesionales de la salud puedan inscribir su actividad en un sistema, ahora legal. Se facilita la accesibilidad terapéutica del cannabis, solo para personas que hayan recibido la indicación médica de una o un profesional (Ministerio de Salud, 2021; Torti, 2022). Un año más tarde, se promulgó la Ley 27.669 de Cannabis Medicinal y Cáñamo Industrial (Honorable Congreso de la Nación, 2022) que regula la cadena de producción y comercialización de la planta de cannabis, sus semillas y sus productos derivados para los usos industrial y medicinal, incluyendo la investigación científica.

La multiplicidad de marcos con los que las decisoras políticas y los decisores políticos piensan la cuestión de las drogas impulsa diversas propuestas de modificación. Por un lado, distintas fuerzas políticas hicieron públicos en los últimos años proyectos de modificación a la Ley de Estupefacientes, en la línea de eliminar las llamadas “medidas de seguridad” que contempla dicha normativa (Corda, 2016). Sus distintos matices responden a las diferencias entre apostar a la despenalización (eliminación del carácter prohibido de una conducta determinada, mediante la derogación respectiva de la normativa sancionatoria) del consumo, la tenencia o el autocultivo.<sup>6</sup> En el debate por una nueva política de drogas, se habla también de la “legalización” de determinadas sustancias, las cuales pue-

---

6 Para conocer más sobre el debate en torno a la regulación de las drogas y experiencias al respecto en otros países del mundo, sugerimos el informe “Regulación. El Control Responsable de las Drogas” (Comisión Global de las Políticas de Drogas, 2018): En cuanto a cannabis específicamente, recomendamos el informe “De la punición a la regulación: políticas de cannabis en América Latina y el Caribe” (Corda y Fusero, 2016).

den ser declaradas lícitas o ilícitas. Juan Gabriel Tokatlian (2011) propone que en lugar de debatir la prohibición versus la legalización, hay que introducir la discusión por modelos de regulación (Tokatlian, 2011). En consonancia, Mariano Fusero afirma que dicho modelo demuestra ser el método de control estatal más consecuente con los derechos humanos a tutelar mediante nuestras legislaciones modernas, quitando el monopolio de regulación al narcotráfico, disminuyendo cuantiosamente sus ganancias obtenidas motivo de la clandestinidad de sus operatorias, desmonopolizando su mercado, respetando el derecho de los consumidores al uso de sustancias en respeto a su libertad y autodeterminación, garantizando la calidad de las mismas mediante un control institucional-sanitario, desarrollando políticas de reducción de daños y de vulnerabilidad de los usuarios y prevención en adicciones, disminuyendo visiblemente los índices de conflictividad y violencia social por la disputa del mercado ilegal, eliminando la posibilidad de extorsión policial a consumidores y disminuyendo los índices de corrupción institucional, entre otras (Fusero, 2014).

Por otro lado, existen otra serie de debates que se imponen respecto a los marcos normativos de la cuestión de las drogas: a partir del cuestionamiento que algunos sectores realizan al artículo 4 de la LNSM, promoviendo una ley específica para “las adicciones”, por fuera del enfoque de derechos humanos establecido en esta legislación.

Estos cuestionamientos provienen principalmente de redes de familiares y algunas organizaciones civiles que gestionan comunidades terapéuticas y que encuentran limitaciones para desarrollar prácticas de internación compulsiva de personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. La legislación vigente define las internaciones como “recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios. Sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” (Honorable Congreso de la Nación, 2010: Art. 20). Más aún, en su artículo 7, se considera al consentimiento informado como una parte fundamental de las prácticas terapéuticas, esencial para determinar la intervención de los organismos de protección de los derechos humanos en la atención, especialmente ante las internaciones involuntarias.

Estos lineamientos, a su vez, fueron retomados en el Código Civil y Comercial (Honorable Congreso de la Nación, 2014), modificándose el artículo 482 que originalmente determinaba la posibilidad de una internación involuntaria cuando implicara la “peligrosidad para sí o para terceros”: fórmula que se cambió por la de “riesgo cierto o inminente para sí o para terceros” en la legislación vigente.

Este sucinto panorama sobre las coordenadas normativas en materia de drogas vigentes en Argentina resulta ineludible para una lectura integral sobre las tensiones existentes en el campo. Las contradicciones entre los marcos normativos vigentes se vinculan a los diversos modos de enmarcar la cuestión de las drogas “como un problema de seguridad, de salud pública, de desarrollo y salud social, o como una cuestión que forma parte de la autonomía de los individuos” (Cunial, 2016: 185), traccionado por diversos colectivos con posicionamientos

diversos y que se traduce en la coexistencia de variadas respuestas del Estado para hacer frente al problema del uso de drogas, pensando a la persona usuaria de drogas ilegales ya sea como enferma-paciente, como excluido social, como potencial delincuente, o como sujeto de derechos.

#### 4. ESTIGMA, CRIMINALIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN

Para moralizar, basta con no comprender.  
Gilles Deleuze (2009)

Las drogas existen. A esta altura debería ser una obviedad pero todavía hace falta repetirlo. La posibilidad de pensar un mundo sin drogas pertenece al mundo de las ideas. Los usos de sustancias para usos medicinales, recreativos o religiosos se pueden encontrar en todas las culturas. Incluso existe evidencia para decir que el consumo recreacional de sustancias psicoactivas en animales podría ser bastante más frecuente de lo imaginado.<sup>7</sup>

Sin embargo, las drogas representan lo “malo”, lo “dañino”, lo “peligroso” y “perjudicial” en nuestra sociedad. Es por eso que cualquier uso que haga una persona de una sustancia psicoactiva deviene fácilmente bajo la etiqueta de “delincuente” “drogadicta o drogadicto”. Pareciera irrelevante si es la primera vez que esa persona consume, si lo hace de manera ocasional o continua, el contexto en el que realiza ese consumo, las prácticas de cuidado que toma o no, las motivaciones que tiene y cualquier otra dimensión que se podría abrir en clave de pregunta. Aparece una etiqueta que sirve de “presentación”. La etiqueta, médica o jurídica, dirá que la persona que consumió una sustancia será una persona (drogadicta o delincuente) potencialmente peligrosa (Becker, 2009).

El estigma, según como lo define Erving Goffman, es un atributo negativo que establece una distinción entre las personas que poseen dicha condición y las que no, favoreciendo situaciones de rechazo, desprecio y discriminación (Goffman, 2001).

A partir de eso, se erigen las estrategias estatales que legitiman el control de tal desviación desde la medicalización para los primeros y el uso del derecho penal para los segundos. En tal sentido, las disciplinas médicas y jurídicas han sido las representantes idóneas de la ciencia positiva para dominar el cuerpo y la conducta social con el miedo de la sociedad como principal herramienta estatal para controlar. La criminalización y patologización de las personas que consumen sustancias psicoactivas ha generado un estereotipo negativo de peligrosidad hacia ellas, señaladas por el poder punitivo prohibicionista como “delincuentes marginales” (INADI, 2008). Así la homologación del consumo de sustancias

---

7 Carneros que consumen líquenes con propiedades alucinógenas, monos que comen el fruto de la marula y se embriagan, mandriles que consumen raíces con propiedades alucinógenas, cabras que consumen árboles con propiedades estimulantes son solo algunos de los múltiples estudios que se encuentran sobre animales que consumen sustancias (Arrieta, 2017).

con la idea de peligrosidad (para sí o para otras personas) favorece estrategias filantrópicas y morales de tutelaje y control. Dichas perspectivas, criminalizadoras y patologizantes, favorecen procesos de encierro, pérdida de derechos ciudadanos y discriminación.

**“Link & Phelan (2001) argumentan que el estigma es el resultado de un proceso que involucra cinco componentes interrelacionados entre sí, los cuales incluyen, en primer lugar, el etiquetamiento de las personas debido a sus diferencias; en el segundo, la construcción de estereotipos sociales para los etiquetados de acuerdo con características indeseables; en el tercero hay una separación entre quienes llevan consigo la marca de la etiqueta y los que no; en el cuarto, debido al etiquetamiento se produce la pérdida de la condición de sujeto, lo que da lugar a situaciones de discriminación, devaluación, rechazo y exclusión; y por último, en el quinto componente, se presenta un ejercicio desigual del poder entre los que estigmatizan y los estigmatizados” (Tirado Otálvaro, 2018: 11).**

Señala el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) que las personas: “son estigmatizadas, estereotipadas, desocializadas, penalizadas, segregadas por un sistema criminalizante que es inconstitucional, ineficaz, violatorio de los derechos humanos y causante de mayores daños que los que supuestamente se encontraba llamado a paliar” (INADI, 2008: 3).

En el campo de las drogas, principalmente son cuatro los estereotipos que circulan socialmente (Touzé, 2019):

1. La asociación del concepto “droga” a lo ilícito y dañino.
2. La fetichización de la sustancia. La misma es presentada como si fuera un sujeto, en lugar de un objeto inanimado, capaz de atacar, perseguir, atrapar.
3. La explicación de la conducta como una práctica de oposición a las normas sociales, muchas veces ligado a la juventud.
4. Un estereotipo ligado a la imagen de la persona que usa drogas como un adicto crónico, con conductas autodestructivas y peligrosas.

Entre las consecuencias de la criminalización y la patologización, ligadas también al estigma que se construye sobre las personas que consumen sustancias se encuentran: las múltiples barreras de accesibilidad con las que se topan para acceder a prácticas de atención y otras ligadas al tipo de respuesta que reciben en los tratamientos. Tanto en lo que refiere a la justificación de tratamientos forzados, a pesar de que el consumo de drogas raramente vuelve a una persona

incapaz de hacerse responsable de sus actos, como en lo que refiere a la prescripción excesiva de psicofármacos o la ausencia de medicación sustitutiva que minimice los efectos de la abstinencia. También, en nombre del tratamiento, se realizan trabajos forzados, abusos verbales, ejercicios de tipo militar. Conviene resaltar que las condiciones en las que las personas se bañan, comen o duermen en muchas instituciones de “tratamiento” distan mucho de reunir las condiciones mínimas de un trato humano (CELS, 2015; Galfré, 2017).<sup>8</sup>

#### 4.1. La medicalización de la otredad

Desde finales del siglo XIX la producción científica local, en sintonía con la internacional, se orientaron hacia las problemáticas del orden social asociadas a los estados-nación. Los inmigrantes, las huelgas obreras y el movimiento anarquista fueron identificados por las élites morales como los focos epidemiológicos de desorden e insalubridad criminal (Melossi, en Corbelle, 2016). El higienismo, la epidemiología, la infectología, las teorías degenerativas, biologicistas y toda una serie de teorías de raigambre positivista abordaron el problema de la delincuencia y la transgresión como un problema de anormalidad patológica (Corbelle, 2016: 65).

Las epidemiologías clásicas y nosologías psiquiátricas (herederas de las experiencias de Jean-Étienne Dominique Esquirol, Wilhelm Griesinger, Emil Kraepelin) entendían las enfermedades mentales como afecciones intrapsíquicas, de naturaleza individual, biológica y ahistórica (Augsburger, 2004). Estas concepciones potencian abordajes individuales que desconocen la historia, los contextos y las múltiples relaciones que se ponen en juego en los padecimientos subjetivos. Esquirol daba cinco razones centrales para la internación y el aislamiento la enferma o el enfermo: garantizar la seguridad personal a la enferma o el enfermo, de su familia y la sociedad; liberar a la enferma o el enfermo de influencias del exterior; vencer sus resistencias; someterlo a un régimen médico terapéutico hospitalizándolo; imponerle nuevos hábitos morales e intelectuales (Galende, 2015). Las coincidencias con los debates actuales son visibles. El problema de la toxicología no fue una excepción. Compartida como campo de estudio de la psiquiatría y la criminología, esta novedosa clasificación se nutrió de concepciones francesas de enfermedad mental y de estudios italianos sobre criminología y medicina legal. Por eso es caracterizada como “una enfermedad mental, degenerativa, propia de caracteres débiles con déficit de voluntad que, al mismo tiempo, era fuente de desorden social y criminalidad” (Weissmann, en Corbelle, 2016), que era preciso encerrar y aislar para evitar el contagio por imitación o sugestión. “En adelante, el ‘drogadicto’ pasaría a ser considerado un ‘enfermo’, ‘la droga’ un ‘virus’ o ‘epidemia’ y el consumo de drogas una enfermedad infec-

---

8 En el marco de las barreras de acceso y del tipo de tratamiento que reciben las personas que consumen sustancias psicoactivas y también de las dificultades que presenta el Estado para regular y auditar dichos centros de salud por motivos en los que profundizaremos luego, son habituales las noticias que dan cuenta de malos tratos, torturas e incluso fallecimientos que se dan en instituciones de “tratamiento” para los consumos (Rubel et al., 2022).

tocontagiosa que creaba dependencia y exigía el aislamiento y la atención terapéutica del infectado (Del Olmo, 1989; González Zorilla, 1987; Romani, 1997) (Corbelle, 2016: 71).

Graciela Touzé refiere que fue la medicina quien definió la conducta “desviada”, el análisis médico quien vino a determinar lo que antes, según los discursos religiosos, era considerado pecaminoso o inmoral, y la rehabilitación médica la que supo reemplazar el castigo (Touzé, 2006). A este proceso por medio del cual gran parte de situaciones que antes no eran definidas como problemas médicos comienzan a ingresar a la jurisdicción de la medicina se lo conoce como *medicalización* (Iriart, 2014). Así, la medicina se fue conformando como una estrategia biopolítica que, al desplegar y expandir su dominio hacia cuestiones distintas de la enfermedad, se dedicó a una multiplicidad de cuestiones que hacen a la constitución, normalización y control del cuerpo, ya sea individual o social. Como parte de esto, la medicina se adjudicó el estatuto de influir en la moralidad y de presentar sus valores científicos y profesionales como los deseables para el comportamiento de todas y todos.

La imbricada relación entre salud y moral, que en relación a los consumos se ve con especial claridad, queda de manifiesto en el trabajo sobre la etimología de la palabra terapéutica realizado por Michel Foucault, en el cual refiere que *therapeuein* posee tres determinaciones: la cura médica, la obediencia y el culto: “En griego, *therapeuein* quiere decir tres cosas.

Quiere decir, por supuesto, realizar un acto médico cuyo objetivo es curar, sanar; pero *therapeuein* también es la actividad del servidor que obedece órdenes y sirve a su amo; y por último, *therapeuein* es rendir un culto” (Foucault 2009: 110).

## 4.2. Adicción, dependencia y consumos problemáticos, ¿Es lo mismo?

“*Addictus*” era, según el derecho romano, una forma particular de esclavitud. Refería a quien había sido un hombre libre y, a causa de deudas, era adjudicado a otra persona mediante un acto legal (en principio temporalmente, por sesenta días, pero si no podía saldar la deuda la adjudicación podía ser permanente). El prestador podía disponer del trabajo del esclavo hasta saldar la deuda o venderlo para pagarse. Existe una falsa etimología, usada como metáfora en algunos discursos medicalizantes, que plantea que la palabra adicto se compone de la partícula negativa “a” y “dicto” (dicho en latín). Lo que podría leerse como quien no dice. Así la persona adicta es presentada como alguien que no puede o no sabe expresar. No deja de llamar la atención la desviación histórica del sentido: de aquella persona despojada de su libertad en un acto jurídico a otra que se caracteriza por una incapacidad.

El origen de la categoría de adicción, en el marco de un enfoque biomédico, enfatiza el carácter crónico y patológico de la conducta. Algunos autores han problematizado la categoría de adicción tratando de, sin abandonar el concepto, poner de relieve algunas otras aristas en su definición. Así, Ignacio Lewcowitz sos-

tiene que las adicciones son tipos subjetivos constituidos en la sociedad actual y que su existencia como categoría identitaria es posible porque somos parte de una sociedad en la que el consumo es promovido e incentivado. Lo que favorece que se construya una subjetividad adictiva (Lewcowitz, 2009). Por su parte, Romaní define a las adicciones como el conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas, pero cuyo problema principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas sustancias (Romaní, 2008). Existen diversas maneras de nombrar las relaciones que las personas pueden establecer con las sustancias y que enfatizan distintas dimensiones. Una primera definición clásica diferencia:

- **Uso:** utilización de sustancias de forma medida. Los usos pueden ser de diversos tipos: experimental, ocasional, habitual.
- **Abuso:** implica un consumo que presenta una intensidad en el uso, sea por la frecuencia de su periodicidad o por la cantidad que se consume esa vez particular. Existen consumos episódicos excesivos o abusos más crónicos.
- **Dependencia:** pauta de comportamiento caracterizada por la priorización del consumo de una sustancia particular frente a otras conductas cotidianas, por la aparición de síntomas de abstinencia ante la privación, intentos reiterados por interrumpir o detener el consumo y por la imposibilidad de la persona de controlar su consumo.

En los manuales diagnósticos más usados (DSM o CIE) existen diversas clasificaciones sobre los llamados “trastornos por consumo de sustancias”. Allí podremos encontrar: criterios para la dependencia, para el abuso, para la intoxicación y para la abstinencia por uso de sustancias. Sin pretender desconocer la perspectiva biomédica y las fundadas críticas que se pueden hacer sobre los manuales diagnósticos psiquiátricos, conviene resaltar que el DSM IV-R establece que el término “abuso” debería aplicarse solamente a un patrón de consumo de sustancias que cumple los criterios para este trastorno y no debería utilizarse como sinónimo de “consumo,” “mal uso” o “consumo peligroso”.

En la actualidad, en el marco de la LNSM y el Plan IACOP, se propone la categoría de “consumos problemáticos”. La misma, como ya hemos desarrollado, hace hincapié en el carácter situacional y relacional de las formas de consumir y propone abordar integralmente el vínculo entre sujeto, sustancia y contexto, desde un enfoque de derechos.

Sin embargo, en los discursos y en las prácticas actuales no dejan de encontrarse efectos de los procesos de medicalización que se encuentran en tensión con las lógicas propuestas por la LNSM y la perspectiva de los consumos problemáticos: principalmente podemos resaltar las ideas de recaída, adherencia y conciencia de enfermedad. Tal como hemos planteado más arriba, la “recaída” se

encuentra homologada al concepto de “recidiva”, que designa la reaparición de la enfermedad tiempo después de transcurrida su cura. En este sentido, una recaída implica pensar el no consumo como estado de salud y homologa cualquier consumo con un consumo problemático. El artículo 7 de la LNSM, al establecer el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable, claramente entra en tensión con esta perspectiva.

En relación a la idea de adherencia, en general la misma se entiende como la capacidad de incorporar las recomendaciones o “indicaciones” profesionales y de mantener la continuidad del proceso terapéutico. Sin embargo, en el marco de los abordajes a los consumos se suelen poner de manifiesto algunas otras ideas asociadas. Para empezar, al abordarlo como una capacidad de la persona suele responsabilizar, exclusivamente, a quien consulta por el “éxito” o el “fracaso” del tratamiento. La pregunta está en si la persona adheriría o no, no en la propuesta o el modo de atención. Pero, además, como parte de una herencia medicalizante de los consumos, la idea de adherencia suele abordar el proceso con dos supuestos: la no distinción entre momentos problemáticos de los consumos y momentos no problemáticos y la idea de que la continuidad de los cuidados se da exclusivamente en dispositivos sanitarios. Sobre ambas cuestiones profundizaremos cuando desarrollemos los modelos de abordaje.

Por último, en el marco de perspectivas no medicalizantes que abordan a las personas como seres capaces de decisión y de responsabilidad, también suelen encontrarse recomendaciones que discuten con la idea de conciencia de enfermedad. Dice Clarissa Terenzi Seixas: “Cuando no reconocemos en el otro a un ser deseante que apuesta a otros modos de vida, que tiene deseos y proyectos diferentes a los nuestros y a aquellos determinados por las “buenas prácticas”, a veces los profesionales diseñamos planes de cuidado ineficaces, proyectamos prescripciones que muchas veces no son seguidas, criminalizando los deseos. Así, nuestras acciones hacen eco en el vacío, y nuestra propia voz reverbera sin que exista alguien que escuche” (Seixas *et al.*, 2016: 118). Por lo cual, algunas veces la “falta de conciencia de enfermedad” también podría pensarse como abordajes tutelares y moralizantes que pretenden ir contra los intereses y los deseos de otra persona.

### **4.3. ¿Un problema de salud pública?**

Sin embargo, el consumo de sustancias no ha sido un problema durante la mayor parte de la historia humana. ¿Lo es hoy? Según las estimaciones del “Informe Mundial de las Drogas” alrededor del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez durante el último año; mientras que el 13% del total de quienes utilizan drogas, sufre trastornos por su consumo (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2021).

Pero si no se refiere a un dato epidemiológico, ¿a qué responde la idea tan instalada en el sentido común de que las drogas son sustancias peligrosas que deben ser prohibidas y perseguidas? Dice Antonio Gramsci, en sus *Cuadernos de la cárcel*, que el sentido común es la concepción del mundo absorbida acrítica-

mente por los diversos ambientes sociales en los que se desarrolla la individualidad moral del hombre medio. Y dice: “El “sentido común” de una sociedad determinada, está hecho de la sedimentación de diversas concepciones del mundo, de tendencias filosóficas y tradiciones que han llegado fragmentadas y dispersas a la conciencia de un pueblo. De ese ‘sentido común’ se tomarán referencias y ordenamientos que justifiquen o reprueben los actos de la vida pública y privada. [...] El sentido común dominante es el sentido común de las clases dominantes” (Gramsci, 1984: 26). Conviene, entonces, desandar el camino hasta retroceder algunos años para comprender el momento en el que las sustancias psicoactivas se convirtieron en un “problema” y nació “la guerra contra las drogas”.

**“El régimen internacional para la fiscalización de sustancias psicoactivas, más allá de toda raíz moral o incluso racista que hubiera podido tener en sus inicios, es ante todo un sistema que refleja la geopolítica de las relaciones Norte-Sur en el siglo XX. En efecto, los controles más estrictos se impusieron a sustancias orgánicas –el arbusto de coca, la adormidera y la planta de cannabis– que suelen ser parte de las tradiciones ancestrales de los países de los que proceden estas plantas, mientras que los productos culturales del Norte, el tabaco y el alcohol, fueron ignorados y las sustancias sintéticas producidas por la industria farmacéutica del Norte quedaron sujetas a regulación en lugar de prohibición” (Global Drug Policy Observatory, 2014: 9).**

#### 4.4. ¿Un problema de seguridad nacional?

En 1925, en Ginebra se firmaron los primeros acuerdos sobre fiscalización de estupefacientes impulsados por las influencias del sanitarismo europeo (Touzé, 2006). A partir de 1961, como resultado de una gran presión de los Estados Unidos, muchos países acabaron firmando el Convenio Único de Estupefacientes de 1961, en Viena, y una serie de convenios internacionales que fueron ampliando el espectro internacional de regulación: la “Convención sobre Sustancias Psicotrópicas” de 1971 y la “Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas” de 1988, que terminaron configurando la política internacional que denominamos como “prohibicionista” (Romani, 2008; Ruchansky, 2015).

Si bien podemos encontrar antecedentes aislados de persecución a prácticas de uso de drogas<sup>9</sup>, podemos ver cómo esta comenzó a ser definida como un problema que requería ser enfrentado recién en la segunda mitad del siglo XIX. En este período de la historia se da el pasaje de la práctica social del consumo

9 Entre estos se pueden mencionar la persecución a los cultos báquicos, la “caza de brujas” en el medioevo, asociadas al uso de sustancias psicoactivas (Touzé, 2006) así como la prohibición que se produjo el 20 de mayo de 1616 para el uso de yerba mate por el entonces gobernador de Buenos Aires, Hernando Arias de Saavedra porque consideraba su uso un mal hábito.

de sustancias psicoactivas -integrada socialmente-, a ser vista como delito-enfermedad, considerada como desvío y controlada sucesivamente por distintas agencias (Touzé, 2006). Lo que anteriormente había sido concebido como una práctica social se convirtió en un delito de carácter planetario.

#### **4.5. Geopolítica y drogas. Racismo, criminalización y control social**

Los cuatro puntos cardinales son tres: el norte y el sur.  
Vicente Huidobro (1931)

La criminalización de algunos consumos, y su posterior persecución y prohibición, que devienen en estrategias de exclusión con argumentos sociales y de salud pública, comenzó a finales del siglo XIX con una verdadera cruzada moral. En ese momento, las élites de dirigentes de los Estados Unidos se propusieron controlar la producción y venta de ciertas drogas. Élites blancas, anglosajonas y protestantes.

Las drogas que hacían sonar sus radares eran consumidas por minorías étnicas o inmigrantes. El opio que consumían los chinos, la marihuana de los mexicanos, la cocaína de los negros del sur e, incluso, el alcohol de los irlandeses (Martínez Oro y Pallarés Gómez, 2013). La idea de peligrosidad sobre la sustancia maridaba perfectamente con el racismo de una parte de la población estadounidense, que tuvo entre sus más destacados portavoces a Harry Anslinger -director de la Agencia Federal de Narcóticos durante 32 años (1930-1962) y representante en la Comisión de Estupefacientes de la ONU-, quien impulsó una serie de normativas que institucionalizaron el racismo, la criminalización y la prohibición. Esto se dio no solo a nivel local en Estados Unidos, sino que estos empresarios morales (Becker, 1963) se encargaron de expandir su cruzada a lo largo de occidente a través de conferencias internacionales y promotores locales (Sánchez Antelo, 2012; Corbelle, 2016).

En Argentina, el diputado radical y médico higienista Leopoldo Bard fue uno de los primeros y principales voceros de las políticas estadounidenses. Bajo la influencia de políticas positivistas e higienistas presentó, y logró que se sancione, la primera ley penal de drogas en el país en 1923. Esta ley modificó el código penal e incluyó multas y prisión a quienes tuviesen drogas en su poder, o vendiesen narcóticos sin receta. En 1926, por medio de la Ley 11.331, se penalizó a quienes tuviesen drogas en su poder y no justificasen su posesión o tenencia.

Años más tarde, durante la dictadura de Juan Carlos Onganía (1966 a 1970) se introdujo mediante dos reformas legislativas el modelo represivo-terapéutico. Con ello psiquiatras, médicas y médicos legistas, toxicólogas y toxicólogos adquirieron un rol protagónico ya que comenzaron evaluando a las personas detenidas por la policía y elaboraban informes periciales para una cantidad creciente de causas civiles y penales, atendiendo después la demanda de crear centros especializados para la atención de "adictas o adictos" (Corbelle, 2016). La modificación del Código Civil establecía que el agente de policía tenía facultades para solicitar internaciones y proceder a hacerlas, siempre que algún juez hiciera

lugar a la solicitud. El ciclo lo completaba el manicomio. En la década de 1970 la asociación entre drogas y subversión resultó provechosa para los objetivos políticos del ministro de Bienestar Social, José López Rega, al legitimar la persecución de sus enemigos políticos (Weissmann, 2005) y favorecer la “necesidad de más seguridad”.

Para el gobierno, el control del tráfico y el consumo de drogas eran un asunto de seguridad y defensa nacional. Es en ese contexto que se da, en 1973, la creación del Centro Nacional de Reeducción Social (CeNaReSo) en el ámbito del Ministerio de Bienestar Social de la Nación.



El documental *Una historia de la prohibición* (Rieznik y Suppa Altman, 2020) describe con perspectiva histórica hitos del prohibicionismo, la persecución a otros modelos de abordaje de los consumos a nivel mundial, las restricciones sobre los cultivos de opio, coca y cannabis; y a la intervención de Estados Unidos en Latinoamérica.

<https://play.cine.ar/INCAA/produccion/6449>

En 1989, con la sanción de la Ley 23.737, de modificación del Código Penal, se profundizó la mirada de lo asistencial íntimamente ligada a lo judicial, que tuvo como resultado la creciente derivación por vía judicial de personas con motivo de la aplicación de la medida de seguridad curativa prevista por esta legislación penal (Honorable Congreso de la Nación, 1989). De esta manera, se consolidó un “dispositivo policial-judicial-sanitario” (Epele, 2010: 181) con un claro objetivo abstencionista: la cárcel y el tratamiento obligatorio se convirtieron en los instrumentos apropiados para hacer frente al problema. En su “guerra contra las drogas” el sistema penal -las fuerzas de seguridad, los servicios penitenciarios, el Poder Judicial- es responsable de graves violaciones a los derechos humanos (CELS, 2016).

En la actualidad, si bien podemos situar una crisis del prohibicionismo desde comienzos del presente siglo -en tanto hoy se disponen de mayores datos y evidencias en torno a las consecuencias indeseables que trajo aparejada la guerra contra las drogas (Arrieta, 2017)-, no podemos dejar de resaltar la vigencia de la estrategia prohibicionista y su efectividad para determinados grupos de poder.

Como podemos ver, desde principios del siglo XX la consolidación de la “guerra contra las drogas” logró sus principales objetivos al expandir la estigmatización y represión sobre las minorías raciales y las poblaciones empobrecidas; y favorecer la vigilancia e intervención de los países del Sur por parte de los poderes del Norte (Argandoña Yáñez, 2014).

## 5. APORTES DE LA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL PARA REPENSAR LOS USOS DE DROGAS

Al abordar los procesos de estigmatización, medicalización, criminalización y encarcelamiento a personas usuarias de drogas, enfatizamos en cómo estos procesos impactan diferencialmente en determinados grupos sociales: sectores populares, migrantes, mujeres e identidades feminizadas, entre otros. Consideramos que la perspectiva de la interseccionalidad aporta a la aprehensión de la complejidad de las identidades sociales y la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas (Crenshaw, 1991; Viveros Vigoya, 2016). Originaria del campo de los estudios feministas, contribuye al campo de la salud pública y la salud colectiva (Couto *et al.*, 2019).

Situándonos desde el enfoque de la interseccionalidad, podemos pensar cómo, por ejemplo, en cierta práctica de consumo de sustancias psicoactivas interactúan entre sí en determinado contexto específicas múltiples formas de opresión vinculadas a la clase social, el género, la etnia, la edad, la orientación sexual, el padecimiento psíquico, entre otras dimensiones. Al superponerse, emergen patrones distintos de riesgos y resiliencia a las enfermedades (Couto *et al.*, 2019) que es necesario tener en cuenta desde su particularidad y singularidad.

La perspectiva interseccional invita a sostener una posición atenta para captar las articulaciones entre aquellos ejes de opresión que se muestran relevantes en determinados contextos históricos, socioculturales y políticos (Marques y Couto, 2020). Los análisis de las inequidades en salud reducidos a un único determinante serían considerados inadecuados para comprender las múltiples dimensiones que están en juego, conformando e influenciando las posiciones sociales y las relaciones de poder. María Teresa Climent Clemente y Marta Carmona Osorio señalan la importancia de analizar cómo los privilegios y vulnerabilidades en juego en cada contexto sociocultural particular se reactualizan en forma específica en la vida de las personas (Climent Clemente y Carmona Osorio, 2018). En cuanto a nuestro campo de estudio, María Epele señala cómo el dispositivo policial, judicial y biomédico sobre las personas que consumen sustancias recae con mayor fuerza en poblaciones signadas por la vulnerabilidad social, en vinculación con las economías de la marginación y las estrategias de criminalización (Epele, 2008, 2010, 2013; Di Leo y Camarotti, 2017). En estos contextos no puede eludirse del análisis “la mala calidad de las sustancias, las fragilidades corporales relacionadas con la cronificación de la pobreza, las características de la criminalización y represión del consumo, los tipos de tratamientos disponibles, los modos de participación directa e indirecta de los usuarios/as en actividades ilegales y los procesos y lógicas de violencia a las que se ven sujetos” (Epele, 2008: 79), comprometiendo el ejercicio del derecho a la salud y de la ciudadanía por parte de las usuarias y los usuarios.

Otras investigaciones analizan los diferenciales que presentan las representaciones y los usos de drogas según géneros; los consumos de mujeres e identidades feminizadas suelen estar invisibilizados y cargar con una mayor estigmatización, en tanto se alejan de las expectativas asignadas a su rol de género. Por

este motivo, son rechazadas y doblemente estigmatizadas: por romper con el modelo clásico de “identidad femenina” construida e idealizada. Si, además, las mujeres utilizan sustancias ilegales, el rechazo es mayor por su acercamiento a la ilegalidad, y se vuelven objeto de una penalización moral y social por esa trasgresión (Romo Avilés, 2005; Moraes, Castro y Petuco, 2010; Parga, 2017; Diez *et al.*, 2020). El escenario se complejiza aún más cuando analizamos las cotidianidades y las experiencias, sentidos y emociones de las mujeres madres usuarias de drogas ilegales (Castilla y Lorenzo, 2012).

Nuria Romo Avilés señala que en las últimas décadas se vienen observando dos tendencias que permiten hablar de una “feminización del uso de drogas”: una es la disminución de la distancia que separaba a varones y mujeres en el uso de drogas ilegalizadas en las edades más jóvenes, y otra, un aumento progresivo del uso de drogas legalizadas entre las mujeres y en algunos grupos de edad (Romo Avilés, 2005).

Los costos mayores que acarrear las mujeres e identidades feminizadas usuarias de drogas se traducen, entre otras dimensiones, en barreras simbólicas para el acceso a espacios de atención y cuidado. Por ejemplo, en nuestro país, según el relevamiento en líneas telefónicas de organismos públicos de atención y asesoramiento ante problemáticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas realizado por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en 2020, la mayoría de las consultas telefónicas atendidas a través de la línea 141 dependiente de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) fueron realizadas por mujeres (65,5%). Sin embargo, solo el 8% de las mujeres que consultaron lo hicieron refiriéndose a sí mismas (OAD, 2020).

Por otra parte, el “Informe Mundial sobre Drogas” y el “Informe sobre el consumo de drogas en las Américas” describen modificaciones en los patrones de consumo de sustancias: no sólo la brecha de género asociada al uso de drogas se está cerrando en muchos países, sino que se señala el inicio del consumo de drogas a edades más tempranas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2019).

En nuestro país, en 2014 la Dirección Nacional de Salud Mental señalaba como uno de los problemas con mayor relevancia la situación de niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de sustancias psicoactivas (Barcala y Luciani Conde, 2015). A partir de la falta de dispositivos de atención a las problemáticas de consumo para esta población (Ministerio Público de la Defensa, 2015, 2020; Folgar, 2016), se sucede una mayor derivación de la misma al ámbito penal (Pawlowicz *et al.*, 2011). En la Ciudad de Buenos Aires, según el informe de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 de la Ley 26.657, en el año 2014 una de cada tres internaciones de niñas, niños o adolescentes se indicaba por motivo de consumo problemático y el 45% había tenido ya internaciones previas (Ministerio Público de la Defensa, 2015), en un contexto de falta de dispositivos públicos adecuados para el abordaje del consumo problemático

de sustancias psicoactivas en niñeces y adolescencias (Ministerio Público de la Defensa, 2020), consolidando la vulneración de derechos de este colectivo poblacional.

La revisión de algunas de las investigaciones situadas, en contextos específicos, nos convoca, no a realizar una sumatoria de las dimensiones que dan cuenta de las diferencias y desigualdades existentes en torno a los usos de drogas, sino a considerar las posiciones y clasificaciones sociales de manera relacional, complejizando los enfoques que intentan reducir las experiencias de los sujetos bajo el lente de una sola categoría (Magliano, 2015). El análisis interseccional capta varios niveles de diferenciación que producen diferentes desigualdades. Nos invita a reconocer la naturaleza multidimensional y relacional entre los marcadores de diferenciación social y la forma en que estos crean lugares sociales atravesados por relaciones de poder sobrepuestas en sistemas de discriminación y subordinación (Couto *et al.*, 2019).

## **6. ABORDAJES PARA Y CON PERSONAS USUARIAS DE DROGAS EN EL TERRITORIO NACIONAL**

En Argentina, la complejidad del campo de las drogas está signada -entre otras dimensiones- por la pluralidad de poderes y sectores que tienen injerencia en la heterogénea oferta de espacios de atención a personas usuarias de drogas: el sistema de salud, la SEDRONAR, el Poder Judicial, el Ministerio de Desarrollo Social, múltiples organizaciones de la sociedad civil, entre otros. En lo que respecta al sistema de salud, allí se encuentran las diversas prácticas que corresponden a los tres subsectores: el privado, el de las obras sociales y el público, a su vez dividido en los ámbitos nacional, provincial y municipal. En el complejo submundo de las organizaciones de la sociedad civil, nos encontramos con un amplio espectro, que incluye a aquellas pertenecientes a sectores religiosos, a aquellas ligadas a movimientos sociales, entre otras (Touzé, 2006; Corda, Galante y Rossi, 2014; Corbelle, 2021). En el Gráfico 2 ilustramos la heterogeneidad y fragmentación de actores y sectores anteriormente descripta.

La situación general de los territorios y distintas jurisdicciones del país a la hora de pensar el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias es muy disímil. Frecuentemente se encuentran múltiples actores provenientes de diferentes efectores socio-sanitarios trabajando de forma simultánea en la dimensión asistencial del problema en distintas claves terapéuticas, y otros actores o sectores del Estado o de la sociedad civil desde una mirada preventiva y promocional de la salud.

Distintas gestiones fueron implementando diferentes estrategias y formas de abordajes, generando dispositivos que, con el paso del tiempo, se fueron superponiendo, cambiando sus funciones, modificando sus recursos, padeciendo desarticulación institucional, generando acciones fragmentadas. Esta multiplicidad, dispersión de los recursos en los territorios y, en muchos casos, limitaciones por parte del sistema sanitario, hace que la comunicación, el entendimiento, los acuerdos y la complementariedad de los distintos dispositivos sea un trabajo,

sino inexistente, difícil de realizar o meramente sostenido por vínculos o acuerdos interpersonales (Ministerio de Salud, 2022).

Gráfico 2: Multiplicidad de actores y sectores involucrados en la atención de los usos de drogas en Argentina



Fuente: Elaboración propia.

Un sistema debería ser un conjunto de elementos organizados y relacionados entre sí para lograr un objetivo. Sin embargo, como ya hemos planteado, en lo relativo al abordaje de los consumos problemáticos de sustancias nos encontramos con un cúmulo de elementos heterogéneos y fragmentados, entre los cuales encontramos no sólo múltiples organismos de aplicación o modelos de atención, sino también teorías, especialistas, prácticas y formas de representar el problema (Pawlowicz *et al.*, 2011). Al tiempo, y muchas veces en paralelo, que la legislación establece la atención de las personas en cualquier dispositivo de salud, se encuentra la “rectoría” de la SEDRONAR (y su propia red de dispositivos), la descentralización del Sistema de Salud Nacional con la compleja superposición de efectores nacionales, provinciales y municipales) e históricos dispositivos de la sociedad civil o eclesial que atendían a las personas antes que la LNSM o la creación de dispositivos de la SEDRONAR, en 2014, abrieran otras posibilidades. En ese contexto, resulta complejo responder a la pregunta de quién podría o debería ordenar dichas prácticas.

Hacer un mapeo de dispositivos para analizar la atención de las personas que usan drogas permite, casi, tantas clasificaciones como se pretenda con la dificultad agregada que, al responder a organismos distintos, no se podría hacer una lista exhaustiva, en tanto aún no existe el Registro Permanente de Efectores que establece el Plan IACOP o algún otro registro similar.

Habiendo analizado algunas coordenadas del complejo mundo de prácticas que se entrecruzan en el campo de atención a las personas que usan drogas, en las próximas páginas describiremos algunos de los abordajes con mayor alcance en el territorio nacional. Luego, nos interesará reponer algunos elementos para el debate sobre otros modos posibles de repensar los criterios de organización en clave de un sistema integrado de salud, que responda -más que a la forma o dependencia de los dispositivos- a la circulación de las personas por las redes de atención-cuidado desde un enfoque de derechos.

### 6.1. Comunidades terapéuticas

Caracterizar la modalidad de tratamiento conocida como *comunidad terapéutica* no resulta una tarea sencilla en tanto se destaca una variedad de configuraciones de diversa índole que incluso llegan, en algunos casos, a presentar criterios contrapuestos. De todas maneras, resultan un actor ineludible en lo que respecta a los abordajes de los consumos problemáticos, dado que, por mucho tiempo, se constituyeron como un actor central, y muchas veces el único, capaz de dar una respuesta efectiva.

En la actualidad existen comunidades con diversos criterios: abiertas y cerradas, que trabajan o no lo hacen con personas con padecimiento subjetivo; exclusivas para determinadas poblaciones (niñas y niños, adultas y adultos, mujeres, hombres); religiosas y no religiosas, que cuentan entre su personal o no lo hacen con profesionales (Corda, Galante y Rossi, 2014; Garbi, 2012, 2020). En líneas generales, se trata de dispositivos de tipo residencial que intentan modificar la "personalidad adictiva" de las usuarias y los usuarios de drogas a través una "nueva socialización" signada por una fuerte experiencia afectiva en la comunidad de pares -la propia comunidad de personas con problemáticas similares para ayudar a sus miembros a cambiarse a sí mismos- y el respeto a un rígido sistema de reglas. Las comunidades terapéuticas se configuraron como el modelo paradigmático de la *institución total* (Goffman, 2001) caracterizada por su modalidad residencial y el aislamiento de la persona de su contexto y sus vínculos. Habitualmente, estas comunidades cuentan con determinadas reglas que, si son transgredidas, dan lugar a una sanción (Benedetti, 2015). Su relativa independencia, su inserción a medias dentro del sistema de salud coloca a este tipo de abordajes en una posición compleja y variada con experiencias favorables en algunos casos y sumamente violatorias de derechos en otros.

Si bien desde la década de 1980 las comunidades terapéuticas irán cobrando peso (Garbi, 2012, 2020; Renoldi, 1998; Touzé, 2006), su inserción cabal como un actor clave en el abordaje de los consumos se producirá con la creación en 1992 del Programa de Subsidios para Asistencia Individual en el Tratamiento

de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales. Así, las comunidades terapéuticas gestionadas por organizaciones no gubernamentales (ONG) o comunidades religiosas proliferaron en cantidad y tipos de servicios (Garbi, 2020). El Programa tenía alcance nacional y consistía en el otorgamiento de becas a personas de bajos recursos económicos y sin cobertura de obra social para que efectuaran tratamiento en comunidades terapéuticas. De esta manera, en consonancia con el clima de época, el Programa fomentaba la tercerización de la salud con transferencias de fondos del sector público al privado dado que se entendía que la alta demanda de tratamiento no podía ser absorbida por el sector público exclusivamente (Resolución SEDRONAR 41/92, en Corda, Galante, Rossi, 2014). Esta alta demanda de atención tenía que ver en parte con una concepción de lo asistencial íntimamente ligada a lo judicial, que tuvo como resultado la creciente derivación por vía judicial de usuarias y usuarios con motivo de la aplicación de la medida de seguridad curativa prevista por la Ley 23.737. Así, muchas comunidades terapéuticas fueron un dispositivo clave en la configuración de la matriz prohibicionista-abstencionista.

Pero además, la falta de regulación de las comunidades terapéuticas por aquellos años generó las condiciones para provocar serias violaciones de derechos a sus usuarias y usuarios. Pese a que la SEDRONAR elaboró varios protocolos para la regulación de comunidades terapéuticas –que muchas veces no contaban con psicólogas y psicólogos o psiquiatras, sino solamente operadoras socioterapéuticas y operadores socioterapéuticos–, proliferaron denuncias y notas periodísticas que informaban los maltratos dentro de algunas de ellas (Corda, Galante, Rossi, 2014). Sin controles estatales, el aislamiento devino en un cúmulo de “terapias” de conducta, confrontativas y paternalistas, cuando no opresivas y violatorias de los derechos humanos (Ruchansky, 2015; Galfré, 2017).

En la actualidad, se presentan algunas continuidades. No todas las comunidades terapéuticas se encuentran registradas y habilitadas por el sector salud, situación legitimada incluso por el poder judicial que continúa derivando a personas a “recibir tratamiento” en ese tipo de instituciones.

## **6.2. Doce pasos y grupos de autoayuda**

Los programas de doce pasos tienen su origen en Alcohólicos Anónimos (AA), confraternidad creada en el año 1935, en Ohio, Estados Unidos. En el marco del contexto de surgimiento sociocultural protestante y de clase media norteamericana, el programa de AA insertó la causalidad médico-psiquiátrica del alcoholismo en un contexto filosófico-religioso.

En nuestro país en particular, AA comenzó a funcionar en el año 1953. El precursor fue el Dr. Roberto Pochat, que conoció el dispositivo gracias a su trabajo previo en una clínica de Estados Unidos y colaboró en la organización del primer grupo local. En la misma línea, Narcóticos Anónimos (NA) está destinado a usuarias y usuarios de drogas ilegales que deseen dejar de consumir. Este programa surgió en California en 1953, donde “ex adictas y adictos” a la heroína se separaron de AA. En Argentina comenzó a funcionar en 1986.

Ambos programas tienen presencia a lo largo de todo el país, donde distintas vertientes derivadas de estos programas desarrollan múltiples dispositivos generalmente ambulatorios y con modalidades grupales destinados a los problemas relacionados al uso de drogas (Pawlowicz *et al.*, 2010). Por otro lado, los grupos de autoayuda entienden a la misma en un doble sentido: por un lado implica que son las propias personas usuarias de drogas quienes construyen sus propios procesos de cambio. Por otro lado, y a la vez, esto es posible gracias a la “autoayuda mutua”, es decir, el encontrarse con personas que estén en la misma situación y con la que se establezca una responsabilidad conjunta por la recuperación propia y de las otras y los otros (Garbi, 2020).

### **6.3. Matriz religiosa**

Tanto en los Programas de Doce Pasos, como en los grupos de autoayuda, algunas comunidades terapéuticas y algunos dispositivos ambulatorios territoriales, lo que permea el abordaje es la matriz religiosa. El consumo se entiende como una enfermedad crónica que se puede “controlar” pero no curar. Aceptar la imposibilidad de la curación conlleva desde esta perspectiva a la apelación a la “ayuda divina” en tanto entidad sobrehumana que guía, acompaña y es fuente de fortaleza. Como vimos, en estos dispositivos el grupo es un continuo sistema de apoyo basado en una fuerte identificación con los pares y la pertenencia a una “comunidad fraterna”. En ese sentido, la comunidad se vuelve fundamental para alcanzar la cura, pero también la “destinataria del mensaje”, en función de la necesidad de ayudar a otras y otros.

La incorporación en el *staff* de “ex adictas y adictos” o “adictas rehabilitadas y adictos rehabilitados” constituye una realidad extendida en los dispositivos que se identifican con esta matriz. Muchas veces, esto se complementa con la ausencia de profesionales de la salud que trabajen en conjunto.

La respuesta terapéutica que estas instituciones proponen para abordar la pérdida del sentido de la vida se basa en cinco principios fundamentales: la práctica religiosa, la vida comunitaria, la incorporación de una estricta rutina de trabajo, la abstinencia total de cualquier tipo de sustancia y la duración prolongada del tratamiento (Güelman, 2018).

### **6.4. Internaciones en hospitales generales y en hospitales especializados en salud mental y/o consumos problemáticos**

A partir de la reglamentación de la LNSM, las internaciones en salas de hospitales por situaciones de consumo debieran estar determinadas por situaciones de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros o terceras, que justifiquen dicha intervención por haber fracasado instancias terapéuticas ambulatorias previas. Mediando alguna de estas situaciones de riesgo, se habilita la posibilidad de efectivizar internaciones tanto de carácter voluntario como involuntario, según las condiciones clínicas singulares de la situación en cuestión. Sabemos que en el aún vigente proceso de implementación de esta legislación nacional, en diversos contextos las internaciones se dan en mayores oportunidades que aquellas a

las que circunscribe el recurso la ley, y que las diversas barreras de accesibilidad presentes en los territorios determinan que se continúen dando internaciones por situaciones de consumo en hospitales monovalentes, a pesar de la disposición a realizarlo en salas de internación de salud mental en hospitales generales. Resulta ineludible en este punto realizar una nueva mención a la estigmatización que recae sobre las personas usuarias de drogas, que continúa consolidando la opción de la derivación a comunidades terapéuticas como mayoritaria ante la internación en salas de hospitales generales.

Dentro de los efectores especializados, el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte” se consolidó como centro nacional de referencia, tanto en el funcionamiento asistencial como en la dimensión científico-técnica, estableciendo articulaciones con instituciones públicas de todo el país. La institución fue intervenida en el año 2012, transformando la misión y los objetivos que sostenía el hasta entonces CeNaReSo.

En el plan estratégico 2020-2023 de este Hospital se establecen las apuestas estratégicas para la transformación de la institución monovalente según los nuevos paradigmas en el abordaje de los padecimientos subjetivos, a través del trabajo interdisciplinario e intersectorial, tanto hacia adentro de la propia institución, como hacia afuera, con el armado de redes de trabajo interinstitucionales, intersectoriales y comunitarias (Ministerio de Salud, 2020).

### **6.5. Hospitales de día, hospitales de noche y centros de día**

Entre las modalidades ambulatorias presentes en algunas instituciones hospitalarias se encuentran los dispositivos de consultorios externos, que pueden ofrecer tratamientos individuales, familiares o grupales, hospitales de noche y de día. Estos últimos se encuentran no solo en hospitales, sino también dentro de ONG y centros de salud mental privados, también bajo la modalidad de “centro de día”. Estos dispositivos posibilitan acoger a personas que no se encuentran contenidas en las condiciones más rígidas que suelen proponer otros espacios de atención, como los consultorios externos. Allí se realizan tratamientos de mediana-alta complejidad con jornadas diarias e intensivas de actividades, que posibilitan que luego la persona pueda continuar con sus actividades y en contacto con sus redes vinculares en sus contextos comunitarios (Trímboli, 2017, 2021; Sanfelippo, Brain y Greggio, 2021).

### **6.6. Abordajes comunitarios en el primer nivel de atención y estrategias territoriales**

En la Argentina, en los primeros años del siglo XXI, tanto desde dependencias estatales como desde la sociedad civil, se comenzaron a desarrollar respuestas alternativas al paradigma abstencionista, que priorizan los abordajes ambulatorios y localizados en territorios vulnerabilizados por sobre los tratamientos de internación. En este sentido, la LNSM indica que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios

de la atención primaria de la salud: “Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Honorable Congreso de la Nación, 2010, Art. 9).

Las necesidades evocadas por los sujetos atraviesan un conjunto de aspectos que trascienden la problemática de consumo (vivienda, trabajo, educación, seguridad, entre otros). Estas poblaciones están expuestas a procesos macroestructurales y a condiciones de vida muy precarias signadas por diversos procesos que incluyen fragmentación social y espacial, criminalización y estigmatización, violación de los derechos básicos, deterioro de la salud, compulsión al consumo de ciertas sustancias accesibles para pobres, entre otros (Epele, 2010).

La complejidad de la problemática ligada a históricas vulneraciones de derechos obliga, entonces, a orientar las prácticas hacia propuestas singulares y comunitarias que generen condiciones de posibilidad para el acceso, la restitución y el ejercicio de los derechos propiciando para ello, de manera comunitaria, una puesta en cuestión de los imaginarios colectivos sobre los consumos y las personas usuarias de drogas. Este cambio de enfoque ha sido promovido también por algunos organismos y redes internacionales, como la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)<sup>10</sup>, la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISS), la Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD), que proponen lineamientos para el desarrollo de un modelo de abordaje comunitario de los consumos de drogas, entre otras.

En nuestro país, el desarrollo de políticas públicas al respecto, se destacan: la prioridad por los abordajes ambulatorios y la consideración de las internaciones como último recurso terapéutico que declaran la LNSM y el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos; la modificación del nombre de la SEDRONAR que pasó a llamarse Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas, circunscribiendo su tarea a la prevención, capacitación y asistencia en consumos problemáticos; y la creación del Programa Nacional de Fortalecimiento para el Tratamiento de las Adicciones (OAD, 2019).

En consonancia con este cambio de perspectiva, en el año 2014 comenzaron a desarrollarse desde la SEDRONAR nuevos dispositivos de abordaje de los consumos de drogas, que se localizan en territorios de alta vulnerabilidad social: los Puntos de Encuentro Comunitario (PEC), los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA), las Casas Educativas Terapéuticas (CET) y el Programa de Apoyo a la Integración Sociolaboral (PAIS). En el año 2016, estos dispositivos fueron reconvertidos en Tratamiento Comunitario (DTC) y en Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT). En 2020 los DIAT se proponen integrar estas dos propuestas y pasan a denominarse Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC) (SEDRONAR, 2020).

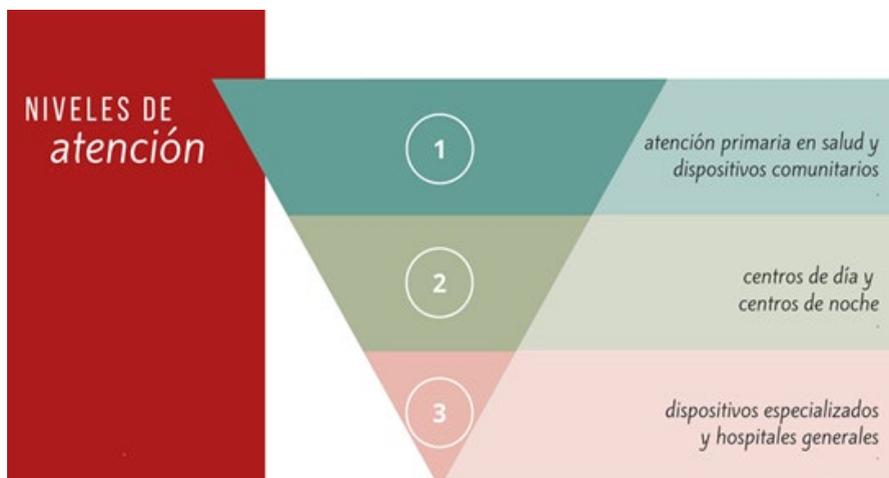
---

<sup>10</sup> Órgano consultivo y asesor de la OEA en materia de drogas. Sirve como un foro para que los estados miembros de la OEA discutan y encuentren soluciones al problema de las drogas, y brinda asistencia técnica para aumentar su capacidad para contrarrestar dicho problema.

También desde la sociedad civil, principalmente desde organizaciones sociales y religiosas, comenzaron a desarrollar nuevas respuestas localizadas en territorios de alta vulnerabilidad social y que realizan un abordaje comunitario de los consumos de drogas. Estas respuestas han sido reconocidas por la SEDRONAR como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), y definidas como espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y reconocimiento por parte de los actores de la comunidad, que facilitan el acceso a la orientación, contención, atención y acompañamiento de personas que se encuentran en situación de exclusión social y consumo problemático de sustancias (OAD, 2019).

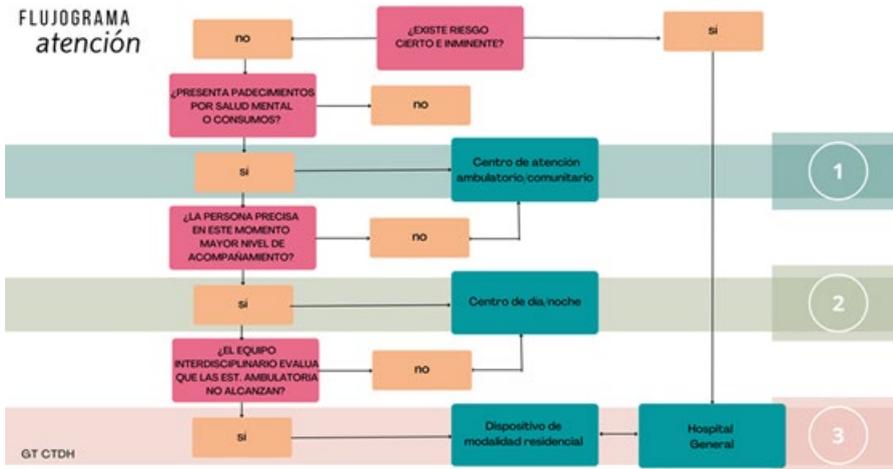
A modo de cierre, el Gráfico N°3 ordena los dispositivos anteriormente mencionados para personas que usan drogas en nuestro país dentro de cada uno de los tres niveles de atención. De manera complementaria, el Gráfico 4 presenta una propuesta para evaluar para determinada situación qué dispositivo podría ofrecer un abordaje adecuado desde un enfoque de derechos y siguiendo los lineamientos planteados por la Ley Nacional de Salud Mental (2010). A su vez relacionamos cada uno de los espacios de atención con los niveles presentados en el gráfico anterior.

Gráfico 3. Niveles de atención en salud.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4. Flujoograma de atención para personas que usan drogas.



Fuente: Elaboración propia.

## 7. CUESTIONANDO LA ESPECIALIZACIÓN. APORTES PARA UNA PROPUESTA INTEGRAL DE CUIDADOS

A lo largo de este capítulo hemos optado por presentar las tensiones reinantes en el campo del abordaje de los consumos problemáticos. En los discursos, las miradas, los objetivos y cómo estos alcanzan la fragmentación de las prácticas, incluso al interior de los mismos dispositivos o entre dispositivos con nombres similares. También en el campo legislativo se observa esta desarmonía.

La moralidad y el control social han colaborado en que las prácticas de uso de drogas se vuelvan un problema, señalando a las personas usuarias de drogas como seres corregibles. Los dispositivos jurídico y médico se han entrelazado en este campo, consolidando prácticas construidas sobre los prejuicios de un modelo prohibicionista exitoso que armonizó con racionalidades médicas, epidemiologías del riesgo, criminalización de poblaciones vulnerabilizadas y discursos moralizadores que proponen la reproducción de modelos prefabricados que ya han demostrado su ineficacia.

Esa racionalidad médica hegemónica centrada en lógicas mecanicistas y biologicistas que individualiza determinantes sociales, descontextualiza y a-historiza padecimientos subjetivos, y enmascara los procesos políticos de la salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2005), refuerza las lógicas de encierro y tiene serias dificultades para distinguir sobre los diferentes modos de consumir sin moralizar, lo que le dificulta pensar estrategias de cuidado (Tirado Otálvaro, 2016). No es de extrañar, además, que estos modelos biomédicos dejen que “el

sujeto detrás de aquel cuerpo, con sus saberes, deseos y experiencias, participe tan poco en la elaboración de su plan terapéutico o, más bien, de su prescripción. En un modelo en el cual el saber científico es el único válido, incluso es deseable que el usuario, o mejor dicho, el ‘paciente’ no interfiera, no cuestione la decisión profesional” (Seixas *et al.*, 2016: 114). Y que, al negar la racionalidad de las personas que consumen sustancias psicoactivas, deja afuera del análisis los sentidos atribuidos a esos usos, la búsqueda de placer, la experimentación, la expansión de la conciencia, la recreación, las expectativas al usar drogas y los contextos en los que se dan las prácticas de consumos.

Sin embargo, desde hace años también existen otros tipos de prácticas que asumieron el desafío de producir nuevos abordajes, respetuosos de la autonomía, la dignidad y los derechos humanos centrados en los cuidados. Es por esto que, a modo de cierre, queremos hacernos eco de esas prácticas cuestionadoras de la “especialización” y constructoras de abordajes centrados en una dimensión “cuidadora”.<sup>11</sup> Prácticas que se hacen eco de una tradición de cuidados que, sin renegar de la formación, invierte la lógica entre el saber temático y el relacional: más que en la preparación o la capacitación, hacen foco en la disponibilidad para acoger y cuidar.

Esta dimensión cuidadora asumimos que no empieza ni termina en los dispositivos de salud, sino que transcurre en las múltiples trayectorias que transitan las personas en su cotidianeidad y se puede generar en cualquiera de los encuentros que se dan en su vida. Se trata de “una dimensión no capturada por el saber disciplinar y [que] se erige como un territorio común, tanto de los y las profesionales, como... [para quienes] acuden a los servicios” (Benet, Merhy y Pla, 2016: 230). Entender así las prácticas de cuidado, permite pensar que cualquier encuentro puede tener una dimensión cuidadora, no solo actividades de tipo biomédicas, sino todas las que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales: aquellas que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado (Menéndez, 2005).

“Cuidar constituye, en efecto, un proceso social complejo que [...] empieza mucho antes y termina mucho después de que una práctica material concreta de cuidado se lleve a cabo. El cuidado tiene lugar, en verdad, en la relación que lo constituye (Ibos *et al.*, 2019), pues se trata de una actividad relacional, con varias dimensiones, aparte de la material, ya que involucra además una dimensión emocional (afectos, emociones, sentimientos, implicados en el cuidado), y otra dimensión moral (la responsabilidad que se adquiere, quién se siente llamado a cuidar y cómo lo hace)” (Palomo y Damamme, 2020: 206). El trabajo en salud se

---

11 Sin dejar de advertir que nos encontramos en un paisaje complejo donde no abundan las certezas, ni las totalidades, pero reconociendo una acción comunitaria que viene promoviendo cambios en los modos de pensar y abordar los consumos. Cambios difusos y disputados que no se pueden pensar fuera de los múltiples dilemas que hemos abordado en este capítulo. Sin embargo, creemos que serán precisamente esos dilemas (o más bien esas tensiones) las que nos permitirán pensar prácticas situadas y nuestras (Fergusson y Góngora, 2012)

da siempre sobre la base de los encuentros, y por lo tanto es siempre relacional. En palabras de Emerson Elias Merhy: “actuar en salud es operar en la micropolítica de los encuentros” (Merhy *et al.*, 2016: 28).

“De esta manera, la dimensión cuidadora se define como un espacio relacional donde pueden generarse procesos de acogida, vínculo y responsabilización” (Benet, Merhy y Pla, 2016: 230). Entre los componentes del cuidado en salud, se encuentran los saberes y el mundo subjetivo de las personas y los modos en que cada una construye sus necesidades en salud, desde un posicionamiento político que contempla el derecho a la diferencia y que reconoce la capacidad de autogobierno de las personas. Es por esto que consideramos prioritario pensar, tal como determina la LNSM y el Plan para el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos, una propuesta situada y comunitaria de abordaje a los padecimientos de las personas que consumen sustancias en un modo problemático. Es por esto que, como punto de partida, presentaremos algunas dimensiones de un abordaje territorial y comunitario de los consumos basados en los cuidados y los encuentros. Tal como venimos diciendo, una propuesta de abordaje desde la perspectiva de los cuidados excede a un campo único de conocimientos o instituciones específicas y, en virtud de la complejidad de la problemática, exige un abordaje interdisciplinario e inter-actoral. Implica tomar en cuenta el contexto social, cultural y económico en el que se desarrolla la vida de las personas que consumen problemáticamente sustancias y trabajar desde las redes de cuidados que componen ese entramado común y territorial.

El concepto de territorio resulta un concepto clave para pensar el escenario de gestión de estas prácticas. Entendiendo que el trabajo desde y en el territorio permite visibilizar un conjunto de variables que afectan a la salud de las personas: densidad de lazos sociales de sostén; normas grupales o colectivas de gestión del espacio público; condiciones de hábitat; interacción entre diversos actores sociales; relación con las redes y servicios de la seguridad social, entre otros. Y otro conjunto de variables más específicas del campo del uso de drogas: incidencia en el territorio del tráfico y microtráfico de drogas; cambios en los patrones colectivos de usos de drogas; prácticas individuales y grupales de consumos y de cuidados; aparición de nuevas sustancias en los territorios; modalidades e impacto de las políticas de seguridad y medidas de control social, entre otras. Estas prácticas se caracterizan por la promoción de la salud, la integralidad, la importancia asignada a la participación, el trabajo en redes, la autogestión y la sostenibilidad a largo plazo y la especial consideración hacia las personas en situación de vulnerabilidad social (Capriati *et al.*, 2015).

Asimismo, el abordaje integral de la problemática requiere comprender su inevitable vinculación con el padecimiento al mismo tiempo que acompañar el proceso de reconstrucción de la red social de apoyo. En otras palabras, atender al padecimiento al tiempo que abordamos la continuidad de los cuidados por fuera del dispositivo. Las oportunidades de circulación por redes institucionales e intersubjetivas otorgan las herramientas para construir proyectos propios, individuales y colectivos, que reducen el padecimiento de los sujetos que atraviesan dicha problemática.

**Se comprende el proceso de salud-enfermedad-cuidado desde el enfoque de derechos para diseñar estrategias que consideren la fragilidad social, política y/o jurídica de las personas y la promoción, protección y/o garantía de sus derechos de ciudadanía (Camarotti y Kornblit, 2015). Así, el abordaje integral territorial de los consumos problemáticos está orientado hacia la promoción, la restitución y el ejercicio de derechos como procesos potencialmente terapéuticos.**

Priorizar la voz de los sujetos a la hora de diseñar las intervenciones implica vislumbrar estas necesidades y propiciar acciones para atenderlas, incluyendo de forma activa a las personas en todo el proceso. El modelo integral de abordaje comunitario busca construir un espacio de vinculación, encuentro y empoderamiento para los grupos sociales –presenten o no una fuerte exclusión social–, en donde sean ellas y ellos también las y los que ofrezcan alternativas de respuestas posibles, ya sea motorizados por su propia iniciativa, o bien sumándose al trabajo impulsado inicialmente a partir de un grupo de actores sociales (profesionales o no). No puede esperarse que esta capacidad de innovación surja de actores externos a una comunidad específica, sino que tiene que surgir de los mismos actores de dicha comunidad, que han transitado los problemas derivados del consumo de drogas no solo como consumidores/as, en algunos casos, sino también como familias y como comunidad en su conjunto. Considerarlo de este modo nos hace ser parte de la problemática y de la respuesta (Camarotti y Kornblit, 2015).

**“Las intervenciones interdisciplinarias y de base comunitarias con problemas asociados a los usos de drogas no se reducen a prestar asistencia o actuar terapéuticamente, sino que suponen prevenir, apoyar socialmente, generar procesos subjetivos y colectivos de participación y gradual autonomía, y favorecer otros modos de inclusión social, así como construir colectivamente nuevos aprendizajes sociales y promover otras alternativas de inclusión” (Fernández Courel et al., 2017:1-2).**

Sin embargo, conviene resaltar que fomentar prácticas de cuidados comunitarios y abordajes territoriales no implica ninguna tensión con brindar atención a las personas que requieren modalidades de abordajes de mayor complejidad. Esto debe ser recalcado, porque hablar de lo comunitario no desestima que algunas personas, en algunos momentos, necesiten atención en clínicas especializadas que, reguladas por el organismo correspondiente, brinde tratamientos éticos y enmarcados en los derechos humanos. A modo de cierre, y asumiendo que no existen personas, contextos o situaciones que se adecúen a esquemas, proponemos un ordenamiento que favorezca pensar algunas intervenciones que puedan priorizar la dimensión cuidadora en el marco de abordajes respetuosos de la autonomía de las personas que usan drogas y desde un enfoque de derechos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alli, A., Minond, J., Embil, Y. y Kiss Rouan, M. (2020). "Modos discontinuos y erráticos de transitar un hospital especializado en salud mental y adicciones de la Ciudad de Buenos Aires: la mirada de profesionales de la salud", en *Revista de Salud Colectiva*, 16. Disponible en <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2521> (consulta, marzo de 2023).

Argandoña Yáñez, M. (2014). "Integración de cuidados de salud mental en la Atención Primaria de Salud". Texto inédito. Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

Arrieta, E. (ed.) (2017). *Un libro sobre drogas*. Buenos Aires: El gato y la caja.

Augsburger, A. C. (2004). "La inclusión del sufrimiento psíquico un desafío para la epidemiología", en *Psicología & Sociedade*, 16, 2: 71-80.

Baratta, A. (1991). "Introducción a una sociología de la droga. Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias", en Álvarez, A.J., (comp.) *Tráfico y consumo de drogas: una visión alternativa*. México: UNAMA.

Barcala, A. y Luciani Conde, L. (2015). *Salud mental y niñez en la Argentina: legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.

Becker, H.S. (2009 [1963]). *Outsiders, hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

Benet, M., Merhy, E.E. y Pla, M. (2016). "Devenir cartógrafa", en *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 16, 3: 229-243.

Camarotti, A. y Kornblit, A. (2015). "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo", en *Salud Colectiva*, 11, 2: 211-21.

Capriati, A.J., Camarotti, A.C., Di Leo, P.F., Wald, G.D. y Kornblit, A.L. (2015). "La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar", en *Revista Argentina de Salud Pública*, 6, 22: 21-28.

Castilla, V. y Lorenzo, G. (2012). "Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires", en *Cuadernos De Antropología Social*, 36: 69-89.

CELS (2015). "El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos. La experiencia del continente americano". Centro de Estudios Legales y Sociales.

CELS (2016). "Políticas de drogas: las consecuencias del prohibicionismo". Centro de Estudios Legales y Sociales. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/2016/04/politicas-de-drogas-las-consecuencias-del-prohibicionismo/> (consulta junio de 2023).

Climent Clemente, M.T. y Carmona Osorio, M. (2018). *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Comisión Global de Políticas de Drogas (2018). *Regulación. El control responsable de las drogas*. Disponible en: [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/08/SPA-2018\\_Regulation\\_Report\\_WEB-FINAL.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/08/SPA-2018_Regulation_Report_WEB-FINAL.pdf) (consulta junio de 2023).

Corbelle, F. (2011). "La construcción del consumidor de drogas en el proceso judicial". Tesis de Licenciatura. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Corbelle, F. (2016). "Dar la cara como 'usuario responsable'. El activismo político de los usuarios de drogas: de la clandestinidad al congreso nacional". Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires.

Corbelle, F. (2021a). "La ley de drogas en números: sobre la pretendida lucha contra el narcotráfico". Buenos Aires: Documentos de Trabajo del Equipo de Antropología Política y Jurídica.

Corbelle, F. (2021b). "Políticas públicas y abordaje integral territorial de los consumos problemáticos: las experiencias del DIAT Juana Azurduy y el DTC Barrio Ceibo, Provincia de Buenos Aires", en Pires, R. y Santos, M.P. *Alternativas de cuidado a usuarios de drogas na América Latina: desafios e possibilidades de ação pública*. Brasilia: IPEA; CEPAL.

Corda, A. (2012). *Sistemas desproporcionados: desproporción y costos económicos, institucionales y humanos de la política sobre estupefacientes en Argentina*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.

Corda, A. (2016). *La estrategia fallida: encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en la Argentina*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.

Corda, A. y Fusero, M. (2016). "De la punición a la regulación: políticas de cannabis en América Latina y el Caribe", en *Informe sobre políticas de drogas*, 48. Transnational Institute (TNI).

Corda, A., Galante, A. y Rossi, D. (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina: de "delinquentes-enfermos" a sujetos de derechos*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil-Universidad de Buenos Aires.

CSJN (2009). "Arriola, Sebastián y otros s/causa". Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Couto, M.T., Oliveira, E., Alves Separavich, M.A. y Do Carmo Luiz, O. (2019). "La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas", en *Revista Salud Colectiva*, 15. Disponible en <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994> (consulta marzo de 2023).

Cozzi, E. (2018). "De ladrones a narcos. Violencias, delitos y búsquedas de reconocimiento en tres generaciones de jóvenes en un barrio popular de la ciudad de Rosario". Tesis de doctorado, UBA. Disponible en: <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/9987> (consulta junio de 2023).

Crenshaw, K.W. (1991). "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color", en *Stanford Law Review*, 43, 6: 1241-1299.

Cunial, S. (2015). "El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina", en *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 4, 8: 165-95. Disponible en <https://doi.org/10.18294/rppp.2015.953> (consulta marzo de 2023).

Deleuze, G. (2009). *En medio de Spinoza*. Buenos Aires: Cactus.

Del Olmo, R. (1988). *La cara oculta de la droga*. Bogotá: Temis.

Del Olmo, R. (1989). "Drogas: distorsiones y realidades", en *Nueva Sociedad*, 102: 81-93.

Del Olmo, R. (1994). "Violencia Juvenil y Consumo de Drogas: Modelos Teóricos (Algunas Inquietudes preliminares)". Presentación, I Congreso Virtual de la FAD sobre Violencia y Consumo de Drogas.

Di Leo, P.F. y Camarotti, A.C. (2017). "Relatos biográficos y procesos de individuación juveniles en barrios marginalizados de Argentina" en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15, 2: 1021-1034. Disponible en <https://doi.org/10.11600/1692715x.1521530082016>

Diez, M., Pawlowicz, M.P., Vissicchio, F. et al. (2020). "Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina", en *Revista Salud Colectiva*, 16. Disponible en <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2509> (consulta marzo de 2023).

Epele, M. (2008). "Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos", en Cannellotto, A. y Luchtenberg, E. (coord.). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad\\_2008.\\_medicalizacion\\_y\\_sociedad\\_lecturas\\_criticas\\_sobre\\_un\\_fenomeno\\_en\\_expansion.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2008._medicalizacion_y_sociedad_lecturas_criticas_sobre_un_fenomeno_en_expansion.pdf) (consulta junio de 2023).

Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.

Epele, M. (2013). "Sobre o Cuidado de Outros em Contextos de Pobreza, Uso de Drogas e Marginalização", en *MANA*, 18, 2: 247-268.

Escohotado, A. (2002). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza.

Escohotado, A. (2005). *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Madrid: Anagrama.

Fergusson S. y Góngora A. (2012). "La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina". Presentación, Segunda Conferencia Anual del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, Bruselas.

Fernández Courel, D., Di Iorio, J., Goltzman, P. y Pawlowicz, M.P. (2017) "La producción de salud y las prácticas de cuidado entre adolescentes en la escuela secundaria: el dispositivo NTSZ (No Te Sientas Zarpado)", en *Estrategias de intervención territorial en problemas de consumos de sustancias con adolescentes. Estudio de caso cualitativo: el dispositivo NTSZ*". Programa Becas de Investigación período 2015-2016, del Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte". Buenos Aires.

Folgar, M.L. (2016). "Consumo problemático de sustancias psicoactivas de NNyA en situación de calle. Vulnerabilidad extrema: tensión entre el discurso jurídico y la realidad", en *Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación*, 11.

Foucault, M. (2009). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Fondo de cultura Económica.

Fusero, M. (2017). "Ley 27.350 sobre uso medicinal del cannabis. Un fracaso en lo jurídico y un logro en lo político", en *Revista Pensamiento Penal*, 294.

Fusero, M. (2014). *Conceptos básicos para un cambio de paradigma posible en las políticas de drogas*. Buenos Aires: Pensamiento Penal.

Galante A., Rossi D., Goltzman P. y Pawlowicz M.P. (2009), "Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva", en *Escenarios*, 14: 113-121. Universidad Nacional de La Plata.

Galante, A., Pawlowicz, M.P., Rossi D., Corda, A., Touzé, G. Goltzman, P. (2012). "El fallo Arriola: Debate en torno a la desjudicialización de la atención sanitaria de los usuarios de drogas". Presentación, IV Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social "Aportes para la construcción de lo público", Buenos Aires: Carrera de Trabajo Social, UBA.

- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Galfré, P. (2017). *La comunidad. Viaje al abismo de una granja de rehabilitación*. Buenos Aires: Sudestada.
- Garbi, S. (2012). "La administración de la palabra en las Comunidades Terapéuticas", en Epele, M. (comp.) *Padecer, Cuidar, Tratar. Estudios Socio-Antropológicos sobre Consumo Problemático de Drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Garbi, S. (2020). *De aislamientos y encierros. Modos legos y expertos de tratar los consumos problemáticos de drogas*. Buenos Aires: Teseo.
- Global Drug Policy Observatory (2014). *Auge y caída de la prohibición del cannabis*. Amsterdam: TNI. Disponible en: <https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf> (consulta junio de 2023).
- Goffman, E. (2001 [1961]). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goltzman, P. y Amorín, M. E. (2013). *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- González Zorrilla, C. (1987). "Drogas y control social", en *Poder y control*, 2: 49-65.
- Gramsci, A. (1984). *Cuadernos de la cárcel (Tomo 3)*. México: ERA.
- Grup IGIA *et al.* (2000). "Contextos, Sujetos y Drogas: Un manual sobre drogodependencias". Disponible en: <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextossujetosdrogas.pdf> (consulta junio de 2023).
- Güelman, M. (2018). "La rehabilitación del consumo de drogas como conversión. Un análisis de los programas de tratamiento de dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales", en *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 54: 163-189.
- Hari, J. (2015). *Tras el grito. Un relato revolucionario y sorprendente sobre la verdadera historia de la guerra contra las drogas*. Buenos Aires: Paidós.
- Honorable Congreso de la Nación (1989). Ley 23.737, de modificación del Código Penal. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/0-4999/138/texact.htm>. (consulta junio de 2023).
- Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm> (consulta junio de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2014a). Ley 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto> (consulta junio de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2014b). Ley N° 26.994. Código Civil y Comercial. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/235000-239999/235975/norma.htm#2> (consulta junio de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2017). Ley N° 27.350 de Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/270000-274999/273801/norma.htm> (consulta junio de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2022). Ley N° 27.669. Marco regulatorio para el desarrollo de la industria del cannabis medicinal y el cáñamo industrial. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27669-365303/texto> (consulta junio de 2023).

Huidobro, V. (1931). *Altazor*. Madrid: Compañía Iberoamericana de Publicaciones.

INADI (2008). Recomendación General N° 3, en *Materia de Discriminación a Consumidores/as de Drogas Prohibidas*.

Iriart, C. (2014). "Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención", en Faraone, S. y Bianchi, E. (comp.) *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.

Kramer, J.F, Cameron, D.C. y OMS (1975). "Manual sobre la dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS". Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40467> (consulta junio de 2023).

Magliano, M.J. (2015). "Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos", en *Estudios Feministas*, 23 (3): 691-712. Disponible en <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p691> (consulta marzo de 2023).

Marques, A.L. y Couto, M.T. (2020). "Políticas de drogas en el contexto brasileño: un análisis interseccional de 'Cracolândia' en San Pablo, Brasil", en *Revista Salud Colectiva*, 16. Disponible en <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2517> (consulta marzo de 2023).

Martín Palomo, M.T. y Damamme, A. (2020). "Cuidados, en la encrucijada de la investigación", en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 38 (2): 205-16.

Martínez Oró, D. y Pallarés Gómez, J. (2013). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Madrid: Milenio.

Menéndez, E. (2005). "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en *Salud Colectiva*, 1, 1: 9-32. Disponible en <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1> (consulta marzo de 2023).

Merhy, E., Baduy, R., Seixas, C., da Silva Almeida, D. y Slomp Júnior, H. (2016). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Hexis.

Ministerio de Salud (2020). "Plan estratégico 2020-2023 del Hospital Nacional en Red 'Lic. Laura Bonaparte'". Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/1lm\\_h99p6wdBUZ1jCVIa8uP4Egtj1UvfV/view](https://drive.google.com/file/d/1lm_h99p6wdBUZ1jCVIa8uP4Egtj1UvfV/view) (consulta junio de 2023).

Ministerio de Salud (2021a). "Plan Nacional de Salud Mental (2021-2025)".

Ministerio de Salud (2021b). "Cannabis Medicinal. Registro REPROCANN". Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/cannabis-medicinal/reprocann> (consulta junio de 2023).

Ministerio de Salud (2022). "Programa para el Fortalecimiento de la Red Asistencial en la Atención Integral de los Consumos Problemáticos".

Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación (2015). "Acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes internados por salud mental o adicciones. Testimonio 2012-2014".

Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación (2020). "Informe Anual 2019".

Moraes, M., Castro, R. y Petuco, D. (org.) (2010). *Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde*. Recife: Instituto PAPAI.

Nutt D., King, L., Saulsburry, W. y Blakemore, C. (2007). "Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse", en *Lancet*, 369, 9566:1047-53. Disponible en 10.1016/S0140-6736(07)60464-4 (consulta marzo de 2023).

OAD (2019). "Modelo de Abordaje Integral Territorial de los Consumos Problemáticos. Una experiencia de política pública". Observatorio Argentino de Drogas. Buenos Aires: Sedronar.

OAD (2020). "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". Observatorio Argentino de Drogas. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/04/oad\\_2020\\_estudio\\_nacional\\_sobre\\_consumo\\_de\\_sustancias\\_y\\_las\\_respuestas\\_asistenciales\\_en\\_el\\_aspo\\_-\\_informe\\_final.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/04/oad_2020_estudio_nacional_sobre_consumo_de_sustancias_y_las_respuestas_asistenciales_en_el_aspo_-_informe_final.pdf) (consulta junio de 2023).

OAD (2021). "Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, 2019". Observatorio Argentino de Drogas Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/oad\\_2021\\_mortalidad\\_relacionada\\_al\\_consumo\\_de\\_sustancias\\_psicoactivas\\_2019.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/oad_2021_mortalidad_relacionada_al_consumo_de_sustancias_psicoactivas_2019.pdf) (consulta junio de 2023).

OEA (2006). "El problema de las drogas en América". Organización de los Estados Americanos Disponible en: [http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth\\_esp.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf) (consulta junio de 2023).

OEA (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Disponible en: <https://tinurl.com/yywye9g7> (consulta junio de 2023).

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2021). "Informe mundial sobre las drogas: Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas". Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html> (consulta junio de 2023).

Parga, J. (2017). "Salir del bardo: etnografía de las políticas públicas de abordaje del consumo de sustancias en la provincia de Buenos Aires (1993-2011)". Tesis de Maestría, Universidad Nacional de La Plata.

Pawlowicz, M.P., Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. y Touzé, G. (2010). "La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas", en *Actas de la II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina. "Líneas prioritarias de investigación en el área jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado"*.

Pawlowicz, M.P., Galante, A., Goltzman, P., Rossi, D., Cymerman, P. y Touzé, G. (2011). "Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos", en Asesoría General Tutelar (Comp.): *Panorámicas de Salud Mental a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.

Ralet, O. (2000). Condicionantes políticos y económicos. Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del "problema de la droga", en *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Renoldi, B. (1998). "Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes". Tesis de Licenciatura, Universidad de Buenos Aires.

Renoldi, B. (2008). *Narcotráfico y Justicia en Argentina. La autoridad de lo escrito en el juicio oral*. Buenos Aires: Antropofagia.

Romaní, O. (1997). "Etnografía y Drogas: discursos y prácticas", en *Revista Nueva Antropología*, 16 (53): 39-66. México: Nueva Antropología A.C.

Romaní, O. (2008). "Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño", en *Salud Colectiva*, 4, 3: 301-318. Disponible en <https://doi.org/10.18294/sc.2008.347> (consulta marzo de 2023).

Romo Avilés, N. (2005). "Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres", en *Monografía Humanitas, Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, 5: 69-83.

Rubel, L., Sabatini, L., López Bouscayrol, M. y Segatorri, M. (2022). "Crónica de muertes anunciadas: reflexiones tras más muertes en contextos de encierro", en *Revista Salud Mental y Comunidad*, 12, 9: 119-126.

Ruchansky, E. (2015). *Un mundo con drogas*. Buenos Aires: Debate.

Sánchez Antelo, V. (2012). "Primeros debates sobre legislación del uso de drogas en Argentina a comienzos del siglo XX: la propuesta del Dr. Leopoldo Bard y su contexto sociohistórico", en *Salud Colectiva*, 8, 3: 275-286.

Sanfelippo, L., Brain, A. y Greggio, G. (Comp.) (2021). *Sala Abierta. Internaciones en salud mental en un hospital general*. Buenos Aires: La Docta Ignorancia.

Sedronar (2020). "Resolución 324/2020. Programa Nacional de Acompañamiento Territorial en Materia de Drogas". Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas.

Seixas, C., Merhy, E., Baduy, R. y Slomp Junior, H. (2016). "La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil", en *Salud Colectiva*, 12, 1: 113-123. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.874> (consulta marzo de 2023).

Szasz, T. (1994). "Contra el estado terapéutico: derechos individuales y drogas", en Dossier: Droga. Delito y sociedad. *Revista de Ciencias Sociales*, 3, 4. Santa Fe, UNL.

Tirado Otálvaro, A.F. (2018). "La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales", en *Drugs and Addictive Behavior*, 3, 1: 11-13.

Tokatlian, J.G. (2011). "Diagnóstico global y oportunidades para gestar un nuevo paradigma en la cuestión de las drogas", en Touzé, G y Goltzman, P. (comp.). *América Latina debate sobre drogas: I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Torti, M. (2022). "REPROCANN: 100 preguntas y respuestas sobre el registro del programa de cannabis", en *RESET: política sobre drogas*. Disponible en: <http://resetdrogas.com.ar/index.php/2022/05/02/reprocann-100-preguntas-y-respuestas/> (consulta junio de 2023).

Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

Touzé, G. (2019). *Las adicciones desde una perspectiva relacional*. Video. Intercambios Asociación Civil. Disponible en [https://www.youtube.com/watch?v=zy\\_iEj9cT50&t=7s](https://www.youtube.com/watch?v=zy_iEj9cT50&t=7s) (consulta marzo de 2023).

Touzé, G., Goltzman, P., Amarin, E., Cymerman, P. y Pawlowicz, M.P. (2012). "Consideraciones sobre el debate legislativo en torno a la ley de drogas", en *Revista Debate Público*, 25-27.

Touzé, G., Rossi, D., Cymerman, P., Ereñu, N., Faraone, S., Goltzman, P., Rojas, E. y Vázquez, S. (1999). *Prevención del VIH-Sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Trímboli, A. (2021). *El dispositivo del Hospital de Día en Adicciones. La subjetividad y la intersubjetividad en la clínica*. Buenos Aires: Noveduc.

Trímboli, A. (2017). *Consumo problemático de drogas. Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria*. Buenos Aires: Noveduc.

Viveros Vigoya, M. (2016). "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación", en *Debate Feminista*, 52: 1-17. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005> (consulta marzo de 2023).

Weissmann, P. (2005). *Toxicomanías. Historia de las ideas psicopatológicas sobre el consumo de drogas en la Argentina*. Repositorio de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

# DES/ INSTITUCIONALIZACIÓN: PROCESOS DE EXTERNACIÓN, DISPOSITIVOS INTERMEDIOS Y DE PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

**Autora principal:**  
Silvia Faraone

**Co-autoras:**  
Ana Silvia Valero  
Flavia Torricelli

En este capítulo desarrollaremos algunos conceptos en torno a las políticas y las prácticas vinculadas a los procesos de des/ institucionalización en salud mental. Nos interesa, identificar las dinámicas que hacen posible las transformaciones de las lógicas manicomiales y permiten que personas con sufrimiento psíquico desarrollen su vida en la comunidad a partir de la implementación de dispositivos de apoyo.

**Como punto de partida, entendemos los *procesos de des/ institucionalización* como aquellas instancias de transformación de las políticas y las prácticas en salud mental, que no refieren simplemente a una modalidad terapéutica precisa, sino a un modo particular en que los abordajes de la salud mental, por fuera de las instituciones totales son pensados, instituidos y legitimados. Le hemos incluido entre el prefijo des y la palabra institucionalización una barra invertida ya que pensamos estos dos componentes dialécticamente, es decir, en una interrelación compleja de ida y vuelta. Estos procesos incluyen, por un lado, la necesidad imperante de desmontar el manicomio, pero paralelamente, requieren la creación de nuevas institucionalidades en los procesos de atención-cuidado respetuosas de los derechos humanos (Faraone, 2013a).**

Este capítulo se nutre con aportes de la Medicina Social Latinoamericana ya que fue esta corriente la que aportó una perspectiva originaria basada en investigaciones y prácticas en salud-salud mental, particularmente sobre violencias institucionales y traumas psíquicos. El interés por estos temas refleja la historia de la mayoría de los países latinoamericanos consolidando un movimiento, con variaciones de acuerdo a cada país y contexto, en el cual las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina. Esta perspectiva ahondó en categorías analíticas vinculadas a la reproducción social, la producción económica, la cultura, la etnia, el género, entre otras categorías y constituyó a partir de allí un entramado conceptual que, en contraste con la concepción biomédica, cimentó bases para pensar procesos des/ institucionalizadores.

Para profundizar en esta perspectiva nos proponemos como objetivos:

- Describir los recorridos históricos de las transformaciones en el campo de la salud mental a nivel mundial y en Argentina, que son base fundamental para el desarrollo de los procesos de des/ institucionalización en la actualidad.
- Caracterizar políticas públicas y experiencias des/ institucionalizadoras profundizando en los procesos de externación de personas internadas por largos períodos en hospitales neuropsiquiátricos y en la consolidación de dispositivos intermedios y comunitarios previos a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) (Honorable Congreso de la Nación, 2010).
- Conceptualizar los aspectos centrales de la LNSM como instancia dinamizadora de procesos des/ institucionalizadores y describir políticas y experiencias que se despliegan en la actualidad para su implementación.
- Contribuir al desarrollo de competencias críticas (teóricas y prácticas) para el abordaje estratégico de procesos des/ institucionalizadores locales.

Para avanzar en de estos objetivos, abordamos los siguientes temas:

En primer lugar, presentamos algunos antecedentes históricos de los procesos des/ institucionalizadores en Argentina. Se avanza en la formulación de una trama textual que organiza una presentación de las experiencias de reforma desarrolladas en países europeos en diálogo con el desarrollo de las experiencias en Argentina. La elección de esta forma de presentación responde al interés por destacar la centralidad de los contextos sociales, históricos y políticos particulares en los que cada una de estas experiencias se desplegó, permitiendo reconocer especificidades de las experiencias innovadoras locales, identificar instancias de diálogo y eludir a la vez una mirada eurocentrada basada en la simple difusión de los procesos transformadores.

En una segunda parte, y en el marco del regreso a la democracia en 1983 en Argentina, consideramos la relevancia de la reconstrucción de la Dirección Nacional de Salud Mental y la impronta de Vicente Galli en la implementación de procesos transformadores: la intersectorialidad, la formación interdisciplinaria desde un inicio de la capacitación en terreno y el desarrollo de experiencias institucionales en el marco de los avances hacia la implementación de procesos des/ institucionalizadores. A partir de este punto, y aún en el marco del contexto previos a la promulgación de la LNSM, introducimos la historia de experiencias provinciales que incluyeron políticas des/ institucionalizadoras. Nos detenemos especialmente en aquellas que posibilitaron: instituir transformaciones al modelo asilar manicomial, avanzar en dispositivos intermedios, desarrollar experiencias comunitarias, y fortalecer instancias laborales de cooperativismo y de empresas sociales. Abordamos particularmente las experiencias en torno a la *desmanicomialización en Río Negro* y a la *sustitución de lógicas manicomiales en Santa Fe*. Al respecto, atendemos en especial a los movimientos pendulares en la política y su impacto en los procesos des/ institucionalizadores.

En una instancia posterior abordamos el acontecimiento de la LNSM en el sentido práctico, político e institucional y como novedad histórica. Siguiendo esa línea, consideramos la Ley y su impacto en el desarrollo de procesos des/ institucionalizadores. En esta tercera parte introducimos un análisis de los alcances y desafíos de los procesos des/ institucionalizadores en el marco de esta norma, describimos algunas experiencias locales y los avances de la *política de desinstitucionalización en la provincia de Buenos Aires*.



Antes de comenzar, queremos compartir un cortometraje español "*Votamos*" que aborda los estigmas que hay sobre las personas con sufrimiento psíquico. Erving Goffman utiliza el término "*estigma*" para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador en las interacciones sociales. Para este autor, lo fundamental es la cotnotación social que tiene ese atributo, no el atributo en sí, ya que puede desacreditar o no a un individuo según la connotación que tenga en el contexto social en que él se encuentre (Goffman, 2004). La inclusión social es un derecho humano.

<https://bit.ly/3oFEDtc>

Esperamos que este texto genere aportes que abran nuevas reflexiones activas, colectivas y fundamentadas, que estimule debates y discusiones en pos de crear un trabajo colectivo que encuadre nuestra práctica comunitaria en el marco de un compromiso con la protección de los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico (Faraone, 2013b). Es un capítulo que no concluye, es un inicio que concebimos pensando en la continuidad, que cada estudiante, puede instituir en su práctica concreta.

## **1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE DES/INSTITUCIONALIZACIÓN: EL RECONOCIMIENTO DE UNA NUEVA IDENTIDAD EN SALUD MENTAL**

En esta primera parte abordamos algunos antecedentes históricos de los procesos des/ institucionalizadores en Argentina, atendiendo a sus interrelaciones con los procesos transformadores desarrollados en algunos países europeos, pero destacando la especificidad de las experiencias locales.

Pensamos estos procesos en el sentido de una historia que va dibujando una cartografía de las experiencias políticas y de las prácticas des/ institucionalizadas, lo cual nos lleva a un punto de inicio que podríamos establecer a mediados de los años 1950. En ese entonces, la conformación de un nuevo campo identitario en salud mental fundado en propuestas alternativas y/u opuestas al *orden psiquiátrico hegemónico* incorpora diferentes perspectivas teóricas, políticas y estratégicas, que se podrían ubicar en un espacio multívoco.

**Entendemos por orden psiquiátrico hegemónico un proceso social vivido y organizado por significados y valores específicos y dominantes. No se lo concibe en términos de sistema o estructura, sino de proceso. Se adopta aquí la perspectiva de Raymond Williams, en la cual “la hegemonía es un complejo efectivo de experiencias, relaciones y actividades que tiene límites y presiones específicas y cambiantes” (Williams, 1997:134).**

El orden psiquiátrico hegemónico se ha consolidado a la luz del manicomio como una institución total. Este tipo de instituciones se caracterizan porque todos los aspectos de la vida del sujeto se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, siempre en compañía de un gran número de otros, con el mismo trato y para hacer las mismas cosas. Donde a través de una serie de rutinas administrativas y técnicas se va des/ subjetivando o des/ singularizando a la persona hasta llegar a la despersonalización (Goffman, 1961).

El manicomio, hospital psiquiátrico, neuropsiquiátrico u otra denominación con la que se pueda enunciar, la ubicamos como una instancia institucional de *control social duro*.

**Juan Pegoraro define el *control social* como una estrategia tendiente a naturalizar, normalizar determinado orden social construido por las fuerzas dominantes.**

- La idea de *estrategia* supone la existencia de otras fuerzas sociales contendientes.

- La idea de *naturalizar*, normalizar supone que tal estrategia en su enfrentamiento, confrontación busca lograr políticamente la naturalización del orden dominante. Rutinizar las conductas individuales o grupales aceptables o funcionales.

- La idea de *construcción* supone fuerzas sociales dominantes en acción, es decir en enfrentamiento con otra u otras (Pegoraro, 2001).

Por otro lado, Massimo Pavarini va a incluir dos formas de entender el control social: *control social duro*, biopolítica, la observación panóptica, las tecnologías de dominación, las instituciones totales, es decir como aquel control que niega o reprime lo problemático; y el *control social blando* como aquel que modifica integrando, neutralizando, cooptando las situaciones sociales conflictivas. Pavarini va a profundizar una tesis que expresa que, en la medida que tienden a aumentar las respuestas blancas, aumentan también la población no mercedora de estas y por lo tanto sometida al control social duro (Pavarini, 1983).

Lo aquí expuesto nos remite al juego complejo y dinámico que tiene lugar entre los mecanismos de control social duro y blando, enriqueciendo las matrices analíticas para la comprensión de los procesos des/ institucionalizadores en el campo de la salud mental sin dejar por fuera los procesos de medicalización, biomedicalización y farmacologización (Bianchi y Faraone, 2018).

Pero volvamos al concepto de hegemonía ya que constituye una referencia nodal para comprender las dinámicas relaciones de fuerza que el *orden psiquiátrico* presupone.

**Siguiendo a Antonio Gramsci, “la realidad de toda hegemonía, en su definido sentido político y cultural, es que, mientras que por definición siempre es dominante, jamás lo es de un modo total o exclusivo” (en Williams, 1997: 135). Para este autor las formas alternativas o directamente opuestas de la política y de la cultura existen en las sociedades como elementos significativos, y su presencia activa es decisiva porque generan consecuencias en el propio proceso hegemónico. Esta dinámica nos permite pensar la posibilidad de transformación en el campo de la salud mental.**

Según Joel Birman y Jurandir Costa, desde mediados de la década de 1950 y hasta entrada la de 1970 se produjo un proceso contrahemónico sobre la psiquiatría clásica que llevó a reestructurar el objeto sobre el cual esta disciplina intervino históricamente, *la enfermedad*, para pensar el campo de la salud mental en términos de *promoción de la salud*. Este cambio constituyó una ruptura

teórica y práctica que instaló innovadores debates (Birman y Costa, 1994). En Latinoamérica, la participación de movimientos políticos y las disputas en el campo de la salud, a través del surgimiento de la medicina social, introdujo una fuerte crítica al modelo biomédico, a la vez que incorporó variables sociales, culturales y económicas en los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado marcando las contradicciones e insuficiencias de los encuadres hegemónicos en el campo de la salud mental (Iriart *et al.*, 2002).

En ese contexto, la disquisición en torno a la noción de *enfermedad mental*, asociada a la de locura y, en consecuencia, a la necesidad de reclusión-encierro comenzó a ser puesta en cuestión, a partir de la aparición de nuevos actores en el campo de la psiquiatría. Esto condujo a considerar la tesis de Birman y Costa en un sentido fundante de cambio de perspectiva, no solo en términos de promoción de la salud, sino también de *problematización de la desviación, y por consiguiente de la peligrosidad* (Pavarini, 1983) que la propia enunciación de la enfermedad mental conllevaba silenciosamente hasta ese momento.

Desde esta perspectiva, cabe preguntar ¿cuál fue la relación política, social y cultural que posibilitó el quiebre en el hacer de la psiquiatría hegemónica y la consolidación del nuevo campo de la salud mental? y ¿cómo se desarrolló esto en la Argentina?

**A los fines de este trabajo se define con la expresión de *reformas psiquiátricas*, tal como lo hace Franco Rotelli, al conjunto de experiencias históricas diferenciadas que aportan a la construcción de un campo identitario de la des/ institucionalización, que incorporan tanto las experiencias que se pueden denominar de cambio y de redefinición, como las de transformación radical, aunque diferenciándolas en su interior (Rotelli, 1990).**

En esta línea conceptual, es posible distinguir que, en Argentina, hasta el golpe cívico-militar de 1976, las experiencias vividas en el país se vincularon a procesos que no lograron sustituir la estructura manicomial, sino que produjeron el establecimiento de prácticas innovadoras en su interior o por fuera de su estructura. Recién con el retorno democrático de 1983, y particularmente con la experiencia desarrollada en la provincia de Río Negro, se comenzó a considerar en la arena político-institucional (Merhy, 1992) la deconstrucción del manicomio y de las lógicas institucionales que este conlleva.

A continuación, se describen las reformas psiquiátricas que, de alguna manera, fueron anclajes teóricos, políticos y prácticos para los procesos des/ institucionalizadores en salud mental y que permiten una recuperación de las experiencias que significaron avances en sus inicios.

## 1.1. La irrupción de modalidades alternativas en el orden psiquiátrico hegemónico

Planteamos en este apartado un conjunto diferenciado de prácticas que podemos considerar como cimientos para la des/ institucionalización. Nos parece conveniente introducir la génesis que posibilitó la construcción de prácticas diferenciadas al encierro y la emergencia de estrategias que irrumpen en el territorio.

Por un lado, se pueden considerar las prácticas que tienen como común denominador la crítica a los procesos de cronificación de los sujetos internados y del espacio asilar al interior del propio espacio institucional, conocidas como de *humanización del manicomio* (Birman, 1992; Basaglia, 1972). Con este principio se identifican *las comunidades terapéuticas* que surgieron a mediados de la década de 1950 en Inglaterra y Estados Unidos (Birman y Costa, 1994; Galende, 1983, 1990) y que luego tuvieron un importante desarrollo en Argentina. También en nuestro país, vinculadas a esta perspectiva, surgió otro conjunto de experiencias afines a lo que se denominaron *socioterapias* (Faraone, 2012a).

Por otro lado, circunscriptos a estas modalidades, hubo otro conjunto de experiencias que se diferenciaron de las anteriores porque se conformaron al margen de las instituciones monovalentes, diseminando acciones y prácticas por fuera del espacio asilar. Como experiencias vinculadas a la disposición y creación de una psiquiatría que sale de la institución cerrada, se puede mencionar a la *psiquiatría del sector* que se inició en los primeros de años 1960 en Francia (Hochman, 2001; Galende, 1983; Castel, 1980; Menéndez, 1979). En la Argentina, estas experiencias se relacionan con la aparición de la salud mental en el marco del hospital general (Carpinero y Vainer, 2004).

### 1.1.1. Comunidad Terapéutica

Su surgimiento estuvo vinculado a las huellas de la Segunda Guerra Mundial. En ese momento se instó a construir un proceso de redefinición del campo psiquiátrico que se manifestó en la organización de programas de *rehabilitación y reimplantación social de enfermos mentales internados* (Guattari y Deleuze, 1974), desarrollados sobre la base de lo que se denominó *prácticas comunitarias* (Dagfal, 2009: 297).

La noción de *comunidad terapéutica* nació en 1946 con la publicación de Thomas Main de un artículo con el título de “Una comunidad terapéutica” en el que describió el hospital de Northfield (Schittar, 1972). A partir de ese momento, estos abordajes comenzaron a implementarse en Inglaterra, donde tuvo lugar la experiencia más importante de este tipo. Orientada por Wilfred Bion y Maxwell Jones, estas iniciativas británicas promovieron la aplicación de técnicas grupales para el tratamiento de las personas internadas en instituciones psiquiátricas, a partir de un objetivo central: romper con la modalidad del individualismo y la segregación, suspendiendo transitoriamente las jerarquías y desarticulando la estructura hospitalaria cronificante (Grimson, 1983; Goti, 1990).

A partir de un estudio realizado en 1953 por un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como consecuencia de la experiencia surgida de la comunidad terapéutica inglesa sobre la organización psiquiátrica de los Estados miembros, se instó a modificar la estructura de los hospitales y se señaló la conveniencia de adoptar el modelo de comunidad terapéutica.

**Refiriéndose a las comunidades terapéuticas, Lucio Schittar dice que, si bien nacieron para transformar la institución total, se revela a lo sumo, tanto en la práctica como en la teoría, como un nuevo tipo de institución, más moderna, más eficaz, pero donde las relaciones de poder permanecieron aparentemente siendo las mismas (Schittar, 1972).**

### **1.1.2. Las experiencias de comunidades terapéuticas en Argentina**

Socialización, humanización, sujeto de contrato social, constituyen nociones que conformaron la definición de la comunidad terapéutica en sus inicios. Sin embargo, este dispositivo fue implementado en nuestro país, paradójicamente, en el marco del gobierno militar de Juan Carlos Onganía, en 1967, a través del Plan Nacional de Salud Mental, desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Mental a cargo en ese entonces por el coronel del Ejército y médico neurólogo José Esteves (Carpinetero y Vainer, 2004).

El propósito explícito del Plan Nacional de Salud Mental era la externación de pacientes de los hospitales monovalentes. Se partía de un diagnóstico que indicaba que los hospitales psiquiátricos se encontraban sobrepoblados. Comenzó entonces un proceso complejo y contradictorio en la institucionalización de lo que podrían denominarse prácticas que intentan una diferenciación de la psiquiatría hospitalocéntrica. A partir de 1968 se desarrollaron experiencias de comunidades terapéuticas en las once colonias que había en el país; entre ellas, las de mayor relevancia fueron las implementadas en el Hospital Esteves (Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires), a cargo de W. R. Grimson; en la Colonia Federal (Entre Ríos), con Raúl Camino; en el Hospital Neuropsiquiátrico Roballos (Paraná, Entre Ríos), con Luis César Guedes Arroyo; y en el Hospital El Sauce (Mendoza) con Julio Herrera.

**Enrique Carpinetero y Alejandro Vainer sostienen que estas experiencias fueron creando identidad propia por fuera del modelo del Instituto Nacional de Salud Mental, y que aunque nacieron con el objeto de descomprimir las grandes colonias –bajo modelos de comunidades terapéuticas por fuera de las ciudades– se convirtieron en “experiencias piloto” (Carpinetero y Vainer, 2005: 149) que esbozaban los primeros cimientos de lo que más tarde serían las prácticas ligadas a las reformas psiquiátricas en nuestro país.**

Las comunidades terapéuticas en Argentina se expresaban en términos prácticos, dejando poco registro de su desarrollo e implementación. Estas experien-

cias problematizaron las condiciones de vida en los asilos e indujeron ciertos discursos diferenciados de los hegemónicos en el campo psiquiátrico (Azubel y Fischman, 1992).



Compartimos la película *Comunidad de locos*, dirigida por Ana Cutuli. La misma relata el proceso vivido durante el surgimiento de las comunidades terapéuticas en Argentina a partir de las narraciones de quienes estuvieron presentes en ese proceso histórico.

<https://bit.ly/3Feb489>

### 1.1.3. Las Socioterapias

Por otro lado, y en forma paralela a las prácticas que venimos considerando hasta aquí, es pertinente mencionar que en Argentina surgió otra experiencia que, si bien comenzó como una comunidad terapéutica, se fue transformando en una práctica nativa conocida como *socioterapia*. Nos estamos refiriendo a la Peña Carlos Gardel desarrollada en el Hospital Borda por Alfredo Moffatt, psicólogo social discípulo de Enrique Pichon-Rivière.

**La propuesta de Moffatt fue la creación de un nuevo dispositivo fundado en la cultura popular, entendiéndose que esta posibilita una nueva interpretación de la locura y de las formas de intervención hacia ella. Dice su mentor: “Desenmascara el sometimiento como falso criterio de salud mental y propone otros criterios de cordura para el pueblo, el criterio de asumir su identidad cultural y popular” (Moffatt, 1984: 235).**

Esta experiencia también permaneció al margen, sin modificar el poder manicomial. Más aún, tal como lo expresan Carpintero y Vainer “tenía una ficticia autonomía del resto del Hospicio” (Carpintero y Vainer, 2005:193). A pesar de esto, la experiencia de la Peña Carlos Gardel constituye un ideario que aún hoy tiene presencia en quienes piensan en una sociedad sin manicomios.



Sugerimos el corto *Peña Carlos Gardel*, Psiquiatría comunitaria, de Alfredo Moffatt, que expresa el significado de esta experiencia.

<https://bit.ly/3D0xs23>

#### 1.1.4. La necesidad de fortalecer la red externa al manicomio: La memoria del Lanús

El acercamiento a una psiquiatría fuera de las instituciones asilares es contemporánea a las experiencias de comunidad terapéutica, pero con objetivos divergentes.

La propuesta de Mauricio Goldenberg –quien se hizo cargo del servicio de psicopatología del Hospital Evita, ubicado en la localidad de Lanús, en octubre de 1956 (Goldenberg, 1992)– respondía a la creación de otra psiquiatría, capaz de ampliar el campo para trabajar en salud mental. Con la particularidad de tratarse de un hospital general, se propuso: formar equipos interdisciplinarios y prestar una asistencia comunitaria (prevención primaria, secundaria y terciaria) a partir de un servicio (abierto) de Psiquiatría, con todos los recursos terapéuticos disponibles, integrando los aportes de la psiquiatría dinámica, la psicología social y la psiquiatría clínica (Goldenberg, 1992).

De manera que mientras la comunidad terapéutica se desarrollaba en el interior de los asilos, la propuesta de Goldenberg consistía en el armado de un semillero de experiencias extramuros con base en el hospital general.

En las ponencias presentadas en las jornadas realizadas en 1992 en conmemoración de los 35 años de la creación del servicio, la experiencia desarrollada en el Hospital Evita –más conocido como *El Lanús*– era considerada y presentada como una ruptura disciplinaria, profesional e institucional con la psiquiatría clásica en el país, así como la expresión más innovadora de un modelo alternativo al manicomial (Visacovsky, 2002).

También puede considerarse como la primera aproximación entre los poderes públicos y la expansión de un cierto tipo de psicoanálisis, que no era precisamente el que había primado en la institución oficial, la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), hasta ese momento (Dagfal, 2009) y que corriéndose de la neutralidad analítica instaba a una implicación, un compromiso social y político acorde al contexto vivido.

**En palabras de los propios gestores del Lanús, esa experiencia “cambió nuestra psiquiatría” y “abrió nuevos horizontes” (Fernández Mouján, 1992), al establecer una “práctica no manicomial” (Azubel y Fichman, 1992).**

La ruptura aquí expresada es traducida por Sergio Visacovsky como la creación de una perspectiva o ideología dentro de la salud mental en la Argentina (Visacovsky, 2002).

En este sentido sostiene Galende: “Es posible imaginar que habrían podido existir otras experiencias que dieran lugar a la entrada en Argentina de lo que entendemos hoy por salud mental, pero no cabe duda de que fue El Lanús quien sentó la piedra fundamental de la misma en el país” (Galende, 1992: 101).

### 1.1.5. La Política del Sector en Francia

Mientras se desarrollaba la experiencia lanusina en Argentina, paralelamente habían comenzado a desarrollarse procesos de reforma psiquiátrica en algunos países europeos. En Francia, la llegada al poder del Frente Popular había dado impulso a una política en salud que implementó acciones tendientes a incorporar la medicina social. Su concreción se instaló a partir de lo que se denominó *Política del Sector*, que implicaba la descentralización del sistema de atención sanitaria y la territorialización. Esta modalidad se trasladó, a comienzos de la década de 1960, hacia el área de la salud mental.

**La Política del Sector se propuso trascender el ámbito de la institución psiquiátrica, y consideró las cuestiones de los procesos salud-padecimiento-atención-cuidado en lo mental, como cuestiones no exclusivas a la psiquiatría.**

Esta política fue sancionada legalmente por una Circular Ministerial en 1960 y reconfirmada, también por otra circular, en 1971. Se extendió a nuevas poblaciones, comenzando un gran impulso de actividades vinculadas a la inserción comunitaria y al abordaje preventivo.

Es interesante observar que en estos procesos surgieron contradicciones que enriquecieron las prácticas. La política del sector tiene ciertos anclajes que pueden ser puntos coincidentes con la reorganización de la salud mental en Argentina, por su importante extensión del psicoanálisis a distintos ámbitos de la esfera pública (Dagfal, 2009). Sin embargo, Alberto Georgieff va a inferir que el encuentro entre Goldenberg y algunos de los exponentes de la política del sector de Francia no fue contemporáneo al desarrollo de las experiencias en Argentina sino posterior.

Es así que en 1988, se bautizó con el nombre de Goldenberg uno de los pabellones refaccionados del Hospital de Prementré, a 150 km. de la ciudad de París. Se dijo, en ese momento, que se realizaba como homenaje al aporte que hiciera “el creador del Servicio de Psicopatología de Lanús”, y en memoria a las contribuciones que esa experiencia tuvo en el campo de la salud mental (Georgieff, 1992). Esta es la mejor síntesis de lo que significó la experiencia del Lanús en la instalación de dispositivos alternativos a lo manicomial, no solo en Argentina, sino también en países que habían asumido el compromiso de una reforma.

### 1.2. La idea de una psiquiatría sin manicomios

En este apartado se detallan un conjunto de experiencias que consolidan procesos de transformación de las prácticas instituidas en términos de ruptura radical con el orden psiquiátrico hegemónico y su estructura de intervención, es decir el manicomio. Este momento produce un giro radical en los abordajes en este campo. En este orden, los movimientos vinculados a la antipsiquiatría en Inglaterra y la psiquiatría democrática en Italia (Laing, 1972, 1975, 1976; Cooper, 1985; Basaglia, 1972, 1986a, 1986b; Bauleo, 1992; Galende, 1990, 1983) consolidaron

instancias que no sólo se pueden pensar por fuera del espacio manicomial, sino que se instituyen a partir de la necesidad del cierre definitivo de este y la generación de propuestas de asistencia extramurales.

A continuación, se presentan hitos que dieron origen a prácticas y discursos que interpelaron la psiquiatría hegemónica, aunque considerando las limitaciones y contradicciones que esas experiencias conllevaron en ese momento socio-histórico y político. Los actores de la des/ institucionalización, posteriores al advenimiento democrático en Argentina, consideran estas experiencias significativas porque simbolizaron la recuperación de una construcción social (Berger y Luckmann, 2008) de prácticas tendientes a consolidar procesos de reforma psiquiátrica en nuestro país. David Cooper y Franco Basaglia, las caras visibles del movimiento psiquiátrico contrahegemónico, habían visitado la Argentina en los años 1970 y aportado propuestas que se convertirían en iniciativas de referencia en el mundo, pero que tuvieron incipientes anclajes en las prácticas psiquiátricas en nuestro país en ese momento.

### 1.2.1. La Antipsiquiatría

Consideraba que la institucionalización no es sino el producto de la ruptura de las relaciones familiares y sociales y, por lo tanto, representa un obstáculo para la reconstrucción de los lazos sociales. La antipsiquiatría colocó en escena una nueva lógica de la práctica en salud mental asentada en la certeza de la imposibilidad de emprender un abordaje terapéutico adecuado dentro de los hospitales psiquiátricos debido, sobre todo, a que en esas instituciones la relación médica o médico-paciente era entendida conforme a una modalidad opresiva.

La propuesta de la antipsiquiatría, a través de los modelos comunitarios, consistió en proporcionar un abordaje extrahospitalario, con experiencias piloto que se distribuyeron por distintas áreas de Londres y que intentaron una intervención tendiente a acortar las distancias entre el terreno institucional, la familia y la sociedad global (Basaglia, Ongaro Basaglia, 1984). La praxis de la antipsiquiatría es sintetizada por Carpintero y Vainer como una experiencia que se propone tres niveles distintos de objetivos: la redefinición misma de la categoría de enfermedad mental, el desplazamiento de los clásicos manicomios y de las formas manicomiales por dispositivos comunitarios, y la fundación de una crítica profunda a la psiquiatría hegemónica como colaboracionista de la sociedad capitalista (Carpintero y Vainer, 2005).

**La experiencia británica cuestionó el concepto de patologización y la idea de normalidad versus anormalidad; también problematizó el vínculo enfermedad mental-encierro a partir de la incorporación de nuevas variables en la relación psiquiatría-problemas sociales y abordaje comunitario. Además, permitió establecer una relación dialéctica entre la problemática de salud mental y la problemática social en términos de *contexto relacional* (Cooper, 1985).**

Volviendo a los antecedentes de la consolidación de un campo des/ institucionalizador en la Argentina, es interesante observar cómo la noción *antipsiquiatría* estaba presente discursivamente en la década de 1970 en nuestro país, aunque esta corriente recibía fuertes críticas en el contexto de una búsqueda identitaria de un campo propio nacional. Emilio Rodríguez sintetiza el pensamiento de muchos psiquiatras que formaban parte de movimientos reformistas en salud mental en este país. En una de sus presentaciones deja al descubierto que, si bien había un profundo conocimiento de lo que significaban los cambios que se estaban produciendo en otros países, en Argentina se estaba instalando la construcción de una identidad nacional propia que ubicaba nuevamente –al igual que en El Lanús– al psicoanálisis como el actor preponderante de esa época para pensar las acciones transformadoras en este campo (Rodríguez, 1970).

### **1.2.2. Basaglia y la psiquiatría democrática en Italia**

El pensamiento basagliano ingresó a la Argentina muchos años después del momento de haberse producido la reforma en Italia; este autor y sus seguidores constituyeron una importante referencia teórica de los desarrollos que se instalaron en el país con posterioridad al advenimiento democrático de 1983, particularmente –pero no exclusivamente– con la reforma rionegrina.

Es en ese contexto donde la reforma psiquiátrica italiana se cristalizó como un referente teórico-práctico en la formación de recursos humanos en Argentina, tanto a través de sus producciones escritas como en sus desarrollos prácticos. Pero ¿qué significa que las y los actores de la des/ institucionalización con posterioridad al advenimiento democrático asuman el modelo italiano? Para aclarar esto es necesario hacer un pequeño recorrido por esta experiencia, que tiene su punto de anclaje en la transformación radical del modelo manicomial.

La psiquiatría democrática italiana está ligada a la llegada de Franco Basaglia a la dirección del hospital de la ciudad de Gorizia, que dirigió entre 1961 y 1968. Su objeto de trabajo, en una primera etapa, se centró en la búsqueda de nuevas respuestas a la problemática de la hospitalización (Amarante, 2009).

Para este fin, se operó una experiencia de transformación institucional en la que se implementó un proyecto de comunidad terapéutica que llevó a madurar un proceso crítico sobre la naturaleza de las instituciones psiquiátricas y sobre lo inviable que resulta su reorganización, ya sea técnica, administrativa, humanizadora o simplemente política (Rotelli y Amarante, 1992).

En esta primera etapa de la reforma italiana, el eje se centró en el mejoramiento de la condición de vida interna en el hospital. El pasaje de la modalidad intrahospitalaria a un abordaje en y con la comunidad encontró, en Gorizia, su límite. Las condiciones específicas y el momento político en que esto sucedió no permitieron el desarrollo de la experiencia extramuros.

Esto condujo, posteriormente, a una fuerte crítica de Basaglia a la utilización de un modelo de transformación intrahospitalario como finalidad y no como

medio. A partir de Gorizia, la psiquiatría italiana se replanteó la función de la propia psiquiatría dándole una significación que no había alcanzado hasta ese momento (Menéndez, 1979).

**En el hospital psiquiátrico de Trieste, en 1971, el movimiento generado por Basaglia comenzó la etapa de desmontaje del hospital psiquiátrico, que fue de profunda complejidad y de grandes producciones teóricas acerca del modelo de transformación con implicancias tanto científicas, como ideológicas e institucionales. El eje motor del mencionado movimiento se centró en la negación del manicomio y en la necesidad de incorporar elementos que permitieran el análisis del problema de la construcción social de los procesos de salud-padecimiento-atención-cuidado en lo mental. Por tal motivo, la reforma italiana se caracterizó por una fuerte crítica al modelo manicomial, que la llevó a la producción de prácticas innovadoras y apropiadas para facilitar la sustitución total de ese modelo como instancia terapéutica. El cambio enfatizó desplazar el eje de la enfermedad mental hacia el hecho de considerar a la persona de manera integral, concomitantemente se subvierten los vínculos de poder y de autoridad y se habilitan relaciones reciprocidad entre las usuarias y los usuarios, y los equipos de salud.**

En 1973 se creó en la ciudad de Bolonia el Movimiento de Psiquiatría Democrática, que permitió a la psiquiatría italiana avanzar en los procesos de transformación del modelo manicomial. Un aspecto particularmente importante de esta reforma es la sanción, en 1978, de la Ley 180 de Salud Mental, conocida como Ley Basaglia, que constituyó el primer instrumento normativo que plasmó los resultados políticos más elocuentes del camino recorrido por el movimiento de la psiquiatría democrática. La experiencia italiana expresa las categorías nodales en las cuales se asentaron los procesos de transformación de las prácticas manicomiales, y su consecuente cambio de significación y representación de los procesos de atención en el campo de lo mental en ese país. La puesta en escena del problema de la institución manicomial como determinante de las prácticas psiquiátricas hegemónicas sería el nudo central de los futuros desarrollos de los procesos des/ institucionalizadores en la Argentina.



En este punto les proponemos mirar la película *Si può fare*. Creemos que ilustra muy bien algunas relaciones producidas en el contexto de la reforma italiana. Realizadores: Pivio y Aldo de Scalzi.

<https://bit.ly/3gFiPcH>

## 2. LOS AVANCES EN EXPERIENCIAS DES/ INSTITUCIONALIZADORAS PREVIAS A LA LEY 26.657

En este apartado abordaremos el análisis de las algunas experiencias des/institucionalizadoras desarrolladas en el país a partir de la recuperación democrática en 1983 y en el contexto previo a la promulgación de la LNSM; estas experiencias son parte fundante de la producción del texto de esta norma. En 1983, con el comienzo del proceso de reapertura democrática en Argentina, se produce un punto de inflexión en la política nacional impulsado por un trabajo de la OPS, conocido como *Informe Goldenberg*.

En este se denunciaban hechos ocurridos durante la última dictadura cívico-militar que produjeron fundamentalmente un marcado deterioro de las instituciones monovalentes, un importante aumento en los costos del cuidado de la salud mental y una alta carga financiera para el subsector público. Asimismo, el informe abordaba el deterioro del sistema de asistencia, el aumento considerable del número de internados, que llegaría a 25.000, la sobrepoblación en las instituciones monovalentes, la disminución de los recursos humanos, el incremento de las prácticas de aislamiento, el dominio de la práctica psiquiátrica asilar, la implementación de prácticas represivas, y la anulación de todo intento de prácticas preventivas y de atención en el primer nivel (OPS, 1984).

### 2.1. La Dirección Nacional de Salud Mental

En marzo de 1984 fue nombrado director nacional de Salud Mental el médico Vicente Galli, un psiquiatra con formación psicoanalítica que había participado en la experiencia del Hospital Evita de Lanús junto a Goldenberg, quien desempeñó el cargo hasta agosto de 1989. Con el ingreso de Galli, a través de la implementación de una política de salud mental que claramente formulaba acciones tendientes a un cambio en el área, se puso en debate el contenido de la des/institucionalización. La propuesta fue acompañada por grupos de profesionales que intentaban poner en el primer plano del escenario político-sanitario, la discusión acerca de la violencia que implica la institución manicomial.

En ese momento, con apoyo de los gestores de la reforma italiana, se planteó la democratización de las relaciones de poder institucional a través de la generación de cambios sustantivos en los modelos de abordaje, que posibilitó la creación de propuestas alternativas en los servicios y una tendencia a la disminución de las internaciones en los manicomios. En distintas provincias del país, principalmente en salas de pacientes crónicos, se iniciaron experiencias puntuales para la modificación de las prácticas cotidianas, como modelos más abiertos en el seno de la institución (asambleas, trabajos grupales, talleres) y estrategias extramuros (trabajo con familias, articulación interinstitucional, salidas de las usuarias y los usuarios). Esta apertura marcó, además, un período con tendencia a la planificación de políticas y acciones nacionales. Para este fin se conformó el Consejo Federal de Salud Mental (COFESAM), que incluía dentro de sus responsabilidades la promoción de una ley nacional (Alberdi, 2003).

**En un documento emitido por la Dirección Nacional de Salud Mental de 1986, se estableció esta estrategia de cambio en base diferentes aspectos: a) integración de políticas de salud mental con políticas generales de salud; b) intersectorialidad; c) ampliación de cobertura incluyendo promoción y prevención; d) participación de usuarias y usuarios en la definición de necesidades estratégicas y asignación de recursos; e) desplazamiento del eje hospital-enfermedad al modelo comunidad-salud y el incremento de presupuesto para ello; f) transformación de los grandes hospitales psiquiátricos y el desaliento de los institutos privados que funcionaran de manera similar; g) desarrollo conceptual y práctico de la estrategia comunitaria.**

Desde la Dirección Nacional, dada la gran dispersión y fragmentación del sistema sanitario, los esfuerzos se orientaron a la organización de un espacio interjurisdiccional, consolidando acuerdos técnico-políticos. Estos convenios posibilitaron la creación o reorganización de *direcciones y programas de salud mental* en el 90 por ciento de las provincias, que se constituían en la contraparte más importante de la Dirección Nacional de Salud Mental. Además, se avanzó en la construcción de un *foro federal interpartidario, interdisciplinario e intersectorial* y en una red de servicios asistenciales estatales (DNSM, 1989).

**La capacitación fue uno de los pilares que tuvo la Dirección Nacional de Salud Mental durante ese período. Asimismo, se incluyó una diversidad de actores antes no considerados como pertenecientes al campo, se desarrollaron seminarios para las/os trabajadoras/es (profesionales y no profesionales) tanto desde la nación, como desde las propias provincias o regiones con un importante caudal de concurrentes. Otro hecho importante en la capacitación, durante este período, lo constituyó la creación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM) con inserción prioritaria en los centros de salud y los hospitales generales (Ferro, 1989; Vainer, 2022).**

La dimensión de lo que significó el período Galli para la implementación de los procesos de des/ institucionalizadores, puede encontrarse en el propio informe de gestión de la Dirección Nacional de Salud Mental, en el cual se señala dos resultados especialmente relevantes: la generación de prácticas preventivas y de atención no convencionales –con la creación de 160 programas comunitarios en distintas regiones del país- y la disminución de personas internadas en los grandes hospitales psiquiátricos (Dirección Nacional de Salud Mental, 1989).



Invitamos a escuchar a Vicente Galli. Nos ayuda a comprender la importancia de su gestión en ese momento histórico.

<https://bit.ly/3zdcc7Z>

## 2.2. La Desmanicomialización en Río Negro

Vamos a describir en este punto el proceso de transformación que desarrolló la provincia de Río Negro a partir del advenimiento democrático. Tal como se señaló, fue la primera jurisdicción que inició una transformación en el área de salud mental por el que se logró el cierre del único hospital monovalente y la construcción de prácticas alternativas en espacios territoriales.

La *desmanicomialización*, término nativo de esta experiencia, se ubicó en el escenario político, sanitario y de derechos humanos como la experiencia de mayor relevancia en el país en aquel momento. Por eso se abordan aquí los principales aspectos históricos, políticos, sociales e institucionales –en tanto conflictos y potencialidades– que viabilizaron esta transformación desde una política pública

### 2.2.1. Hegemonía manicomial

Un punto de partida para comprender el proceso de *desmanicomialización* en la provincia de Río Negro es la relación existente entre el fortalecimiento de la hegemonía manicomial y la última dictadura cívico-militar. Río Negro no tenía una larga historia sobre el manicomio en su propio territorio, sino una historia vinculada a los procesos de violación sistemática de los derechos humanos acaecidos durante la última dictadura cívico-militar. Sobre este anclaje se montó la *desmanicomialización* que se describe, considerada como una impronta diferencial a esta experiencia en relación a otros intentos de transformación institucional que acontecieron en el país.

**El 3 de octubre de 1988 se cerró definitivamente el pabellón psiquiátrico de Allen, luego de un proceso gradual de externalización de pacientes que comprendió a la casi totalidad de los ciento veinte usuarios del antiguo manicomio. El 25 de noviembre de ese año se inauguró el hospital general de esa ciudad y se ubicó un servicio de salud mental.**

### 2.2.2. La transformación

Como se dijo, la experiencia de Río Negro, iniciada a mediados de la década de 1980, fue la primera que logró instituir un proceso de desmanicomialización; hay que recordar que el término surgió en ese contexto y que lo ubica en una perspectiva política-ideológica que introduce el problema de la salud mental en una crítica al espacio manicomial.

La *desmanicomialización* se diferenció de otras experiencias internacionales (Murekian, 2006, 2007), incluida la italiana que le dio fraternidad, no solo en la noción conceptual, sino también en el conjunto de prácticas que la ubican centralmente como un dispositivo circunscripto al campo específico de la salud mental; así, el término de *desmanicomialización* se diferencia de la noción de desinstitucionalización que se había acuñado en Italia (Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987). Este proceso alcanzó un alto grado de desarrollo y en 1991 esto se plasmó en una normativa provincial, Ley 2.440, que forjaba las políticas tendientes al sostenimiento del cierre de la institución manicomial y a la institucionalización de prácticas comunitarias extramuros (Provincia de Río Negro, 1991).

El análisis del programa de desmanicomialización de la provincia de Río Negro ofrece una imagen de construcción de un *proceso de cambio* (Testa, 1995) referido a los modelos teóricos, institucionales, terapéuticos y técnicos en relación a la problemática salud-padecimiento-atención-cuidado. De esto se desprende que los gestores se propusieron lograr un cambio en la organización de los modelos de atención mediante la aplicación de prácticas asistenciales no centradas en el dispositivo manicomial.

Entendemos que la desmanicomialización rionegrina, tal como lo definió Visacovsky para la experiencia lanusina, constituyó “un contexto que hizo plausible ciertos modelos teóricos y ciertas prácticas terapéuticas en detrimento de otras a través del establecimiento de un horizonte o marco que les confirió sentidos específicos” (Visacovsky, 2002: 121).

**Hugo Cohen denomina desmanicomialización a aquel proceso que replantea, por un lado, el sentido de la salud mental como lucha, conflicto, y por otro, una clara posición sobre el propio concepto de locura como sufrimiento mental, apartándose de la noción de enfermedad. El autor rescata como principio de este estilo des/ institucionalizador el recurso de salud presente en todo sujeto. Por último, introduce el concepto de crisis, como “una ruptura o modificación brusca en el plano físico, psíquico y/o cultural de una persona en un momento determinado” (Cohen, 1994: 89). El concepto de crisis refiere a una posibilidad de ser transitado, lo cual conlleva el derecho a la recuperación y a la vida comunitaria (Ley 2.440), en contraposición al de inevitabilidad y cronicidad.**

En los primeros momentos de la reforma se avanzó en la inclusión, en los hospitales generales, de equipos interdisciplinarios, conformados particularmente por psiquiatras y psicólogos, orientando sus prácticas en varios sentidos: desmantelamiento de la tradicional estructura manicomial; externación de las usuarias y los usuarios hospitalizados; contención de las personas que regresaban de Allen, a su lugar de origen; contención de las nuevas situaciones de crisis; cierre de la boca de derivación al neuropsiquiátrico.

Para los hospitales de menor complejidad, en los que solo había referentes de salud mental, se implementó un sistema denominado patrulla, según el cual un grupo de integrantes de los equipos de diferentes hospitales de la zona se desplazaban a estos servicios para proveer de asistencia directa a usuarias y usuarios y en el contexto de sus propios territorios, y generar acciones de intercambio y formación con las trabajadoras y los trabajadores de la institución.

**También como parte de este proceso, se incluyeron en los equipos recursos humanos no profesionales o no convencionales, particularmente agentes sanitarios, quienes fueron capacitados para el abordaje en el campo de salud mental. Con el andar de la desmanicomialización, se creó un recurso específico al que se lo denominó operadores de salud mental, constituyendo un componente fundamental en los procesos de inclusión en el territorio, así como en el apoyo a la familia, y la ayuda para las gestiones cotidianas.**

En el caso de la experiencia rionegrina, la propuesta de externación y abordaje en los espacios locales no limitó su práctica al ámbito hospitalario, sino que los equipos crearon espacios de intervención extrahospitalarios. Estos constituyeron un punto de inflexión en el proceso de cambio, en la medida en que daban lugar, a nuevos componentes -dentro del campo sanitario- distintos de los instituidos hasta entonces, es decir el abordaje comunitario.

### **2.2.3. La inclusión social**

Las actoras y los actores de la desmanicomialización enunciaban la construcción de prácticas alternativas y acciones transformadoras. Estas se daban en un contexto en el que el espacio local asumía un rol protagónico a la hora de dar respuesta a problemáticas en salud mental. El fortalecimiento de los espacios locales, tal como sostienen Hugo Cohen y Graciela Natella, fue construyendo una red intersectorial de servicios comunitarios para responder a las necesidades de asistencia, seguimiento e inclusión social. Esta red favorecía el sostenimiento de la persona en la comunidad, los niveles crecientes de autonomía y la profundización de la inclusión social.

Agregan estos autores, las prácticas alternativas para la inclusión social fue muy variada y muchas veces incierta. Sin embargo, destacan, que los dispositivos habitacionales y laborales fueron imprescindibles. Se priorizó la promoción

y gestión de vivienda y de trabajo, que no se limitó a estructuras o dispositivos intermedios, sino que se extendió a un conjunto de acciones que trascendían el trabajo al interior de los dispositivos en salud mental. La promoción laboral cobró entonces diversas formas: continuidad en el propio trabajo, inclusión en el mercado laboral, actividades laborales informales y, particularmente, el desarrollo de emprendimiento productivos (cooperativas y empresas sociales) (Cohen y Natella, 2013).

**Nos detenemos un momento en lo que entraña un dispositivo de viviendas sociales, para lo cual se requiere incluir el concepto de hábitat, es decir, una vinculación con el entorno, una perspectiva integral que posibilite la aparición del deseo y la voluntad y una puesta en marcha de procesos de ciudadanía. Por lo tanto, introducir la noción de hábitat significa que el objetivo es más abarcativo que el acceso a sólo a la vivienda, incluye acciones en vistas a lograr la integración plena en la comunidad (DNSMyA, 2018a).**

**Por otro lado, también es necesario incorporar una reflexión en referencia a los dispositivos de inclusión laboral en tanto estructuras intermedias para la inclusión social de las personas. Se trata de dispositivos sociosanitarios que consolidan una red de trabajo intersectorial. Son dispositivos en la frontera: entre el sector salud y los demás sectores; entre la atención integral de la salud, y el trabajo, la producción y comercialización. Los emprendimientos sociolaborales son una de las estructuras de la consolidación de una Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Forman parte de una estrategia general de inclusión. Muchas de estas experiencias tienen una impronta vinculada a los principios y valores del cooperativismo en particular y de la economía social en general (DNSMyA, 2018b).**

Volviendo a la desmanicomialización en Río Negro, y tal como se expresó, constituyó un punto de inflexión en los procesos des/ institucionalizadores en la Argentina. Creó un espacio de producción de nuevas racionalidades en el abordaje del sufrimiento psíquico que implicó la institucionalización de prácticas nuevas, alternativas y sustitutivas a las existentes.

Es decir, se consolidó como dispositivo que disputó un espacio en construcción de un nuevo campo de racionalidad, y en este sentido, incorporó la constitución de los sujetos sociales en el proceso de intervención en las arenas institucionales (Merhy, 1995).

**En Río Negro la desmanicomialización significó:**

- **La concepción de derechos humanos, en la cual el manicomio es sinónimo de institución represiva.**

- **El hospital de internación psiquiátrica monovalente como innecesario.**
- **La prioridad de creación de una cultura disciplinar nueva, que incorpora nuevas estrategias de intervención comunitaria en el campo de la salud mental.**
- **La inclusión social a partir de dispositivos de vivienda y la creación de espacios laborales como cooperativas y emprendimientos productivos.**

### **2.3 La Sustitución de Lógicas Manicomiales en la provincia de Santa Fe**

En este apartado abordamos un proceso acontecido en otro punto del país: la provincia de Santa Fe. Esta jurisdicción implementó, a partir del año 2004, un programa de des/institucionalización al que las y los actores denominaron *sustitución de lógicas manicomiales* (Faraone, 2013a).

El proceso se consolidó a la luz de un complejo escenario político, social e institucional que implicó avances y retrocesos, tensiones y oportunidades, en el recorrido por plasmar la transformación del manicomio y la organización de dispositivos que trascendieran los muros institucionales y que reemplazaran las prácticas manicomiales de hacer y pensar en salud mental.

#### **2.3.1. El camino hacia la Sustitución de Lógicas Manicomiales**

La experiencia que se desarrolló en la Colonia Oliveros, a partir de la asunción de las funciones de dirección de un grupo de jóvenes ex residentes, fue la bisagra que dio el puntapié al proceso des/ institucionalizador que se desplegó en esa institución desde la segunda mitad de la década de 1990. En el año 2004, este grupo asumió la Dirección Provincial de Salud Mental en lo que fue un punto de inflexión que amplió los procesos des/ institucionalizadores a nivel territorial en toda la provincia. En este marco, y ubicó estos procesos como engranaje de la construcción colectiva de una *clínica ampliada*.

**Se entiende por *clínica ampliada* la acción de estirar los bordes de esa clínica más allá del paradigma biomédico hegemónico vigente. Incluir cierto análisis de la vulnerabilidad, traer la dimensión de la escucha que sirva de aporte a proyectos negociados, compartidos con usuarias y usuarios y comunidades (Onocko Campos et al., 2008: 182).**

Según Adriano Santos y Marluce Araujo Assis, la clínica ampliada se centra en los sujetos concretos y en las acciones, relaciones y responsabilidades del cuidado hacia ellos: “Se plantea como un movimiento con el objeto de ampliación del acto terapéutico que valoriza la singularidad” (Santos y Araujo Assis, 2006: 56). Desde este posicionamiento, un proyecto de clínica ampliada centra su estrategia de atención en la noción de *cuidado*.

**Introducimos aquí la noción de *cuidado*. Esta no es entendida como un nivel de atención del sistema de salud, ni como un procedimiento técnico simplificado, sino como una acción integral, con sentidos y significados orientados a la comprensión de la salud como un derecho del sujeto (Pinheiro y Ceccim, 2009).**

La lectura de una clínica ampliada abrió paso a la construcción que incorporó diferentes cajas de herramientas, al decir de Emerson Elias Merhy, *maletines tecnológicos* que permitieron una reestructuración de los procesos de des/ institucionalización en el sentido de sustitución las lógicas manicomiales (Merhy, 2006).

**En este contexto, Gustavo Castaño, exdirector de Salud Mental de Santa Fe, definía la *lógica manicomial* como una síntesis de instancias segregativas. Un campo concentrario donde desagua una intensa red de vasos comunicantes, de múltiples instancias segregatorias. Fluida red de instituciones que atraviesan cabezas, oficinas, cuerpos, prácticas sociales, pasillos, consultorios, modos de relación, regímenes de goce (de bienes y males), laboratorios, ministerios, escalinatas universitarias, ejercicios de saber/poder, fábricas, juzgados, intereses, hospitales, casas de familia, etc. El autor destaca que el manicomio de ninguna manera comienza y termina en sus muros, comienza (por decirlo de algún modo) mucho antes y en múltiples lugares, como múltiples son los agentes de su reproducción.**

Para el equipo de gestión de la Dirección Provincial de Salud Mental el desafío era pensar el espacio del manicomio como un dispositivo que debía ser sustituido. Sin embargo, también debía madurar la construcción de una trayectoria a recorrer hasta lograr las condiciones del cierre, y esto implicaba abordar un proceso de transformación intramuros-extramuros.

Además de la institución aquí mencionada, la Colonia Oliveros, Santa Fe cuenta con otras dos instituciones monovalentes: el hospital Mira y López en la capital de la provincia y el hospital Agudo Ávila, en la ciudad de Rosario. Si bien estas estructuras no lograron ser transformadas en su totalidad hubo un proceso profundo que modificó su hegemonía en el contexto sanitario.

### **2.3.2. El Corralito: la des/ institucionalización en un espacio manicomial - carcelario**

A continuación, nos detendremos en una experiencia des/ institucionalizadora que implicó la problematización de las relaciones entre el ámbito penitenciario y el ámbito de salud mental en referencia a personas con padecimientos psíquicos que se encontraban transitando o habían transitado procesos penales. En este sentido, retomamos el trabajo de Ana Silvia Valero y Silvia Faraone y

sintetizamos la experiencia desarrollada en torno del pabellón psiquiátrico, denominado El corralito, inserto en la Unidad Penitenciaria N°1 de la ciudad de Coronda (Valero y Faraone, 2013). Consideramos que historizar estos procesos en su complejidad, abre paso a problematizar los condicionantes sociales, históricos y políticos que intervienen en las instancias de reforma; identificar algunos devenires no esperados como también reconocer fortalezas de intervenciones creativas y superadoras del modelo manicomial. La creación del pabellón de Coronda se produce en 1985 en pleno proceso democrático, paradójicamente como corolario de un proceso iniciado un año antes orientado a la transformación del hospital psiquiátrico Mira y López de la ciudad de Santa Fe, desde un modelo manicomial a un modelo de puertas abiertas. Desde ese entonces y hasta 2008, el pabellón transitó diversos momentos que reflejaron los vaivenes de la política pública en salud mental y los cambios acontecidos.

Durante un extenso período, hasta el año 2005, el pabellón, previsto para un máximo de 20 personas, superó ampliamente ese número y estuvo a cargo exclusivamente de un médico psiquiatra y dos enfermeros, además del personal penitenciario. Por otra parte, se caracterizó por presentar condiciones mucho más deterioradas que el resto de los pabellones de la cárcel: peores condiciones edilicias (menor temperatura en invierno, ausencia de colchones, hacinamiento, falta de luz natural, falta de todo equipamiento); presencia de prácticas de maltrato; torturas (como el manejo de la medicación, como castigo tanto por sobremedicación, como por su ausencia, utilización de celdas de aislamiento, falta de reconocimiento de la identidad y la singularidad de las personas allí alojadas, ausencia de construcción de cualquier instancia de orden de lo terapéutico, por ejemplo, por la total inexistencia de historias clínicas.

A partir de las denuncias realizadas por organizaciones de derechos humanos acerca de las condiciones infrahumanas existentes en el pabellón, la Dirección Provincial de Salud Mental, en 2005 comenzó a implementar un proceso de intervención orientado en primer lugar a mejorar las condiciones de vida en su interior, a recomponer la situación terapéutica y a reconstruir las trayectorias vitales de las personas internadas. Durante un período de tres años, equipos interdisciplinarios, (compuestos por psicólogas y psicólogos, trabajadoras y trabajadores sociales, enfermeras y enfermeros, médicas y médicos psiquiatras y abogadas abogados) fueron introduciendo cambios sustantivos de perspectiva, orientada fundamentalmente al reconocimiento de los derechos de los sujetos allí alojados. Cobra especial relevancia en este punto aproximarnos a una *definición de violencia* institucional en tanto posibilita el reconocimiento del carácter naturalizado y sistemático que demarcaba el contexto penitenciario.

**Recurriendo a la propuesta de Inés Izaguirre, reconocemos violencia cuando tiene lugar un lazo social que se basa en la fuerza y ese lazo es a la vez jerárquico y desigual, realizándose lo esencial del vínculo violento en el sometimiento de una de las partes. En particular, la violencia institucional remite a aquella forma de violencia que es permanente, que se manifiesta a través de las rutinas y costumbres pero**

**que no se ve porque las rutinas forman parte de las pautas culturales del mundo institucional (Izaguirre, 1998). En referencia específica al ámbito penal, Josefina Martínez agrega que esta debe ser analizada como un elemento propio del mundo penal, en tanto no resulta ni ajeno ni extraño a sus agentes, sino que forma parte de su lógica de acción y estructura muchas de las prácticas del sistema penal (Martínez, 2002).**

Este concepto se vincula con el que describe Fernando Ulloa de las *instituciones mortificadas*, donde instituciones de esta naturaleza constituyen la mayor expresión del oprobio y en las cuales se recrean una y otra vez la cultura de la mortificación, y donde se verifica el síndrome de *violentación institucional*. Todo, en el marco de una cultura mortecina desarrollada por el acostumbramiento, en el que formas de tormento social, que se ven a plena luz del día, se naturalizan de manera indiferente (Ulloa, 1995).

Siguiendo esta misma línea, el contexto penitenciario implicó un escenario de violencia institucional extrema para el desarrollo de intervenciones que, en lugar de orientarse hacia lo punitivo, se organizaban en torno a la salud y al reconocimiento y la restitución de derechos. La adversidad resultante supuso también un profundo desafío a la composición de los equipos interdisciplinarios que expresaron que la participación en esta experiencia constituía, por las tensiones emergentes del contexto carcelario, una “picadora de carne” para las profesionales y los profesionales integrantes de los equipos. Los nombres que se utilizaron para designar al pabellón, “corralito”, en alusión a un corral de animales, y “lo peor de lo peor”, en referencia al lugar menos habitable de toda la unidad penitenciaria, son expresiones que evocan el despojo y el abandono extremo que suponía.

El cierre del pabellón, inicialmente proyectado para ser concretado en un período más breve, requirió del impulso de acciones para promover transformaciones progresivas en su interior, el establecimiento de procesos de egreso según cada una de las situaciones procesales y terapéuticas, que culminaron con su efectivización en 2008, en un contexto de especial tensión. La experiencia del Corralito constituye una referencia para la comprensión de los procesos des/ institucionalizadores en su complejidad especialmente por: remitir al protagonismo de los equipos interdisciplinarios; introducir en forma innovadora la participación de abogados como integrantes de los equipos interdisciplinarios; y expresar el carácter dilemático, controversial y no lineal de todo proceso transformador en salud mental entrelazado con los vaivenes histórico-políticos.

### **2.3.3. Los programas estratégicos**

La Dirección Provincial de Salud Mental organizó sus acciones en base a lo que denominó *programas estratégicos*. Estos se instituyeron con una organización dialéctica que articuló las dimensiones de: cuidado, integridad, interdisciplinariedad, intersectorialidad, clínica ampliada, planificación estratégica y diagnóstico situacional. El interjuego de estas dimensiones condujo a la redefinición

de la propia práctica institucional y la expansión de las fronteras de la salud mental a espacios innovadores. Así se puso en funcionamiento una política de transformación hacia diferentes instancias, con la creación de programas estratégicos y dispositivos que pusieron el foco en establecer una dinámica de des/institucionalización en la población con problemas crónicos y graves de salud mental (Gerlero *et al.*, 2010) por medio de: la reducción de internaciones en hospitales monovalentes; el abordaje de problemáticas de salud mental en otras instituciones totales –como institutos de menores y cárceles–; y la implementación de una red de asistencia con base en los centros de atención primaria distribuidos a lo largo de la provincia (Leal y Godiño Delgado, 2007; Yasui, 2007; Arango, 1992). Estos programas definidos como estratégicos son sintetizados en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Organigrama del plan estratégico de la Dirección de Salud Mental de Santa Fe



Fuente: Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fé

### 2.3.4. Algunos avances

Un aspecto central en relación con las reformas en salud mental consistió en la creación de alternativas a la internación de usuarias y usuarios de los servicios de salud mental en hospitales monovalentes. En ese sentido, y tal como surgió en la experiencia de Río Negro, los hospitales generales se presentan como el destino privilegiado con la Ley provincial 10.772 (Provincia de Santa Fe, 1991). Así fue posible en alguno de los efectores generales incorporar la implementación progresiva de la asistencia en salud mental en toda su complejidad, inclusive internar para evitar las derivaciones a centros monovalentes.

En ese marco, se desarrollaron unidades interdisciplinarias de asistencia, destinadas especialmente a la atención en las guardias. Su inclusión permitió redimensionarlas como un espacio estratégico para recepcionar situaciones de mayor vulnerabilidad, servir de puerta de entrada al sistema y, una vez superada la situación crítica, orientar la atención hacia los equipos territorializados.

El programa de *clínica interdisciplinaria de la subjetividad en Atención Primaria de la Salud (APS)*, motorizó acciones orientadas a la construcción de espacios de encuentro centrados en el fortalecimiento de los lazos comunitarios. Su despliegue condujo a una expansión de los márgenes de la clínica. Estos se destinaron a la consolidación de equipos de fortalecimiento regionales, en centros de producción o empresas sociales, casas compartidas, radios comunitarias, centros de día para adolescentes y jóvenes, y abordajes interdisciplinarios para niños, niñas y adolescentes.

En el marco de las acciones de APS, los operadores de salud se constituyeron en actores clave, con potencial para impulsar la reformulación de la tradicional relación entre la oferta y la demanda en salud mental.

**Se definía como *operador de salud al mediador con la comunidad que, en el trabajo cotidiano, mediante sus recursos comunicacionales lo ubicaban próximo a las personas con necesidades de salud. Su función era articular con los diversos equipos interdisciplinarios que trabajaban en los centros de salud, así como también con los del segundo nivel de atención.***

Con el objetivo de superar la fragmentación que los dispositivos tradicionales de APS iban reproduciendo en la asistencia, la Dirección Provincial creó los Dispositivos de Fortalecimiento en Salud Mental. Sus equipos tuvieron como premisas: ser interdisciplinarios; tener organización territorial; y abarcar diferentes espacios territoriales y programas. Estos dispositivos se concibieron como los articulador de una red de servicios ambulatorios, que lograban descentralizar la asistencia, mejorar la accesibilidad y garantizar la posibilidad de trabajo con la familia y con referentes comunitarios como uno de los modos más eficaces para dismantelar las lógicas de exclusión y segregación de las personas que padecen sufrimiento psíquico.

Desde estos equipos se generaron diversas propuestas de relevancia para comprender las dinámicas del acceso al cuidado por parte de las usuarias y los usuarios de los servicios de salud mental. Las propuestas construidas partieron de la necesidad de explorar creativamente formas alternativas a la consulta, basadas en el trabajo interdisciplinario y colectivo. La problematización de la propia acción fue una preocupación central que guió la construcción de estos dispositivos.

### 3. ALGUNOS DISPOSITIVOS DE DES/ INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

En esta tercera parte abordamos experiencias des/ institucionalizadoras que se enmarcan en el contexto de la LNSM. Para lo cual introducimos algunos aspectos de la norma y abordamos tanto experiencias locales como políticas públicas.

Silvia Faraone y Alejandra Barcala parten de pensar que las prácticas alternativas y sustitutivas al manicomio crean espacios de producción de nuevas racionalidades en el abordaje del sufrimiento psíquico que conllevan a la institucionalización de experiencias nuevas en el campo de la salud mental (Faraone y Barcala, 2020).

**Sara Ardila Gómez y Emiliano Galende plantean que las prácticas en salud mental desarrolladas en la comunidad constituyen un giro en la atención que involucra tres dimensiones. Una de ellas se relaciona con la implementación de servicios próximos a la comunidad, en desmedro de la hospitalización; otra atañe a la práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional transformada en una que involucra al sujeto en toda su dimensión y complejidad, con respeto de sus derechos; y la última se vincula a la construcción de un sujeto activo y protagonista de su tratamiento (Ardila Gómez y Galende, 2011).**

De este modo, en el campo de la salud mental las prácticas alternativas y sustitutivas a las manicomiales involucran la construcción de lo que hemos definido como *clínica ampliada* es decir, una clínica que incluye el cuidado personalizado inserto en un encuadre ético y enmarcado en un acogimiento responsable (Pitta, 1996). Así, en las prácticas comunitarias, la relación de las usuarias y los usuarios con los territorios asume un modo muy singular que toma dicha construcción como una instancia subjetivante. Tal como especifica Emerson Merhy, el concepto de territorio se constituye como algo existencial y situacional, en tanto socialmente constituido es referencial y cultural (Merhy, Camargo Macruz Feuerwerker y Silva, 2012).

**Las prácticas territoriales que son alternativas y sustitutivas a las manicomiales instituyen una amplia variedad de dispositivos que tejen redes de asistencia y permiten enlazar trayectorias de acceso cubiertas en procesos sociales e institucionales diversos (Faraone *et al.*, 2011). Estas trayectorias reflejan construcciones de prácticas creativas, ricas en la diversidad, que se dirigen a la ampliación de la autonomía en la vida de las/os usuarias/os permitiendo el nacimiento de redes sociales inclusivas (Merhy, 2007).**

La aproximación al concepto de trayectoria como una idea que permite la visualización de los itinerarios en el acceso a los servicios de salud (Silveira *et al.*, 2011), admite descentrar el análisis de lo coyuntural para observar el entramado práctico discursivo que organiza estos espacios territoriales. Tal problematización pone en evidencia, como desafío epistemológico, la necesidad de generar nuevas conceptualizaciones de demanda y oferta, entendidas como partes mutuamente imbricadas en procesos de producción y reproducción de saberes y prácticas incluyentes (Faraone, 2012a); estas últimas no solo referidas a la asistencia sino también a las funciones de promoción, prevención y rehabilitación.

### **3.1. Algunos hitos de la Ley 26.657 que destacamos para el desarrollo de procesos des/ institucionalizadores**

Siguiendo a Faraone y Barcala (2020), la Ley Nacional de Salud Mental transformó los modos de vinculación del Estado y el campo de la salud mental. Las autoras, retomando a Emiliano Galende, plantean que esta transformación se desplegó por lo menos en dos sentidos: por medio de la incorporación de los principios y declaraciones regionales e internacionales tendientes al mejoramiento de los cuidados en salud mental, y, a través del establecimiento de responsabilidades políticas y sociales promotoras del efectivo acceso al ejercicio de los derechos de las personas con sufrimiento psíquico (Galende, 2011; Faraone y Barcala, 2020).

Bajo estos principios, el Estado debió reformular las políticas públicas en relación a la salud mental e implementarlas en el marco de políticas socio-sanitarias, entendidas estas -por las autoras- como un grupo de acciones ejercidas por el propio Estado que afectan las condiciones u oportunidades de vida y muerte de las personas, grupos o familias. Es decir que la política en salud expresaría el esfuerzo del Estado por subsanar las condiciones adversas que favorecen el riesgo de enfermarse de los individuos, y/o evitar que esto suceda, así como atenuar el sufrimiento de las personas cuando se enferman.

**Barcala agrega que resulta un desafío, a partir de una perspectiva interdisciplinaria en la praxis cotidiana, contribuir a favorecer la articulación entre los marcos normativos y los modos de abordaje de las problemáticas, que impidan formas de violencia institucional naturalizadas que vulneren la dignidad de las personas (Barcala, 2016).**

En este sentido, todas y cada una de las experiencias des/ institucionalizadoras que a continuación exponemos motorizan desplazamientos, resignificaciones en las/os diversas/os actores participantes que conllevan la producción de subjetividades. Paralelamente, estas experiencias transversalizan avances en torno a la implementación de la LNSM a través de la concreción de diversos componentes de su articulado. Como base para comprender el significado y el alcance del repertorio de experiencias des/ institucionalizadoras que presentamos y su interjuego con el cambio normativo y paradigmático en el marco de las políticas de salud mental (Faraone, 2012b), se describen algunas reformulacio-

nes fundacionales. Estas reformulaciones implicaron un afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la salud mental, particularmente de aquellas que vienen impulsadas por las jurisprudencias y políticas que tienen que ver con los derechos humanos (Galli, 2011). Siguiendo esta línea, destacamos que a partir del impulso transformador que implicó la promulgación de la LNSM, las diversas experiencias des/ institucionalizadoras aquí presentadas expresan, por parte de las actoras y los actores sociales la recuperación de la iniciativa innovadora en clave ético-política que ubicó en el centro de sus fundamentos la intersección entre salud mental y derechos humanos.

## **3.2. Experiencias comunitarias con personas con largos períodos de internación**

En este punto avanzamos en algunas pocas experiencias ejemplificadoras que instituyen prácticas de inclusión en la comunidad con personas con padecimiento psíquico. Son experiencias que, perteneciendo al subsector público, surgieron con el objeto de consolidar el abordaje comunitario. Algunas de ellas, si bien emergieron previo a la LNSM, se fortalecen a partir de su reglamentación ya que pasan a ser esenciales para los procesos des/ institucionalizadores. Transcribimos en esta descripción experiencias que fueron sintetizadas por Silvia Faraone y Alejandra Barcala en su libro *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental* (Faraone y Barcala, 2020).

### **3.2.1. Viviendas asistidas**

El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) fue creado en 1999 en la provincia de Buenos Aires con el objetivo de desarrollar procesos de integración de las usuarias y los usuarios con largos períodos de internamiento, particularmente de aquellas sin lazos sociales ni familiares. Nos referimos aquí al PREA del Hospital Dr. José A. Esteves, donde este programa tuvo especial desarrollo. El equipo de trabajo decía que “su sustentabilidad opera como *efecto de demostración* de que la desmanicomialización no es una sofisticada utopía, sino una artesanía que puede ponerse en marcha a partir de los recursos económicos y de los trabajadores del sistema público de salud” (Cáceres *et al.*, 2009: 307). En este aspecto, reconstruir el derecho a habitar deviene una condición imprescindible de trabajar y propiciar en toda intervención y acompañamiento socio terapéutico (DNSMyA, 2018b).

María Rosa Riva Roure, junto a otras autoras, narra que este programa articula con el Centro Comunitario Libremente, donde se llevan adelante diversas actividades, en las que participan mujeres del PREA y de la comunidad, a fin de conformar lazos sociales con distintas propuestas que incluyen el arte, la actividad física y el aprendizaje laboral (Riva Roure *et al.*, 2009). Apoyadas en definiciones de Benedetto Saraceno, las autoras establecen que la instancia de creación de lazos sociales se expresa como aquellos lugares que posibilitan el intercambio y consolidan estrategias de afrontamiento junto a familiares o vínculos afectivos de la persona (Saraceno, 2003).

El PREA se financia por un subsidio del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, desde donde se pagan los alquileres de las viviendas y los honorarios de una parte de los trabajadores, el resto es personal de planta del Hospital. Cabe destacar que, a partir del año 2019, momento en que la provincia comienza un proceso desinstitucionalizador, esta experiencia cobró centralidad, se consolidó como interministerial y se dispersó hacia las otras instituciones monovalentes que tiene la provincia (retomaremos este punto más adelante)



Para dimensionar los alcances del PREA acercamos el video *Destino. Hacia dónde vamos*, que muestra la historia de cuatro mujeres con largos períodos de internación en el Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires y que ahora comparten una vivienda asistida en comunidad.

<https://bit.ly/3N6LOm9>

### 3.2.2. El Centro Franco Basaglia

Es un dispositivo intermedio que se encuentra ubicado en la localidad de La Plata, provincia de Buenos Aires, inaugurado en 2007 y dependiente del Servicio de Extenación del Hospital Alejandro Korn. También se crearon al mismo tiempo otras dos instancias extramurales, la Casa de Prealta y el Centro de Día Pichón-Rivière. En el Centro Basaglia transitan aproximadamente cincuenta y cinco usuarias y usuarios; algunas y algunos de los cuales están en proceso de alta del hospital, otras y otros han sido externadas y externados de ese nosocomio y viven en pensiones rentadas por ellas mismas y ellos mismos, y otras pocas y otros pocos viven con sus familias o en casas de convivencia.

El equipo de trabajo está conformado por quince profesionales rentados, de los cuales algunos comparten medio tiempo con el Hospital. Se desarrollan las actividades de acompañamiento para el desempeño de la vida en el territorio, tales como la prescripción de la medicación, los grupos terapéuticos, la distribución de bolsones de comida y ropa, así como otros elementos necesarios para la subsistencia diaria.

El centro de día se articula con distintos tipos de talleres organizados por la ONG conocida como *Movida de Locos*, donde se trabaja con emprendimientos productivos o emprendimientos sociales. Entre ellos, la Cucina de Franco, la radio Gladiadores de la Sonrisa, y el Viverito. Estas actividades se desarrollan bajo la propuesta de que la inclusión social a través de la dimensión del trabajo como un derecho (Guaresti, 2018).



Acercamos el video *Asociación Una Movida de Locos*, realizado por la Defensoría de la Provincia de Buenos Aires, donde sus protagonistas cuentan algunos de sus proyectos

<https://bit.ly/3TWsUAu>

### 3.2.3. Centro Cultural Comunitario Camino Abierto

Nos interesa aquí mencionar un dispositivo de apoyo a la vida en la comunidad ubicado en una jurisdicción donde no existen instituciones monovalentes. En este sentido, prestamos la experiencia de Camino Abierto que se viene desarrollando desde 2007 en el marco del Hospital Zonal de Bariloche, provincia de Río Negro.

Este dispositivo, ubicado en una casa alquilada por el Ministerio de Salud provincial, creó un espacio territorial que implementó la realización de talleres culturales, recreativos y laborales dirigidos a las usuarias y los usuarios de salud mental que hubieran pasado por una internación, en su cuadro agudo, en ese hospital. A partir del paradigma de salud mental comunitaria y sostenida en una práctica interdisciplinaria e intersectorial, esta experiencia se enmarca en la mencionada Ley 2.440 (Provincia de Río Negro, 1991), que los rionegrinos llaman “Ley de Desmanicomialización” (Elvira, 2012).

La apertura del Centro Cultural Comunitario Camino Abierto es el fruto de un intenso compromiso por la construcción colectiva de trabajo conjunto de la comunidad con vecinas y vecinos, talleristas, trabajadoras y trabajadores de la salud, usuarias y usuarios y familiares en un clima de respeto, entendimiento y comprensión, que puso el eje en la institucionalización de espacios que permitieran disminuir los estigmas y la exclusión social de aquellas personas con sufrimiento psíquico. Así, Camino Abierto constituye un espacio diferenciado del ámbito hospitalario y cuenta con un enfoque que articula el trabajo y el arte para promover el desarrollo de las capacidades intelectuales, artísticas y físicas de usuarias y usuarios, atendiendo a la singularidad de cada persona desde la participación social.

La inclusión organiza el eje principal de esta propuesta, así como también la recuperación de la identidad, la dignidad y el respeto, por lo que resulta una experiencia potente en el abordaje de la sustitución de lógicas manicomiales. Entre las actividades que se encuentran instituidas podemos mencionar el grupo de teatro y literatura la Compañía del Mate, la murga Salto de la Alegría y los emprendimientos laborales Mostrando la Hilacha y Grupo Arte-Sano.



Dejamos aquí un video *"El Centro Cultural Comunitario Camino Abierto celebra sus 14 años"* que muestra la apertura de este centro después de atravesar la pandemia por Covid 19. Fue realizado por elseisTV.

<https://bit.ly/3TJS5qn>

### 3.2.4. El Horno Está Para Bollos

El emprendimiento productivo El Horno Está Para Bollos se origina en 2017 a partir de un grupo de trabajadores del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, con el objetivo de incidir en la transformación del hospital monovalente en la búsqueda de propuestas que habiliten la construcción de lazos sociales y resulten menos restrictivas de la libertad de las personas con sufrimiento psíquico.

En este sentido, para atender a las necesidades de empleo y producir propuestas superadoras frente a la dinámica de retiro de comidas por parte de personas con sufrimiento psíquico atendidas en el hospital, se implementó una capacitación gastronómica para las usuarias y los usuarios del hospital que estuvieran interesados. Los inicios de la experiencia contaron con la convergencia de un acuerdo intersectorial que brindó un marco a diversas apoyaturas institucionales, con participación de los Ministerios de Educación, Desarrollo Social, de Salud y del Programa provincial para Jóvenes Nueva Oportunidad, e implicó la conformación de un espacio de formación.

La experiencia avanzó en la fundación de un Convenio entre la Dirección Provincial de Salud Mental y una organización social, la Cooperativa de Trabajadores Solidarios en lucha La Toma.

A partir de allí, y por medio de tres encuentros semanales se fue construyendo una experiencia que buscó responder a dos objetivos, propiciar la capacitación específica en gastronomía y favorecer los procesos y experiencias grupales y colectivas. Estos encuentros se orientaron a singularizar el contexto, a explorar la grupalidad y a poner en palabras las dolencias y los deseos singulares y colectivos.

Ese recorrido también supuso la interpelación de los saberes y roles del equipo. Durante una parte de 2019, el grupo produjo almuerzos con servicio de mesa y también viandas para distribuir a modo de cena entre 44 usuarias externadas y usuarios externados del hospital Agudo Ávila. Dentro de los logros y avances que supuso esta experiencia -en su carácter de transformadora y des/ institucionalizadora- se destaca especialmente la promoción de la comensalidad suponiendo ello un despliegue de encuentros, construcción de lazos, aprendizajes, acuerdos

y desacuerdos basados en el tránsito y la construcción de entramados territoriales. El despliegue de potencialidades no anticipa de antemano cuánto puede cada persona, sino que respeta la singularidad de cada integrante apuntando al sostenimiento de la inclusión laboral a través de distintas formas acordadas entre el equipo técnico, la persona y la red vincular de apoyos (DNSM, 2018b).

Este desarrollo fue cimentando las experiencias propias de sus participantes fortaleciendo la pertenencia grupal, el reconocimiento como trabajadores, la participación económica y la construcción de posicionamientos políticos. A la vez, fue consolidando su participación dentro del entramado social al obtener una matrícula de Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES) como cooperativa limitada gastronómica, incorporarse a la Red de Cooperativas Sociales y ser el proyecto alojado en la Central de los Trabajadores de la Argentina (CTA) como parte de su trama de organizaciones sociales.



Compartimos otro pequeño video *"El Horno Está Para Bollos"* que muestra esta experiencia a partir de sus constructores

<https://bit.ly/3TJLV9x>

Centro Cultural de La Toma

Programa de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, en La Toma. Año 2017.

### 3.3. La Política de Desinstitucionalización en la provincia de Buenos Aires

En esta parte vamos a introducir algunos aspectos de la reforma de salud mental en la provincia de Buenos Aires, la cual se inicia en el año 2019, en un escenario complejo producto de la pandemia por Covid 19. El proceso acaecido en esta provincia lo podemos enmarcar en el contexto de un proceso de gestión política orientado a concretar la plena implementación de la LNSM.

La gestión de gobierno provincial creó, en el marco del Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias, que inició una importante reorganización de los servicios de salud mental para avanzar en la transformación y apertura de los cuatro hospitales psiquiátricos y privilegiar la atención comunitaria y en los territorios. Queremos aclarar que en esta instancia se usa el término desinstitucionalización (sin barra) porque es la forma nativa expresada en la política provincial.

### 3.3.1. Abrir los hospitales psiquiátricos

Destacamos que, según datos de la provincia, al momento de comenzar los procesos de transformación habían aún internadas en el subsector público 1.810 personas con un promedio de diez años de internación, pero muchas llevaban más de 40 o 50 años allí alojadas, es decir toda una vida (Pujol Buch, 2022). Además, en el marco de estos hospitales neuropsiquiátricos, y tal como ya hemos referenciado en relación a otros contextos, la violencia institucional y la violación de los derechos humanos constituían parte de la habitualidad de los mismos. Tal es así que en el año 2017 el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), presentó un informe, sobre la situación de las personas internadas en el Hospital Alejandro Korn, en el cual se exponía un conjunto de situaciones abusivas tales como uso excesivo de medicación, deficientes planes alimentarios, ausencia de tratamientos que tuvieran en cuenta las particularidades de la persona, condiciones edilicias peligrosas, abusos sexuales no problematizados, ausencia de tratamientos integrales en salud, entre otras violaciones a los derechos humanos (CELS, 2017a). En relación a mujeres alojadas en el mismo hospital (con un promedio de 25 años de internación), se expresó la vulneración de los derechos vinculados al género y a los derechos sexuales y reproductivos (CELS, 2017b). De este mismo tenor, en el *Informe Anual 2018. El sistema de la crueldad XII*, de la Comisión Provincial por la Memoria, de la provincia de Buenos Aires, puso en evidencia casos de agresiones sexuales de las que fueron víctimas mujeres del Hospital Esteves, durante los años 2016 y 2017 (CPM, 2018).

Partiendo de este contexto, los cuatro hospitales psiquiátricos comenzaron un proceso de transformación acelerado que incluyó, por un lado, el proceso de alta de las personas internadas (mediante externaciones bajo sistemas de apoyo) y, por otro lado, el cierre de nuevos ingresos o reingresos a estos sectores. Para esto último se reforzaron las instancias de alojamiento en el sector de agudos y se inició la consolidación de servicios de salud mental en los hospitales generales. Los datos presentados por la provincia muestran una disminución del 21% en los dos primeros años de las internaciones en el sector de larga permanencia (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2021). Otro dato presentado por el organismo de salud provincial fue que el 82% de las personas externadas fueron acogidas en casas de familiares o en domicilios particulares y 469 personas se encuentran recibiendo apoyo para la vida en la comunidad (Pujol Buch, 2022).

### 3.3.2. La inclusión social

Retomamos aquí la experiencia que describimos del PREA en relación a las unidades residenciales de base comunitaria que, si bien hasta esta gestión de gobierno se habían desarrollado con mucho esfuerzo de las trabajadoras y trabajadores y con vaivenes para su sostenimiento, se conformaron en una política de Estado neurálgica. A partir de acuerdos entre los ministerios de Salud y de Desarrollo Social de la provincia se extendieron como estrategia en los procesos desinstucionalizadores desde los cuatro hospitales monovalentes particularmente para aquella población con largos períodos de internamiento y sin red social.

Desde 2019 el fortalecimiento de este dispositivo se expresa en un aumento que va de 76 casas a lo largo de la provincia con 212 usuarias alojadas y usuarios alojados, a 136 casas que alojaron a 533 personas un año después (Pujol Buch, 2022).

Además, se ha planificado y licitado la construcción de viviendas a lo largo de la provincia. Un proyecto desarrollado en el Hospital Alejandro Korn incluye la construcción de 175 viviendas de las cuales 30 serán para el ministerio de Salud, con una capacidad para externar a 140 personas del mismo hospital y de otros neuropsiquiátricos públicos provinciales (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022a).

Lo mismo con la planificación de 60 viviendas en el predio del Hospital Esteves destinadas a personas con larga permanencia en ese nosocomio (Ministerio de Desarrollo Territorial y Habitat de la Provincia de Buenos Aires, 2022).



Antes de continuar, les proponemos escuchar las exposiciones que se desarrollaron en el marco de la Cátedra de Problemática de la Salud Mental de la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA en el video *Procesos actuales en el campo de salud mental: des-institucionalización, nuevos actores y escenarios de prevención e intervención* (Clase 13 | Panel junto a Marisel Hartfield y Camila Azzerboni. Allí, Marisel Hartfield) nos relata el *proceso de readecuación* del Hospital Esteves y Camila Azzerboni nos cuenta el proceso del Hospital Korn.

<https://bit.ly/3U051be>

**Siguiendo a Ana Tisera y José Lohigorri, desde una concepción comunitaria e integral de la salud mental, los procesos rehabilitadores deben tener en cuenta la recuperación tanto psicológica como social y biológica de las personas en un sentido pleno, promoviendo su participación e integración activas en su contexto social. Siguiendo esta perspectiva en la provincia de Buenos Aires, los dispositivos de residencias comunitarias se abordan interdisciplinaria, intersectorial e integralmente la singularidad de cada usuaria y usuario (Tisera y Lohigorri, 2018).**

Pero tal como venimos planteando a lo largo de los procesos des/ institucionalizadores que fuimos describiendo, las experiencias habitacionales incluyen otras acciones que avanzan en la inclusión social, puntualizando que el derecho

no es sólo la vivienda, sino también a la adquisición de procesos de formación de la ciudadanía (Sarraceno, 2003). Así los dispositivos habitacionales, que refuerzan los procesos de externación y sostenimiento de las personas en la comunidad, van acompañados, en la provincia de Buenos Aires, de números proyectos para la inclusión sociolaboral.

**Aquí reforzamos, en relación a estos emprendimientos, una perspectiva que incluya el respeto a la dignidad, la autonomía, la valoración y la promoción de la red social de apoyo, el reconocimiento de las necesidades de cada persona, la contribución al desarrollo de habilidades y la apuesta por las potencialidades (DNSM,2018b).**



En el contexto de la formación de ciudadanía compartimos el video *Un bar atendido por pacientes del Hospital Esteves*, sobre un emprendimiento productivos llevado a cabo con mujeres en proceso de extenación y/o externadas del hospital Esteves.

<https://bit.ly/3zuLzLZ>

### 3.3.3. Otros dispositivos des/ institucionalizadores

En el marco de una salud integral y en línea con la apertura de los hospitales psiquiátricos se proyecta la creación de equipos interdisciplinarios en las guardias de los hospitales generales para lo cual se realizaron contratos con profesionales de diferentes especialidades (médicas y médicos psiquiatras, psicólogas y psicólogos y trabajadoras y trabajadores sociales) (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022b). También en este contexto se ampliaron las camas para internaciones breves.

En esta misma línea se crearon equipos para la promoción de la salud de grupos vulnerables reforzando en algunas zonas el primer nivel de atención y los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos (Calmels, Holc y Medici, 2022). También, y en el marco del derecho al acceso al medicamento, se amplió el acceso gratuito a través de la inscripción de usuarias y usuarios al Programa del Uso Racional de Psicotrópicos.

Este programa incluye una sistematización para los procesos de distribución en los hospitales provinciales. Por otro lado, y en la línea de afianzar el cuidado de sujetos en situación de vulnerabilidad, se creó una línea telefónica de orientación y acompañamiento (Calmels, Holc y Medici 2022).

### 3.3.4. Plan provincial de salud mental

En julio de 2022 se presentó públicamente el Plan Provincial de Salud Mental 2021-2027, diseñado y consensuado con la participación de los distintos actores comunitarios (usuarias/os, trabajadoras/es de los servicios de salud, universidades, organizaciones de derechos humanos, etc.).

**En el plan prevé la conformación de un sistema de salud centrado en los cuidados, lo que implica concebir una integración entre los diferentes niveles de atención, que se traduzcan en una red de cuidados progresivos, con base en las comunidades, capaz de articular y construir redes en salud con criterios de integración, colaboración y coordinación de acciones.**

Si bien no es objetivo de este escrito sistematizar el plan de salud mental nos parece interesante plantear algunos de los ejes transversales y algunos ejes temáticos de desarrollo:

- Acceso a derechos: refiere a la institucionalización de dispositivos que impliquen la sustitución del modelo tutelar y hospitalocéntrico y la creación de nuevos dispositivos de atención y cuidado desterrando el estigma y la discriminación a lo que fueron sometidos las usuarias/os de los servicios de salud mental.
- Formación: se busca profundizar una concepción del trabajo donde el eje sea producir saberes colectivamente.
- Intersectorialidad: se plantea que la elaboración e implementación de políticas públicas inclusivas requiere un carácter intersectorial, interministerial y participativo. Además, hace principal referencia a la coordinación con el poder judicial, ya que determinados aspectos de la salud mental están alcanzados por procesos judiciales tales como capacidad jurídica y determinación de apoyos.
- Participación comunitaria: este eje se funda en la Convención de las Personas con Discapacidad que contempla el derecho a la participación con los apoyos necesarios para su ejercicio. La participación comunitaria es concebida como medio, pero también como fina, para la construcción de una sociedad inclusiva
- Salud mental con base en las comunidades y en la construcción de redes en salud: en este punto la vinculación con el primer nivel de atención (municipal) resulta clave. Es central el armado de redes de salud, las propuestas de formación, el apoyo técnico y formas de acompañamiento en la gestión de servicios que garanticen el mejor acceso de las personas que lo requieran.

- Salud mental en los hospitales generales y urgencias: este eje se centra en profundizar el trabajo de integración de los servicios y áreas de salud mental para brindar respuestas integrales, incluir redes locales por áreas programáticas y mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia. En este aspecto también se incluyen equipos móviles para las urgencias, así como también equipos de urgencias o emergencias en las instituciones.
- Procesos de adecuación de los neuropsiquiátricos, hacia una provincia libre de manicomios: esta estrategia implica la necesidad de trabajar sobre representaciones y prácticas instituidas en una lógica sistémica con el objeto de profundizar cambios en el marco de los derechos de las usuarias/os, hasta la sustitución definitiva por servicios con base en la comunidad.
- Acceso al uso racional de medicamentos: en este punto se aborda como eje de trabajo el concepto de ampliación de la cobertura de psicofármacos con estándares de calidad.

### **3.4. Sociedad civil y procesos desinstitucionalizadores en la provincia de Buenos Aires**

Queremos compartir en este punto, a modo de ejemplos, dos experiencias que de la mano de profesionales de la desinstitucionalización de la provincia de Buenos Aires y la sociedad civil vienen avanzando en la construcción de dispositivos comunitarios.

#### **3.4.1. Un programa que hermana Trieste - provincia de Buenos Aires: Chascomús**

Nos parece importante mencionar una experiencia significativa que se está desarrollando desde el 2019 en la localidad de Chascomús, donde un equipo de trabajadoras y trabajadores del área de salud mental -en un extenso trabajo territorial y en red interinstitucional (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Medicina descentralizada, Dirección del Hospital Municipal General, Coordinación del Centro de Día de Adicciones y Salud Mental) y también intersectorial - avanza en consonancia con los procesos des/ institucionalizadores provinciales. Cabe aclarar que dicho trabajo se inserta en una línea de asistencia técnica provista desde la Universidad Nacional de Lanús y en un trabajo de cooperación internacional -desde el 2020- con apoyo técnico y financiero de Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo Franco Basaglia (CoPerSamm).



Compartimos el video *“Reforma en Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires: Diálogos entre Argentina y Trieste”*, en el cual la Subsecretaría de Salud Mental, Consumo Problemáticos y Violencias de la Provincia de Buenos Aires dialoga con gestores de la reforma triestina. Este encuentro se realizó en la Universidad de Lanús. Dice Julieta Camels “La experiencia de Trieste le da la impronta a nuestra reforma. Así, esto se volvió no solo una reforma sanitaria de salud mental, sino un proyecto provincial que implica un cambio cultural”. (Julieta Calmels - Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias de Género de la provincia de Buenos Aires).

<https://bit.ly/3fsMbl8>

**Las líneas prioritarias de este colectivo son por un lado, el trabajo hacia adentro del Hospital General Municipal de Chascomús, con la inclusión de mayor cantidad de profesionales especializados en salud mental y por otro con la capacitación en salud mental del personal de enfermería y de otras especialidades ligadas a la atención en la guardia, y en el abordaje de la urgencia en salud mental; así como también con la intensificación de una red articulada con lo territorial para la resolución de dichas crisis, en esa instancia, para evitar las internaciones en hospitales monovalentes.**

Para ampliar los escenarios de trabajo y favorecer el desempeño de los profesionales de la salud mental, jerarquizando una perspectiva integral e interdisciplinaria con apoyo en el primer nivel de atención se ha sumado también al proyecto en el Municipio una Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.

Otro pilar del trabajo consiste en la creación de dispositivos surgidos a fin de favorecer y acompañar la externación de pacientes con padecimiento psicosocial como por el ejemplo el armado del Centro de Día, y la construcción de una casa de medio camino como dispositivo intermedio des/ institucionalizador que aún está en consolidación. En la misma línea se ha generado también el Grupo Espacio Puente sostenido por usuarias desde 2021, cuyo eje central es el acompañamiento a través de la continuidad de cuidados integrales. Se han generado además dos proyectos de cooperativas sociales en salud mental. Uno de ellos es Plantinera, promovido en conjunto con el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) y el Instituto de Investigaciones Tecnológicas Chascomús

(INTECH). Una huerta agroecológica pensada como proyecto socioproductivo terapéutico y ocupacional a favor de la inclusión social y laboral de una población usuaria en salud mental y en situación de vulnerabilidad. Tanto usuarias y usuarios del Centro de Día como familiares, y profesionales participan en actividades de siembra y cuidado de plantas. Esto a su vez abona a un sistema local de alimentación sostenible y de cercanía y un efecto previsto de multiplicación de nuevas huertas en la ciudad y en los barrios.

Otro de los proyectos socioproductivos generado con iguales objetivos de participación de usuarias y usuarios también del Centro de Día y de inclusión social y laboral es Panadería. Como parte de este proyecto se realizó un curso de manipulación de alimentos en el que participaron usuarias y usuarios, trabajadoras y trabajadores como requisito para la habilitación municipal de la cocina del Centro de Día, como establecimiento de producción de alimentos envasados, con la correspondiente certificación para su comercialización legal.

Otra línea prioritaria de trabajo tiene como protagonistas a las y los adolescentes, con ellas y ellos se realizan intervenciones extramurales del sistema público de salud, en sus territorios y ranchadas. Desde un abordaje territorial, integral con eje central en la producción de cuidados, los actores provenientes del equipo de salud se mostraron dispuestos al acercamiento, la escucha singularizada de los padecimientos que adolescentes y jóvenes quisieran compartir. Desde ese dispositivo, el equipo se propuso generar procesos de inclusión de las y los adolescentes en la gestión y en la planificación de diversas actividades. A través de diversas estrategias de participación comunitaria, de combinación de lenguajes lúdicos, artísticos y populares constituyeron el Colectivo de Jóvenes Tade-Es en homenaje a un adolescente llamado Tadeo. Este colectivo tuvo y tiene como objetivo principal concientizar y trabajar en prevención y posvención del suicidio en adolescentes. Juntos llevaron adelante el primer Festival Comunitario Tade Es (el día 1ero de Junio 2022, día en el que Tadeo cumpliría años). Allí pudieron generar una competencia de freestyle, música en vivo, espacios de expresión plástica, debates, y proyección de producciones audiovisuales de las/os adolescentes. Trabajaron en conjunto diversas instituciones y entidades barriales, municipales y provinciales, el Programa Envión (orientado a lograr la inclusión socioeconómica, política y cultural de jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad social), músicos de la región y jóvenes de escuelas tanto del municipio como de otras localidades.



Dos videos que muestran la experiencia. *Programa de Prevención y Posvención del suicidio adolescente*, organizado por el equipo del Centro de Día en el Municipio de Chascomús.

<https://bit.ly/3sPZzwf>

<https://bit.ly/3fptDM7>

### **3.4.2. Historias de vida y memoria del manicomio: conservación del archivo del hospital “Dr. Alejandro Korn”**

Nos parece interesante mencionar aquí otro dispositivo, en este caso vinculado a la memoria de aquellas personas con mucho tiempo de internación. En el curso de 2022 se inició un proceso de recuperación de documentación del Hospital A. Korn que incluye tareas de clasificación, limpieza y conservación de historias clínicas de personas internadas y de legajos de trabajadores del hospital. Además de estos documentos, la revisión posibilita la recuperación de la voz de las personas que estuvieron internadas a partir de cartas encontradas como también en base a fotos que ayudan a conocer sus historias de vida. El trabajo de recuperación y elaboración de un archivo permite contribuir a generar un espacio de memoria del manicomio.

**“Esto favorece las condiciones de guarda, con el fin de generar accesibilidad para la consulta y difusión de documentos históricos desde una perspectiva de derechos humanos, abierto a la comunidad en general y a la investigación, fomentando la sensibilización y visibilización del impacto de los manicomios y el proceso de desmanicomialización en la provincia de Buenos Aires” (#desmanicomialización.romero).**

Este trabajo se impulsa desde el Movimiento por la Desmanicomialización de Romero y el Club Alborada del Hospital Dr. Alejandro Korn y se encuadra en el Proyecto Archivo MDR. El objetivo de este último es procesar mediante limpieza, conservación y clasificación las historias clínicas correspondientes al intervalo que se extiende entre 1930 y 1960. Entre las diversas actividades, incluyó el desarrollo de una capacitación en Conservación y Archivística, a cargo del Archivo Histórico de Universidad Nacional de La Plata y el avance en el trabajo de limpieza, conservación y clasificación.

Consideramos que la importancia de esta experiencia en curso se apoya en la posibilidad de reconstruir un entramado social que el manicomio desarticuló. En este sentido, pensamos que experiencias como estas permiten potenciar procesos des/ institucionalizadores por medio de la creación de espacios de memoria activa que incluyan a personas que transitaron internaciones, sus grupos de pertenencia, a trabajadores del campo de la salud mental pero también a otros integrantes de la sociedad no directamente vinculados con la institución manicomial. Más aún, pensamos que esta experiencia constituye un instrumento central para para transformar la percepción cultural del manicomio en el sentido de ser reconocido como espacio de abandono, encierro y ruptura de lazos sociales.

## **4. A MODO DE CIERRE Y APERTURA**

En este espacio no queremos hacer un cierre del capítulo dado que su aporte se ubica en una apertura a la construcción de fundamentos teóricos, prácticos y ético políticos para avanzar hacia nuevas prácticas (interdisciplinarias, intersectoriales y con base en la comunidad) que conduzcan a consolidar y ampliar

procesos des/ institucionalizadores. Tal como se planteó desde el inicio del texto, los procesos des/ institucionalizadores requieren la creación de nuevas institucionalidades y la interpelación permanente de la propia tarea.

Trajimos aquí algo de historia para recordar que hace muchos años la transformación del modelo asilar manicomial está presente en el recorrido de la salud mental en nuestro país. Planteamos que desde la década de 1950 muchas trabajadoras y muchos trabajadores del campo de la salud mental ensayaron profundas transformaciones tanto desde el interior de los hospitales psiquiátricos como desde otros ámbitos sanitarios. Con el retorno democrático en 1983 este semillero comenzó nuevamente a germinar avanzando en la comprensión del campo de la salud mental desde toda su complejidad y en la necesidad de sustitución de los grandes hospitales psiquiátricos. Se instituyó, además, como política de Estado la formación de posgrado de jóvenes profesionales a través de la creación de una residencia con eje en la interdisciplina y lo territorial. Tal como sostienen Torricelli y Faraone, intervenir en lo cotidiano, genera cambios moleculares en la formación que lleva a las/os trabajadoras/es de la salud a involucrarse dentro de una tecnología que es en sí misma relacional, y a interpelar los estereotipos favoreciendo transformaciones en las prácticas (Torricelli y Faraone, 2022).

Tal como se señaló Río Negro fue la primera experiencia que logra el cierre del hospital psiquiátrico, lo que muestra que es posible un sistema de salud sin manicomios. Su desarrollo implicó un punto de inflexión para legitimar una concepción de salud mental no represiva, no custodial y no estigmatizante. La experiencia de Santa Fe complejiza el campo ya que sus gestores ponen en escena la demarcación de vasos comunicantes que trascienden los muros del manicomio y se expresan en otros ámbitos, lo cual requiere trabajos intersectoriales evitando procesos de transinsitucionalización. En ambas experiencias los dispositivos comunitarios consolidaron una producción de nuevas racionalidades que implicó: la institucionalización de prácticas nuevas, alternativas y sustitutivas a las hospitalocéntricas; la intervención de acciones en la micropolítica por la destotalización del modelo disciplinar; la ampliación de variedad de intervenciones que reflejan la existencia de trayectorias de accesibilidad creativas, ricas en diversidad y, a la vez, problematizadoras de la concepción tradicional de la atención-cuidado en salud mental; y por último, la inserción del trabajo como instancia necesaria para la inclusión social, por eso la creación de cooperativas y emprendimientos productivos.

El acontecimiento de la LNSM, sancionada en el año 2010, produce un cambio radical ya que estos procesos, que hasta el momento emergían como alternativos al orden establecido, devienen en políticas de Estado. Ahora bien, estas transformaciones, que necesariamente son un cambio de paradigma se consolidan desde la micropolítica de los procesos de trabajo. En este punto es interesante cómo Emerson Merhy entiende la micropolítica constituida por diferentes lógicas del trabajo vivo que se manifiestan en momentos en que se abren fisuras en los procesos instituidos donde la lógica estructurada de producción, así como su sentido, son puestos en jaque (Merhy, 2006). Trabajo vivo en acto supone así

un concepto y una estrategia política que apunta a la creatividad permanente de las trabajadoras y los trabajadores en acción, en dimensiones públicas y colectivas de las diversas instancias institucionales que pueden ser pensadas para inventar nuevos procesos de trabajo, y extenderlos hacia direcciones no pensadas.

Los desarrollos descriptos en torno a las viviendas asistidas que creó el PREA, las actividades desarrolladas por Movida de Locos, las experiencias de Camino Abierto, el recorrido de la Cooperativa El horno Está Para Bollos, la búsqueda de memoria a partir de la apertura de las historias clínicas en el hospital Alejandro Korn y la experiencia de Chascomús, así como las políticas de desinstitutionalización que viene desarrollando la provincia de Buenos Aires son unas entre tantas otras experiencias, que producen trabajo vivo en acto en torno a garantizar los derechos hacia las/os usuarias/os de los servicios de salud mental expuestos en la LNSM.

Queremos detenernos un momento en algunos puntos concretos que esta norma establece y como estas políticas y experiencias lo ponen en juego en torno a la asistencia-cuidado de los sujetos con sufrimiento psíquico. En particular, sus desarrollos implican ahondar en la posibilidad de redireccionamiento de las prácticas por fuera de la institución monovalente (Art.9), la creación de dispositivos extramurales destinados a la inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria (Arts. 9, 11 y 36) y la resignificación de las nociones relativas a: salud mental (Art. 3), procesos terapéuticos (art. 9), sujetos con padecimiento psíquico (Arts. 3 y 7). Junto con esto, estas acciones también dan cuenta de la construcción de una red de apoyaturas y acuerdos intersectoriales que trascendieron el ámbito de salud por parte de las/os profesionales que coordinaron las propuestas (Arts. 9, 11 y 36). En el caso de los programas externación y de acceso a dispositivos habitacionales con distintos niveles de apoyo, entendemos que, enmarcada en la creación de dispositivos sustitutos (Art. 11 y 27), constituye una línea estratégica fundamental para afianzar el cambio paradigmático en la medida en que implica la construcción de nuevos circuitos y modalidades de atención-cuidado en el territorio. Así, cada una de estas experiencias pudieron insertarse en la trama barrial en un marco afirmativo que la contuvo y que en muchos casos implicó la construcción de acuerdos intersectoriales de diverso nivel jurisdiccional (niveles ministerial nacional, provincial y municipal) y entre diversas áreas (salud, educación, desarrollo Social). Además, estas experiencias fueron constituidas a partir de un concepto de trabajo que, en contraposición con prácticas de laborterapia y ergoterapia y formas de trabajo precario y no remunerado, restituye el sentido pleno del trabajo en consonancia con la constitución de los sujetos con padecimientos psíquicos como sujetos de derecho y en el despliegue de su ciudadanía (Arts. 3 y 7, particularmente en los incisos o y p). En la misma línea, todos estos abordajes remiten como punto de partida a la base de la presunción de capacidad, como elemento fundante de la LNSM (Art. 3) y respaldado por el Código Civil y Comercial de la Nación, Ley 26.994 (Art.31) (Honorable Congreso de la Nación, 2014), y la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, cuyo texto fue aprobado por la Asamblea General de la ONU en 2006 y ratificado por la Argentina en 2008 (ONU; 2006; Iglesias, 2018).

La concreción de políticas públicas des/ institucionalizadoras dan cuenta de una arena de tensiones, conflictos y luchas. Esto abre paso a dos consideraciones: por un lado, que la perspectiva comunitaria implica revertir la situación de grave y sistemática vulneración de derechos humanos. Por otro lado, que además de las condiciones históricas, sociales y políticas y el compromiso para la formulación de las políticas públicas requiere de la creatividad y el compromiso de las/os trabajadoras/es como actores fundamentales para estos cambios. Creemos en la centralidad de los equipos quienes conocen y coordinan las necesidades colectivas en las diferentes instancias institucionales y territoriales. Tal como dice Celia Iriart, equipos cuidadores que entrelacen múltiples saberes académicos y de gestión pública, con aquellos quienes habitan los territorios y sufren las consecuencias de la desidia social (Iriart, 2020).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberdi, J. (2003). *Reformas y contra-reformas. Políticas de salud mental en Argentina*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topia.

Arango, M. (1992). "Salud Mental en la comunidad y atención primaria de la salud", en *Levav, Temas de salud mental en la comunidad. OPS*.

Ardila Gómez, S. y Galende, E. (2011). "El concepto de comunidad en salud mental comunitaria", en *Salud Mental y Comunidad*, año 1, n° 1. Disponible en <https://bit.ly/2XeTV7D> (visita, marzo de 2023)

Azubel, A. y Fischman, M. (1992). "Sobre las huellas de la enseñanza de Goldenberg", en *35 años. Primeras jornadas de encuentro de psicopatología del policlínico de Lanús*, pp. 1-7.

Barcala, A. (2016). "Interdisciplina y Ley de Salud Mental. El trabajo interdisciplinario enmarcado en el apoyo a la defensa técnica a personas internadas en forma involuntaria", en *Revista del Ministerio Público de Defensa de la Nación*, n° 11, diciembre, pp. 71-79. Disponible en <https://bit.ly/3dg1TDe> (visita, marzo de 2023)

Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Barral.

Basaglia, F. (1986a). *La institución psiquiátrica de la violencia en razón locura y sociedad*. México: Siglo XXI.

Basaglia, F. (1986b). "¿Psiquiatría o ideología de la locura?", en Suárez, A. (org.), *Razón, locura y sociedad*, pp. 35-56. México: Siglo XXI.

Basaglia, F. y Basaglia Ongaro, F. (1984). *La mayoría marginada*. México: Fontamara.

Bauleo, A. (1992). "Desalambrar. Notas para un debate sobre la desmanicomialización", en *Revista Zona Erógena*, nº 12. Buenos Aires.

Berger, P. y Luckmann, T. (2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bianchi, E. y Faraone, S. (2018). "Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales", en Faraone, S. y Bianchi, E., *Medicalización, salud mental e infancias*. Buenos Aires: Teseo.

Birman, J. (1992). "A ciudadanía treslucada", en Bezerra. B. y Amarante. P. (org.), *Psiquiatria sem hospício - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, pp. 71-91. Rio de Janeiro: Relume-Dumara.

Birman, J. y Costa, J. (1994). "Organizações de instituições para uma psiquiatria comunitária", en Amarante. P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*, pp. 41-72. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cáceres. C.; Druetta, I.; Hartfiel, M. y Riva Roure, M.R. (2009). "El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales", en *Vertex*, vol. XX, nº 86, pp. 209-307. Disponible en <https://bit.ly/2McBbQ0> (visita, marzo de 2023)

Calmels, J; Holc, S; Medici, J (2022). "Salud mental y pandemia. Dispositivos de cuidado, asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires". Edulp. <https://bit.ly/43uUh9R> (visita, marzo de 2023)

Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70, t. I "1957-1969"*. Buenos Aires: Topía

Carpintero, E. y A. Vainer (2005). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70, t. II "1970-1983"*. Buenos Aires: Topía.

Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.

CELS (2017a). "El litigio de reforma estructural como herramienta para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: el caso Melchor Romero y la protección de los grupos vulnerables". Disponible en <https://bit.ly/3dggf0UP> (visita, marzo de 2023)

CELS (2017b). "La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn Melchor Romero". Disponible en <https://bit.ly/36JBLOp> (visita, marzo de 2023)

Comisión Provincial por la Memoria (CPM) (2018). "Informe anual 2018. El sistema de la crueldad XII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, sa-

lud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires". Comisión Provincial por la Memoria. Disponible en <https://bit.ly/3fwpBRQ> (visita, marzo de 2023)

Cohen, H. (1994). "El proceso de desmanicomialización en Río Negro", en Saldón, O. y Troianovski, P., *Políticas de salud mental*, pp. 87-104. Buenos Aires: Lugar.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial

Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.

Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.

DNSM (1989). "Lineamientos en Salud Mental". Dirección Nacional Salud Mental, mimeo.

DNSMyA (2018a). "Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Dispositivos de Inclusión Habitacional 1". Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Disponible en: <https://bit.ly/3Eapl18> (visita, marzo de 2023)

DNSMyA (2018a). "Material realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Secretaría de Gobierno de Salud. Dispositivos de Inclusión Socio-laboral. Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad". Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Disponible en: <https://bit.ly/3Eh3Vmz> (visita, marzo de 2023)

Elvira, M. (2012). "Participación en salud mental comunitaria", en *Salud Mental y Comunidad*, n° 2. Disponible en <https://bit.ly/36lmyNV> (visita, marzo de 2023)

Faraone, S., Valero, A.; Torricelli, F.; Rosendo, E.; Mendez, M. y Geller, Y. (2012). "Accesibilidad y derechos humanos en salud mental. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego", en *Revista Argentina de Salud Pública*. Vol. 3 n°12. Disponible en <https://bit.ly/43t0u6t> (visita, marzo de 2023)

Faraone, S. (2012a). "Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la Argentina (1983-2010). Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas". Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Faraone, S. (2012b). "El acontecimiento de la Ley Nacional de Salud Mental. Los debates en torno a su sanción", en revista *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, año 2, n° 4.

Faraone, S. (2013a). "La conformación de un colectivo de salud mental. De la experiencia Oliveros a la Dirección de Salud Mental", en Faraone, S. y Valero, A. (comp.), *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.

Faraone, S. (2013b). "Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones", en revista *Salud Mental y Comunidad*, año 3, n° 3, pp. 29-41.

Faraone, S., Barcala A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Teseo. Disponible en: <https://bit.ly/3gMyVS3> (visita, marzo de 2023)

Fernandez Moujan, O. (1992). "Homenaje al Dr. Goldenberg", en *35 años. Primeras jornadas de encuentro de psicopatología del policlínico de Lanús*, pp. IX-XVI. Buenos Aires.

Ferro, R. (1989). "Análisis y Evaluación del Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud Mental en la Argentina 1983-1989". Buenos Aires: OPS-DNSM.

Foucault, M. (1991). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

Galende, E. (1983). "La crisis del modelo médico en psiquiatría", en *Cuadernos Médicos Sociales*, núm. 23, pp. 1-7. Rosario: CEES.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (1992). "Algo para recordar. Lanús y la salud mental", en *35 años. Primeras jornadas de encuentro de psicopatología del policlínico de Lanús*, pp. 101-105. Mimeo.

Galende (2011). "Editorial", en *Salud Mental y Comunidad*, año 1, n° 1. Disponible en <https://bit.ly/2XeTV7D> (visita, marzo de 2023)

Galli, V. (2011). "Problemática de la salud mental en Argentina", en *Voces en el Fénix*. Disponible en <https://bit.ly/3gD9bmr> (visita, diciembre de 2019)

Georgieff, A. (1992). "Lanús, entre psiquiatras y psicoanalistas", en *35 años. Primeras jornadas de encuentro de psicopatología del policlínico de Lanús*, pp. 115-120. Buenos Aires.

Gerlero, S.; Augsburger, A.; Duarte, M.; Escalante, M.; Ianowski, M.; Mutazzi, E. y Yanco, D. (2010). "Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en Salud Mental en Argentina", en *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 1, núm. 2, pp. 24-29. Disponible en <https://bit.ly/3t9TASQ> (visita, marzo de 2023)

Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los internados enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goldemberg, M. (1992). "Relato de mi más querida experiencia docente-asistencia", en *35 años. Primeras jornadas de encuentro de psicopatología del policlínico de Lanús*, pp. I-VII. Buenos Aires.

Goti, M. (1990). *La comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Nueva visión.

Grimson, W. (1983). *La cura y la locura*. Buenos Aires: Búsqueda.

Guaresti, G. (2018). "Emprendimientos productivos en Salud mental: Un estudio de caso dentro del Centro Comunitario de Salud Mental Dr. Franco Basiglia, 2017". Tesis de grado, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: <https://bit.ly/3gtf8SW> (visita, marzo de 2023)

Guattari, F. y G. Deleuze (1974). *El antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires: Barral.

Hochman, J. (2001). *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Buenos Aires: Amorrortu.

Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Disponible en <https://bit.ly/2XL2V3k> (visita, marzo de 2023)

Honorable Congreso de la Nación (2014). Código Civil y Comercial. Disponible en <https://bit.ly/3Nm4b8s> (visita, marzo de 2023)

Iglesias, M.G. (2018). "La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, una respuesta a la locura", en *Localización: Revista brasileira de ciências criminais*, n° 144, pp. 519-551. Disponible en <https://bit.ly/3gw6Rhj> (visita, marzo de 2023)

Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, A. y Merhy, E.E. (2002) "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, pp 128-136 <https://bit.ly/3gp8112> (visita, marzo de 2023)

Iriart, C. (2020). *Pandemia. Neoliberalismo y sistema sanitario argentino*. Córdoba: UNIRO. Disponible en: <https://bit.ly/2Tm0rH1> (visita, marzo de 2023)

Izaguirre, I. (1998). "El poder en proceso: la violencia que no se ve", en E. Sader (comp.) *Democracia sin exclusiones ni excluidos*. Caracas: Nueva Sociedad.

Laing, R. (1972). *Esquizofrenia y presión social*. Barcelona: Tusquets.

Laing, R. (1975). *El yo dividido*. México: Fondo de la Cultura Económica.

Laing, R. (1976). *El cuestionamiento de la familia*. Buenos Aires: Paidós.

Leal, M. y Godinho Delgado, P. (2007). "Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização", en Pinheiro, R. el al., *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*, pp. 137-154. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

Martínez, J. (2002). "Las burocracias penales y su violencia naturalizada", en Gayol, S. y Kessler, G. (comp.) *Violencias, delitos y justicias*. Buenos Aires: Manantial-UNGS.

Menéndez, E. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.

Merhy, E. (1992). *A Saúde Pública como Política*. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. (1995). "La planificación como tecnología de gestión", en *Cuadernos de posgrado*, n° 4. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Merhy, E.E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merhy, E.E. (2007). "CAPS y sus trabajadores: en el ojo del huracán contra el asilo: alegría y alivio como dispositivos analíticos", en Merhy, E.E. y Amaral, H. (org.), *Reforma psiquiátrica en la vida cotidiana II*. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E.E., Camargo Macruz Feuerwerker, L. y Silva, E. (2012). "Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental", en *Salud Colectiva*, vol. 8, n° 1, enero-abril, pp. 25-34. Disponible en <https://bit.ly/2TOt543> (visita, marzo de 2023)

Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires (2021). "Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires". Informe año 2021.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2022a). "La Provincia construirá 30 viviendas en La Plata para la externación de personas usuarias de salud mental". Disponible en <https://bit.ly/3Dqarpd> (visita, marzo de 2023)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2022b) "Plan Provincial de Salud Mental 2022-2027". Disponible en <https://bit.ly/3Ri9UeW> (visita, marzo de 2023)

Ministerio de Desarrollo Territorial y Habitat de la Provincia de Buenos Aires (2022), "Se construirán las primeras viviendas destinadas a personas con padecimientos mentales". Disponible en <https://bit.ly/3UK1SU1> (visita, marzo de 2023)

Moffatt, A. (1984). *Psicoterapia del oprimido. Ideología y técnica de la psiquiatría popular*. Buenos Aires: Alternativas.

Murekian, N. G. (2006). "La desmanicomialización en los medios: Representaciones sociales y construcción de la reforma psiquiátrica". Ponencia, 8th International Conference on Social Representations "Social Representations: Media and Society, Roma, 28 de agosto al 1° de septiembre.

Murekian, N. G. (2007). "Salud mental y representaciones sociales: Estructuras, procesos y contextos. De la desmanicomialización y sus impactos representacionales en población adulta y en grupos de expertos. Ciudad de Viedma y Ciudad de Buenos Aires". Área Psicología, UBA.

Onocko Campos, R., Mussuda, A., Valle, I. y Castaño, G. (2008). "Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes", en revista Salud Colectiva, vol. 4, núm. 2, pp. 173-185. Buenos Aires: UNLa. Disponible en: <https://bit.ly/3fTqEvl>

ONU (2006). "Convención de Derechos de las personas con Discapacidad". Disponible en <https://bit.ly/3jlEbSA> (visita, marzo de 2023)

OPS (1984). "Informe final sobre Asesoría en Salud Mental al Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Argentina". Organización Panamericana de la Salud.

OPS (1989a). "Argentina condiciones de Salud 1985-1988". Buenos Aires.

Pavarini, M. (1983) Control social y teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico. Buenos Aires: Siglo XXI.

Pegoraro, J. (2001). "Inseguridad y violencia en el marco del control social", en *Espacio Abierto*, pp. 349-372. Maracaibo: Universidad del Zulia.

Pinheiro, R. y Ceccim, R. (2009). "Experimentación, formación, cuidado y conocimiento en el campo de la salud: articulando concepciones, percepciones y sensaciones para efectivizar la enseñanza de la integralidad", en Pinheiro, R. *et al.* (comp.), *Enseñar salud*. Buenos Aires: Teseo.

Pitta, A.M.F. (1996). "Cuidando de Psicóticos", en Goldberg, J., *Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública*. Rio de Janeiro: Te Corá-Instituto Franco Basaglia.

Pujol Buch, V. (2022). "Nuestro proyecto es dejar mojones de no reversibilidad", en Viento Sur, mayo. Disponible en <https://bit.ly/3wHLSBw> (visita, marzo de 2023)

Provincia de Río Negro (1991). Ley 2440 de Salud Mental. Tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental. Disponible en <https://bit.ly/3P2eSOp>

Provincia de Santa Fe (1991). Ley 10.772 de Salud Mental. Disponible en <https://bit.ly/42xHFO5> (visita, marzo de 2023)

Riva Roure, M.R., Hartfiel, M., Irachet, V. y Cáceres, C (2019). “Logros y obstáculos de 20 años de trabajo del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital José A. Esteves”, en *Haceres colectivos. Investigaciones y Experiencias en salud mental y adicciones en la Argentina*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en <https://bit.ly/3DJaJYr> (visita, marzo de 2023)

Rodrigué, E. (1970). “Aporte para una anti-anti-psiquiatría”. Ponencia, IV Congreso Argentino de Psiquiatría, pp. 165-170. Rosario.

Rotelli, F. (1990). “Desinstitucionalização uma outra via”, en Nicacio, M. F. (org.), *Desinstitucionalização*, pp. 17-59. São Paulo: Hutedic.

Rotelli, F. y P. Amarante (1992). “Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos”, en Bezerra, B. y Amarante, P. (org.), *Psiquiatria sem hospício- contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara.

Rotelli, F., De Leonardis, O. y Mauri, D. (1987). “Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados”, en *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. VII, núm. 21, pp. 165-187.

Santos, A y Araujo Assis, M. (2006). “Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, núm. 1, pp. 53-61. Río de Janeiro.

Sarraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. México: Editorial Pax

Schittar, L. (1972). “La ideología de la comunidad terapéutica”, en Basaglia, F., *La institución negada*, pp. 173-192. Buenos Aires: Barral.

Silveira, R.; Lofego, J.; Messias, A.; Catalan, X. y Barbosa, L. (2011). “Mediação e circulação da dádiva no processo de desinstitucionalização em saúde mental na Acre”, en Pinheiro, R. y Martins, P., *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. CPESC IMS/UERJ. Disponible en. <https://bit.ly/3FUfAsK> (visita, marzo de 2023)

Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Buenos Aires: Lugar.

Tisera, A y Lojogorry, J. (2018) “Prácticas inclusivas socio-habitacionales. Programa Residencial en Salud Mental, Hospital José T. Borda”, en Tisera, A; Lohigorry, J. Bottinelli, M. y Longo, R., *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud*

menal, pp61-72. Buenos Aires: Teseo. Disponible en <https://bit.ly/3TSldvC> (visita, marzo de 2023)

Torricelli, F. y Faraone, S. (2022). "Puentes en el sistema de salud: El caso de las Residencias en Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Saberes, perspectivas y tensiones en torno a la Ley 26.657", en Bottinelli *et al.* (comp) *Tramas en la formación de profesionales en salud. Investigaciones y experiencias a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental*. Disponible en: <https://bit.ly/3fUINu8> (visita, marzo de 2023)

Ulloa, F. (1995). "La tragedia y las instituciones", en *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

Valero A.S. y Faraone, S. (2013) "Lo punitivo y lo terapéutico. El proceso de desinstitucionalización del Corralito", en Faraone, S y Valero, A.S. (comps.) *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones de Madres de Plaza de Mayo.

Vainer, A (2022). *A Vicente Galli, in memoriam. El analista que cambió dos veces mi vida*. Disponible en: <https://bit.ly/3fqDEsk> (visita, marzo de 2023)

Visacovsky, S. (2002). *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza.

Williams, R. (1997). *Marxismo y literatura*. Barcelona: Península-Biblos.

Yasui, S. (2007). "CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros", en Pinheiro R. *et al.*, *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

## **OTRAS NORMATIVAS Y LEGISLACIONES**

Ley 180/1978. Italia. Reforma psiquiátrica. Disponible en [http://www.exclusion.net/images/pdf/347\\_ocomm\\_legge%20180](http://www.exclusion.net/images/pdf/347_ocomm_legge%20180) (visita, abril de 2017).

Ley 25.280 (2000). Argentina. Aprobación de la convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Disponible en <https://bit.ly/3gQ6oqr> (visita, abril de 2017).

Ley 26.378/2008. Aprobación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en <https://bit.ly/3gHlzlj> (visita, abril de 2017).

# PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD MENTAL

**Autor principal:**  
Alejandro Wilner

**Co-autoras y co-autor:**  
María Eugenia Tablar  
Sebastián Murua  
Cecilia Ros

Las y los invitamos a la lectura de estos contenidos del capítulo de referencia en donde nos proponemos recorrer, analizar y revisar los principales conceptos así como algunas herramientas pertinentes para los procesos de planificación, gestión y evaluación en salud mental.

Como primera referencia, nuestra intención es dejar claro que este texto tendrá carácter de introductorio, que se propone abordar conceptos básicos que habiliten y promuevan una reflexión sobre las prácticas de cada una y cada uno en el cotidiano de los servicios de salud mental. Para esto las invitaremos y los invitaremos permanentemente a problematizar las acciones que realizamos en los servicios, a partir de los conceptos así como las herramientas que discutiremos.

En ese sentido, este texto se propone ser un punto de partida para la reflexión de ideas que constituyen nuestro marco teórico<sup>1</sup> para la selección, análisis e intervención sobre los problemas que nos desafían cotidianamente en el territorio.

---

1 Cuando hablamos de *marco teórico*, nos referimos al conjunto de ideas con las que “miramos” la realidad, los problemas, definimos los actores y con las que estructuramos explicaciones acerca de lo que pasa y, consecuentemente, lo que hacemos frente a cada una de las situaciones que abordamos. En palabras coloquiales podríamos decir que el marco teórico se grafica como los anteojos con los que miramos el mundo, con los que condicionamos nuestras explicaciones y nuestras prácticas. En este sentido, si lo cuestionamos, enriqueciéndolo con ideas nuevas, es muy probable que podamos ver viejos problemas de maneras diferentes y que identifiquemos nuevos problemas que antes nos eran invisibles; a la vez, produciremos abordajes diferentes.

Luego, también queremos advertir que asumiremos a la planificación y a la evaluación como momentos<sup>2</sup> del proceso de gestión, es decir que estas son prácticas que desarrollan quienes implementan acciones (Matus diría “planifica el que gobierna”). Por lo tanto, en esta lógica, a lo largo de este texto definiremos a la gestión como un espacio de contractualidad entre actores sociales (Merhy, 1995) y, por lo tanto, un juego de relaciones sociales entre colectivos que habitan y trajinan el territorio.

Nuestro objetivo general al compartir este texto es el de brindar las bases teóricas y metodológicas en las que definiremos los procesos de gestión, planificación y evaluación. En este sentido, nos proponemos como objetivos específicos a los siguientes:

- Problematizar, a partir de la reflexión previa, las prácticas que se desarrollan cotidianamente en el campo de la salud mental.
- Complejizar las explicaciones y los abordajes en un contexto situado.
- Promover la reflexión acerca de la producción de resultados en los procesos de reforma en salud mental
- Contribuir al desarrollo de competencias para el abordaje estratégico de problemas en el campo de la salud mental

Para avanzar en el alcance de estos objetivos, propondremos el abordaje de los siguientes temas a lo largo de este capítulo; en una primera instancia conceptualizaremos la gestión para luego discutir la necesaria coherencia entre los modelos de atención, de gestión y de financiamiento, lo que nos impulsará a debatir qué entendemos por el poder y por qué pensamos que es una variable fundamental a la hora de pensar los procesos de gestión.

Luego, referiremos a los procesos como complejos, nos introduciremos en las prácticas de la planificación y conceptualizaremos como inestructurados a los problemas que cotidianamente enfrentamos en los servicios de salud mental; este debate nos impulsará a reflexionar sobre nociones de la epidemiología lo que nos permitirá comprender los problemas en situación, en el contexto de los territorios y de los actores.

---

2 Carlos Matus define el concepto de *momento* como un espacio temporal en el que el actor que está gestionando concentra su atención en una práctica determinada pero teniendo como telón de fondo las diferentes prácticas que requiere su proceso de abordaje de los problemas. Así, en el momento de la planificación nos concentramos en la explicación de los problemas, el mapeo de actores, el diseño de las intervenciones –entre otras actividades– pero tenemos en cuenta la gestión, el monitoreo, la evaluación, etc. En este sentido, los momentos no son estancos (como las etapas) sino que son revisitados y revividos en forma permanente (Matus, 2021).

Finalizaremos el recorrido con conceptos y herramientas para el abordaje de las situaciones problemáticas analizadas anteriormente, vinculando las acciones a generar con los efectos sobre el comportamiento de los actores sociales, en el entendido que esto conducirá al cambio de presentación de los problemas en el contexto de la gestión.

En este punto enfatizaremos en las prácticas de la evaluación, aquellas más vinculadas con los equipos implementadores, como las acciones de monitoreo y otras más relacionadas con los procesos de atribución, las prácticas de evaluación. Antes de terminar este preámbulo, queremos aclarar que es nuestra intención, al desarrollar este texto, introducir las diferentes temáticas en un contexto de transversalidad de cuerpos conceptuales tales como la perspectiva de género, de derechos, de interculturalidad, e inclusión de las diversidades. Sin embargo, sabemos que nuestros esfuerzos en este sentido serán insuficientes, un texto de estas características no podrá lograr incluir esas necesarias intersecciones, por lo que solicitamos a las lectoras y los lectores que en cada una de sus visitas a este documento asuma nuestra intencionalidad como autoras y autores.

## **1. LA GESTIÓN EN SALUD MENTAL**

A lo largo del presente apartado referiremos al marco normativa en salud mental, sus efectos sobre las prácticas y el modelo de atención, cómo esta problemática se articula con necesarias articulación con los modelos de gestión y de financiamiento a la vez que conceptualizaremos y operacionalizaremos al campo de la salud con el campo de la gestión.

Finalmente referiremos a las articulaciones entre la gestión y las dinámicas territoriales así como la necesaria complejidad de nuestras intervenciones en un marco de complejidad social.

### **1.1. Gestión y capacidades de intervención en la complejidad social**

Desarrollaremos algunas ideas respecto del modelo de gestión en relación con el de atención que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) (Honorable Congreso de la Nación, 2010). Tenemos la certeza que los procesos de transformación del modelo asilar requieren modificaciones, también, en las formas en que se gestionan estos procesos; así, a lo largo de este acápite, las y los invitaremos a reflexionar sobre algunos conceptos relevantes tales como el de gestión, sus momentos, sus diferenciación respecto del paradigma de la administración, sus vínculos con la planificación y con la implementación de actividades. Intentaremos hacerlo poniendo en relación estos debates con los problemas que encuentran en sus prácticas asistenciales en el subsector público de salud. Como conversamos en capítulos anteriores, durante el siglo XX y, más fuertemente, a partir de mediados de ese período, se cuestionó el modelo asilar, caracterizado principalmente por la centralidad de la psiquiatría en el abordaje de los problemas de salud mental de la población, y por el uso del manicomio como espacio de “cura”. Este dispositivo de encierro estuvo caracterizado por la separación de las personas padecientes de sus vínculos familiares y comunita-

rios, por la privación de la libertad, y por la restricción en el acceso a los derechos sociales así como la vulneración de los derechos humanos en general. Tal como analizábamos anteriormente, este modelo manicomial continúa siendo una herramienta para el abordaje del padecimiento y, además, desarrolla una creciente tendencia a medicalizar la vida cotidiana (Bianchi, 2018, 2019; Bianchi *et al.*, 2022; Stolkiner, 2015).

La LNSM reconoce a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y propone un abordaje comunitario por fuera de los hospitales psiquiátricos. Esto implica reconocer a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, en relación directa con el ejercicio de derechos humanos y sociales. Este marco normativo avanza en una transformación profunda en la relación del Estado con las personas que padecen, propone el cierre de los manicomios y el abordaje desde equipos interdisciplinarios territoriales.

Establece, a su vez, que el paradigma desde el cual se deben promover los cuidados es el de la salud mental comunitaria, postulando que los abordajes terapéuticos de quienes sufren deben ser realizados en la comunidad, donde el sujeto desarrolla la vida en común, preservando y fortaleciendo los vínculos comunitarios, sociales y familiares.

En síntesis, el paradigma de la salud mental comunitaria propone un proceso en tres dimensiones: la primera en el paso de los hospitales psiquiátricos a servicios comunitarios, cercanos a donde se desarrolla la vida de las personas; la segunda en el de la transformación de la práctica asistencial desplazando la centralidad de la figura de la médica o el médico hacia un equipo interdisciplinario; y la tercera en modificar la forma de conceptualizar a las personas padecientes como enfermas pasivas y enfermos pasivos a quienes hay que “curar”, pasando a considerarlas como sujetos activos con capacidad para decidir sobre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (Galende y Ardila, 2011).

Este cambio de paradigma no puede implementarse sin tensiones en el campo de lo social, las modificaciones en las relaciones de poder que se plantean entre los actores que protagonizan los procesos de cuidados en salud mental producen resistencias frente a esta estrategia de abordaje en la que se restablece la voz de las usuarias y los usuarios y cambian los equilibrios entre las y los integrantes del equipo de salud mental.

Para una mejor comprensión de este proceso, desarrollaremos el concepto de *campo de la salud*, al que entendemos como una red de relaciones en que diferentes actores interactúan de acuerdo a sus intereses. En esta interacción o sistema de relaciones sociales, el lugar que cada actor ocupa en el campo (espacio social), determina las pujas por los capitales en juego.

Estos capitales en disputa pueden ser económicos (como podrían ser bienes), sociales (vinculación con actores sociales poderosos), culturales (capacidades para imponer una forma de entender los procesos de comprensión del mundo) y sim-

bólicos (capacidades para representar esa realidad) (Bourdieu y Wacquant, 2005). En síntesis, lo que caracteriza a los actores en el campo es la posición que ocupan respecto de los demás, en el campo se produce una lucha por la apropiación del poder en juego, y cada uno de los actores juega según sus intereses y su ideología (Bourdieu, 1990).

A modo de ejemplo, podemos pensar en un territorio determinado (el campo) en que los actores (equipo del centro de salud, gestoras y gestores del comedor comunitario, referentes de la iglesia, del club, etc.), disputan sobre sus explicaciones de un determinado problema de salud (los consumos problemáticos en un grupo determinado de la población) y, de esa manera, caracterizan a quienes padecen, construyen sentido acerca del problema y de los abordajes que proponen. En síntesis, puján por los capitales en juego.

**El campo de producción de cualquier problema de salud es complejo. Está determinado por los actores implicados, los capitales en disputa así como las diferentes formas en que, los sujetos colectivos, explican y abordan las diferentes problemáticas. En el campo los actores construyen sentido acerca de los problemas en disputa.<sup>3</sup>**

Si tomamos como ejemplo, la transformación en el abordaje de los problemas de salud mental que propone la LNSM, podemos concluir que esto produce tensiones entre los actores; mientras que algunos se oponen y promueven la conservación del modelo asilar, otros procuran acumular poder para impulsar la transformación. Por ejemplo, algunos colectivos de trabajadoras y trabajadores, espacios institucionales, algunas corporaciones profesionales, “empujan” el campo a favor de la sustitución mientras otros, como los medios de comunicación, la industria farmacéutica, otros grupos de interés vinculados con los hospitales monovalentes, resisten y sostienen el modelo asilar.

**Afirmamos que las organizaciones de salud se encuentran atravesadas por tensiones cotidianas en torno de las modalidades en que se producen cuidados así como en las formas en que se organiza el trabajo para producirlos; por esta razón, la gestión es una tarea cotidiana para todas las trabajadoras y todos los trabajadores que desempeñan sus acciones en el campo de la salud mental.**

Entonces, podemos definir a la gestión como “un campo de interacción social en el que diferentes actores se instituyen con la intencionalidad de implementar su proyecto referido a la salud mental; así en ese espacio –donde la desigualdad entre los actores es la norma- intentan construir acuerdos, cuya viabilidad de-

---

3 En las próximas páginas discutiremos que los problemas se construyen a partir de la explicación de los actores, por lo tanto no hay una definición objetiva y unívoca de las situaciones problemáticas, sino que son los sujetos quienes los caracterizan y, a partir de esa explicación, actúan.

pende del poder que detentan, en procura de la construcción de gobernabilidad y viabilidad para su proyecto” (Wilner, 2018).

En este sentido, decimos que la gestión es relacional porque implica la vinculación entre sujetos, y depende de relaciones de poder entre ellos; decimos también que la desigualdad entre actores se debe justamente a las diferencias en el poder que detentan y, finalmente, planteamos que el objetivo de estos procesos de gestión es el de implementar efectivamente los proyectos de cada uno de los actores, que serán más o menos viables de acuerdo -justamente- al poder que posean o sean capaces de acumular a lo largo de su intervención.

En esta misma lógica, la gestión se desarrolla en un espacio de contractualidad, de producción de contratos<sup>4</sup> entre actores, de vínculos, comunicación, y negociación, respecto de los problemas y sus abordajes.

**Cuando nos referimos a la gestión hablamos de un espacio social de relaciones, vínculos y comunicación entre sujetos, que para poder implementar sus proyectos intentan construir acuerdos, a partir de procesos de negociación de conflictos.**

Comprender los procesos de gestión desde lo relacional rompe con las miradas más tradicionales de la administración que asumen que las personas pueden manejarse como un recurso más, de esta manera intentan conducir al personal como objetos, al igual que los insumos, por ejemplo. Esa perspectiva administra a las trabajadoras y los trabajadores como si fueran cosas o instrumentos sin voluntad propia; de esta manera, el proceso es autoritario y genera malestar en las y los integrantes de los servicios, además, suele ser inefectiva (a menos que la gestora o el gestor tenga mucho poder).

Si comprendemos la gestión como relacional, asumimos como una dimensión central en las organizaciones de salud a la producción de subjetividad por medio del establecimiento de vínculos y relaciones sociales (Sousa Campos, 1997), por tanto no pueden llevarse adelante procesos de implementación de proyectos sin generar acuerdos con las trabajadoras y los trabajadores. Hemos referido también al concepto de actor social, al que definimos como aquel colectivo u organización con capacidad para intervenir sobre la realidad en la que trabajamos. El actor selecciona problemas de acuerdo a sus intereses y los explica según su perspectiva ideológica; pero esto no basta para definirlo, sino que el actor debe actuar para ser tal. Por ejemplo, cuando abordamos un problema de salud mental, como los consumos problemáticos en un determinado grupo poblacional en el barrio donde trabajamos, nuestro equipo se constituye en un

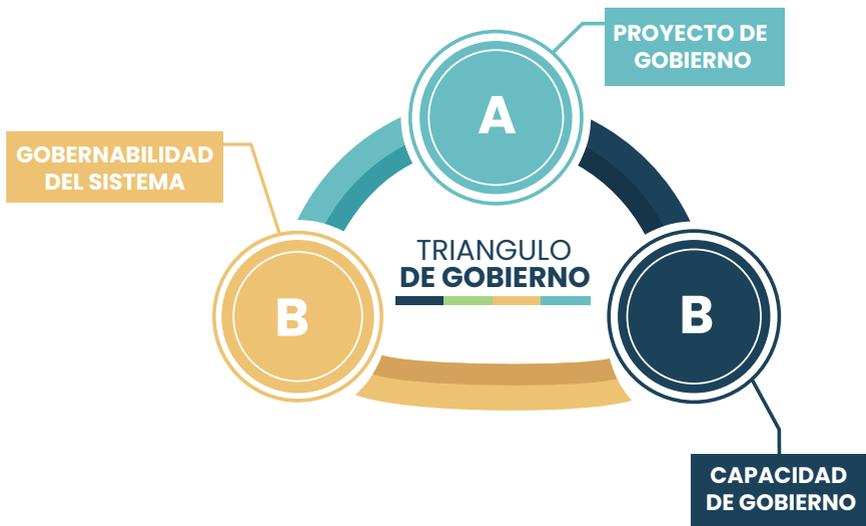
---

4 Cuando referimos a contratos entre actores no indicamos que necesariamente existan documentos firmados que regulen las relaciones entre ellos, sino que se instituyen como acuerdos no escritos entre actores que se inscriben en los procesos de puja por darle viabilidad a sus proyectos. En este contexto, la planificación es el dispositivo que promueve la contractualidad (Onocko Campos, 2007).

actor que selecciona un problema porque le interesa, lo explica de acuerdo a su ideología. Puede definir el problema a partir de la capacidad adictiva de la sustancia o de la monotonía y la falta de proyecto vital de cierto grupo en un contexto de vulnerabilidad social, lo que claramente define dos aproximaciones ideológicas diferentes. Esas diversas explicaciones motivarán distintas intervenciones, y así como nuestro actor seleccionó y explicó el problema de acuerdo a sus intereses e ideología, los demás actores también lo harán (por ejemplo el colectivo de gestión del comedor comunitario, la agrupación de las madres del paco, la congregación de la iglesia local, los equipos de la policía, la organización que comercia las sustancias, etc.).

En el campo de la gestión, por lo tanto, cada actor asume una dirección o rumbo a seguir, y tiene la capacidad de superar los obstáculos que puedan surgir; estas limitaciones son producidas, en parte, por los intereses y la acción de los demás actores sociales. Entonces, cada actor desarrolla la articulación entre tres variables que Carlos Matus denominará “triángulo de gobierno”: Proyecto, Capacidad de Gobierno y Gobernabilidad (Matus, 2014) (Gráfico 1). Describiremos brevemente cada uno de sus vértices.

Gráfico 1. El triángulo de gobierno



Fuente: Elaboración propia en base a Rovere (2006)

El *Proyecto de Gobierno* se refiere a la propuesta del actor en la situación<sup>5</sup> en la que está inserto para abordar los problemas que ha seleccionado, en pocas palabras, podríamos decir que el proyecto es el plan del actor. Pensemos por ejemplo, en un equipo de trabajo de un centro de salud en un barrio, que se propone abordar el problema del elevado consumo de alcohol en adolescentes durante un determinado período de tiempo; su proyecto es justamente el conjunto de acciones que generará a partir de la explicación del problema y, consecuentemente, de su estrategia de abordaje. Entonces, decimos que implementar un proyecto de gestión requerirá de la selección e intervención sobre problemas de la realidad.

El proyecto se vinculará con el otro vértice del triángulo, la *Capacidad de Gobierno*<sup>6</sup>, que refiere al conjunto de técnicas o habilidades que posee el actor para conducir su proyecto, o sea su capacidad para implementarlo; se relaciona con el conocimiento en el saber hacer del actor social producto de su experiencia y sus competencias. En el ejemplo mencionado ¿Cuáles son las herramientas y la experiencia del equipo del Centro de Salud para el trabajo con adolescentes con problemas de consumo problemático de alcohol?, la respuesta a esta pregunta definirá su capacidad de gobierno (o de gestión).

El último vértice del triángulo es la *Gobernabilidad*, este es un recurso que expresa el poder del actor para implementar sus acciones y abordar los problemas seleccionados, se vincula con las variables que controla y las que no. En el ejemplo mencionado, nos podríamos preguntar ¿qué recursos están bajo el control del equipo de trabajo del Centro de Salud para abordar el problema del consumo problemático de alcohol en adolescentes del Barrio? ¿Con cuáles actores con poder en el Barrio se puede vincular para que su proyecto tenga mayor viabilidad?

**Cuando nos referimos al triángulo de gobierno hablamos de una herramienta de gran utilidad que nos permite identificarlos como actores y caracterizar, también, a los demás actores en situación. Aquellos que tienen coincidencias con nuestro proyecto podrán ser aliados en la intervención, mientras que quienes no lo compartan podrían resistir la intervención. Por otro lado, las capacidades de gobierno que tienen los actores (entre los que nos incluimos) y la gobernabilidad sobre la situación problemática podrían funcionar como elementos que promueven los procesos de contractualidad (lo que tenemos para ofrecer y lo que nece-**

5 Entendemos el concepto de situación como el espacio social de la acción de los actores. En él se entrecruzan diferentes escenarios y variables y es el ámbito donde los actores, con particulares visiones de la realidad, seleccionan problemas e implementan planes propios para abordarlos (Wilner y Mokate, 2022).

6 Es importante aclarar que, siguiendo a Matus, cuando hablamos de gobierno nos referimos a la gestión de macro organizaciones pero también de aquellas micro organizaciones en las que desarrollamos nuestras prácticas cotidianamente (Matus, 2014).

**sitamos demandar). Intentaremos promover procesos contractuales con aquellos actores con quienes compartimos proyecto ofreciendo y demandando capacidad de gobierno y gobernabilidad.**

Tal como venimos planteando, la gestión es un espacio de contractualidad entre actores sociales y por lo tanto, promueve un juego de relaciones sociales entre colectivos que habitan e intervienen en el territorio. Cabe preguntarnos entonces ¿qué entendemos por territorio?; el territorio es una construcción social dinámica y compleja que a partir de un devenir histórico produce las condiciones, los modos de vida y las relaciones de los conjuntos sociales.

Es así que la complejidad social se expresa en el territorio a través de diferentes dimensiones como la política, la cultural, la económica, la sociodemográfica, entre otras. Podemos pensar el territorio como un caleidoscopio: aquello que a la distancia y a simple vista aparece como homogéneo y estático, a medida que nos acercamos se complejiza, toma diferentes formas, cambia.

Cuando nos referimos al territorio, no lo hacemos solo desde una dimensión geográfica, sino que asumimos toda la riqueza del proceso social que en él se produce; por eso lo caracterizamos como un espacio sociodemográfico complejo y dinámico, que se reconfigura de manera permanente y se define como el ámbito donde se expresa la complejidad social.

**Entonces, el territorio es el escenario en el que se determina el proceso salud - enfermedad - atención - cuidado. Por lo tanto integra al espacio geográfico, sociodemográfico, político, epidemiológico. El territorio es el escenario donde se expresan las relaciones entre los actores sociales así como sus disputas por los recursos y los capitales en disputa.**

En ese sentido, el concepto de territorio permite visibilizar y analizar las diferentes dimensiones que caracterizan a una población, el territorio es el ámbito de la complejidad<sup>7</sup>. Las dificultades para entender lo territorial y moverse en una dinámica relacional, en escenarios de complejidad creciente y dinámica, conduce a la necesidad de gestionar la incertidumbre. Como plantea Edgard Morin, esta destruye el conocimiento simplificador y promueve el pensamiento complejo (Morin, 1999).

Los cuadros técnicos “no saben que no saben, y entonces, hacen lo que saben”, dice Matus al señalar cómo ese conocimiento específico que constituye la especificidad del profesional es insuficiente frente a la complejidad de lo social (Matus, 2014).

---

<sup>7</sup> Entendemos a la complejidad como una red dinámica y cambiante de las acciones e interacciones, donde prevalece una visión estratégica por parte de los actores sociales puesto que esa complejidad supone la interconexión e interrelación de las diferentes dimensiones que conforman el mundo de lo social.

## 1.2. Gestión, poder y pensamiento estratégico

En este apartado abordaremos tres categorías fundamentales para pensar el campo de la gestión: el poder, los actores sociales y el pensamiento estratégico; nos ocuparemos de definir qué entendemos acerca de cada uno de estos conceptos y los pondremos a trabajar articuladamente a partir de pensarlos en nuestros contextos laborales y sociales.

### 1.2.1. Definición de poder. Tipos y formas de organización del poder

El poder es una categoría relacional que determina que otras u otros (u otra u otro) implementen acciones que no harían de forma espontánea y autónoma, o sea que entendemos como una relación de poder entre actores a la que condiciona el comportamiento de un actor por parte de otro. Por ejemplo, cuando tenemos una relación terapéutica con otra persona, nuestras indicaciones condicionan el comportamiento de la otra o el otro y promueven -de esta manera- un cambio en las relaciones con las personas y los objetos (en las actividades cotidianas, en la alimentación, en el consumo sistemático de medicamentos, etc.). En ese sentido, la relación entre curadora o curador<sup>8</sup> y usuaria o usuario es una relación de poder.

Cuando hablamos de categoría relacional nos referimos a que el poder no lo porta un sujeto por ser tal o por la función que tiene asignada en una sociedad específica (por ejemplo el presidente de la Nación, el Secretario de Salud, el director del Hospital o el coordinador del Centro Barrial)<sup>9</sup> sino que el poder requiere su ejercicio, constituye un conjunto de acciones que involucran a otras y otros y por lo tanto siempre está en disputa. El poder circula entre actores con relaciones móviles y desiguales, tal como los vivimos en nuestros ámbitos cotidianos. En este sentido, afirmamos que los actores acumulan o desacumulan poder a lo largo de sus prácticas. Siguiendo con el problema que planteamos más arriba (consumos problemáticos de alcohol en adolescentes varones en el Barrio), pensemos en la conformación de una mesa intersectorial barrial con el fin de abordar el problema de manera conjunta; entonces participan diferentes actores involucrados: organizaciones barriales, familiares y amigas y amigos de los adolescentes, representantes del municipio, comerciantes del barrio, trabajadoras y trabajadores del centro de salud. Allí, disputando poder, debatirán en torno del problema, poniendo sobre la mesa los intereses que cada una y uno defiende, a la vez que detentan u ocultan sus capacidades para actuar sobre el problema. Este es el escenario de lo relacional y de la circulación del poder.

---

8 Cuando usamos la palabra “curadora” o “curador” lo hacemos siguiendo a Eduardo Menéndez, que refiere con este sustantivo a todas aquellas personas -profesionales o no- que trabajan en la producción de cuidados en salud y establecen una relación terapéutica con la usuaria y el usuario (Menéndez, 2003).

9 Si bien estas figuras están investidas de poder y controlan atributos específicos que les permiten desarrollar relaciones en que subordinan a otras y otros, el ejercicio estratégico de sus prácticas hace que el poder atribuido varíe a lo largo de su gestión, incluso hasta perderlo y convertirse en figuras formales.

Si asumimos, entonces, que la salud está determinada socialmente y, por lo tanto, es una cuestión política<sup>10</sup>, el análisis y la inclusión de la categoría poder en las prácticas de gestión en salud mental resulta imprescindible ya que este proceso está estructurado, condicionado y dinamizado a partir de las relaciones de poder entre los actores sociales; así será en la interacción entre ellos y en la disputa de poder en el campo, que se podrán generar diferentes tipos de intervenciones sobre los problemas, dependiendo de las capacidades de los actores, los capitales que poseen y sus intereses y deseos. El ejercicio del poder se manifiesta en su propia implementación; Michel Foucault lo define como el ejercicio estratégico de múltiples relaciones de fuerza que no actúan de modo represivo y/o destructivo sino que contribuyen a la conformación de subjetividades particulares (Foucault, 2019). En este sentido, el poder no se ejerce solo de manera coercitiva sino que es la variable fundamental para construir hegemonía, es decir, consenso<sup>11</sup>.

Un ejemplo de esto es la definición de “comer sano”; desde la medicina -aunque también desde la industria alimentaria- se instituyeron una serie de alimentos que se explicitaron como “promotores de salud” y se fundó de esta manera una percepción social que si son los dominantes en nuestra dieta, seremos personas sanas; podemos decir que ha habido un proceso de construcción de hegemonía y de modelación de la subjetividad colectiva que modificó -y modifica- la cultura alimentaria.

**El poder es una categoría relacional. Determina que otras u otros (u otra u otro) implementen acciones que no harían de forma espontánea y autónoma. Es una acción que involucra a otros actores y por lo tanto es una variable que siempre está en disputa y que siempre está circulando. En una sociedad democrática, el modo habitual de la construcción de poder se fundamenta en la producción de hegemonía.**

En las organizaciones donde trabajamos cotidianamente, tal como lo definimos anteriormente, circula el poder, sin embargo, también hay una estructuración más sistemática del poder, que se traduce en normas y procedimientos. La

---

10 Cuando hablamos de *cuestión política* nos referimos a que las problemáticas de salud que enfrentamos cotidianamente implican que los actores están dispuestos a movilizar sus recursos -políticos pero también de otras índoles- para que el abordaje del problema lleve la situación territorial hacia lugares que les sean más favorables a sus intereses.

11 La hegemonía es el modo de dominación resultante de la relación dialéctica entre el consenso y la coerción (cuando referimos a una relación dialéctica indicamos la vinculación de dos conceptos antitéticos -en nuestro caso consenso y coerción- que se sintetizan en un tercer concepto -en nuestro caso, la hegemonía- que contiene a ambos conceptos originarios pero que no es ninguno de los dos; así la hegemonía es consenso basado en la amenaza de la coerción). Un ejemplo para pensar este concepto es el de modelo médico hegemónico, que tal como discutimos anteriormente, se entiende como conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica y que se identifica como la única forma -validada- para atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1990).

instalación de cargos de conducción y las jerarquías internas que se disponen en cada organización dan cuenta de una estructura de poder que se cristalizó en algún momento y se tradujo, justamente, en una estructura de cargos y responsabilidades (organigrama).

Esos espacios organizacionales controlan recursos y, por lo tanto, ejercen poder de tipo administrativo, esto implica, por ejemplo, que tengamos que solicitar a jefas y jefes de servicios que provean recursos necesarios para nuestro trabajo (medicamentos, las camas, las sábanas, o también el personal que hace falta para producir los cuidados que demanda la población). Sin embargo, este no es el único poder que circula en nuestras instituciones. Siguiendo a Mario Testa, toda organización de salud -pero podríamos generalizarlo a las del ámbito social- puede caracterizarse en base a un triángulo de poder que relaciona tres tipos de poder: el poder administrativo (que ya definimos), el poder técnico y el poder político (Testa, 1993). En cuanto al técnico es muy importante en nuestras organizaciones ya que, justamente, nuestros servicios se basan en la producción de cuidados que tienen un fundamento científico, entonces aquellas trabajadoras y aquellos trabajadores que conocen más acerca de las prácticas que se realizan, tienen poder técnico. Es conocido que no siempre se consulta ante una duda a quien es jefa o jefe sino a quien consideramos que más sabe sobre el problema que afrontamos, eso es poder técnico.

Finalmente, cuando Testa habla de poder político refiere a un poder de representación de colectivos sociales, entonces, cuando tenemos un reclamo gremial, como trabajadoras y trabajadores lo discutimos con el sindicato que nos representa, allí hay poder político. Sin embargo, también lo hay cuando nos agrupamos con nuestras compañeras y nuestros compañeros para hacer algún reclamo a nuestra jefa o nuestro jefe en el servicio.

Estos tres tipos de poder conforman el triángulo de poder (Testa, 1993) que permite caracterizarnos como actores en el proceso de intervención frente a un problema de salud; también nos permite definir a los demás actores en situación. Por otro lado, la definición de los diferentes tipos de poder en la organización habilita a pensar los servicios como estructuras en movimiento, más allá de los organigramas.

Para finalizar este tema, nuevamente vamos a conversar con Testa para definir al pensamiento estratégico al que explicita como una forma de pensar los procesos que implica que en toda organización de salud -ya sea formalizada como una institución con normas, estructuras, edificios, o menos formalizada, como un conjunto de personas que tienen coherencia de intereses, deseos e ideologías respecto de un problema particular- es importante tener en cuenta que circula el poder. Así, ningún problema de salud (social, en última instancia) puede abordarse ignorando que el poder es la variable fundamental en el análisis y la intervención. La otra cuestión que define el pensamiento estratégico es que cualquier situación problemática en salud, tiene una determinación social, lo que ya hemos debatido en los capítulos anteriores (Testa, 1995).

Para clarificar este concepto, volveremos a nuestro ejemplo del consumo problemático de alcohol en adolescentes varones en el Barrio. Suponiendo que algunos de los actores implicados en este problema y en su abordaje sean el equipo de gestión del centro de salud, los representantes de las familias, la asociación de comerciantes, definiremos que cada uno de ellos tiene una explicación acerca de por qué ocurre el problema y que actuará de acuerdo a sus intereses; entonces disputará poder (administrativo, técnico y político) para satisfacer esos intereses.

Por ejemplo, la asociación de comerciantes hará todo lo posible por evitar que se le impongan regulaciones para la venta de alcohol a adolescentes, mientras que desde el centro de salud, probablemente, se impulse y se implemente esa medida. Esas disputas de poder promoverán conflictos entre los actores.

**El pensamiento estratégico define que en toda organización de salud se generan disputas de poder. Por otro lado, la conceptualización que produce respecto que todo problema de salud tiene una determinación social, constituye un escenario de complejidad para el abordaje de las problemáticas de salud mental.**

## 1.2.2. Actores sociales, más allá de los individuos

El concepto de *individuo* es uno de los modos de subjetivación propio de la Modernidad, pero hoy por hoy ¿es posible separar lo individual de lo social? ¿Quiénes plantean los problemas en un barrio o en una institución? ¿Quiénes producen cambios en los modos de organización social? Para pensar estas preguntas nos proponemos trabajar con la definición de actores sociales.

Si bien hemos definido este concepto anteriormente, en este capítulo agregaremos a lo anterior que los actores sociales tienen la capacidad de introducir temas de debate en la agenda pública, esto implica asumir una dimensión política en ambos conceptos, tanto el de actor social como el de agenda pública<sup>12</sup>; la relevancia de incluir una problemática en ese espacio es que obliga a las y los diferentes actores participantes a tomar posición respecto de la situación expuesta. El actor se involucra en y con los problemas, moviliza recursos e incide en la disputa por su resolución. A su vez, el actor se instituye en el propio proceso de intervención, ya que reflexiona sobre sus explicaciones, calibra sus intereses, aprende acerca de la situación, acumula o desacumula recursos.

---

12 Entendemos por *agenda pública* a un espacio virtual en el que se discuten los problemas colectivos y los diferentes actores implicados toman posición acerca de ellos. Colocar una problemática en la agenda pública exige una estrategia política por parte de los actores con la inversión de recursos de poder para que esto sea posible. Existen múltiples agendas públicas, las hay en el barrio (se debaten los problemas de ese espacio social), pero también en las ciudades, las provincias o en la Nación. Dependiendo de la agregación de la agenda participarán diferentes actores en ella y los recursos de poder requeridos para intervenir en ese espacio serán, también, diversos.

**Un actor social es un colectivo social con ideología e intereses respecto de los problemas sobre los que interviene, el actor debe tener la decisión de actuar, de incidir en el ámbito situacional donde interviene sobre las problemáticas. Desarrolla su capacidad para introducir temas de debate en la agenda pública, promoviendo que las y los demás actores definan su posición respecto del problema y de sus propuestas de abordaje.**

Cuando hablamos de un colectivo social nos referimos a un grupo de personas organizadas con coincidencias ideológicas respecto de la determinación de los problemas que están abordando. Es probable también que como parte de este proceso de organización denoten algún tipo de representación, así es importante no confundir el actor social con la persona que lo representa, ya que si bien –por ejemplo– una Secretaria o un Secretario de Salud municipal puede ser la o el representante del equipo de conducción de salud en ese espacio social, el actor social es precisamente ese equipo de gestión, que coincidirá en ideología e intereses respecto de los principales problemas de salud que asuman como la agenda de trabajo para su gestión. Son estos actores sociales los protagonistas de los procesos de gestión, y por lo tanto pensamos en ellos a la hora de intervenir.

La constitución del actor social deviene entonces en una de las principales categorías para el análisis de la gestión. A la hora de poder caracterizar a los actores y evaluar sus posiciones frente a los problemas les sugerimos retomar los triángulos de gobierno (Matus, 2014) y de poder (Testa, 1993) que presentamos anteriormente.

Aunque parezca obvio, es preciso aclarar que el actor no actúa aisladamente, es importante incluir la dimensión de las redes para pensar estratégicamente los problemas y sus abordajes. La red requiere implicación y participación en los problemas. Vale aclarar que cuando pensamos en redes pensamos en redes de actores que, una vez más, no suponen la articulación entre iguales. En las redes el poder está distribuido de manera que deben generarse espacios de negociación para gestionar las diferencias y las problemáticas.

### **1.3. Modelos de gestión, de atención y de financiamiento**

Tal como hemos planteado, asumimos que la propuesta de la transformación del modelo de atención que propone la LNSM debe ir necesariamente articulada con un cambio en el modelo de gestión, entendiendo que no es posible implementar procesos de cuidados participativos, respetuosos de los derechos de las personas, que promuevan la inclusión social, en el ámbito de la salud mental comunitaria -entre otras características- con el mismo proceso de gestión que se utiliza en las instituciones asilares. Nos queda claro, entonces, que los modelos de atención y de gestión deben guardar coherencia, un cambio en los procesos de trabajo necesarios para producir cuidados requerirá de un cambio en el modo de gestionar las relaciones entre los actores, ya que se necesitarán diver-

Los recursos así como una transformación de los vínculos entre los sujetos. Un proceso de trabajo que promueva la inclusión de las usuarias y los usuarios, que produzca mayor horizontalidad en los equipos de trabajo, que articule con otros actores sectoriales e intersectoriales en el contexto de la salud mental comunitaria, necesariamente debe ser diferente. Ya no puede ser el modelo de gestión hospitalocéntrico, de carácter verticalista y con elevados niveles de burocracia institucional el que rija, sino uno que habilite mayor protagonismo y participación de las usuarias y los usuarios, de las trabajadoras y los trabajadores, una distribución diferente del poder, y una ampliación de los espacios de discusión sobre los problemas, fortaleciendo la capacidad para tomar decisiones de las y los sujetos implicadas e implicados (Mori y Oliveira, 2014) así como organizaciones más flexibles que tengan capacidad de aprender.

**Resulta necesario contar con dispositivos de gestión que se asuman como intersectoriales e interdisciplinarios, que promuevan y produzcan abordajes integrales y con énfasis comunitario así como con una convicción clara respecto de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en general y del sufrimiento psíquico en particular (Wilner, 2018).**

### **1.3.1. Gestión compartida o co-gestión. El concepto del apoyo matricial**

El concepto de *co-gestión* o gestión colegiada, se propone democratizar las relaciones sociales al interior de las organizaciones, mejorando las capacidades para producir actos de salud que se vinculen con las necesidades de la población, y asegurando a su vez la satisfacción de las personas que integran las organizaciones de salud (Sousa Campos, 2009). Esta conceptualización de la gestión promueve la conformación de equipos de trabajo, enfatiza en esta modalidad de abordaje así como en la perspectiva de la producción de autonomía de usuarias y usuarios como operacionalización de los resultados en salud de las prácticas de cuidados.

Desde la salud mental comunitaria, la dinámica del trabajo en equipo y la gestión compartida es esencial, en primer lugar porque cualquier abordaje<sup>13</sup> en este contexto se producirá en un marco institucional, con normas que lo regulan y que pujan por ordenar la forma en que se produce la relación de los equipos con la tarea a desarrollar. En segundo lugar, porque los equipos se constituyen en actores que disputan poder, que bregan por instalar proyectos que guíen a la organización en el marco de la producción de salud colectiva (De la Aldea, 2000). De esta manera, los procesos de co-gestión tendrían la potencia necesaria para definir la orientación y el curso futuro de la organización sanitaria. Es importan-

---

13 Es importante destacar que las prácticas que se realizan en el marco de la salud mental comunitaria tienen una lógica de abordaje colectivo. Esto no implica que se plantee una dicotomía entre cuidados individuales y cuidados grupales o colectivos, sino que los primeros -necesariamente- se subordinan a los segundos. Esto quiere decir que las lógicas de abordaje individual se realizan al amparo estratégico de lo colectivo.

te aclarar que la gestión compartida coexiste con la gestión tradicional, que se plantea como más burocrática, verticalista en el ejercicio del poder, orientada a los procesos más que a los resultados, con procedimientos medicalizados, que enfatiza en los procesos individuales más que en los colectivos, entre otras características que solemos identificar en los servicios.

Resulta claro entonces que frente al padecimiento mental y a la necesidad de la transformación de los modelos de atención que nos imponen los marcos normativos, se requiere una transición hacia modelos de gestión más democráticos, del tipo de la co-gestión.

Continuando con el ejemplo del abordaje de los consumos problemáticos de alcohol en adolescentes varones en el Barrio, si pensamos que el problema está determinado porque las organizaciones no alojan a los adolescentes y, consecuentemente el abordaje se plantea alrededor de la promoción de la producción de proyectos alternativos que le den otro sentido a sus existencias, las intervenciones necesarias que permitan dar cuenta de esta explicación son imposibles desde una modalidad de gestión tradicional y autoritaria. No podemos *"ordenarles"* a las organizaciones que alojen a los adolescentes, para esto es preciso pensar en la gestión como un dispositivo generador de contractualidad.

Una modalidad importante del modelo de gestión compartida es la propuesta de apoyo matricial (Sousa Campos, 2009). Esta forma de vinculación entre equipos tiene por objetivo ofrecer tanto asistencia como soporte técnico a los equipos de referencia<sup>14</sup>, fortaleciendo los proyectos terapéuticos singulares que formulan en forma conjunta con usuarias y usuarios. Esta metodología de intervención propone el matriciamiento como estrategia para la transformación del modelo de gestión en salud, mejorando las capacidades para la toma de decisiones en los equipos de referencia, y de la implementación de abordajes desde una mirada amplia de la salud, con una integración de las diferentes disciplinas y especialidades para la producción de cuidados en salud.

El matriciamiento es una propuesta superadora de los históricos sistemas de referencia y contrarreferencia que intentan organizar los procesos terapéuticos a partir de los niveles de atención. Como sabemos, estos sistemas tienen muchas dificultades para producir circulación efectiva de usuarias y usuarios, quienes suelen desarrollar trayectorias tortuosas para poder acceder a servicios y cuidados que les resultan necesarios. El matriciamiento, en cambio, apoya y fortalece las relaciones sociales a partir de las que se organizan los procesos de atención, así es el equipo de referencia el que tiene una relación significativa con las usuarias y los usuarios, familias y comunidades, siendo entonces ese equipo el que es necesario apoyar a través de asesoramientos, entrevistas conjuntas, exámenes complementarios, interconsultas, etc. (Sousa Campos y Domitti,

---

14 Cuando hablamos de equipo de referencia indicamos al equipo profesional responsable del seguimiento y acompañamiento de una persona, una familia o un grupo comunitario. Es decir que es el equipo que construye vínculos con las usuarias y los usuarios de forma directa.

2007). Operacionalmente, en el contexto de la implementación de un proyecto terapéutico singular con una familia, el equipo de referencia comparte espacios de supervisión sistemática con disciplinas que necesita, pero que no están presentes en su nivel de atención (por ejemplo psiquiatras, psicopedagogos y psicopedagogos, etc.), quienes las y los asesoran y, eventualmente, intervienen en un momento colectivamente acordado. Por otro lado, el equipo de referencia puede identificar otras necesidades de matriciamiento que gestionará oportunamente y que apoyará en el período que se acuerde como necesario.

## **2. LA PLANIFICACIÓN COMO MOMENTO DE LA GESTIÓN EN SALUD MENTAL**

Nos proponemos desarrollar en este subtítulo el análisis de la planificación como un momento de la gestión, en este sentido es muy relevante que asumamos al concepto de momento como clave. Otra dimensión importante que debemos tener en cuenta en esta lectura es que, siguiendo a Matus, planifica el que gobierna, lo que significa que no es posible –desde esta óptica– pensar en los procesos de planificación separados de los de gestión. Otro punto de relevancia en este acápite será el de la definición de los problemas de la planificación, su caracterización, la explicación situacional y los procesos de intervención que devienen a partir de esta conceptualización.

### **2.1. La planificación estratégica y la definición de los problemas**

En el presente apartado nos enfocaremos en describir dos conceptos claves de la gestión. En primer lugar, el de planificación, su concepción, las modalidades, sus momentos, y la planificación estratégica situacional. En segundo lugar los conceptos de problema y de situación problemática, su tipología y el uso de herramientas para priorizarlos. Desde esta perspectiva conceptualizamos a la planificación como un momento de la gestión, y como una herramienta que adquiere sentido con la intervención para la construcción de un futuro deseado por el actor que gestiona.

#### **2.1.1. ¿Qué es la planificación?**

Como desarrollamos en el apartado anterior, entendemos que la gestión tiene una doble finalidad, la estratégica que se orienta hacia la producción de resultados, y la democrática, que se propone desencadenar procesos que promueven la capacidad de intervención de los actores implicados. En este sentido, caben a la planificación las mismas consideraciones, así es un proceso capaz de desencadenar movimientos para el cambio organizacional a la vez que asume la capacidad de intervención de los actores en el juego social; en palabras de Testa, este proceso promueve la capacidad de “estimular el crecimiento y crear posibilidades de cambios” (Testa, 1993).

La planificación asume un sentido de transformación permanente, que está dado por la pretensión de trabajar sobre las insatisfacciones del presente, y de evitar que aquellas condiciones que consideramos adecuadas se modifiquen; así

la planificación mira hacia el futuro, para actuar en el presente, es un proceso que no remite al futuro sino que lo indaga para definir qué es lo que se hace hoy.

**La planificación indaga el futuro, para definir lo que se hace hoy, en el presente. Al decir de Matus es el “cálculo que precede y preside la acción” (Matus, 2015).**

En este sentido, la planificación nos permite traer al presente una imagen del futuro deseado que condiciona las prácticas del actor en el aquí y ahora de manera de poder construir el mañana. En el proceso desarrollamos una hipótesis causal que nos plantea que si implementamos las acciones que consideramos necesarias, podremos alcanzar esa situación deseada. También propone prever posibles escenarios<sup>15</sup> que promueven un análisis de los recursos o medios necesarios para alcanzar el futuro esperado.

La planificación media entre el conocimiento de la realidad y las acciones para intervenir sobre ella y, de esta manera, preside la acción, es decir produce acciones transformadoras de la situación que tienden hacia la realidad esperada por el actor que interviene (Huertas, 1993). Sin embargo, la situación de complejidad social en la que se interviene condiciona el proceso de planificación y de gestión, en un marco de interacción entre la realidad y el plan que determina que el futuro alcanzado no necesariamente es el esperado. A mayor capacidad estratégica del actor, mayores son las posibilidades de que el futuro sea más cercano al deseado, pero como los demás actores intervienen, no existen garantías que esto sea de esta manera.

La planificación tiene la capacidad de instituirse como un soporte para la toma de decisiones, de quienes intervienen sobre la construcción del futuro, de esta manera se constituye como un dispositivo de gestión (Matus, 2015). Consecuentemente, el producto de un proceso de planificación en salud es la elaboración e implementación de un plan comprometido con la transformación -o conservación- situacional, que se concreta en un conjunto de impactos verificables y una estrategia que define cómo proponemos lograrlo (Wilner y Mokate, 2022).

**El plan define un conjunto de decisiones que guían las acciones presentes para la construcción de un futuro, mediante la selección de objetivos, metas y medios para alcanzarlo.**

Pensemos en un equipo de guardia en un hospital público, si no tiene capacidad de previsión no podrá resolver la urgencias que surjan en el trabajo, por lo que necesitan contar con un plan ante los posibles imprevistos, no pueden reaccionar de forma improvisada. Deben prever (*ver antes*) las eventuales demandas

---

15 Con el término “escenario” nos referimos a la visualización en el presente de posibles situaciones futuras alternativas, ante las cuales los actores calcularán posibles acciones estratégicas, intentando conservar o modificar las restricciones según estas les sean favorables o no (Ossorio, 2003).

que se podrían presentar durante el día a partir de la experiencia histórica que tiene ese equipo (lo que viene sucediendo cotidianamente en el servicio); las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población que demanda, lo que definirá cuáles son sus formas de enfermar y, consecuentemente demandar; las condiciones materiales en que se desarrolla la vida de las personas del área programática del hospital, que también condicionará el perfil epidemiológico de la demanda, entre otros determinantes de la salud de la población.

En base a ese conocimiento y los actores presentes en esa situación, el equipo planificará cómo se organiza el día, cómo se vinculan las disciplinas y las prácticas, cómo se prevén los recursos, cómo se articulan los descansos, etc. En ese sentido, la planificación es una herramienta fundamental de la gestora o el gestor de ese equipo (jefa o jefe de guardia, jefa o jefe de día) para poder gestionar el proceso de trabajo cotidiano.

También un punto relevante en el ejemplo anterior, es el de los actores. Podríamos pensar en la Dirección del Hospital, en la Jefatura del Consultorio Externo, en la del Servicio de Salud Mental, en las conducciones de los centros de salud del área programática, las asociaciones de usuarias y usuarios y familiares que también habitan la zona. Todos esos son actores que impactarán sobre la planificación de la gestora o el gestor de ese equipo de guardia, y sus decisiones deben contemplar los movimientos y las posiciones de esos actores. Por ejemplo, si se hacen acuerdos con las asociaciones de usuarias y usuarios y familiares para que las redes comunitarias acompañen a quienes portan un padecimiento mental grave, es posible que la demanda de la guardia disminuya o que, por lo menos, se puedan abordar mejor las descompensaciones a través de una consulta temprana que disminuiría el eventual daño a la salud. De esta manera, si bien la planificación no elimina las sorpresas, nos permite lidiar con ellas, reduciendo la incertidumbre y mejorando nuestra capacidad de reacción ante los imprevistos. A continuación podemos enumerar algunas características principales de la planificación como momento de la gestión (Wilner y Mokate, 2022).

**La finalidad de la planificación se concreta en la construcción de la imagen de un futuro deseado y un camino para avanzar hacia ella:** si bien permite construir una imagen del futuro, es una herramienta que define las acciones que implementamos hoy. Es decir, la planificación mira al futuro para construir los pasos que damos en el presente, en ese sentido volvemos a referir a Matus cuando define a este proceso como el cálculo que precede y preside la acción (Matus, 2015).

**Se trata de un proceso que por sí solo genera valor social y fortalece al actor implicado en esta dinámica:** en primer lugar la producción de valor refiere a “la generación de resultados que son considerados como importantes y relevantes para las y los ciudadanas/os” (Wilner y Mokate, 2022: 4). Esto enfoca a la gestión en resultados, procuramos abordar problemas relevantes socialmente para los actores presentes en la situación donde intervenimos. En segundo lugar, la planificación genera valor a partir de los procesos de participación y producción de acuerdos entre actores que pro-

mueve. El propio proceso de planificación promueve el debate, el intercambio, y la producción colectiva de ideas, conduciendo a una dinámica que constituye e integra al actor social. Por ejemplo, pensemos en la implementación de un nuevo servicio o dispositivo asistencial dentro de un efector de salud; el valor social que producirá será mejorar la accesibilidad de las usuarias y los usuarios, abordar en forma efectiva sus padecimientos, pero también en avanzar hacia modalidades participativas de producción de cuidados y promover la autonomía de las personas que demandan los servicios. En este sentido, la planificación debe ir, necesariamente, en el camino de producir acciones que construyan abordajes que produzcan el valor que demanda la comunidad.

**La planificación propone un proceso colectivo y participativo que se realiza en el seno de un actor social y en un contexto situacional<sup>16</sup>:** si bien la planificación es un proceso tecnopolítico, no es *propiedad* de las expertas y los expertos en la materia, sino que constituye un ámbito de debate y construcción participativa, donde los actores sociales con base en sus intereses, deseos e ideología, se involucran y se constituyen en el propio proceso de planificar. Todo actor que pretenda intervenir en una situación determinada, desde alguna posición en el campo social, tendrá la capacidad potencial de planificar con la finalidad de implementar su proyecto.

**Construye viabilidad:** el proceso de planificación provee un mapa realista de acciones que el actor en situación considera viables y capaces de conducir hacia el futuro que espera. Al desarrollar las acciones tendientes a la explicación de los problemas seleccionados, la reflexión acerca de las intervenciones a implementar así como las vinculaciones con los demás actores en situación, el sujeto que planifica se fortalece, desarrolla competencias, incrementa sus capitales y, de esta manera, viabiliza la propia intervención que se propone implementar. El proceso de planificación produce aprendizajes que son muy relevantes para los actores implicados.

**La planificación es un proceso caracterizado por la subjetividad:** el hecho que la planificación se caracterice como un proceso tecnopolítico desarrollado por actores guiados por intereses, deseos e ideología lo define como un ámbito en el cual la subjetividad es la regla. La percepción de los actores es la que define la priorización y la explicación de los problemas. Por otro lado, el concepto de situación determina también la subjetividad de su apreciación, los diferentes actores inmersos en una realidad la interpretan de acuerdo a cómo lo ven, cómo la perciben. Por ejemplo, refiriendo nuevamente al problema de los consumos problemáticos en adolescentes varones en el Barrio, si pensamos en dos actores implicados -como es el equipo de conducción del Centro de Salud y la Asociación de comerciantes del Barrio- cada uno de ellos tendrá percepciones diferentes

---

16 Cuando referimos a contexto situacional hablamos del espacio social donde el actor -que gestiona- está incluido. La situación es un ámbito donde se entrecruzan diferentes recursos -que por definición son escasos- y en el que diferentes actores disputan poder para implementar sus intervenciones tendientes a construir el futuro que esperan (Matus, 2021).

acerca de la situación. Mientras que para el equipo del centro de salud esto será un problema, para la asociación de comerciantes será una oportunidad, entonces sus planes de intervención serán contrapuestos; frente a una misma situación, la subjetividad del actor concluirá en una diferente apreciación situacional y, consecuentemente, en planes distintos que plantean conflicto entre ellos.

**Como mencionamos la planificación es un momento de la gestión, que se desarrolla en un espacio social o situación determinada, en el que diferentes actores con visiones particulares de la realidad seleccionan problemas, definen planes para enfrentarlos, y ponen en juego determinados recursos. A su vez este momento se articulará con otros cuatro, como la implementación, el monitoreo y la evaluación de los resultados obtenidos.**

### **2.1.2. Planificación normativa y estratégica**

La planificación normativa y la estratégica son dos modalidades de planificación que se implementan habitualmente en los servicios de salud. Veremos a lo largo de este apartado las diferencias entre ambas, sin embargo es importante saber que en los ámbitos complejos en los que desarrollamos nuestras prácticas cotidianas, las modalidades normativas no suelen alcanzar los resultados esperados, por lo que es necesario implementar procesos estratégicos. La planificación normativa supone un actor, que se asume con poder para imponer sus decisiones al resto de los actores en situación, planifica respecto de problemas que selecciona según sus propias decisiones, sin consultar a ningún actor de peso en la realidad donde se inserta. El planificador normativo asume a los demás actores como pasivos frente a sus iniciativas. Desde esta visión, quien planifica, tiene la capacidad de definir la construcción del futuro a través del plan que produce y al que nadie –asume- opondrá resistencia alguna.

En esta concepción, la planificación, sería una competencia de técnicos especializados que simplifican las variables que pueden influir sobre la realidad y asumen a los actores como objetos sin voluntad sometidos a sus decisiones de transformación -o conservación- de la situación (Huertas, 1993).

**La *planificación normativa* construye una mirada unilateral de la realidad por medio de una “*verdad objetiva*” (la del actor que está planificando), suponiendo a su vez la obediencia pasiva del resto de los actores sociales. Asume que no hay incertidumbre en la realidad ya que todas las variables son controladas por la planificadora o el planificador.**

La planificación normativa es, todavía, una modalidad de alta prevalencia en el sector social en general y en el de salud en particular. Por ejemplo, cuando una acción en salud mental -como el abordaje de niñas y niños con TDAH- solo implica el tratamiento individual de las niñas y los niños que padecen sin incorporar las percepciones de colectivos de madres y padres, de las escuelas y las aulas a

las que concurren, de los espacios deportivos y sociales que convocan a niñas y niños, entre otros actores; esa única estrategia que propone salud a través del consultorio condiciona una perspectiva de abordaje normativa.

En cambio, la planificación estratégica asume la complejidad situacional y las posiciones de los diferentes actores que seleccionan y priorizan problemas y, consecuentemente, producen planes de intervención respecto de ellos. En este sentido, toma relevancia la capacidad para acumular fuerzas por parte de los actores y conducirlos hacia el cumplimiento de un objetivo, colaborando con algunos y confrontando con otros (Huertas, 1993). En el ejemplo que planteábamos en el párrafo anterior, habría una complejización de la conceptualización del TDAH como problema de las infancias, donde entrarían en diálogo las explicaciones de los colectivos de madres y padres, de las y los docentes, de las trabajadoras y los trabajadores de la salud, de los espacios deportivos y sociales, de las niñas y los niños. Se indagaría cómo se presenta el padecimiento en esa situación y se propondrían estrategias de abordaje que integren las explicaciones de los actores y aborden desde diferentes modalidades a las niñas y los niños de manera de promover su bienestar y autonomía.

**La planificación estratégica situacional propone el abordaje de problemas como organizador del proceso; asume que todo problema debe ser explicado en situación, ya que el contexto impacta y condiciona su presentación. Cada actor tendrá su propia explicación sobre los problemas a partir de sus intereses e ideología y esa explicación será la que guiará sus procesos de intervención, colaborando o compitiendo con otros actores presentes en la situación. La incertidumbre es estructural en el entorno situacional a partir de la complejidad de los problemas y la participación de los actores en la puja por el poder para transformar -o sostener- una realidad que les resulta incómoda o cómoda dependiendo de sus intereses y deseos.**

En este sentido la planificación estratégica situacional asume la realidad como compleja, tal como vimos que Edgard Morin la conceptualiza; este saber determina que para poder intervenir sobre situaciones sociales y de salud, es imprescindible utilizar una metodología que nos permita apreciar esa complejidad, entonces la discusión entre modelos normativos y estratégicos no es una opción, la planificación, para ser efectiva, debe ser estratégica y situacional (Morin, 1990).

**La definición de la realidad como compleja nos obliga a que las modalidades de planificación que utilicemos en nuestras realidades, para dar cuenta de los problemas sociales, deban asumir esa complejidad, por lo tanto no hay opción entre planificación normativa o estratégica, esta debe ser estratégica y situacional si esperamos producir resultados en la implementación de nuestras intervenciones.**

En la Tabla 1 podemos apreciar las diferencias entre la planificación normativa y la estratégica, lo que nos ayudará a comprender mejor estos procesos.

Tabla 1. Diferencias entre la planificación normativa y la estratégica.

Planificación normativa	Planificación estratégica
Un actor planifica e impone su voluntad a los demás.	Diversidad de actores situados planifican.
Planifica sobre una realidad objetalizada.	Cada actor planifica sobre los problemas que selecciona y prioriza.
Visión única de la realidad.	Múltiples visiones sobre la realidad.
Planificación como proceso técnico y objetivo.	Planificación como proceso tecnopolítico. La disputa por el poder es relevante y permanente.
Certidumbre de futuro.	Incertidumbre sobre el futuro.
Técnicos expertos planificadores.	Los actores son los que planifican e implementan.
Diagnóstico inapelable sobre la realidad	Explicación subjetiva sobre los problemas situados.

Fuente: Elaboración propia

### 2.1.3. Momentos de la planificación

La planificación estratégica es un proceso continuo al que Matus organiza en momentos (Huertas, 1993)<sup>17</sup>. Tomaremos la organización del proceso de planificación según los momentos que propone Adolfo Chorny -el estratégico, el táctico, y el operacional- ya que es útil para vincular las perspectivas estratégicas con las operacionales (Chorny, 1998). El *momento estratégico* se refiere a la conducción del proceso, a su determinación en el espacio de la interacción política<sup>18</sup>. Asume los cambios estructurales u organizacionales de largo plazo, es decir que define los tiempos para el abordaje de problemas estructurales en la situación y que requieren tiempos más extensos para su intervención. Este es un momento donde la incertidumbre es importante; en este momento, el actor selecciona un conjunto de problemas que determinan los modos en que desarrollará su

17 Tal como planteamos anteriormente el concepto de momento se conceptualiza como una serie de instancias articuladas e inter relacionadas, coherentes entre sí, en el que una práctica determinada toma relevancia en un momento temporal pero donde las otras instancias siguen estando presentes de forma implícita en el análisis (Ossorio, 2003).

18 Es importante aclarar que cuando referimos a la dimensión política no hablamos de cuestiones partidarias, sino a las pujas por el poder para transformar o conservar las relaciones entre actores a nivel de la situación. Siguiendo a Testa podemos afirmar que un análisis político es el que indaga acerca de cómo se distribuye el poder entre los actores en una determinada situación (Testa, 1995).

proceso de gestión en la situación donde interviene. Por ejemplo, en el caso que venimos trabajando respecto de los consumos problemáticos de alcohol en adolescentes varones en el Barrio, un objetivo del momento estratégico podría ser el de la graduación de los jóvenes en una escuela secundaria que los aloje y reconozca sus problemáticas y diversidades; sin dudas esta es una intervención compleja, que requerirá acciones de diferentes disciplinas y sectores y que promoverá resultados en un período mayor que el del año.

El *momento táctico* se refiere a un horizonte temporal que coincide con el período definido para el ejercicio presupuestario: un año calendario<sup>19</sup>. En este momento, también definido como el de la *programación*, el objetivo es determinar el conjunto de acciones que permitan concretar los objetivos fijados en el momento estratégico, y en caso de que esto no sea posible en esa coyuntura, crear las condiciones necesarias para hacer viable la consecución de esos objetivos en un futuro. Es decir que es un momento donde se promueve la viabilidad al plan, o en otras palabras, el objetivo está en producir gobernabilidad. Los objetivos, en este momento, deben ser definidos con precisión, para que en un momento posterior sea posible evaluar si fueron cumplidos en el tiempo determinado. Es decir, a diferencia del momento estratégico, los objetivos serán precisos y medibles, a la vez se pondrán actividades concretas para alcanzarlos.

Siguiendo con el ejemplo de los consumos problemáticos de alcohol en adolescentes varones del Barrio, para lograr la graduación de los jóvenes la escuela deberá alojar a esta población. Podríamos plantear, entonces como objetivo, que la escuela admita y sostenga a los adolescentes seleccionados durante, por lo menos, el 70 por ciento del año lectivo; para esto implementaremos diferentes actividades, por ejemplo promover la institución de un equipo de apoyo social y educativo para los adolescentes, la capacitación de las y los docentes para el abordaje efectivo de adolescentes con problemas de consumos, el abordaje grupal en salud mental para el abordaje del padecimiento vinculado, entre otras acciones.

Por último, el *momento operacional* es el que contiene a las acciones cotidianas que realizamos en los servicios, por lo que podríamos caracterizarlo como el de la ejecución del plan. Aquí los plazos son más breves, ya que las decisiones se toman en días o semanas, debiendo tener en cuenta los problemas cotidianos. En este caso, los objetivos se plantean en términos de resultados de las acciones.

Siguiendo la lógica del ejemplo, podríamos pensar en la medición de los cambios en los conocimientos de las y los docentes luego de cada encuentro de capacitación, la retención de las y los estudiantes en el período mensual o los avances en los grupos de adolescentes en los intervalos semanales de implementación de la estrategia terapéutico (Chorny, 1998).

---

19 En nuestro país, la normativa vigente dispone que el presupuesto debe ser anual y propuesto por el Poder Ejecutivo al Legislativo (en las diferentes jurisdicciones). La ley dispone que el presupuesto se presenta en el mes de septiembre del año anterior al que se implementa.

En el Gráfico 2 evidenciamos que los momentos se determinan desde el estratégico al operacional, es decir que las decisiones que se toman en el primero condicionan los comportamientos del segundo (mediados por el táctico). Sin embargo, los momentos se acumulan desde el operacional hacia el táctico y desde este al estratégico; esto implica que las prácticas que generamos cotidianamente en el operacional construyen un táctico y un estratégico. Si este proceso no guarda la lógica expuesta, se construye otro estratégico, es decir que si las actividades que realizamos cotidianamente no son guiadas por lo que pensamos y queremos en términos más conceptuales, nos sorprenderemos construyendo un futuro diferente al que diseñamos y deseamos.

Siguiendo el ejemplo de los consumos problemáticos de adolescentes varones en el Barrio, si los grupos terapéuticos para adolescentes generan un proceso de estigmatización, esto no promoverá que sean alojados en las escuelas y por lo tanto sean incorporados y sostenidos (táctico) y tampoco se logrará que la escuela reconozca sus diversidades y los aloje como estrategia promotora de salud (estratégico).

Gráfico 2. Momentos de la planificación según Chorny (1988).



Fuente: Elaboración propia.

#### 2.1.4. ¿Qué es un problema?

Un problema -para la planificación- puede ser definido como una brecha o distancia que existe entre una situación deseada y la situación inicial; queda claro entonces que esta es una percepción subjetiva definida por el actor, ya que es el colectivo quien define la existencia de la brecha. Sin embargo, esta brecha solo será un problema cuando genere malestar o insatisfacción para el actor quien, además, debe declararla como evitable (objeto de intervención) y tener la decisión de actuar. Así, la delimitación de un problema requiere de la valoración de un actor, de acuerdo a sus intereses, valores, motivaciones, e ideología, es decir de la forma en que cada uno percibe la realidad (Wilner y Mokate, 2022). Sintetizamos esta caracterización en la Tabla 2.

Tabla 2. Características de un problema

<b>Cuatro elementos que caracterizan un problema</b>
Es una realidad insatisfactoria (brecha entre el “es” y el “debe ser”).
Definida desde un actor social.
Que el actor define como modificable desde su percepción, la caracteriza como evitable.
Que impulsa al actor a la acción.

Fuente: Elaboración propia a partir de Wilner y Mokate (2022).

Si continuamos trabajando en el ejemplo de los adolescentes varones con consumos problemáticos de alcohol en el Barrio, para la gestión del centro de salud, el problema será el que se ha formulado previamente (el aumento de la incidencia de los consumos problemáticos en ese grupo poblacional, en un tiempo y en un espacio determinado). Por otro lado, si pensamos en otro actor, por ejemplo el colectivo social que coordina el comedor comunitario, el problema puede ser que encuentra peleas de adolescentes varones alcoholizados en diferentes esquinas del barrio y, tal como planteamos anteriormente, si tomamos a la asociación de comerciantes, este no es un problema sino una oportunidad (ya que le vende el alcohol a los adolescentes). Resulta claro entonces que el problema es recortado desde la perspectiva de cada actor según sus intereses, su ideología, sus deseos y las posibilidades de acción sobre ellos así como los efectos del problema sobre la subjetividad del actor. Entendemos que los problemas con los que trabajamos en el campo de la salud son determinados socialmente y, consecuentemente, son complejos; sabemos que en su proceso de determinación intervienen diferentes variables, algunas de las cuales conocemos mientras otras no<sup>20</sup>.

Estas variables podrían ser definidas como condiciones que intervienen en el proceso social tales como la edad, el género, la clase social, la etnia, las condiciones materiales de existencia, entre otras. También es muy importante en la determinación de los problemas la intervención de los actores en la situación, los cuales a su vez tienen intereses particulares sobre la realidad global y respecto de cada una de las variables que impactan sobre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (Breilh, 2013). Entonces, los problemas que abordamos en

20 Cuando referimos a que conocemos solo algunas variables en la determinación de los problemas sociales, indicamos que frente a una problemática -por ejemplo, de consumo- podemos hacer una definición exhaustiva de los determinantes y condicionantes intervinientes en la situación (¿es posible explicitar completamente las razones por las cuales una persona o un colectivo consume alguna sustancia?). Por otro lado, las relaciones entre las variables identificadas, son situacionales y pueden modificarse en el tiempo; por ejemplo ¿cómo se vinculan las condiciones de la escolaridad con los consumos?, ¿Estas relaciones son estables o pueden cambiar en el tiempo y con las condiciones situacionales?

nuestras prácticas pueden caracterizarse como problemas sociales y, tomando la tipología que nos propone Matus, los definimos como *cuasiestructurados* (Matus, 2021). Son aquellos en los que no conocemos todas las variables implicadas en su determinación y, además, las relaciones entre esas variables son cambiantes ya que están vinculadas con los actores. Este conocimiento parcial produce incertidumbre tanto en las explicaciones como en las intervenciones y conflicto en la relación con los actores sociales implicados. Retomando el ejemplo del consumo problemático de alcohol en adolescentes varones del Barrio, ¿podemos explicar en forma integral por qué sucede este problema?, ¿Es el mismo en diferentes barrios?, ¿Lo perciben de igual manera los diferentes actores? (en este punto, tal como hemos planteados, recordemos que para algunos actores es una oportunidad mientras para otros es un problema).

**Un problema cuasiestructurado es un problema complejo; en su determinación están implicadas numerosas variables, algunas de las cuales no conocemos, además las relaciones entre ellas son cambiantes. Su definición es situacional y los diferentes actores tienen diversas percepciones y explicaciones acerca de estos problemas. Las situaciones problemáticas que enfrentamos cotidianamente en el campo de la salud son cuasiestructuradas, por lo que cuando definimos su abordaje este debe ser planteado a través de metodologías complejas, como la planificación estratégica.**

### 2.1.5. Definición de la situación problemática

El puntapié inicial de la planificación, entonces, es la definición y explicación situacional de los problemas, el actor que planifica los selecciona y los incluye en su agenda de trabajo. Luego, procede a explicar cada situación problemática, su proceso de determinación, identifica factores explicativos y los ordena según una lógica causal. Realizar una buena identificación de problemas es determinante para producir intervenciones efectivas, debe evitarse confundir un problema con la falta de una solución, ya que eso llevará a desplegar una estrategia equivocada. Los problemas deben enunciarse con formulaciones positivas (Matus, 1987); en la Tabla 3 exponemos los modos adecuados a la hora de enunciar problemas.

Tabla 3. Enunciación de los problemas

<b>Enunciado positivo (problema)</b>	Elevada tasa de mortalidad infantil en el barrio ZZ en el período 2015-2020.
<b>Enunciado negativo (falta)</b>	Falta de servicio de neonatología en el hospital del barrio ZZ en 2020.

Fuente: elaboración propia a partir de Matus (1987).

Una vez definido el problema en términos de a quiénes afecta, dónde y cuándo, avanzaremos en la explicación situacional que implica definir la red causal del problema y la identificación de los actores implicados en él. Tal como hemos planteado anteriormente, no hay una caracterización única de un problema situado, sino que esta dependerá de la percepción y la explicación del actor que está planificando, de su perspectiva situacional.<sup>21</sup>

**La definición de una situación problemática es un proceso subjetivo, ¿cómo se produce la explicación, asociación y jerarquización de problemas? La explicación de los problemas es situacional, el actor comienza a preguntarse por qué aparece la problemática a abordar y se plantea diversos factores explicativos (“causas”) que se van organizando de acuerdo a su proximidad con la enunciación del problema. Esos factores explicativos se organizarán en niveles de agregación o planos de determinación, que irán desde lo menos a lo más estructural. En una primera línea estarán los hechos, en la segunda encontraremos a los actores que producen esos hechos y, finalmente, en una tercera línea, lo que llamaremos las reglas de juego que definen los espacios de posibilidad de lo que los actores pueden hacer en la situación. Visualizaremos esta relación entre factores explicativos en el árbol de problemas, herramienta para la explicación de problemas que discutiremos en el próximo subtítulo.**

En el análisis de situación, o construcción de una situación problemática, identificaremos a los diversos actores en juego, sus intereses, valores, motivaciones, y la explicación que realizan de los problemas, sus capacidades, los recursos con los que cuentan. El intentar comprender la forma en que los otros actores explicarán el problema, nos permitirá prever sus acciones.

### **2.1.6. Herramientas para la explicación de los problemas**

Existen diversas herramientas para la explicación de los problemáticas sociales. Aquí nos enfocaremos en el árbol de problemas. Esta es una metodología que nos permitirá identificar y establecer jerarquías entre intereses de las y los diferentes actores y los problemas recortados por ellos. A su vez nos facilitará

---

21 Cuando hablamos de perspectiva situacional, nos referimos a que los actores seleccionan y explican problemas según lo que ven, pero también, lo que no ven en la situación. Este ver o no ver depende de la posición del actor en el espacio social en el que actúa, pero también de las limitaciones y condicionamientos que generan su ideología y sus intereses. Podríamos definir a estos como anteojos con los que el actor ve la situación, así esos lentes pueden clarificar o distorsionar una determinada realidad, y eso hará que el actor explique y actúe condicionado por lo que ve.

una explicación problemática, al relacionar el problema con sus causas<sup>22</sup> y efectos.

A continuación describiremos el proceso de formulación de un árbol de problemas (Ortegón, Pacheco y Roura, 2005):

- En primer lugar se recomienda partir de una “lluvia de ideas”, enumerando todos los posibles problemas que el actor puede identificar. A continuación producir una jerarquización de los problemas, estableciendo cuál podría ser el problema central que afecta a una comunidad o institución donde se desarrollan las acciones. En este momento se formula el problema.
- En segundo lugar, corresponde analizar los efectos o consecuencias del problema destacado. Lo que permitirá evaluar su gravedad.
- En tercer lugar analizaremos las causas del problema. Quedando definida de esta forma una relación entre causas, efectos y enunciación (explicitada en el primer paso).
- Se construye así un diagrama del árbol de causas y efectos relacionados con el problema.
- En este paso será necesario revisar la validez de las categorías asignadas como causas, problema central y efectos.

Al momento de graficar el árbol será necesario tener en cuenta algunas consideraciones:

- Como mencionamos antes, el problema se enunciará en términos positivos. No debemos confundir el problema con la falta de algún recurso. Recordemos que en el territorio siempre hay algún recurso disponible que se utiliza para dar cuenta de la situación problemática que enfrentamos, es necesario relevarlo y definir si es insuficiente, inadecuado, inefectivo, etc.
- Se procederá a graficar, colocando los efectos en la parte superior del cuadro, y las causas en la parte inferior. Tanto de las

---

22 Tal como hemos expresado anteriormente, asumimos la determinación de los problemas en salud mental desde la complejidad, así no es posible referir a relaciones de causalidad tales como las que se utilizan en el lenguaje coloquial o en las denominadas ciencias duras. Como hemos conversado, la determinación de los problemas es situacional, por lo que no siempre una condición de salud es producida de igual manera por la incidencia de los determinantes. Por lo tanto, si bien utilizaremos la referencia a causas por una cuestión de facilidad en la lectura, estaremos refiriendo a un proceso complejo de determinación, situacional, social, con relaciones causales de determinación y condicionamiento.

primeras causas, como de los primeros efectos, se podrán des- prender nuevas sub causas, y nuevos sub efectos.

- Estas sub causas y sub efectos se colocarán dando a entender que si superan estas últimas, se podría resolver el problema central.
- Tengamos en cuenta que el tronco del árbol será la enunciación del problema, sus raíces las causas y la copa los efectos.

Presentamos a continuación el Gráfico 3, donde sintetizamos la rela- ción entre problemas, “causas” y efectos.

Gráfico 3. Diagrama de árbol de problemas



Fuente: Elaboración propia a partir de Ortegón, Pacheco y Roura (2005).

Presentaremos, en el Gráfico 4, un árbol con el problema que venimos utili- zando como ejemplo, la elevada incidencia de consumos problemáticos de alcohol en adolescentes varones del Barrio. Tengamos en cuenta que el desarrollo en este ejemplo es el de la enunciación del problema y sus raíces (explicación situacional). Enfatizamos en estos puntos ya que los efectos serán modificados si intervenimos efectivamente sobre el problema, a través del ataque de sus causas. Como mencionamos anteriormente, los factores explicativos (“causas”), están ordenados según planos de determinación o niveles de agregación. En la primera línea y en relación directa con la enunciación del problema encontra- mos los hechos, por ejemplo la venta de alcohol a adolescentes sin restricciones o las deficiencias en las acciones institucionales para la prevención y el abordaje del alcoholismo, son hechos, situaciones que vemos cotidianamente y que se localizan en una primera línea de determinación del problema.

En una segunda línea encontramos a los actores que producen esos hechos; en el ejemplo se ve cómo las organizaciones comunitarias producen prácticas que no acompañan efectivamente a los adolescentes con consumo problemáti- co de alcohol o que las trabajadoras y los trabajadores de los servicios de salud no cuentan con las herramientas y formación apropiadas para abordar la proble- mática en su complejidad. Estos actores “producen” los hechos que enunciamos en la primera línea; nos queda claro que cuando las trabajadoras y los trabaja- dores de los servicios de salud no están capacitadas o capacitados adecuada-

mente, producen acciones inadecuadas para el alojamiento de los adolescentes con consumos problemáticos. Finalmente, en el tercer plano de determinación, ubicamos las reglas de juego, las que definen el comportamiento de los actores. En el ejemplo el Modelo Médico Hegemónico definirá el problema del consumo de alcohol desde una perspectiva biologista y medicalizante, lo que determinará un tipo de prácticas en los servicios que no logre alojar los adolescentes (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017; Bianchi, 2016). En esta misma línea, que el alcohol sea un elemento valorado en la cultura adolescente, determinará que ese colectivo requiera del consumo para afirmar su identidad.

Gráfico 4. Ejemplo de árbol de problemas



Fuente: Wilner (2022).

### 3. TENSIONES ENTRE LA EPIDEMIOLOGÍA Y LA DEFINICIÓN DE LAS PROBLEMÁTICAS EN SALUD MENTAL. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DESDE LA LÓGICA POBLACIONAL

Les proponemos en este apartado reflexionar acerca de la definición de los problemas de salud a partir de la epidemiología, de la necesidad de conocer los procesos de determinación desde las condiciones en que se desarrolla la vida de los colectivos sociales y cómo esto produce efectos sobre la producción de cuidados y la demanda y la accesibilidad a los servicios de atención

### **3.1. Los problemas desde la perspectiva epidemiológica**

En la presente unidad retomaremos la definición de problemas que trabajamos previamente para pensarlos y definirlos epidemiológicamente. También retomaremos la conceptualización del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados que hemos trabajado previamente y las relaciones existentes con los problemas del campo de la salud entendidos en términos poblacionales. En ese sentido profundizaremos en la importancia de conceptualizar la determinación social de la salud cuando pensamos en planificar y gestionar acciones en nuestros contextos laborales y sociales. Por último nos referiremos a conceptos básicos de la epidemiología descriptiva que serán útiles para el análisis de los problemas en salud.

#### **3.1.1. La definición de problemas epidemiológicos**

Los desarrollos y avances de los estudios epidemiológicos no son ajenos a las diferentes transformaciones sociales ocurridas a lo largo de la historia y a los paradigmas dominantes en cada época. Las concepciones epidemiológicas modernas (a partir del siglo XX) han estado signadas desde sus orígenes por una perspectiva biomédica de los problemas de salud-enfermedad; esta concepción impregnó la idea -que aún hoy es prevalente-, que la actividad exclusiva y fundamental de la epidemiología consiste en el estudio estadístico e instrumental de los modos y estilos de vida y las condiciones que llevan a los colectivos a enfermar. Por otro lado, también define como su tarea principal la observación y la vigilancia -pretendidamente- objetiva de los procesos epidémicos, independientemente del contexto y el momento histórico en que se producen.

Históricamente, y con mayor auge desde mediados del siglo XX, la epidemiología se ha ocupado del estudio de las enfermedades infecciosas o transmisibles -como por ejemplo la tuberculosis, hepatitis, VIH, sarampión- así como de las enfermedades crónicas no infecciosas o no transmisibles -como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares-. Ambos grupos constituyen problemas de salud importantes para las gestiones gubernamentales así como para las ciudadanas y los ciudadanos del mundo. En el caso de la salud mental, los desarrollos epidemiológicos han estado vinculados, mayoritariamente, con una perspectiva psiquiátrica, vinculada con el relevamiento cuantitativo de situaciones definidas como enfermedades y, en menor medida, a las condiciones contextuales que hacen que las personas sufran padecimientos.

La operacionalización del proceso salud-enfermedad -deliberadamente excluimos en este momento del análisis a la diada atención-cuidados- define que diversas situaciones problemáticas que afectan a los colectivos sociales y que requerirían abordajes desde los servicios, no podrían caracterizarse a partir de la

tradicional definición de enfermedad<sup>23</sup>, sin embargo generan sufrimiento, afectan el bienestar y la autonomía así como el contexto de las personas con las que trabajamos cotidianamente, por lo que requieren, sin dudas, un abordaje desde los equipos de salud.

En este sentido, cuando pensamos en los problemas de salud resulta necesario incluir situaciones colectivas que afectan en forma directa a quienes los padecen pero también producen sufrimiento y malestares sociales. Hablamos de los consumos problemáticos (de sustancias legales e ilegales), las violencias (accidentes, homicidios y suicidios), las problemáticas nutricionales (sobrepeso, obesidad, trastornos alimentarios, etc.).

Si bien en todos los problemas de salud es evidente la determinación social, en las situaciones que abordamos cotidianamente en salud mental, las condiciones materiales y sociales en que se desarrollan la vida de los colectivos con los que trabajamos nos obliga a hacer un procesamiento complejo del proceso de determinación<sup>24</sup>, incluyendo, aunque no en forma exclusiva, a los factores biológicos, naturales o hereditarios en su producción, asumiendo también en el análisis, que estos factores se subordinan a determinantes sociales, históricos, culturales y materiales.

**Cuando abordamos problemas de salud en general, y de salud mental en particular, debemos pensar en un proceso de determinación complejo, en donde los factores biológicos, naturales, hereditarios, personales, se subordinan a las condiciones materiales, sociales, culturales, económicas en un marco donde el proceso histórico es fundamental.**

Anteriormente consensuamos una definición respecto de qué entendemos por un problema, recordémosla; reconocemos una situación como problema cuando percibimos una tensión entre una situación existente respecto de la de-

---

23 Según la Organización Mundial de la Salud la enfermedad es la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (Herrero Jaen, 2016).

24 Tal como hemos expuesto anteriormente, reafirmamos que cuando hablamos de relaciones de causalidad en salud, nos referimos a un proceso complejo en el que las vinculaciones entre causas y efectos que conocemos en otras disciplinas no son aplicables. En ese sentido, hablamos de relaciones de determinación y de condicionamiento. Las primeras son aquellas que son necesarias, aunque no suficientes, para producir el problema ya que requieren de la intervención de los factores condicionantes. Por ejemplo, durante la epidemia de COVID-19, las personas mayores tenían mayor riesgo de enfermedad grave, sin embargo esto no sucedía en todos los casos; el SARS-CoV-2 es el factor determinante, la edad es un condicionante, pero ambos son insuficientes para que la enfermedad sea grave, es necesario que otros condicionantes como la reducción de la respuesta inmune, la existencia de otras enfermedades debilitantes o, incluso, otros que no conocemos (lo que es habitual en los problemas complejos como los de salud), intervengan en la producción de la enfermedad potencialmente mortal.

seada, ya sea en la realidad presente o en su expectativa de futuro. Esa tensión o inconformidad se transforma en un problema para el actor social solo cuando este decide que es evitable y la incorpora en su agenda de trabajo, es decir que decide intervenir sobre esa situación a partir de un abordaje concreto. Recordemos también que la selección y explicación de los problemas es un proceso subjetivo, que depende del actor (Wilner y Mokate, 2022).

Al momento de definir y caracterizar los problemas, una de las herramientas que utilizaremos es la epidemiología. Nuestro modelo formativo promueve que veamos y analicemos los problemas en estos términos, así indagamos quiénes son las afectadas y los afectados, en qué momento, y dónde y cuándo eso sucede. De esta manera, la lógica epidemiológica hace que indagemos los problemas desde las siguientes dimensiones: quién, cuándo, cómo, dónde.

Sin embargo, siguiendo la lógica propuesta hasta el momento, esto no puede separarse de otras dimensiones relevantes como las condiciones materiales en que se desarrolla la vida de las personas afectadas, su determinación histórica, las condiciones culturales y socioeconómicas en que están inmersas y, obviamente, los actores implicados en esta situación. Pensar los problemas en salud en el sentido en que lo estamos planteando, implica ahondar en esas condiciones en el marco de un determinado sistema de relaciones sociales y de racionalidad política. Así, la descripción de las condiciones de vida de la población, los datos demográficos y socioeconómicos de los hogares, el conocimiento de los datos sanitarios, la caracterización de la ocurrencia de las enfermedades, la frecuencia y las tendencias de las mismas, serán objeto de nuestra reflexión, acompañadas por las características y los aspectos colectivos que contextualizan el proceso salud-enfermedad de una comunidad particular, en un período de tiempo y en un espacio social determinado.

De esta manera, sostenemos que la epidemiología no puede ser exclusivamente descriptiva y cuantitativa, es decir enfocada en la medición, sino que debe pensarse como social, donde el análisis que produzca se vincule en forma directa con la determinación del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Si pensamos en el ejemplo de los adolescentes varones con alta incidencia de consumos problemáticos en el Barrio ZZ, desde la epidemiología descriptiva analizaríamos cuántos son esos jóvenes, cuáles son sus edades, sus características de género, dónde se ubican sus viviendas en el territorio, cuál es la frecuencia del padecimiento respecto de períodos previos, cuáles son las manifestaciones del consumo, en qué período indagamos el problema, entre otros elementos de análisis.

Desde la epidemiología con perspectiva social (o crítica), debiéramos indagar también en sus condiciones materiales (su vivienda, la conformación de sus familias, los ingresos, su escolaridad y la de sus madres y padres), la historia de sus grupos familiares, su cultura y el lugar que ocupan los consumos alcohólicos en ella, la cultura hegemónica en el barrio, las estructuras organizacionales vinculadas en el territorio, entre otros elementos de análisis. Desde este punto de vista tendremos en cuenta también que los patrones de consumo presentan, por ejemplo, diferencias por géneros, no solo porque la construcción social de

los géneros condiciona las prácticas, sino porque también afecta las maneras de definir lo que se considera -o no- como problemas asociados, así como el diseño e implementación de programas de atención.

Asimismo vinculando el problema con una lógica de planificación-gestión, incluiremos en el análisis cuáles son los actores implicados con el problema y la perspectiva del actor que está planificando. Como planteamos en apartados anteriores, definimos que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado está socialmente determinado; esto implica asumir lógicas sociales en el abordaje de los problemas subsumiendo las prácticas individuales a las colectivas, priorizando las acciones integrales por sobre las exclusivamente preventivas, promocionales y/o curativas y las prácticas que generan transformaciones en el bienestar social y comunitario en lugar de las que lo hacen solamente desde el plano individual.

La identificación de los problemas de salud, su descripción y la búsqueda de sus “causas” necesariamente se vinculan con su determinación social. En ese sentido, consensuamos que la situación de salud<sup>25</sup> de una población está directamente relacionada con sus condiciones materiales de vida, así como con las desigualdades en la accesibilidad a la salud y con el modo en que estos determinantes se distribuyen entre los diferentes sujetos sociales. En este marco la epidemiología permite describir y explicar la situación de salud de la población en relación con sus condiciones de vida, y contribuir con información pertinente para mejorar la toma de decisiones para el abordaje de los problemas de salud identificados. Entonces, ¿qué entendemos como abordajes de la epidemiología? Asumimos a la epidemiología como una herramienta importante para el abordaje de los problemas en salud, es utilizada para analizar el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en una población determinada, tanto para conocer la situación en los contextos en los que vivimos, como también para definir los procesos de intervención que propondremos a partir de planificar acciones y tomar decisiones tendientes a abordar los problemas identificados en una población.

Desde un enfoque sociocultural, la perspectiva epidemiológica requiere reconocer que los problemas en salud tienen una lógica poblacional, están situados y existen en la comunidad; como tales se caracterizan por su determinación social. Por lo tanto, a partir de pensar los problemas desde un enfoque epidemiológico -sociocultural y crítico-, subrayamos la necesidad de asumir una mirada integral del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, que promueva el análisis de los determinantes sociales y que tome en consideración el saber de los conjuntos sociales.

---

25 Podemos agregar que dentro de la perspectiva epidemiológica se cuenta con el instrumento de análisis de situación de salud, que integra procesos de análisis y de síntesis que abarcan diversos tipos de estudios, dirigidos a caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, así como, identificar necesidades, establecer prioridades, visibilizar desigualdades y proveer información cuantitativa y cualitativa para el diseño, planificación e implementación de programas para abordarlas (OPS, 1999).

**La salud colectiva aborda los problemas de salud mental a partir de la intersección entre las herramientas que provee la planificación y la gestión, la epidemiología y las ciencias sociales. De esta manera, procura la comprensión de la complejidad de las situaciones problemáticas que son objeto de las prácticas cotidianas (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Es entonces desde esta perspectiva que proponemos el abordaje de los problemas desde la salud mental comunitaria.**

### 3.1.2. Priorización y selección de problemas

En el marco de la lógica epidemiológica, encontramos una tecnología de planificación que impregnó fuertemente las prácticas de trabajo en los servicios y en los espacios de gestión en salud, así como la racionalidad de las gestoras y los gestores en el campo. Se trata del método CENDES-OPS (OPS, 1965), que propone la selección y priorización de problemas de acuerdo a tres criterios básicos: la magnitud, la vulnerabilidad y la trascendencia.

Si bien esta es una tecnología que podríamos definir como de la planificación normativa y que ha sido superada por metodologías que analizan estratégicamente las situaciones, decidimos compartirla porque nuestra racionalidad, al seleccionar y priorizar los problemas de la práctica, está fuertemente influida por estos criterios; nuestros modelos formativos enfatizan en que esta es "*la manera técnica y objetiva*" para realizar este proceso y que tiene un valor superior a otras que se plantean como subjetivas y, por tanto, con menor criterio de "*verdad*". Como venimos exponiendo en este texto, ninguna metodología es superior a otra ni más "*verdadera*", porque la selección y priorización de problemas así como la definición de líneas de intervención sobre ellos, es un proceso dependiente de la ideología, intereses y deseos de los actores sociales y, por tanto, un proceso determinado por su subjetividad. Esto también es válido para nosotras y nosotros como actores del campo de la salud mental.

Veamos a qué refiere cada uno de los criterios que nos propone el método CENDES-OPS (OPS, 1965):

- La *magnitud* es una dimensión que refiere a la cantidad de personas afectadas por el problema; es decir que hay problemas que tienen alta magnitud -por ejemplo la COVID-19, pero también la enfermedad de Chagas- mientras otros tienen baja magnitud, por ejemplo la esquizofrenia (que afecta al 1 por ciento de la población).
- La *vulnerabilidad* es una variable cualitativa que indica la susceptibilidad del problema respecto de la efectividad de las medidas de prevención y tratamiento. Por ejemplo, el sarampión es un problema de salud con alta vulnerabilidad ya que la vacuna que se utiliza para su prevención tiene una muy alta eficacia; otro

ejemplo ha sido el de la COVID-19, que al inicio de la pandemia era poco vulnerable pero que, con la aparición y difusión de las vacunas, cambió su valoración en este criterio y se hizo más sensible a las medidas para su abordaje. Claramente los problemas de salud mental no tendrían una alta valoración en términos de vulnerabilidad.

- La *trascendencia* es también una variable cualitativa que define cuál es el grupo poblacional afectado, así un problema que afecta a las infancias podría tener, según este criterio, mayor trascendencia que uno que afecta a las personas mayores; por ejemplo, los trastornos generales del desarrollo tendrían mayor trascendencia que la enfermedad de Alzheimer.

Como resulta claro, nosotras y nosotros solemos estar familiarizadas y familiarizados con esta modalidad de seleccionar y priorizar problemas, sin embargo, es probable que haya problemas que cumplan los criterios de alta magnitud, alta vulnerabilidad y alta trascendencia -como por ejemplo la enfermedad de Chagas- que no sean seleccionados para incluirlos en las agendas, ni priorizados por los actores, mientras otros con baja magnitud, baja vulnerabilidad y baja trascendencia -como por ejemplo algunas enfermedades de las definidas como "raras"<sup>26</sup>-, sean priorizados en base a los intereses y deseos de los actores con poder para imponer sus temas en la agenda pública, de manera que los demás sujetos sociales tomen partido y desarrollen acciones vinculadas con ellos.

Para finalizar, podemos decir que la utilidad de las herramientas epidemiológicas para la planificación y la gestión en salud mental se vincula con su importancia para pensar los procesos de determinación de los problemas de salud-enfermedad en un contexto y en un período de tiempo determinado, lo cual influirá en la toma de decisiones y en la aplicación adecuada y oportuna de medidas de vigilancia así como otras intervenciones de salud. Sin embargo, es importante tener en cuenta que es solo un criterio, que incluso adquiere mayor relevancia a la hora del análisis y la definición de los determinantes situados, pero no puede ser el único a la hora de construir una agenda de problemas.

### **3.1.3. Nociones básicas de algunas herramientas de la epidemiología y el uso de la información**

Cuando hablamos de población en epidemiología, nos referimos a un conjunto de sujetos o a un grupo determinado de personas que interactúan en el plano social, en un tiempo y un espacio específicos. Por ejemplo, en la situación

---

26 La Ley N° 26689 "Cuidado integral de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes", que tienen una prevalencia menor o igual a 1 cada 2000 personas. El hecho que exista una ley que disponga un régimen especial para el abordaje de estas enfermedades evidencia la capacidad de los actores de poner el tema en agenda, más allá de los criterios de magnitud, vulnerabilidad y trascendencia.

problemática planteada en el Barrio ZZ respecto de los consumos problemáticos de alcohol, la población sería el conjunto de personas que viven en el Barrio ZZ, en la localidad XX, durante el año YY. Dentro de los grupos poblacionales, a partir de determinados atributos -edad, género, nivel de consumo de alcohol, etc.- podemos definir subconjuntos o subgrupos. Si nos remitimos al ejemplo, este subconjunto está representado por los adolescentes varones que consumen problemáticamente alcohol en el Barrio ZZ, en la localidad XX, en el tiempo YY.

Otra medida importante que nos propone la epidemiología es la valoración del riesgo que se puede evidenciar a través de una tasa de incidencia o de prevalencia. Ambas son medidas que expresan la probabilidad de ocurrencia de un determinado evento o problema en un período de tiempo, ya sea que tomemos su presencia en el territorio en la prevalencia o la ocurrencia de casos nuevos en la incidencia. Es muy importante tener en cuenta la dimensión temporal para obtener información adecuada acerca del evento, puesto que no es lo mismo analizar los problemas si el corte temporal que establecemos es de un mes, de un año, de tres años o incluso de horas.

Con el cálculo de esta medida -tasa de incidencia o tasa de prevalencia- podríamos conocer, por ejemplo, cuál es la proporción de varones adolescentes que viven en el Barrio ZZ que consultó en el último año en la guardia del hospital zonal por consumo problemático y, en ese caso, estimaríamos la prevalencia de la demanda de atención por este problema de salud; también podríamos indagar cuántos de esos varones han consultado por primera vez en ese mismo servicio por ese problema en el último año, en cuyo caso estaríamos analizando la incidencia -casos nuevos- de demanda por el consumo problemático de alcohol en los jóvenes del barrio.

En epidemiología se privilegia el uso de las medidas de prevalencia y de incidencia para medir la frecuencia con que los eventos en salud ocurren en una población. Cuando hablamos de prevalencia nos referimos a un indicador de frecuencia de un evento de salud en una población determinada. La prevalencia nos permite establecer la proporción de casos de cierto fenómeno relacionado con la salud en un grupo delimitado y en un lapso de tiempo determinado. El cálculo de la prevalencia será más adecuado para la estimación de procesos de carácter prolongado, pero no será tan relevante para valorar la importancia de fenómenos que se caractericen por ser episódicos o momentáneos. Entonces dijimos que la tasa de prevalencia es la proporción de casos existentes en una población expuesta a determinado evento, en un definido corte evolutivo y en un lugar específico. La prevalencia refiere a la representación del número de casos en un tiempo determinado (podríamos compararlo con una foto) en la población que puede presentar la situación bajo análisis.

Por otro lado, cuando hablamos de incidencia nos referimos a la proporción de casos nuevos (incidentes) que encontramos dentro de un grupo delimitado durante un periodo de tiempo determinado. En ese sentido la incidencia es un indicador de la velocidad de ocurrencia de una situación de salud en la población y, por tanto, es un estimador del riesgo en que se puede presentar tal evento.

Si mediante el cálculo de la incidencia observamos que hay una tendencia cada vez mayor a la aparición de casos nuevos respecto del evento que estamos analizando, significa que el riesgo de una población a la exposición a determinado problema, es elevado y por tanto implica como relevante - desde esta perspectiva- que actuemos sobre él.

**Quando hablamos de una medida de prevalencia referimos a los casos del problema de salud identificados en una determinada población en un momento específico. En cambio, cuando el dato es de incidencia, nuestra referencia es la de casos nuevos en el período bajo análisis. Podríamos decir que la prevalencia nos muestra una foto del problema, mientras que la incidencia da cuenta de la película de qué le sucede a la población.**

¿Qué hacemos con los datos que recolectamos? Desde una perspectiva epidemiológica los datos que recolectamos los transformaremos en información que nos permitirá tomar decisiones de manera adecuada. Cuando hablamos de datos nos referimos a las características o categorías -que puede ser numérica pero también cualitativa- de un objeto, institución, colectivo o situación en un momento determinado. En el ejemplo que venimos trabajando hablamos de "adolescentes varones", allí podemos tomar un rango etario -entre 12 y 19 años- entonces el atributo edad tendrá diferentes valores dentro de ese rango que fue preestablecido.

Asimismo, son datos la cantidad de sujetos que concurren al centro de salud, o la cantidad de adolescentes varones que fueron atendidos en la guardia del hospital por una intoxicación alcohólica. Los datos, entonces, pueden presentarse como atributos cuantitativos, como la edad de las personas, o bien ser cualitativos, por ejemplo las percepciones de las familias de los adolescentes acerca de los efectos del consumo de alcohol. Desde una mirada epidemiológica, el dato adecuadamente estudiado y procesado puede revelar elementos importantes para la toma de decisiones, por eso es importante que los datos sean transformados y sistematizados de manera que obtengamos información.

¿Por qué necesitamos trabajar con información? Podemos definir a la información como un conjunto organizado de datos, que articula conocimientos sobre un determinado fenómeno o una determinada situación problemática. Los datos se transforman en información cuando se les asigna un propósito, por ejemplo analizarlos en un contexto determinado con objetivos precisos o con un fin específico, como disminuir el consumo de alcohol entre los adolescentes del barrio; observarlos según determinadas categorías como género y edad; realizar con ellos análisis estadísticos; generar a partir de ellos modificaciones en la situación sanitaria. De modo que, los datos se convierten en información cuando al procesarlos y sistematizarlos, se les añade significado; de esa manera la información se utiliza para la planificación y programación de actividades y permite desarrollar las bases para el despliegue de acciones y políticas adecuadas a la realidad.

## **4. HERRAMIENTAS DE PROGRAMACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL**

La programación refiere al momento táctico en que Chorny organiza los procesos de planificación. Tal como expresamos previamente, la programación refiere a las prácticas que desarrollamos para organizar las prácticas en el mediano plazo al que definimos como el período presupuestario que, en nuestro país y por definición normativa, es anual. La programación media entre los procesos de planificación de largo plazo (estratégicos) con los vinculados con la implementación cotidiana de las acciones (momento operacional), en este sentido es importante recordar lo que ya hemos presentado; existe una dinámica de determinación entre lo estratégico y lo operacional pero también se instituye una de acumulación entre lo operacional y lo táctico y lo estratégico.

En este sentido, la programación es un momento de gran importancia porque nos permite observar críticamente las prácticas, preguntarnos cuál es el estratégico que construimos y definir hacia dónde estamos direccionando los procesos que implementamos; para esta situación, los procesos de monitoreo serán fundamentales (Chorny, 1998).

### **4.1. Herramientas de programación para el abordaje de los problemas**

En el presente apartado trabajaremos sobre la cadena de resultados como herramienta que nos ayuda a diseñar y monitorear la intervención sobre la realidad a la vez que vincula las actividades con la producción de resultados; describiremos su utilidad en la gestión pública y sus características fundamentales. Sin embargo, como pensamos a la cadena de resultados como una herramienta en el proceso de gestión estratégica, no es posible separarla de una lectura de los actores sociales involucrados, sus intereses, sus motivaciones e ideología. En este sentido recurriremos al mapeo de actores como una herramienta que permitirá identificar y caracterizar a los actores con los que intervenimos en la situación.

Para finalizar nos introduciremos en algunas nociones del proceso de negociación, entendiéndolo como una metodología que nos ayuda a promover los espacios de contractualidad que, definimos, como objetivo fundamental en los procesos de gestión.

#### **4.1.1. La cadena de resultados. Una herramienta de programación que nos permite abordar problemas**

Como mencionamos previamente, la planificación es un momento de la gestión durante el cual los actores sociales concentran su atención en la selección y explicación de problemas y definen los cursos de acción para su abordaje, los que incluyen sin dudas decisiones acerca del establecimiento de contratos y compromisos con otros actores de manera de viabilizar el alcance de los resultados que esperan. Es decir que a partir de la construcción de una hipótesis sobre la determinación de los problemas de la realidad, estos actores ponen en

marcha una serie de intervenciones que les conducirán a una imagen deseada sobre el futuro. De esta forma se propone un curso de acción y de vinculaciones con otros que permite transitar un camino desde la situación actual a otra que el actor que está planificando considera más adecuada a partir de sus intereses, deseos e ideología. En este marco, define, entonces, una situación esperada que constituye el punto a alcanzar, en términos de la cadena de resultados, este norte se denomina transformación deseada.

**La transformación deseada es el norte a alcanzar en el proceso de intervención del actor; define un futuro esperado, funcional a sus intereses y deseos respecto de los problemas seleccionados. Esta imagen tiene la capacidad potencial de promover compromisos y consensos entre actores sociales que comparten proyectos similares y abroquelar al propio actor social detrás de ella. En el ejemplo que venimos desarrollando, la transformación deseada, que propone el equipo de gestión del centro de salud, podría ser la de mejorar la calidad de vida y, consecuentemente, la salud, de los jóvenes del barrio, así la transformación deseada deberá articular diferentes intervenciones que compongan un objetivo general y amplio como es la mejora de la calidad de vida.**

De esta forma, mientras que la imagen que deseamos alcanzar se encuentra en un tiempo futuro, la planificación es una acción del presente. Entonces, ¿cómo ligar los fines que queremos alcanzar con los medios que podemos desplegar? ¿Cómo vincular esa hipótesis que da explicaciones sobre la realidad, con la imagen de futuro que deseamos?

En otras palabras, ¿cómo vincular los problemas que creemos necesario abordar con la transformación deseada? Es aquí donde toma importancia la *cadena de resultados*, una herramienta de programación que permite transitar el camino desde la definición de los problemas, los factores explicativos más importantes en su determinación y las intervenciones que nos proponemos para abordarlos de manera de cambiar su presentación.

**En un proceso de gestión en salud enfocado en la producción de resultados es fundamental clarificar los objetivos a alcanzar, que organizados en forma de una cadena de resultados constituirán un mapa para las funciones de planeación, implementación, monitoreo y evaluación.**

La cadena de resultados propone la vinculación de cuatro eslabones: actividades, productos, efectos e impactos así como su relación con un objetivo general que definimos como la transformación deseada.

Es importante explicitar que las relaciones entre los eslabones tienen una lógica causal, es decir que implementaremos actividades para lograr productos, que a su vez condicionan efectos que, finalmente, producen impactos, los que se

asociarán con intervenciones de otras cadenas y contribuirán a la producción de la transformación deseada.<sup>27</sup>

En el Gráfico 5 podemos ver esta secuencia.

Gráfico 5. Cadena de resultados



Fuente: Elaboración propia a partir de Wilner y Mokate (2019a).

A continuación describiremos estos eslabones o pasos, los que deben expresarse como objetivos claros y verificables, posibles de ser medidos y evaluados en los momentos de monitoreo y evaluación (Wilner y Mokate, 2019a).

**Impactos:** expresan los cambios verificables y delimitados que se esperan lograr en la población con la que se está trabajando en la intervención propuesta, su formulación debe ser precisa y concluyente (no ambigua), debe ser medible sin lugar a dudas. Para su logro es necesario movilizar recursos tanto técnicos como políticos, ya que es un resultado que se obtiene a partir de las acciones que se implementan en el contexto de la cadena de resultados. El conjunto de cambios a alcanzar con los impactos se logra en el largo plazo. En el ejemplo que venimos trabajando, el impacto a alcanzar es la disminución de la tasa de consumo problemático de alcohol en los adolescentes varones del barrio. Claramente expresa un resultado definido en términos de un cambio poblacional, que puede ser medido en forma precisa y que es consecuencia de las intervenciones que se implementan para modificar la situación problemática que se aborda.

**Efectos:** podemos definir a los efectos como “cambios en los consumos, comportamientos, actitudes, o conocimientos de determinados grupos que conducirán al logro de los impactos” (Wilner y Mokate, 2019a). Son transformaciones a nivel del comportamiento de los actores, de esta manera -y siguiendo la lógica que venimos planteando respecto de los procesos de gestión- el supuesto que asumimos es que si los actores modifican sus comportamientos respecto del

27 Es importante comprender que el objetivo general que propone la transformación deseada no podrá producirse solamente en base a las acciones que define una cadena de resultados. Ese objetivo se instituye en el marco de los macroproblemas, o problemas agregados, por lo que no será posible que un solo conjunto de intervenciones y resultados promueva su alcance. Como vimos en el ejemplo que citábamos anteriormente -la mejora en la calidad de vida de los jóvenes del Barrio ZZ- es un objetivo muy amplio, que sin duda podrá vincularse con la disminución de la tasa de consumos problemáticos de alcohol (impacto de nuestra cadena de resultados), pero requerirá también de otras cadenas como las vinculadas con procesos educativos, laborales, habitacionales, sociales, etc. Esto nos hace reflexionar, una vez más, acerca de la complejidad de los problemas que abordamos y la necesidad de pensar en diversas intervenciones para poder alcanzar resultados, también, complejos.

problema, se producirán los impactos. Los efectos son también resultados que se obtienen en el mediano plazo; son un eslabón fundamental en la lógica de la herramienta, ya que implementamos acciones que generarán productos que, al promover comportamientos de los actores (estos son los efectos) viabilizarán los cambios en la población (los impactos).

Continuando con el ejemplo que estamos trabajando, si logramos que las organizaciones del barrio alojen adecuadamente a los adolescentes, por ejemplo que los clubes de barrio les den un espacio para actividades que les sean placenteras, como la inclusión en un equipo de fútbol que compite en la liga local, los jóvenes se sentirían contenidos y, por lo tanto, podrían cambiar su relación de consumo.

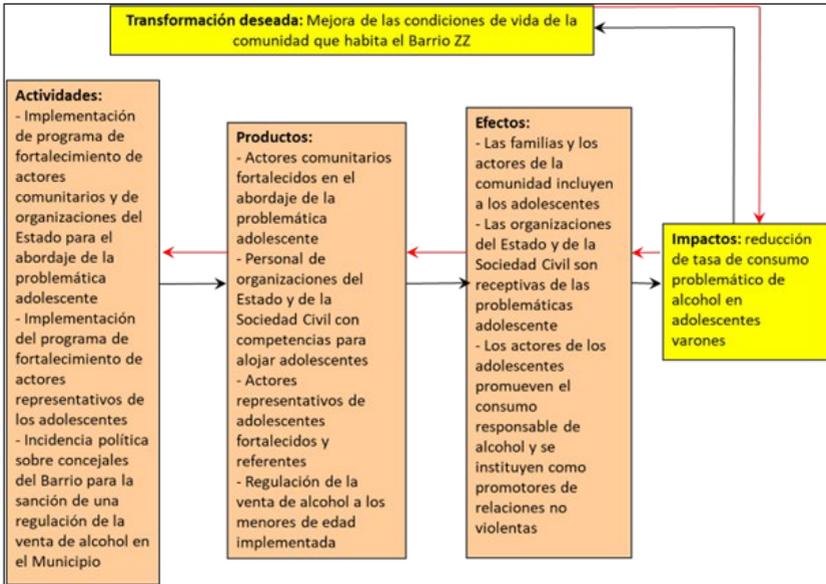
**Productos:** son procesos que se logran a partir del encuentro entre las acciones que se implementan y la población que es destinataria de ellas; podríamos decir que es el producto que generan nuestras intervenciones en los colectivos que las reciben; en términos generales, podríamos ejemplificar que en una actividad de capacitación que se realiza con un determinado grupo, el producto es el desarrollo de las competencias esperadas. Si seguimos analizando nuestro ejemplo, implementando una actividad vinculada con el fortalecimiento de los grupos que representan a los adolescentes -por ejemplo los centros de estudiantes- con la finalidad que sus integrantes puedan tener una escucha atenta de los jóvenes con consumos problemáticos, el producto es que las y los integrantes del centro de estudiantes hayan desarrollado efectivamente esa capacidad.

**Actividades:** este es el eslabón de la cadena con que más familiaridad tenemos, se trata de las acciones que generamos habitualmente en el marco de nuestras intervenciones. Su objetivo es lograr los productos esperados y desencadenar el conjunto de eventos que desembocará en los efectos e impactos. Continuando con el ejemplo, serán los talleres que realizaremos con las organizaciones representativas de los adolescentes para fortalecer el proceso de representación y alojamiento.

#### 4.1.2. Características de la cadena de resultados

A continuación compartiremos un ejemplo (Gráfico 6) de una cadena de resultados, en donde podemos ver cómo la articulación de sus eslabones nos permite acercarnos a la pregunta que realizamos al principio de esta unidad sobre cómo relacionar medios (actividades y productos) con fines (efectos e impactos). El siguiente ejemplo posibilita apreciar como con el objetivo de la “mejora de la de las condiciones de vida de la comunidad que habita el Barrio ZZ” la cadena de resultados permite vincular la transformación deseada con las actividades, los productos, los efectos y los impactos. Es por medio de esta articulación que se logra generar viabilidad al plan.

Gráfico 6. Cadena de resultados



Fuente: Wilner (2022).

Como mencionamos, la cadena de resultados es una herramienta de programación que permite definir una secuencia sistemática que relaciona las actividades con la transformación que se desea producir, por medio de productos que se espera puedan generar efectos e impactos necesarios para alcanzar los objetivos. A continuación podemos mencionar algunas de sus características (Wilner y Mokate, 2019a).

- **Estipula logros:** la cadena de resultados permite formalizar la concreción de logros medibles en cada uno de sus eslabones (actividades, productos, efectos e impactos).
- **Entre los eslabones de la cadena existen relaciones causales:** las flechas que unen los eslabones de la cadena representan relaciones causales, es decir de determinación, no simplemente una secuencia temporal. Sin embargo es importante tener en cuenta que se trata de hipótesis causales que están insertas en un marco de incertidumbre, por lo que parte de la tarea del gestor a la hora de la implementación, implica que esas hipótesis deben desafiarse en forma permanente respecto de lo que sucede en la realidad. Es decir, nuestro supuesto es que generando acciones para el fortalecimiento de organizaciones representativas de las y los jóvenes, estas se empoderen y alojen a las y los

adolescentes que revisarán el lugar del alcohol en sus vidas y, por lo tanto, esto determinará que la tasa de consumo problemático disminuya; como se ve, hay una serie de hipótesis acerca de cómo la intervención logrará productos que a su vez determinen efectos y estos impactos, esos supuestos son los que deben ser revisados en forma permanente (durante el monitoreo).

- **No todos los logros de la cadena están completamente bajo el control de los equipos gestores:** como mencionamos, la planificación, debe tener en cuenta variables como el contexto y la intencionalidad e intereses de los actores. Esto implica que el control del equipo gestor sobre los diferentes eslabones de la cadena no es igual, tendrá mayor capacidad de conducción en los procesos vinculados con las actividades, menos sobre los productos, menos aún sobre los efectos y los impactos. Sin embargo, el equipo de gestión no puede desentenderse de aquellos eslabones sobre los que tiene menos control, debe trabajar en construir viabilidad para cada uno de ellos y pensar de manera estratégica las intervenciones y las vinculaciones con los actores. El monitoreo debe revisar, entonces, la producción de cada uno de los eslabones y la confirmación (o no) de las hipótesis causales que los vinculan, para generar las modificaciones en los procesos de gestión que sean requeridos para promover el alcance de cada uno de los resultados, sabiendo que la complejidad, la incertidumbre, y la acción de los demás actores pueden ser un factor que impacte con más o menos fuerza sobre la intervención.

#### 4.1.3. Los actores y las intervenciones. Mapeo de actores

Como mencionamos anteriormente, un actor social es un “colectivo con ideología, respecto del problema sobre el que se interviene y se gestiona, con intereses, con un proyecto político para la situación en la que está inserto y con decisión para la acción y capacidad para hacerlo” (Wilner y Mokate, 2019a). Es decir que hablamos de un grupo de personas con determinado nivel de organización inserto en una situación problemática que se propone intervenir por medio de una serie de acciones y de vinculaciones sociales, y que va a accionar partir de su ideología y sus intereses respecto del problema. También como planteamos, en un campo en el que participan diferentes actores sociales, cada uno de ellos intervendrá desde una perspectiva y un recorte particular de la realidad, por eso poder contar con una herramienta que los identifique, que explicita la forma en que se articulan y cómo se desenvuelven en la situación es fundamental. En este sentido toma relevancia el mapeo de actores sociales, esta es una herramienta que permite identificar a cada uno de ellos en base a diferentes elementos: su denominación, cuáles son los problemas que selecciona, cuál es su interés y su posición respecto del problema que nuestro actor selecciona, su triángulo de gobierno (Matus, 2014) y su triángulo de poder (Testa, 1995).

El mapeo de actores debe incluir a los actores que consideramos más importantes en la situación, y nos permitirá diferenciar aquellos colectivos que seleccionan problemas y definen intervenciones similares a las nuestras de otros que eligen problemáticas diferentes y/o tienen intervenciones contrarias a las que decidimos implementar. De esta manera podremos saber con cuáles actores tendremos hipótesis de colaboración y con cuáles, de conflicto. A modo de ejemplo, compartimos el mapeo de actores que realizaríamos a partir del ejemplo que venimos desarrollando (Tabla 4).

#### **4.1.4. Algunas herramientas de negociación, su importancia en los procesos de contractualidad**

En estas líneas introduciremos algunas herramientas que tienen que ver con la posibilidad de construir acuerdos entre los actores involucrados. Hacemos referencia principalmente al concepto de negociación, entendiéndolo como parte de un proceso de gestión de conflictos entre actores con intereses parcialmente contrapuestos (y, obviamente, parcialmente coincidentes). Definimos a la negociación como un proceso de vinculación entre actores que comparten una relación social y que tienen coincidencias y divergencias acerca de los problemas que seleccionan y las intervenciones que proponen para su abordaje; aquellos intereses coincidentes invitan a la articulación mientras que los divergentes, al conflicto. Si pensamos en que interactuamos con esos actores durante largos períodos - ya que compartimos problemas, territorios, poblaciones, deseos, intereses, ideologías, etc.- la negociación se convertirá en una metodología que nos permitirá enriquecer la relación social y, en la medida de lo posible, fortalecer los proyectos de ambas partes. Solo se negocia con aquellos actores con los que tenemos intereses parcialmente coincidentes y parcialmente contradictorios, con quienes no hay nada que se comparta, no tiene sentido negociar.

**La negociación constituye una herramienta para promover contractualidad entre actores que presentan intereses parcialmente contrapuestos y otros parcialmente coincidentes. En la medida en que ambas partes logran satisfacer sus necesidades e impulsar sus proyectos, la relación se enriquece, en cambio, cuando alguna de las partes avanza en forma excesiva sobre los intereses de la otra, la relación se empobrece y una victoria ocasional puede transformarse en una derrota a mediano o largo plazo.**

Podemos mencionar dos formas de negociación: la distributiva y la integrativa. La distributiva se refiere a una modalidad en que las partes compiten por los recursos existentes, los intereses son contradictorios y, en ocasiones, excluyentes; es un juego de suma 0, es decir una parte pierde lo que la otra gana. En cambio, la modalidad integrativa, refiere a un proceso de negociación en donde se generan acuerdos de beneficio mutuo, debido a que los diferentes actores privilegian la relación que mantienen. En este tipo la ganancia es mayor que si la gestión hubiera sido de forma aislada (Wilner y Mokate, 2019c).

Tabla 4. Mapeo de actores

Actor	Problemas que selecciona	Int <sup>2</sup>	Pos <sup>2</sup>	Triángulo de gobierno <sup>1</sup>	Triángulo de poder
Organización comunitaria	- Apoyo alimentario y escolar - Cobertura sanitaria adecuada - Conflictos violentos en el Barrio	Alto	Rechazo	<b>PG:</b> Mejora condiciones de vida de niños y ancianos <b>G:</b> Amplio consenso en el Barrio <b>CG:</b> Baja capacidad de organización	Político ++ Técnico - Administrativo +
Equipo de salud	- Déficit de recursos - Sobrecarga laboral - Integralidad de la atención	Alto	Apoyo	<b>PG:</b> Mejorar procesos de atención en adolescentes Gobernabilidad alta en el Barrio <b>CG:</b> Amplio conocimiento disciplinario, escasa capacidad de trabajo interdisciplinario	Político - Técnico ++ Administrativo +
Agrupación barrial que referencia en el concejal	- Aumento del poder político - Sostener Concejal en HCD - Ampliar influencia en CdS	Medio	Apoyo	<b>PG:</b> Ampliar apoyo político Gobernabilidad con 30% de población <b>CG:</b> Buenas vinculaciones con Municipio Capacidad de gestión política alta	Político ++ Técnico - Administrativo ++
Asociación de comerciantes del barrio	- Aumento de las ventas y ganancias - Implementación gubernamental de regulaciones e imposiciones	Alto	Rechazo	<b>PG:</b> Maximización de ganancias Gobernabilidad media en aparato municipal <b>CG:</b> Competencias altas para gestión comercial y política	Político ++ Técnico ++ Administrativo +++

1 PG: Proyecto de Gobierno - G: Gobernabilidad - CG: Capacidad de Gobierno

2 Tanto el interés como la posición refieren a la relación del actor bajo análisis respecto del problema que selecciona y sobre el que interviene el actor que está planificando

Fuente: Wilner (2022).

**El desafío en la gestión de un conflicto es llevar la negociación desde una posición distributiva a una integrativa, ya que esta fortalece la relación social entre los actores, y permite abordajes imaginativos que amplían los beneficios para las partes.**

El mapeo de actores que se presentó anteriormente es una buena herramienta para preparar un proceso de negociación. Los problemas que seleccionan los actores definen cuáles son aquellos que se comparten y cuáles no, consecuentemente, el triángulo de gobierno explicita proyectos de gobierno que también clarifican coincidencias o disidencias, esta vez en las estrategias de abordaje, la gobernabilidad así como las capacidades de gobierno, nos permiten estimar qué reclamar y qué ofrecer en el proceso; finalmente, el triángulo de poder cumple una función similar, ya que nos permite identificar en qué tipos de poder somos prósperos y en cuáles carentes, lo que nos permite pensar qué ofrecer y qué demandar. En síntesis el mapeo de actores está en la base de la definición de las estrategias de negociación.

#### **4.2. La evaluación como momento del proceso de gestión**

Tanto el monitoreo como la evaluación son procesos que se articulan con la programación integrándose como componentes necesarios para la retroalimentación en la toma de decisiones, así como para el ajuste de las acciones conforme los resultados que se van obteniendo, o no. En este sentido, no es posible pensar un proceso de gestión sin considerar los momentos de monitoreo y evaluación; si no los incluyéramos estaríamos interviniendo a ciegas, sin retroalimentación respecto de la implementación. Del mismo modo, no es posible elaborar una estrategia de monitoreo y evaluación en abstracto, sin dialogar con lo programado; el monitoreo y la evaluación constituyen una oportunidad y, más aún, una instancia necesaria para realizar ajustes mientras se desarrolla la intervención.

**La evaluación supone una “Actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre las actividades, resultados e impacto de esos proyectos o programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura” (Niremborg, Brawerman y Ruiz, 2000).**

Detengámonos en los elementos que componen esta definición:

- **Actividad programada de reflexión sobre la acción.** La evaluación no debiera ser una actividad espontánea o imprevista. Dado que forma parte de la programación, constituye un componente más de la misma sobre la cual es necesario detenerse. Evaluar supone reflexionar sobre lo que se hace asumiendo un cambio

de perspectiva que obliga a tomar una cierta distancia sobre lo actuado. Esto, sin dudas, lleva a revisar la propia implicación en el proceso de implementación con el fin de que la misma arroje algo nuevo respecto de nuestra mirada previa.

- **Basada en procedimientos sistemáticos.** La evaluación comparte con la investigación el uso de estrategias sistemáticas y rigurosas para la producción de información. No se trata de compartir opiniones o pareceres sino de interpelar, a través de diversas fuentes e instrumentos, lo que se viene haciendo -o se ha hecho- y lo que ha pasado con el problema que el programa, dispositivo o práctica pretende intervenir.
- **Con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables.** Evaluar es valorar, apelando a la comparación con un parámetro (deseable, previsto, etc.), contra estándares externos, o con uno mismo en el tiempo -antes y ahora-. Bajo condiciones deseables, esto implica contar con información sobre el problema o situación que estamos interviniendo que permita caracterizar un punto de partida. El juicio de valor, como anticipamos en el punto anterior, resulta de un proceso fundamentado y sistemático del cual podamos dar cuenta frente a otros. Asimismo, es importante que los aspectos que se evalúen resulten significativos para los diversos actores involucrados (funcionarios, responsables frente a los que hay que rendir cuentas, usuarios y usuarias destinatarios de las acciones, colegas que comparten la tarea, comunidad más amplia potencialmente vinculada con nuestras acciones). Es deseable que la evaluación no sea una actividad de expertas y expertos y para expertas y expertos, ya que en ese caso constituiría una acción externa y extranjera para el proceso de implementación. La misma debe contribuir al diálogo, la discusión y la reflexión compartida.
- **Sobre actividades, resultados e impactos de los proyectos, programas intervenciones.** Este punto es central a la hora de clasificar los componentes que pueden/deben volverse objeto de evaluación. Si bien hay diversos modos de nominar esos componentes, utilizaremos los que venimos trabajando a lo largo del presente capítulo, los que incluyen no sólo aspectos a evaluar sino también a monitorear, diferencia sobre la que nos detendremos en el siguiente apartado. Como veremos también más adelante, tener claro qué aspectos se evalúan es necesario para orientarnos respecto de cómo hacerlo, concepto que nos pone en relación con los indicadores, cuestión sobre la que también nos detendremos más adelante.
- **Formular recomendaciones** para tomar decisiones que permitan ajustes presentes o futuros.

Según lo propuesto anteriormente, Alejandro Wilner y Karen Mokate proponen la siguiente clasificación en los procesos y los resultados a monitorear y evaluar:

- **Actividades**, inversiones e insumos: se trata de poner en valor el cumplimiento de las tareas realizadas conforme lo planificado, y sus correspondientes procesos y recursos.
- **Productos**: aquí se trata de dar cuenta de los bienes y/o servicios entregados.
- **Efectos**: refieren a cambios en los consumos, conductas, conocimientos y/o actitudes de actores implicados en la problemática a abordar y de quienes se constituyen en la población a la que se destinan las acciones de la iniciativa.
- **Impactos**: finalmente los impactos deben dar cuenta de los cambios en el bienestar consecuentes a la generación de los efectos, lo que se visualiza como cambios en el problema mismo que se abordó (Wilner y Mokate, 2019a).

Siguiendo esta lógica, la cadena de resultados define, justamente, como resultados a los efectos e impactos, por lo tanto, la evaluación debiera centrarse en la producción de ellos por parte de la intervención.

Las dimensiones que propondremos para el proceso de evaluación en marco del análisis de políticas o programas, suelen ser:

- **Eficacia**: refiere a la capacidad de alcanzar los resultados esperados. Se centra en la medición del cumplimiento de los objetivos. Por ejemplo, si en el marco de la aplicación de la LNSM nos propusiéramos reducir en un 25 por ciento la tasa de personas en contexto de encierro durante un período determinado, el plan de acción resultaría eficaz si alcanzamos o superamos ese porcentaje en el tiempo previsto.
- **Eficiencia**: refiere a la capacidad de desarrollar las actividades previstas con los recursos definidos. Por ejemplo, si teníamos previsto para ello una inversión de 100 millones de pesos anuales (para la creación de dispositivos sustitutivos, contratación de personas para el apoyo en dichos espacios, insumos para el mantenimiento de las personas con sufrimiento mental en esos dispositivos, etc.) y esos recursos fueron suficientes para alcanzar dicho objetivo, podríamos hablar de que el programa ha sido eficiente.

Ambos criterios son relevantes para la evaluación, ya que en la gestión debemos alcanzar los resultados esperados (eficacia) pero en un marco donde los recursos que se administran para esto, son públicos y finitos, por lo que es necesario dar cuenta de su utilización (eficiencia) en el marco de la producción de los objetivos planificados. En cualquiera de los casos, la evaluación permite no sólo preguntarse por lo que se ha logrado, sino también por el cómo y por qué se han logrado los resultados obtenidos.

**La evaluación no debiera ser visualizada como un acto administrativo de fiscalización, ni punitivo de premios o castigos, sino, como anticipamos, contribuir a la reflexión sobre la acción. Nuestras organizaciones solo pueden aprender y definir cómo mejorar los procesos de intervención frente a problemas en el marco de la evaluación**

En la Tabla 5 tensionamos de manera sintética lo que no es y lo que debiera ser el proceso de evaluación de cualquier programa-proyecto, intervención, dispositivo o práctica:

Tabla 5. Diferencias entre lo que es y no es la evaluación

No es la evaluación	Es o debiera aportar la evaluación
Una herramienta punitiva o de control	Una oportunidad para reflexionar sobre qué se hace, para detenerse a pensar y aprender.
Una acción burocrático-administrativa que no contribuye al cambio	Un espacio de diálogo entre los actores involucrados que respete los valores de todas las involucradas y todos los involucrados.
Una acción eventual-puntual o espasmódica.	Una herramienta sistemática y planificada para la toma de decisiones: debe aportar información útil, confiable, oportuna, rica.
Una práctica para confirmar lo que ya sabemos o justificar no transformar lo que venimos haciendo.	Un modo de hacer públicos los resultados de las acciones desarrolladas y sus consecuencias, de rendir cuentas. Una herramienta para comprender mejor los problemas, aportando información significativa para los diferentes actores.

Fuente: elaboración propia.

### 4.2.1. Temporalidad de la evaluación

De manera sintética, la evaluación de una iniciativa, dispositivo o práctica, puede realizarse:

- **Ex ante:** se trata de la evaluación realizada antes de iniciada la intervención en cuestión. Sirve para definir mejor la intervención y contribuye a establecer su pertinencia o factibilidad (es conocida como de “costo-beneficios”). En los casos en que se pretenden valorar los resultados de un programa-proyecto, permite también conformar la llamada línea de base, que implicaría tomar una foto del estado del problema antes de la intervención, con el fin de poder compararla con la foto posterior a la misma.
- **Ex post:** al concluir la intervención. Se evalúa la eficacia, la eficiencia y da cuenta del alcance de los resultados (efectos e impactos, tal lo que venimos conversando en el marco de la cadena de resultados).
- Durante el proceso de implementación se puede realizar de con dos modalidades:
  - a) **De progreso o proceso;** evalúa los resultados intermedios, ya sea los esperados o los que no lo son (evaluación vinculada con la implementación de las actividades y el alcance de los productos) en el marco del proyecto/programa.
  - b) **De seguimiento o monitoreo:** evalúa los procesos, actividades, productos, en términos operativos, administrativos, organizacionales, económicos, como parte de una evaluación interna del programa (ejecución presupuestaria, cobertura, cantidad de prestaciones, etc.), así como los resultados (efectos e impactos) en términos de su alcance.

En el marco de la cadena de resultados, la modalidad de progreso o proceso, indaga acerca de las relaciones de causalidad entre los eslabones (las hipótesis causales entre actividades y productos, Por ejemplo, si implemento una capacitación del personal del servicio, este podrá producir cuidados diferentes a los que produce); mientras que la modalidad de seguimiento o monitoreo, indaga acerca de las condiciones en que se implementan cada uno de los eslabones (en el ejemplo, si implementé los procesos de capacitación y de qué manera están impactando sobre el desarrollo de competencias en las trabajadoras y los trabajadores). La utilización de alguno o de todos estos formatos dependerá, por una parte, de la disponibilidad de recursos (económicos, de personal, temporales, etc.); aunque también de los requerimientos de las instituciones que financian y/o gestionan las acciones involucradas.

**El monitoreo debe ser una práctica habitual en cualquier intervención en salud mental, debe implementarse siempre que planifiquemos y programemos cualquier abordaje sobre problemas en situación, ya que es la herramienta que permitirá ajustar las decisiones y las prácticas durante el proceso de implementación.**

#### **4.2.2. La evaluación desde la perspectiva de los actores involucrados**

¿Quiénes evalúan? Este tópico pone en juego no solo las condiciones institucionales y programáticas en que se desarrolla la evaluación sino sus concepciones y modelos. A grandes rasgos podemos identificar, según el tipo de actores involucrados, la siguiente clasificación:

- **Evaluación externa:** en ella quienes evalúan son expertos o especialistas, externos al proyecto o intervención. Es una opción bastante utilizada en el caso de los organismos de cooperación internacional (Banco Mundial, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Banco Interamericano de Desarrollo, etc.). En esta modalidad, suele implementarse un proceso de evaluación periódico con el que se condicionan desembolsos financieros.
- **Evaluación interna:** en este caso se trata de procesos de autoevaluación en los que participan los actores que se encuentran implicados en la gestión. Como veremos más adelante, el monitoreo se encuadra generalmente en este tipo de formato.
- **Evaluación mixta:** se trata de una evaluación en la que participan tanto actores internos como externos a la intervención. Pueden hacerlo conformando un equipo común o distribuyendo componentes de la evaluación bajo responsabilidad de cada uno.
- **Evaluación participativa:** en este caso, la evaluación incluye la participación de todos los actores involucrados en la iniciativa, desde las gestoras y los gestores hasta las destinatarias y los destinatarios y su comunidad de referencia. La participación no involucra sólo escucharlos en calidad de fuentes de información sino incluirlas e incluirlos en las decisiones de qué evaluar y cómo. Esto vuelve el proceso un camino muy rico que por sí mismo produce efectos.

#### **4.2.3. Las prácticas en salud mental y la cultura evaluativa**

La inclusión de la evaluación como una práctica que acompaña los procesos de gestión de programas o de ejecución de prácticas y/o dispositivos sigue siendo infrecuente. Podríamos afirmar de manera muy general que la cultura evaluativa no se ha instalado como necesaria en la visión que las gestoras y los ges-

tores de políticas y las y los profesionales tienen sobre sus prácticas. Podemos decir algo semejante de la planificación y programación: suele ser más usual el desarrollo de lineamientos generales y una planificación de cortísimo plazo que se limita a aspectos operacionales. Aunque esto suele ocurrir en todas las áreas, podemos reconocer algunas particularidades sobre los obstáculos que enfrenta la evaluación en el caso de las prácticas en salud mental. Nos apoyaremos en los diagnósticos realizados por diversos autores (Augsburger, 2004; Ardila y Stolkiner, 2011; Ardila, 2011) para sintetizar los puntos críticos.

- En el plano de las gestoras y los gestores de política, existe una discontinuidad así como una escasa definición de políticas y programas en el campo de la Salud Mental y de la explicitación y/u operacionalización de sus objetivos en términos de indicadores y metas.
- En el plano de las prácticas profesionales, existe una escasa cultura de registro de las prácticas en salud mental o de la presencia de modelos de sistematización de prácticas y/o resultados que difieren con los que habitualmente utilizan los equipos productores de cuidados.
- La creencia de lo “incuantificable” o “indescifrable” de las prácticas “psi” y el temor a que la evaluación promueva su reduccionismo.
- Las malas condiciones para desarrollar procesos de evaluación: falta de tiempo –dentro de las tareas habituales–, de priorización, de recursos, de capacitación en esta área.
- Escasos antecedentes de modelos e instrumentos de evaluación aplicables a sistemas y servicios de salud mental.
- Escasa valoración de las evaluaciones como insumos para la toma de decisión, tanto por parte de quienes gestionan como de quienes desarrollan sus prácticas profesionales.

Es importante reconocer la presencia de estos puntos críticos, en tanto obstaculizan la cultura evaluativa. La reflexión sobre ellos, así como la búsqueda de modos de enfrentarlos contribuirá a que la evaluación deje de ser una cuestión inexistente u ocasional y de expertas y expertos, para convertirse en parte de un proceso necesario para comprender los problemas que identificamos, los procesos que implementamos para atenderlos, así como un elemento que promueve el aprendizaje organizacional y de las trabajadoras y los trabajadores.

## 5. MONITOREO DE LAS INTERVENCIONES

En el tema anterior anticipamos que íbamos a precisar las continuidades y especificidades de la evaluación y el monitoreo. Como describimos al hablar de la temporalidad de las evaluaciones, el monitoreo forma parte de la evaluación continua vinculada con los procesos de gestión. Esto es así porque permite el seguimiento de las acciones con el fin de proporcionar a todas las partes interesadas información oportuna y detallada sobre el progreso o no de las actividades en curso así como su producción en términos productos, efectos e impactos. Su propósito es hacer un seguimiento de la implementación de los procesos para que se puedan tomar medidas para corregir las deficiencias lo más rápido posible.

**El monitoreo es una práctica habitual -o debiera serlo- en los procesos de gestión. La responsabilidad de su implementación es de aquellos equipos de gestión que conducen las iniciativas. Su finalidad es la de detectar en forma oportuna los desvíos respecto de lo programado para interrogar los procesos de implementación y, eventualmente, promover modificaciones.**

Constituye una evaluación de corto plazo, una autoevaluación, una instancia de supervisión de la etapa de implementación de la iniciativa, dispositivo o práctica. Los puntos en común entre monitoreo y evaluación son, entre otros:

- Constituyen herramientas de gestión.
- Planifican e implementan la producción de información relevante, confiable, oportuna, valiosa para la toma de decisiones y rica, de manera que pueda dar cuenta de la complejidad del fenómeno que aborda.

En el contexto en que desarrollamos la temática de la programación, definimos que el monitoreo se realiza sobre la cadena de resultados, y se basará en la formulación de preguntas asertivas acerca de las relaciones causales entre sus eslabones, que serán evidenciados a través de la identificación de indicadores que den cuenta de ellas. Los indicadores son herramientas que nos permiten poner de manifiesto –volver observables, evaluables– los fenómenos que pretendemos valorar. “Son expresiones claras (exentas de ambigüedad) –tanto cuantitativas como cualitativas– de situaciones que estamos monitoreando en los procesos de gestión” (Wilner y Mokate, 2019b).

Una primera instancia, entonces, es que deben estar claros los aspectos que necesitamos evidenciar, así como el modo en que los volveremos evaluables: esto es, a través de qué fuentes de información y con qué instrumentos de recolección vamos a acceder a ellos. Es importante identificar las fuentes de información secundaria disponibles o existentes, las que generan regularmente información (historias clínicas, registros de atenciones, encuestas de satisfacción

de usuarios, etc.) antes de decidir generar información primaria propia como la surgida de entrevistas (a informantes clave, a usuarias y usuarios individuales, grupales), encuestas, observaciones directas pautadas, etc. Son características de un buen indicador: la precisión (deben ser claros y entendibles), la sensibilidad (deben registrar la mínima presencia de aquello que se quiere evaluar), la especificidad (deben registrar lo que se quiere evaluar y no otra cosa), la confiabilidad (no deben variar según quien lo aplica), la riqueza-validez (deben “indicar” el fenómeno a valorar desde todas las dimensiones que este tiene), la relevancia (deben aportar información con sentido para gestores y usuarios), entre otros (Wilner y Mokate, 2019b).

Es importante tener en cuenta que no existe un banco preestablecido de indicadores aplicables a los fenómenos a evaluar, sino que requieren del trabajo artesanal de elaborar propuestas de valoración de aquellos aspectos que hemos considerado sustantivos como resultado del programa proyecto, dispositivo, prácticas. Su explicitación pone la lupa sobre los aspectos que, consideramos, merecen ser visibilizados. En ese sentido, expresan cómo leemos los efectos posibles y deseables de nuestras intervenciones, de nuestras expectativas respecto de ellos. Una estrategia fundamental para identificar qué y cómo evaluar lo que hacemos es lo que Wilner y Mokate llaman “preguntas inteligentes”. Ellas interrogan sobre las hipótesis causales que relacionan los diversos eslabones de la cadena de resultados y responderán a si se están confirmando –o no- estas vinculaciones; de esta manera, las preguntas determinan los indicadores que las expresan y, consecuentemente, las fuentes de información necesarias para su relevamiento (Wilner y Mokate, 2019b).

**El proceso fundamental para la producción del monitoreo es la interrogación del equipo gestor acerca de las “preguntas inteligentes” que indagan sobre la concreción de las hipótesis causales entre los eslabones de la cadena de resultados. Luego se definirán los indicadores que indican esas preguntas y, consecuentemente, sus fuentes de información.**

La planificación del monitoreo incluye entonces la formulación de “preguntas inteligentes” vinculadas con la interrelación entre los eslabones de la cadena de resultados, para luego identificar indicadores que valorarán el cumplimiento de la implementación de las actividades así como la producción de productos, efectos e impactos. En ese sentido, es posible definir:

- **Indicadores de actividades:** deben dar cuenta del cumplimiento de tareas, realizadas y sus correspondientes procesos y recursos.
- **Indicadores de productos:** deben evidenciar bienes y servicios entregados.
- **Indicadores de efectos:** deben evidenciar y reconocer cambios en las conductas, conocimientos, representaciones de los acto-

res implicados en las problemáticas a abordar.

- **Indicadores de impacto:** deben registrar cambios en el problema que se pretende abordar.

Ilustraremos, en la Tabla 6, estos conceptos con la cadena de resultados del ejemplo que venimos trabajando sobre la “Elevada incidencia de consumo problemático de alcohol, en adolescentes varones del Barrio ZZ, en la localidad XX durante el año YY”.

A modo de síntesis acerca de los procesos de monitoreo y evaluación, concluimos en que toda producción de información es sensible a los usos institucionales, por ello, no solo es necesario considerar las exigencias y requisitos metodológicos para un buen diseño de la estrategia de monitoreo sino también la dimensión política allí en juego. En este sentido, es necesario tener claros los interlocutores y destinatarios de los resultados de la evaluación y el monitoreo. Es en diálogo con ellos, con sus intereses e intenciones, que deberemos contextualizar también el contenido, modalidad y formas de comunicación de la información a producir en un proceso evaluativo. Por último, es necesario considerar que no hay indicadores universales ni comunes a todos o varios proyectos o iniciativas; dependen de los contextos institucionales, culturales, de política y programáticos particulares. Es por ello que toda evaluación y monitoreo son situadas.

Tabla 6. La cadena de resultados, las preguntas y los indicadores

	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PRODUCTOS</b>
<b>Cadena de resultados</b>	<p>Implementación de programa de fortalecimiento de actores comunitarios y de organizaciones del Estado para el abordaje de la problemática adolescente.</p> <p>Implementación del programa de fortalecimiento de actores representativos de los adolescentes.</p> <p>Incidencia política sobre concejales del Barrio para la sanción de una regulación de la venta de alcohol en el Municipio.</p>	<p>Actores comunitarios fortalecidos en el abordaje de la problemática adolescente.</p> <p>Personal de organizaciones del Estado y de la Sociedad Civil con competencias para alojar adolescentes.</p> <p>Actores representativos de adolescentes fortalecidos en su referencia.</p> <p>Regulación de la venta de alcohol a los menores de edad implementada.</p>
<b>Preguntas inteligentes</b>	<p>¿Cuántas actividades de fortalecimiento se han implementado?</p> <p>¿Cuántas organizaciones del Estado y de la Sociedad Civil han participado?</p>	<p>¿Cuáles han sido las competencias desarrolladas por los actores comunitarios?</p>
<b>Indicadores</b>	<p>Por ejemplo, si se esperaba desarrollar cinco encuentros con organizaciones de la comunidad para intercambiar pareceres sobre los consumos de alcohol en adolescentes del barrio, se trata de analizar si se cumplieron o no, las razones de su incumplimiento, la cantidad de organizaciones presentes, etc.</p> <p>Porcentaje de encuentros realizados.</p> <p>Porcentaje de organizaciones de la sociedad civil participantes.</p> <p>Porcentaje de organizaciones estatales participantes.</p>	<p>Por ejemplo, si durante esta iniciativa, se propusiera otorgar un financiamiento a algunas organizaciones para el desarrollo de algunas actividades puntuales o distribuir piezas informativas destinadas a los jóvenes del barrio sobre temas que se consideran vinculantes con los consumos en general, se describirían y contabilizarían.</p> <p>Porcentaje de organizaciones sociales con competencias para alojar adolescentes.</p>

Fuente: elaboración propia.

EFECTOS	IMPACTOS
<p>Las familias y los actores de la comunidad incluyen a los adolescentes.</p> <p>Las organizaciones del Estado y de la sociedad civil son receptivas de las problemáticas adolescente.</p> <p>Los actores representativos de los adolescentes promueven el consumo responsable de alcohol y se instituyen como promotores de relaciones no violentas.</p> <p>Los comercios cumplen la regulación de la venta de alcohol a adolescentes.</p>	<p>Reducción de la tasa de consumo problemático de alcohol en adolescentes varones.</p>
<p>¿En qué medida las familias incluyen a los adolescentes en sus planes de desarrollo?</p> <p>¿Ha variado la cantidad de adolescentes bajo programa en los servicios de salud?</p>	<p>¿En qué medida ha disminuido la incidencia de consumos problemáticos de alcohol en los adolescentes varones bajo programa?</p>
<p>Por ejemplo, la cobertura de los programas con adolescentes de los servicios de salud.</p> <p>Porcentaje de adolescentes cubiertos por el programa en los servicios seleccionados.</p> <p>Otro ejemplo: Porcentaje de familias bajo programa que manifiestan interrelaciones familiares más armónicas con adolescentes.</p> <p>Porcentaje de adolescentes que manifiestan disminución del malestar familiar.</p>	<p>En nuestro ejemplo, el indicador más claro de impacto sería el descenso de los consumos en los y las jóvenes. Para ello, debiéramos contar con una medida previa de cuánto era el consumo. De no contar con ella, se podrían analizar indicadores proxy, como el descenso de hechos de violencia entre jóvenes en el barrio, o el aumento de la participación de jóvenes en actividades desarrolladas por las organizaciones comunitarias.</p> <p>Tasa: adolescentes varones con consumos problemáticos de alcohol/total de población de adolescentes varones. La tasa se modera según un factor de corrección que puede ser por 100 o por 1000 (en este caso)</p>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida Filho, N. y Rouquayrol, MZ. (2008). *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar.

Ardila, S. (2011). "Incorporando la Evaluación en las Prácticas de Atención en Salud Mental". IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Ardila, S. y Stolkiner, A. (2011). "Investigando sobre procesos de evaluación de programas de reinserción comunitaria de personas externadas de instituciones psiquiátricas". Disponible en <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-buenos-aires/salud-publica-y-salud-mental/23-ardila-gomez-stolkiner-2011-investigando-sobre-procesos-de-evaluacion/15987072> (consulta marzo de 2023).

Augsburger, A. (2004). "La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología", en *Revista Psicología & Sociedad*, 16, 2: 71-80.

Barcala, A., Bianchi, E. y Poverene, L. (2017). "Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental", en *Derecho de familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*, 1, 82: 99-103.

Bianchi, E. (2016). "Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad?", en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14, 1: 417-430. Universidad de Manizales.

Bianchi, E. (2018). "Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad", en *Psicología, conocimiento y Sociedad*, 8, 2: 214-257. Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Uruguay.

Bianchi, E. (2019). "¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales", en *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 9, 1: 1-24. Universidad Nacional de La Plata.

Bianchi, E., Grau-Muñoz, A. y Faus-Bertomeu, A. (2022). *La construcción social del conocimiento médico. Tecnologías, diagnósticos y fármacos*. Manual de Sociología de la Salud. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Breilh, J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)", en *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31, 1: S13-S27.

Chorny, A. (1998). "Planificación estratégica en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes", en *Cuadernos Médicos Sociales*, 73: 23-44.

De la Aldea, E. (2000). "El equipo de trabajo, el trabajo en equipo". Fragmentos extraídos de una serie de clases dictadas por Elena de la Aldea, durante el año 2000. Disponible en: [https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5e3acfef5f781.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5e3acfef5f781.pdf) (consulta marzo de 2023).

Foucault, M. (2019). *Microfísica del poder*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Galende, E. y Ardila, S. (2011). "El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria", en *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1: 39-50. Universidad Nacional de Lanús.

Herrero Jaen, S. (2016). "Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud", en *Ene*, 10, 2. Santa Cruz de La Palma. Disponible en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006#:~:text=La%20OMS%20define%20enfermedad%20como,es%20m%C3%A1s%20o%20menos%20previsible%22](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006#:~:text=La%20OMS%20define%20enfermedad%20como,es%20m%C3%A1s%20o%20menos%20previsible%22) (consulta, junio 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Disponible en [servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm) (consulta, marzo de 2023).

Honorable Congreso de la Nación (2011). Ley Nacional 26.689 Promuévese el cuidado integral de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/185000-189999/185077/norma.htm> (consulta junio de 2023).

Huertas, F. (1993). "El método PES. Entrevista a Carlos Matus". Fundación Cereb. Fundación Altadir.

Matus, C. (1987). "Política, planificación y gobierno". Fundación ALTADIR. OPS. Buenos Aires.

Matus, C. (2014). *Adiós Sr. Presidente*. Lanús: EDUNLA.

Matus, C. (2015). *MAPP, Método Altadir de Planificación Popular*. Buenos Aires: Lugar.

Matus, C. (2021). *Teoría del Juego Social*. Lanús: EDUNLA.

Menéndez, E.L. (1990). "El modelo médico hegemónico: estructura, función y crisis", en *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.

Menéndez, E.L. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 1: 185-

207. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf> (consulta marzo de 2023).

Merhy, E.E. (1995). "La planificación como tecnología de gestión: tendencias y debates sobre la planificación en salud en Brasil". Universidad de Buenos Aires.

Mori, M.E y Oliveira, O.VM. (2014). "Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, Brasil", en *Revista Interface (Botucatu)*, 18, 1: 1063-75.

Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Madrid: Gedisa.

Morin, E. (1999). "Los siete saberes necesarios para la educación del futuro". UNESCO.

Nirenberg, O., Brawerman J. y Ruiz, V. (2000). *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Onocko Campos (2007). *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico*. Buenos Aires: Lugar.

OPS (1965). "Problemas conceptuales y metodológicos de la programación en salud", en *Publicaciones científicas*, 111. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1151/cendesops111.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulta marzo de 2023).

OPS (1999). "Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS)", División especial de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, en *Boletín Epidemiológico*, 3, 20: 1-4. Disponible en [http://www.paho.org/Spanish/SHA/be\\_v20n3-cover.htm](http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v20n3-cover.htm) (consulta marzo de 2023).

Ortegón, E., Pacheco, J.F. y Roura, H. (2005). *Metodología general de identificación, preparación, y evaluación de proyectos de inversión pública*. Santiago de Chile: ILPES.

Ossorio, A. (2003). "Planeamiento estratégico". CLACSO. Instituto Nacional de la Administración Pública. Buenos Aires.

Rovere, M. (2006). "Planificación estratégica de recursos humanos en salud". OPS. Washington.

Sousa Campos, G.G. y Domitti, A.C. (2007). "Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde".

Sousa Campos, G.W. (1997). "El Anti-taylor: sobre la invención de un método para cogobernar instituciones de salud produciendo libertad y compromiso".

Sousa Campos, G.W. (2009). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar.

Stolkiner, A. (2015). "Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria", en Tesler, L. (comp.) *¿Qué hacer en salud-Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria?* Buenos Aires: Colihue.

Testa M. (1993). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar.

Testa, M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El Caso de Salud)*. Buenos Aires: Lugar.

Wilner, A. (2018.) "La mesa de gestión intersectorial en Salud Mental comunitaria del Municipio de Lanús como dispositivo promotor de la problematización del campo de la Salud Mental (período 2013 - 2015)", en *Revista Salud Mental y Comunidad*, 5, 5. Universidad Nacional de Lanús. Disponible en <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/documentos/saludmentalycomunidad5.pdf> (consulta marzo de 2023).

Wilner, A. (2022). "Planificación y programación: árbol de problemas, mapeo de actores". Material de clases.

Wilner, A. y Mokate, K. (2019a). "La Cadena de Resultados". Mimeo. "Módulo del Curso Virtual de Gestión para Resultados en Salud con enfoque en Derecho Sanitario, Instituto de Desarrollo Económico y Social del Banco Interamericano de Desarrollo (INDES – BID), Washington D.C., EEUU, Ministerio de Salud del Brasil. 1° edición 2011; 1° revisión 2019."

Wilner A. y Mokate K. (2019b). "La rendición de cuentas en los procesos de gestión en salud". Módulo del Curso Virtual de Gestión para Resultados en Salud con enfoque en Derecho Sanitario, Instituto de Desarrollo Económico y Social del Banco Interamericano de Desarrollo (INDES – BID), Washington D.C., EEUU, Ministerio de Salud del Brasil. 1° edición 2011; 1° revisión 2019.

Wilner A. y Mokate K. (2019c). "Gestión de conflictos y búsqueda de consensos". Módulo del Curso Virtual de Gestión para Resultados en Salud con enfoque en Derecho Sanitario, Instituto de Desarrollo Económico y Social del Banco Interamericano de Desarrollo (INDES – BID), Washington D.C., EEUU, Ministerio de Salud del Brasil. 1° edición 2011; 1° revisión 2019.

Wilner A. y Mokate K. (2022). "Planificación en Salud, una herramienta útil en el proceso de gestión". Mimeo. "Módulo del Curso Virtual de Gestión para Resultados en Salud con enfoque en Derecho Sanitario, Instituto de Desarrollo Económico y Social del Banco Interamericano de Desarrollo (INDES – BID), Washington D.C., EEUU, Ministerio de Salud del Brasil. 1° edición 2011; 1° revisión 2022".



## BIODATAS AUTORES

### ALEJANDRA BARCALA

Licenciada en Psicología, magister en Salud Pública y doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Postdoctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud por el Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (CINDE), la Universidad Manizales y el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Directora del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Docente e investigadora en la UNLa. Coordinadora el Grupo de trabajo e investigación “Niñez, Salud, Mental y Derechos humanos” de la UNLa y del Diploma Superior en Infancias y Derechos Humanos de CLACSO. Docente de posgrados nacionales y latinoamericanos en las temáticas de salud mental, niñez y juventudes.

### MARCELA D´ANGELO

Terapeuta ocupacional y magister en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Entre Ríos. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Docente, integrante de equipos de investigación y extensión universitaria, y supervisora de prácticas comunitarias en Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional del Litoral (UNL). Integrante del Grupo de Investigación Niñez, Salud Mental y Derechos Humanos de la UNLa. Profesional en la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Subsecretaria de Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia (2008-2011). Presidente del Consejo Provincial de Derechos de niñez, adolescencia y familia, todos cargos desempeñados en la Provincia de Santa Fe (2010-2011).

### SILVIA FARAONE

Licenciada en Trabajo Social, magíster en Salud Pública y doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Coordinadora del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani y titular de la Cátedra Problemática de la Salud Mental en Argentina, de la Carrera de Trabajo Social, ambas de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Exmiembro del Consejo Consultivo de Salud Mental y Adicciones. Docente del Doctorado y la Especialización en Salud Mental Comunitaria de la UNLa y de diversos posgrados de la Argentina. Autora de publicaciones científicas en el campo de las ciencias sociales y salud mental.

### MILENA LÓPEZ BOUSCAYROL

Profesora de Enseñanza Media y Superior en Ciencias Antropológicas por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, y doctoranda en Antropología por la Facultad de Filosofía y Letras (FFyL-UBA). Participa en proyectos de investigación científica del Programa de Antropología Política y Jurídica con sede en el Instituto de Ciencias Antropológica de la FFyL-UBA y del Grupo de Trabajo de “Consumos, territorios y Derechos Humanos” del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

### **LEANDRO LUCIANI CONDE**

Licenciado en Psicología, magíster en Salud Pública y doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesor adjunto de la Cátedra II de Salud Pública / Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UBA. Docente-investigador del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Integrante del Equipo Técnico del Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26.657. Ha dirigido proyectos de investigación acreditados, y publicado numerosos artículos sobre salud mental, derechos humanos, niñez, políticas públicas y decolonialidad en salud mental.

### **SILVIA MOLINA**

Médica, psicoanalista y gerontóloga por la Universidad de Buenos Aires. Magíster en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Docente Investigadora de la UNLa. Directora del Centro de Personas Mayores del Departamento de Salud Comunitaria de la UNLa. Coordinadora de la Diplomatura en Gerontología y Cuidados y Directora de la Especialización en Gerontología en la UNLa.

### **SEBASTIÁN MURUA**

Médico por la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Magíster en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Coordinador de la Especialización en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. Especialista en Psiquiatría. Psicólogo social. Docente Universitario en la UNLa y la UNLP. Médico de planta del Hospital Municipal Francisco Caram, de Brandsen, Provincia de Buenos Aires. Exmiembro del Órgano de Revisión en Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires.

### **MARCELA ALEJANDRA PARRA**

Licenciada y profesora en Psicología por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Doctora en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Postdoctora del Programa de Investigación en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y por el Programa multidisciplinario de formación continua para doctores en Ciencias Sociales, Humanidades y Artes del Centro de Estudios Avanzados de la UNC. Especialista en Psicoanálisis con Niños por la Universidad Ciencias Empresariales. Especialidad Epistemologías del Sur por CLACSO. Diploma de Estudios Avanzados en Psicología Social por la UAB. Magíster en Ciencias Sociales (FLACSO, México). Investigadora y Docente Regular de la Universidad Nacional del Comahue. Psicóloga del Centro de Atención Primaria de la Salud Parque Industrial (Zona Sanitaria Metropolitana, Neuquén).

### **CARLA PIERRI**

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Coordinadora de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. Docente de Salud Pública/Salud Mental II en la UBA. Investigadora en la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA (UBACyT) en el proyecto "Praxis". Docente, coordinadora académica y/o directora de espacios de formación en el

marco de la Unidad Pedagógica de la Dirección de Docencia en el Ministerio de Salud de Ciudad de Buenos Aires. Psicóloga del Equipo de Orientación del Instituto Vocacional de Arte Labarden.

### **BRENDA RIVEROS**

Licenciada en Psicología y doctoranda en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente en Salud Pública/Salud Mental, cátedra II, de la Facultad de Psicología de la UBA. Investigadora en la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA (UBACyT) en el proyecto "Praxis" Psicóloga en equipo de salud del primer nivel de atención del Municipio de General San Martín.

### **CECILIA ROS**

Licenciada en Psicología y doctoranda en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente regular (Profesora Adjunta) e investigadora (categoría II) de la Facultad de Psicología de la UBA. Investigadora y docente regular de grado (Profesora Asociada) y posgrado en Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Directora de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. Docente de posgrado en otras universidades nacionales. Coordinadora de evaluaciones de programas y proyectos educativos de nivel nacional. Autora de numerosos artículos y libros.

### **MELINA ROSALES**

Licenciada en Psicología y Magíster en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús. Becaria doctoral del CONICET. Docente en la cátedra Salud Pública/Salud Mental II y de la práctica de investigación Investigaciones en Salud Mental desde la perspectiva de Derechos, en la Facultad de Psicología de la UBA.

### **LUCIANA RUBEL**

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Becaria doctoral CONICET-Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Residencia completa en Salud Mental, con sede en el Hospital Álvarez, de la Ciudad de Buenos Aires y la Especialización en Psicología Clínica con orientación psicoanalítica de la UBA. Co-coordina el Grupo de Trabajo de Consumos, territorios y Derechos Humanos del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa.

### **LEANDRO SABATINI**

Licenciado en Psicología por la Universidad del Aconcagua. Profesor de Enseñanza Media y Superior en Psicología por la Facultad de Filosofía y Letras por la Universidad Nacional de Cuyo. Doctorando en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Investigador en el Observatorio Argentino de Drogas de Sedronar. Co-coordina el Grupo de Trabajo de "Consumos, territorios y Derechos Humanos" del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa.

### **MATÍAS SEGATORRI**

Licenciado en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Maestrando en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Realizó la Diplomatura en Políticas Públicas y Salud Mental de la Universidad Nacional de La Plata. Coordinador del Centro de Salud Mental Comunitaria Mauricio Goldenberg de la UNLa. Investigador en el Grupo de Trabajo de Consumos, territorios y Derechos Humanos del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa.

### **ALICIA STOLKINER**

Psicóloga por la Universidad Nacional de Córdoba. Diplomada en Salud Pública. Doctora Honoris Causa de la Universidad Autónoma de Entre Ríos. Profesora Titular de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires desde 1985 a 2021. Profesora del Doctorado, la Maestría y la Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús y de otros posgrados del país y del exterior. Investigadora Correspondiente de CONICET. Coordinadora del Equipo Auxiliar de la Justicia en la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad, de la Secretaría de Derechos Humanos.

### **MARÍA EUGENIA TABLAR**

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata. Especializanda en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Psicóloga en el Centro de Salud Mental Comunitaria Casa de Pre Alta perteneciente al Servicio de Externación del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, en la Provincia de Buenos Aires. Participante en proyectos de investigación y desarrollo vinculados a modelos de gestión y de atención en salud mental en la UNLa y la Universidad de Buenos Aires.

### **FLAVIA TORRICELLI**

Licenciada y doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Residencia completa en Psicología en el Hospital General de Agudos Manuel Belgrano, de la Provincia de Buenos Aires. Docente en la Carrera de Especialización, en la Maestría y en el Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. Integrante del Grupo de Trabajo de "Niñez, Salud Mental y Derechos humanos" de la UNLa. Investigadora integrante del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la UBA. Docente en la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Docente en diversos posgrados de la Argentina. Autora de publicaciones científicas en el campo de las ciencias sociales y salud mental.

### **ANA SILVIA VALERO**

Antropóloga por la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Doctoranda en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Investigadora y docente integrante del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la UBA. Investigadora del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la UNLP. Docente en la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y en la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la UNLP. Ex miembro del Consejo

Consultivo de Salud Mental y Adicciones. Autora de publicaciones científicas en el campo de las ciencias sociales y salud mental.

### **ALEJANDRO WILNER**

Médico por la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Gerenciamiento y Planificación en Salud por la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP FIOCrúz de Río de Janeiro, Brasil). Doctorando en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Docente (Profesor Titular) en la UNLa. Investigador (categoría III) del Departamento de Salud Comunitaria de la (UNLa). Director de la Especialización en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. Docente de posgrado en universidades nacionales, organismos nacionales e internacionales. Gestión y consultoría en organizaciones internacionales, nacionales, provinciales y locales.

