

SALUD pública

REVISTA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

ISSN 3008 – 7074

VOL. 4 (2025)



LA SALUD MENTAL EN LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD BONAERENSE

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

Ministro
Nicolás Kreplak

Jefe de Gabinete
Salvador Giorgi

IOMA
Homero Giles

CUCAIBA
Francisco Leone

Instituto Biológico
Dr. Tomás Perón
Gabriela Cristina Bess

Dirección Provincial de
Comunicación y Prensa
Matías Ignacio Darguibel

Subsecretaría de Atención y
Cuidados Integrales en Salud
Alexia Navarro

Subsecretaría Técnica,
Administrativa y Legal
Pamela Gagliardo

Subsecretaría de Gestión de
la Información, Educación
Permanente y Fiscalización
Leticia Ceriani

Subsecretaría de Salud
Mental, Consumos
Problemáticos y las Violencias
en el Ámbito de la Salud
Julietta Calmels

MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

Ed

EDITORIAL

Por Julieta Calmels

En la historia y la tradición de hacer salud y de la construcción de la salud, los temas de salud mental fueron ubicándose lateralmente y fragmentados de los ámbitos de salud en general, quedando por fuera de cómo se pensaba la salud en el ámbito hospitalario. Sin embargo, la manera en la que pensamos la construcción de la salud y la salud mental en la provincia de Buenos Aires demuestra algo. En el modo en que modelamos las políticas de atención dentro de los hospitales, en el proceso de transformación de los hospitales psiquiátricos y en los dispositivos de atención primaria, es donde se hace palpable que intervienen muchas otras áreas de gobierno en salud y no solamente las áreas de salud mental.

A más de 5 años de gestión puede afirmarse que la temática de la salud mental constituye un eje prioritario de la reforma sanitaria en general, del proceso de transformación del modelo de atención, cuidados y continuidad de cuidados en salud en la provincia.

En este sentido, y tal como se establece en el Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027 (1), la transformación e integración del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires constituye nuestra meta. Esta transformación involucra la integración de la salud mental a la salud en lo que hace a su definición política, comprensión problemática y organización de respuestas frente a las demandas y necesidades de las personas en sus contextos de vida.

Con esa comprensión inicial, uno de los primeros pasos fue la jerarquización que el Ministerio de Salud le otorgó a la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y las Violencias en el Ámbito de la Salud, en lo que involucra la capacidad para la toma de decisiones y disponibilidad de recursos institucionales en la implementación de las medidas de gobierno.

Asimismo, el Plan Provincial Políticas de Cuidado para el Abordaje Integral de las Violencias en Salud 2024-2027 (2) focaliza en los cuidados y el respeto por los derechos, reconoce que las violencias también afectan la salud y propone una transformación desde una perspectiva de cuidados que garantice entornos libres de violencia. Uno de los puntos centrales del plan es la ampliación e institucionalización de la Red Sanitaria de Abordaje Integral de las Violencias, que articula el trabajo de equipos territoriales y regionales en toda la provincia.

Para el actual Gobierno de la provincia de Buenos Aires, la afirmación referida a que “no hay salud, sin salud mental” (3) no es una frase vacía. Así como tampoco hay salud ni salud mental sin el acceso efectivo al cumplimiento de los derechos humanos para todas las personas.

Se trata asimismo de una transformación integral y se enmarca en lo que fue aprobado como compromiso en materia sanitaria, parte del Plan Quinquenal de Salud 2023-2027 (4) para la provincia de Buenos Aires, lo que implicó un proyecto de salud a mediano plazo donde la salud mental continuará teniendo un rol preponderante.

La integración del sistema implica analizar los problemas de la fragmentación y construir soluciones eficientes, efectivas y de impacto positivo en la salud de la población. La misión trazada en el Plan Quinquenal se propone impulsar la garantía del derecho a la salud y la equidad en el modelo de atención.

Integrar el sistema de salud de la provincia de Buenos Aires involucra generar redes de atención. En estas redes las personas usuarias, independientemente de su cobertura, reciben cuidados adecuados a sus necesidades, en el nivel de atención que requieran. Y regresan siempre a su equipo de salud de referencia de atención primaria, cercano a su lugar de residencia o trabajo. “Se trata de gestar un cambio cultural centrado en las personas, familias y comunidades con una perspectiva de derechos e interseccional” (4, p. 3).

Alcanzar la conformación de una efectiva red bonaerense de atención de la salud requiere de una serie de debates y acciones que, en parte, aparecen reflejadas en los artículos y buenas prácticas que integran este número especial sobre Salud Mental- que considere el rol fundamental que tiene el financiamiento en la modulación de la oferta de servicios de salud. Se requiere de tecnologías de comunicación entre niveles de atención, tales como una historia de salud integrada (HSI), telesalud, mecanismos para coordinar la atención entre establecimientos y niveles, programación previa de los flujos de atención para las problemáticas de los cuidados a lo largo de la vida (4).

En dicho marco, la decisión y el compromiso del Ministerio de Salud fue construir estructura y herramientas para promover y garantizar el derecho al cuidado integral de la salud mental de nuestra población, ya que considera que la salud mental de un pueblo es tanto producto como fuerza impulsora para el desarrollo. Las formas que adopta el padecimiento mental, “entendidas desde su determinación social, obstaculizan la vida de las personas y su necesario aporte a una sociedad inclusiva” (1, p. 4). Asimismo, “las personas con problemáticas de salud mental y consumos problemáticos han sido y siguen siendo objeto de estigma y discriminación, lo cual vulnera sus derechos y se torna en barrera para su atención por parte del sistema de salud” (1, p. 4).

La reforma en materia de salud mental que estamos llevando adelante en la provincia y el cambio del modelo de atención que ello involucra contiene tres aspectos: por un lado, la transformación y sustitución de los hospitales neuropsiquiátricos; otro nivel que refiere al fortalecimiento y ampliación de las áreas de salud mental en los hospitales generales, particularmente en lo que hace a la atención de las emergencias e internaciones, y un tercer nivel vinculado con lo que se denomina dispositivo de base comunitaria, territorial y de abordaje más inmediato. Es decir, aquellos espacios de prevención, acompañamiento y cuidado en los distintos distritos de la provincia. Son esos tres niveles los que configuran la reforma en salud mental bonaerense, enmarcados en el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental (5) y los tratados internacionales de derechos humanos, mostrando de este modo que es posible cumplirlos.

Partiendo de la profunda convicción de que en nuestro país se pueden producir reformas de los sistemas de salud con métodos participativos, los artículos -producto de investigaciones realizadas en el marco de la Convocatoria Lanteri y de iniciativas de “Buenas Prácticas”- contenidos en este número de la revista se adentran en cada uno de esos tres niveles mencionados: la transformación de los hospitales monovalentes, la ampliación de las áreas de salud mental en los hospitales generales y el fortalecimiento de la red con base en la comunidad.

Para cerrar e invitarles a continuar con la lectura, hacemos nuestras algunas de las palabras de Alicia Stolkiner en el último CoSaPro: “Tenemos en las manos la defensa de la vida, incluida la nuestra. La Salud no puede responder sola, ni solo el Estado. La dictadura produjo las madres, el neoliberalismo produjo los movimientos sociales, ¿qué podemos producir ahora?”.

Se trata entonces de continuar cuidando lo que tenemos, ¡soñando y construyendo lo que queremos!



Julieta Calmels

Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y las Violencias en el Ámbito de la Salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buenos Aires. Ministerios de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema solidario e integrado de salud 2022-2027 [Internet]. La Plata: MS; 2022. [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/plan-provincial-salud-mental/>
2. Buenos Aires. Ministerios de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. Plan Provincial Políticas de Cuidado para el Abordaje Integral de las Violencias en Salud 2024-2027 [Internet]. La Plata: MS; 2024. [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://nc.ms.gba.gov.ar/index.php/s/6E6x46GtKtLn7pA/download/Plan%20Provincial%20Violencias%2024-27%20.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. No hay salud, sin salud mental [Internet]. Washington (DC): OPS; 2022 [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/no-hay-salud-sin-salud-mental>
4. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Quinquenal de Salud 2023-2027. Resumen Ejecutivo [Internet]. La Plata: MS; 2023. [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/wp-content/uploads/sites/244/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>
5. Argentina. Congreso. Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. [Internet]. En: Argentina.Gob.ar. 2010 [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>



EQUIPO EDITORIAL

EDITOR PROPIETARIO

Nicolás Kreplak

DIRECTORA

Leticia Ceriani

DIRECTORES EDITORIALES

Mario Rovere
Verónica González

COORDINADORES CIENTÍFICOS

Nery O. Fures

EDITORAS/ES ASOCIADAS/OS

Marcela Belardo
Carlos Burger
Martín Cañas

Yamila Comes
Elisa Estensoro

Horacio González
Soledad González
Jonathan Konfino

COORDINADORA EJECUTIVA

Verónica Karenina Gallo

COMITÉ CIENTÍFICO

Dora Barrancos
Arnaldo Dubin
José Carlos Escudero
Sonia Fleury

Bárbara García Godoy
Jorge Geffner
Rosa Liascovich
Nicolás Masquelet

Víctor Penchaszadeh
Alicia Stolkner
Débora Tajer
Constantino Touloupa

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Verónica Karenina Gallo
Ana Inés Magnano
Marcela A. Nápoli

Germán Krüger
Pablo Pifano
Gastón Rodríguez

Laura Tabari
Alejandro Zeitlin
Marina Gabriela Zunino

COORDINACIÓN GENERAL DEL NÚMERO

Por Salud Publica: Dr. Pablo Pifano
Por Subsecretaría de Salud Mental: Lic. Roxana Amendolaro y Lic. Nadia Percovich
Diseño y Diagramación: DCV Marcela A. Nápoli

SALUD PUBLICA

Revista del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Argentina. ISSN 3008-7074



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Escuela de Gobierno en Salud “Florencia Ferrara”. Calle 4 n° 962, La Plata
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.
saludpublica@educasalud.ms.gba.gov.ar /// revistasaludpublicapba@gmail.com

Índice

Op

Opinión

- **La experiencia argentina de invención de nuevos campos de intervención en salud mental: el acompañamiento a víctimas.**
Calmels J. 
- **La reforma en proceso: política pública en salud mental, sistema integrado, hospitales y comunidad. Un abordaje actual desde la gestión en la provincia de Buenos Aires.**
Rey M. 
- **Política del mal.**
Del Do A, Conte D, Calloway C. 

AO

Artículos Originales

- **Programas comunitarios de viviendas asistidas en salud mental del hospital neuropsiquiátrico Dr. Cabred de la provincia de Buenos Aires: percepciones de los y las trabajadores/as de salud respecto de su implementación (2020-2023).**
Rossetto JS, Keena C, Druetta I, Manni L. 
- **El Centro de Tele-cuidado en salud mental: aportes a la integralidad y la integración de las políticas públicas de la provincia de Buenos Aires (2020-2023).**
Vadura N, Roger C, De Candia Gunzel S, Villa Gorriti V. 
- **Red de dispositivos de salud mental con base en las comunidades: derecho a la salud, prácticas de atención y cuidados en la provincia de Buenos Aires.**
D'Agostino A, González C, Maciel M, Pérez J, Salum et al. 
- **La inclusión de los antecedentes de violencia sexual en las estrategias terapéuticas de mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental: estudio exploratorio en hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires.**
Amendolaro R, Percovich N, Alberti P, Osella N. 

- **Significaciones sobre la salud mental en miembros de la comunidad LGBTQ+ usuaries del programa “Lohana Berkins” del Hospital San Roque de Gonnet, Argentina, periodo 2023-2024.** ➤
Azcona M, Beltramone M, Córdoba S, Zavala M.
- **Aportes para la transformación de las prácticas en trayectos formativos en salud: estudio sobre la producción y reproducción de violencias en el sistema de residencias en la provincia de Buenos Aires, Argentina (período 2021-2022).** ➤
Lavarello ML, Dabrowski G, Batiz M, Bonfigli FN, Hesayne MS.
- **Evaluación de un dispositivo de atención a la demanda espontánea en salud mental en un hospital general de la provincia de Buenos Aires (2023).** ➤
Wilner AD, Barral M, Greco J, Laplace V, Portaluppi V.

BP

Buenas Prácticas

- **Dispositivos de enlace comunitario y equipos móviles de salud mental en la provincia de Buenos Aires (2019-2025).** ➤
Taramasco M, Acosta G, Ferreyra N, Soliani R.
- **Talleres de salud mental en escuelas secundarias de la provincia de Buenos Aires: la articulación entre salud y educación como condición de posibilidad.** ➤
Rotman J, Holc S, Appiani F, Decandia S, Fernández N et al.
- **De lo siniestro a lo maravilloso: narrativas juveniles en tiempo de descuidos. Práctica de Cine Comunitario en el partido de La Matanza, Buenos Aires, Argentina, 2012-2024.** ➤
Elsesser M, Panelo V, Sandoval H, Arriola J, Raskin T.
- **Creación del Centro comunitario de salud mental y consumos problemáticos de la ciudad de Colón, provincia de Buenos Aires: hacia la integración del sistema de salud y la conformación de una red de atención territorial.** ➤
Casi L, Resa M, Anriquez A.

La experiencia argentina de invención de nuevos campos de intervención en salud mental: el acompañamiento a víctimas

The Argentine experience in creating new fields of intervention in mental health: victim accompaniment

Au

AUTORA

Julieta Calmels

Lic. en psicología, UBA. Actual subsecretaria de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y las Violencias en el Ámbito de la Salud de la provincia de Buenos Aires, desde donde promueve la consolidación de dispositivos de salud mental con perspectiva de derechos. Docente. Ex directora del Centro Ulloa de asistencia a víctimas del Terrorismo de Estado, y violaciones de Derechos Humanos perteneciente a la Secretaría de Derechos Humanos de Nación. Fue Asesora de la Cámara de Diputados y la Cámara de Senadores de la Nación en temas de Salud, Derechos Humanos y Género. Supervisó la Dirección de Orientación, Acompañamiento y Protección a Víctimas (DOVIC) del Ministerio Público Fiscal. Fue directora y actualmente es docente en la diplomatura de Salud Mental y Derechos Humanos de la Universidad de José C. Paz y de la Asociación Civil Enclaves. Investigadora y Docente en temas de infancias, niñez y derechos de la Facultad de Psicología UBA. Entre sus numerosas publicaciones se destacan, relacionadas a esta presentación: Las dimensiones del trauma: reflexiones desde la experiencia argentina (2023), que explora el impacto del terrorismo de Estado desde una perspectiva psicológica y de derechos humanos, Entramar lo humano ante los goces de la crueldad (2024) y Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura (2019) en coautoría. Es también coautora de "La reforma bonaerense en salud mental", un documento clave de 2023 que detalla los avances y desafíos en la implementación de políticas públicas de salud mental en la provincia de Buenos Aires, y de El sistema de atención, cuidados y abordaje de los consumos en el marco del proceso de transformación institucional en la provincia de Buenos Aires (2025).

saludmentalconsumosyviolencias@gmail.com

Rs

RESUMEN

Este texto recupera una intervención oral realizada durante la presentación del libro Equipos de acompañamiento y su experiencia en territorio bonaerense: anudamos la práctica, celebrada en el Día del psicólogo/a desaparecido/a. A través de una reflexión situada, revisita el vínculo histórico entre salud mental y derechos humanos en la provincia de Buenos Aires, destacando la vitalidad de las políticas públicas locales frente a un escenario nacional regresivo. La pieza propone pensar el rol del Estado como garante de ciudadanía y dignidad, y subraya la potencia de las experiencias territoriales en la provincia, el papel de las instituciones públicas, el valor del acompañamiento a víctimas del terrorismo de Estado y el compromiso ético de los profesionales en un momento histórico crítico.

Palabras clave: Salud Mental; Derechos Humanos; Políticas Públicas; Reforma de la Atención de Salud; Argentina

DE DONDE PARTIMOS

Para muchos de nosotros las políticas de salud mental (su diseño, su producción y su sostenimiento) está muy enlazado a la perspectiva y el campo de los Derechos Humanos.

Por ello, desde nuestra mirada, las políticas que se desarrollan en materia de salud mental en la provincia de Buenos Aires contienen parte de un legado histórico de la relación entre la salud mental y los derechos humanos. La reforma bonaerense en salud mental es una reforma que, entre otras cosas, se nutre de esas marcas, de esos aprendizajes y también de esos compromisos éticos con los cuales, por lo menos toda una generación, nos formamos adentro y afuera de las universidades. Está hoy con nosotros Carlos Rosansky, está Carmen Cáceres también acá, compañeros de los que uno ha aprendido mucho y ha sentido refugio en otras épocas también difíciles.

Pensaba en la coyuntura argentina actual, en las particularidades de la realidad política actual que se impone con el gobierno de J. Milei. Bueno, por un lado, tenemos unos sucesos de los que seguro todos venimos hablando y repudiando de distintas maneras, como es esa fatídica y repulsiva visita que hicieron algunos diputados nacionales a las cárceles donde (como algunos dicen con acierto) fueron a “tener reuniones de trabajo” con los genocidas condenados por delitos de lesa humanidad. Esto, junto con la presencia de un gobierno nacional que cada tanto explicita a cielo abierto su negacionismo, me parece que hace de la lucha de los Derechos Humanos en la Argentina una de las agendas que haya que impulsar con fuerza, nuevamente vigente. Vigente en el sentido de la resistencia a que impongan el negacionismo, las teorías de los dos demonios o como plantean ahora de “memoria completa”. Pero también vigencia en la necesidad de profundizar las construcciones de estatalidad, de ciudadanía, de pueblo con una fuerte impronta de los derechos humanos.

Y en ese contexto tremendo en el que estamos viviendo en la Argentina, que aparte implica una fuerte afrenta a todas las instituciones de la democracia y a toda la estructura del Estado, con un particular desprecio al Estado argentino y todos nosotros en tanto trabajadores y funcionarios estatales, también hay que decir que la coyuntura nos encuentra a nosotros en la provincia de Buenos Aires, en una provincia donde se está dando una batalla exactamente contraria a la que despliega el Estado nacional donde la construcción de la salud pública, la inclusión social y las políticas de derechos humanos son ejes organizadores del Estado provincial. Esto permite que estemos celebrando la salida de un nuevo libro (“Equipos de Acompañamiento y su experiencia en territorio bonaerense anudamos la práctica”) (1) que reúne gran parte de un fuerte trabajo de equipos de acompañamiento a víctimas de la dictadura en la provincia de Buenos Aires y así también una larga apuesta de la Justicia argentina, en la que Carlos Rozanski, junto a muchos otros, aportaron

mostrando que es posible que en la Argentina la memoria esté acompañada por la Justicia en nuestro país.

Es también esta coyuntura y esta realidad de la provincia de Buenos Aires, la que me parece que debemos resaltar porque estamos en una provincia con condiciones de posibilidad de demostrar que el Estado es otra versión de la que nos quieren contar en el gobierno nacional y de que es posible organizar políticas públicas que efectivamente lleguen a la vida de las personas y sumen a la dignidad de nuestro pueblo. Y por eso Axel Kicillof fue reelegido en la provincia de Buenos Aires y eso también tiene que formar parte de las fortalezas con las que nosotros demos batalla en este tiempo histórico tan difícil.

DÍA DEL PSICÓLOGO Y PSICÓLOGA DESAPARECIDO/A

El día que se eligió para la presentación del libro (Día del Psicólogo/a desaparecido/a), es un día que yo no sé si tienen las demás profesiones un día como este, la verdad que no lo sé. Por ahí acá compañeros o compañeras de otras profesiones nos dirán.

Los abogados tienen el día de... Bueno, me parece bien, me parece muy bien. (Risas). Pensé que era una originalidad nuestra, pero bueno me parece muy bien, todas las profesiones debieran tener. Nosotros decimos del psicólogo, psicóloga desaparecido/a pero, yo estaba tratando de leer, de comprender esa placa que está en la pared (placa con los nombres de estudiantes y psicólogos/as desaparecidos), una placa tan profunda, tan dolorosa, como dice Maqui¹, pasan los años y no deja de producir el mismo dolor. La primera columna es de compañeros y compañeras psicólogos/as, y todo el resto son estudiantes. Es impactante, realmente impactante la cantidad de compañeros y compañeras que no han podido ni siquiera terminar esta carrera que muchos tuvimos posibilidad de hacer. Es impactante como se atacó también a los estudiantes durante la dictadura.

Entonces, ese día, del psicólogo y psicóloga desaparecido/a, que es un homenaje a Beatriz Perosio, que es una psicóloga detenida desaparecida entre muchos otros compañeros de nuestro país. No sé si vieron hoy un video que hizo la FEPA sobre Beatriz y sobre el día, muy lindo, muy buen video, que también nos permite difundir quién fue ella y por qué nosotros conmemoramos este día. Bueno, me parece que vale la pena enmarcar la presentación en el día que los compañeros de la Secretaría eligieron, porque son días, las celebraciones y las conmemoraciones tienen un sentido también simbólico de inscripción, y de reactualización. Cada fecha que celebramos, conmemoramos un hecho histórico en nuestro país también es una época en la que nos encontramos con nuestra historia, pero también donde volvemos a definir el punto de partida hacia adelante, también volvemos a

¹ María Cristina Piro. Decana de la Facultad de Psicología de La Plata.

redefinir cuál es nuestro compromiso hacia adelante en esta coyuntura, con estos temas, cuál es la agenda que construimos, cómo se reinterpreta la historia argentina en este particular año en el que estamos conmemorando el día del psicólogo y la psicóloga desaparecido/a.

No quiero dejar de mencionar que hace poco también se cumplieron dos años del intento de asesinato a Cristina Kirchner. Para nuestra democracia un hecho de esas características también redefine y actualiza la lucha de los derechos humanos y la vida en paz en nuestro país. También me parece que es un hecho que no tenemos que dejar de mencionar una y otra vez y de reclamar a la justicia la investigación acerca de los responsables, porque así como no aceptamos ni aceptaremos nunca que se diga de los militares que son unos locos que hicieron actos aberrantes, tampoco vamos a aceptar que en el intento de asesinato a Cristina se considere resultado de accionar de un “loquito”, como se dice, o personas que sin ninguna determinación de ningún tipo, ha cometido un acto de semejante envergadura.

Estuve pensando un montón de cosas para charlar hoy. Ojalá que pueda plantearlas con claridad y que aporten a la presentación de este libro, que es un libro hermoso y que agradezco mucho que se haya realizado con las producciones escritas de los propios equipos contando y reflexionando sobre el trabajo de acompañamiento, porque nos cuesta en general escribir sobre nuestras prácticas mientras las realizamos. Como dice Marina Vega en el prólogo, con otra compañera que lo escribió, poder colectivizar un saber de experiencias tan profundas y tan innovadoras como la que se realiza en los acompañamientos no merece otro sentimiento que orgullo y gratitud hacia todos ustedes.

Leí el libro en estos días, pensaba un poco en nuestra historia, y pensaba un poco en los psicólogos, las psicólogas, militantes de los años 60, 70, estudiantes de psicología y pensaba en la particular reunión de: un profundo y valiente compromiso político, también un valiente y profundo interés por el desarrollo y transformaciones en el campo de la salud mental. Un enorme compromiso político de una generación, pero a la vez también la lucha interna en nuestras propias disciplinas, las disputas conceptuales, teóricas, de sentido en nuestras propias disciplinas. La posibilidad de revelarse en el mejor de los sentidos a los dispositivos clásicos con los que nos habían enseñado que se hacía la salud mental, la psicología, el psicoanálisis en la Argentina.

LEGADOS, ORFANDAD E INVENCION

Previo a los años 70 -que fueron signados desde la segunda mitad de esa década por la dictadura-, esa generación de los 60 en Argentina es una generación que se caracterizó por esa doble inscripción (las luchas sociales y las luchas en nuestro campo). Muchos, seguramente casi todos, de estos compañeros y compañeras estaban impulsados por un espíritu de rebelión en donde lo conceptual y el desarrollo

de nuestra disciplina en lo que hace a nuestra tarea social, en los contextos en los que se realice, no se disociaba de la lucha política, sino más bien encontraba una posibilidad de diálogo entre un plano y otro.

Yo creo que esto es algo muy importante, a destacar, y que bueno, uno también comprende por qué se ha atacado tanto a esa generación y por qué también, en particular en la Argentina, no sucedió en otros países, el campo de la salud mental tiene una larga historia de compromisos y luchas sociales y, también, un enorme compromiso en su propia formación, en sus propios trayectos formativos. En las universidades y en toda la cantidad de otros ámbitos donde se discutía, se leía, se problematizaba, se peleaban, se volvían a reunir, inventaban dispositivos dentro los ámbitos gremiales, iban a los barrios a construir dispositivos de intervención, flexibilizaban y cambiaban los dispositivos al interior de las instituciones.

Hace unos días vengo leyendo este libro, que ya llevo un tiempo, un libro conocido que se llama “El Lanús” (2) está medio agotado, es un libro antropológico, eso es muy lindo. Para los que no somos antropólogos y ya leemos mucha psicología, es un alivio a la existencia leer en estas claves. Y bueno, retrata una historia de lo que es la salud mental en Argentina, en una institución pública, además, bonaerense, lo cual hay que decirlo muchas veces. Le dicen el “Lanús” pero es el “Evita” de Lanús, el Hospital Evita de Lanús. Estuvo M. Goldenberg y un montón de otros colegas y profesionales que formaban parte, que reflejan esta época de la que yo hablo. Y que hicieron cosas muy innovadoras para la época, para la lógica de la salud pública, para la lógica hospitalaria, para la lógica del psicoanálisis, para la lógica de la psiquiatría, la lógica de la psicología, cosas muy innovadoras. Confiaron mucho en el poder de su conocimiento, de su terapéutica, confiaron mucho en eso para poder soltarse de las rigideces en las que algunos quedamos algunas veces en torno a dónde se trabaja, cómo se trabaja, confiaron mucho en la capacidad de construir encuadres en contextos no tradicionales o no previstos. Porque ninguno de ellos renunció en nada a darle profundidad conceptual, clínica, a discutir sobre la psicopatología, a trabajar en grupos sin renunciar al psicoanálisis.

Y ahí nosotros tenemos en esta generación el reflejo de una historia y de un compromiso que a mí me parece que forma parte de un legado en el que nosotros debemos y tenemos que inscribirnos. Y yo tomaría para pensar la tarea de “acompañamiento a víctimas testigos de la última dictadura en el marco de los juicios por lesa humanidad, tomaría para pensar esta tarea del acompañamiento”, mucho de eso. Esto es lo que quería decir.

Esa generación, muy perseguida y muy atacada, además de todos los compañeros detenidos y desaparecidos en la Argentina, tiene una larga, larga, larga lista de personas exiliadas que son referencia de nuestro campo. Incluso muchos de los que estudiamos y leemos, que se exiliaron

también de la Argentina. Yo, si me ayudan en algún momento, quiero tener una lista de los exiliados psicólogos, psicoanalistas. Me parece, que como yo voy creciendo y ya no soy muy joven, cada vez me asombra más que gente con la que yo me formé sea gente que haya estado durante muchos años exiliada de este país. Yo la verdad nunca ponderaré demasiado esto. O sea, que se hayan exiliado, durante muchos años no estuvieron en nuestro país, no enseñaron, no supervisaron, no dieron clases, no dirigieron servicios, no estuvieron a cargo de cátedras. Por tanto, tampoco fueron decanos ni jefes de servicio, ni directores de posgrado, nos faltaron en un sentido muy profundo. Pero como eran muy militantes, muy amantes de su país, el compromiso político no lo renunciaron, trataron desde donde estaban de continuar lo que hacían y por eso los psicólogos argentinos, los psicoanalistas argentinos son muy conocidos en el mundo y también participaron acompañando o impulsado reforma y experiencias importantes en otros países (Brasil, Italia, México, etc.).

Hablábamos con Carlos hace un rato de otro, que no es psicólogo, pero sí psicoanalista y filósofo exiliado. El otro día lo escuchaba a Miguel Benasayag, por ejemplo, no lo puse en mi lista, pero lo tendría que poner. Y Tato Pavlovsky, Osvaldo Saidón, Armando Bauleo, Silvia Bleichmar, Alicia Stolkiner, Jorge Alemán, Graciela Zaldúa, Valentín y Gregorio Barenblit, Miguel Metraj, Mimi Langer, Emilio Rodríguez, el mismo Mauricio Goldenberg. También Leticia Cufre de Córdoba, Néstor Braunstein, Frida Saal, Marcelo Pasternac, que se exilian en México y junto con Gloria Benedito habían formado la Cátedra de psicología general que el movimiento estudiantil impulsó en Córdoba. El libro "Psicología, ideología y ciencia" de Siglo XXI (3), editado por su experiencia en esa cátedra, fue bibliografía en muchas universidades de México. Muchas de nuestras referencias tuvieron que irse del país y dejaron de hacer lo que hacían, eso es lo que quiero remarcar, dejar de hacer lo que hacían y eso implicó una ausencia para muchísimos de nosotros en la construcción de la salud mental argentina, que tuvo sus consecuencias.

Hay una, seguramente este sea el peor párrafo que les lea porque es medio bajón este, y no es muy específico del libro pero, en los años noventa y pico, esos años de desierto en la Argentina, de impunidad en la Argentina, en la que todavía todo ese legado no se había podido recuperar, dice uno de los psicólogos que en ese momento vuelve al Hospital Lanús a unas Jornadas, parece muy famosas que hubo en el año 94, dice hablando de la orfandad que se vivía en esa época: "para que algo pueda ser valorado tiene que haber alguien para quien lo que hagamos sea valioso", está hablando de la falta de esa generación, "alguien que respalde, que incentive, que nos contenga en nuestra tarea. No tenemos nadie que nos adopte ni a quien adoptar. Y falta una generación, la continuidad de la transmisión se interrumpió. Para no ahogarnos en el escepticismo una salida posible sería empezar nosotros a ofrecernos como referentes de generaciones venideras y empezar de a poco a recuperar algo de esa continuidad perdida" (2, p. 50).

A mí me parece muy importante, a mí me impactó mucho, son cosas que no son nuevas para esta reflexión, no, pero me pareció muy profunda esa descripción de ese período de nuestra historia y la conciencia sobre la falta y la orfandad de esa generación. Porque en general no nos es tan, bueno, salvo en las relaciones afectivas inmediatas, en términos conceptuales, en términos teóricos de disciplina, es muy difícil reconocer contemporáneamente lo que nos falta. Más bien percibimos lo que tenemos, lo que tenemos inmediatamente y nos legamos a esa tradición. Pero reconocer esa falta me parece que es muy importante y lo quería resituar, porque en otra coyuntura, que es la coyuntura que las compañeras recién reponían, que tiene que ver con la llegada del kirchnerismo a la Argentina, con la recuperación de un montón de legados de nuestra historia, de un montón de legados, entre ellos el legado de los derechos humanos, se construyen otras condiciones para la tarea en relación a la memoria, el desencadenamiento por supuesto de la tarea de los juicios por delitos de lesa humanidad, que ya se había iniciado antes, pero que tuvo una parálisis y una marcha atrás en la etapa de impunidad en la década del 90. Y que luego, con la derogación de las leyes de impunidad impulsadas por N. Kirchner, se relanzara otra etapa junto con la reapertura de todos los juicios, Y es esa etapa es que se crean espacios de acompañamiento más formales e institucionales desde el Estado. Se crea el "Centro Ulloa" como ámbito en la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación para organizar desde el campo de la salud mental los procesos de acompañamiento a los miles y miles de testigos que pasaron por los Juicios de Lesa humanidad (hijos, nietos, detenidos, exiliados, etc.). Había por ese entonces más profesionales de la salud mental en la secretaría de derechos humanos, que en la Dirección Nacional de Salud Mental. Es en ese contexto histórico, es ahí donde se construyen condiciones distintas para hacer algo diferente con esa orfandad a la que nos referíamos antes. No porque estuvieran, o hubieran vuelto todos los que nos faltaron. Algunos sí fueron regresando, otros quedaron viviendo en otros países, otros van y vienen como el compañero Jorge Alemán, y muchos otros no volvieron nunca más porque fueron desaparecidos o asesinados.

EL ACOMPAÑAMIENTO A VÍCTIMAS

Pero es en ese tiempo que se construyen condiciones simbólicas y políticas para hacer de la tarea de acompañamiento (que es la que justamente se desarrolla en este hermoso libro), una tarea que se pudiera inscribir en una historia. Y a la vez, una tarea que asuma una invención actual y hacia adelante. Porque ¿qué es acompañar a víctimas, testigos de los juicios de lesa humanidad en la Argentina? Por suerte tenemos este libro, por suerte tenemos a Mariana Wikinski que escribió mucho, por suerte tenemos a Fabiana Rousseau (4), por suerte tenemos un montón de compañeros y compañeras que han escrito y han dado también de alguna manera testimonio de lo que se ha hecho; de cómo se inventaron

nuevos dispositivos en el campo de la salud mental argentina y como se pensó conceptualmente esta invención, sus fundamentos, su encuadre, su alcance.

Pero “acompañar” en la Argentina, esa función y esa tarea tan maravillosa que ustedes hacen implicó asumir algo de esa orfandad para inventar, para inventar un nuevo tipo de dispositivo diferente (ya que no se trata de un dispositivo de tratamiento en salud mental o de asistencia en salud mental, tampoco un tipo de dispositivo comunitario o de prevención, que tal vez eran los tipos de dispositivos que teníamos hasta el momento). Inventar el dispositivo de “acompañamiento” fue una novedad y a la vez una novedad que se anudó a un legado a una forma de interpretar ese legado. Y eso me parece que es lo que configura particularmente el modo en el que nosotros hacemos el acompañamiento a víctimas, testigos de la última dictadura en Argentina. Es la asunción de un vacío que nos fuerza a inventar, es hacer algo con esa ausencia. Yo tuve la oportunidad en el último tramo de gobierno de Cristina Kirchner, de asumir la dirección del Centro Ulloa, junto con un grupo de colegas y compañeros, los mismos con los que hoy gestionamos Salud Mental en la provincia. Al asumir en el Centro luego de su fundación y de su desarrollo con Fabiana Rousseaux pude conocer y gestionar la coordinación de muchísimos equipos de acompañamiento a juicios en todo el país, además del propio del Centro Ulloa. Equipos como los de nuestra provincia de Buenos Aires que se nuclean en este libro. Pero recuerdo que cuando llegué al Centro Ulloa, una de las cosas que más me impactó era que tenían en todas las paredes del lugar (una hermosa casona española en el medio del centro porteño), tenían en el Ulloa fotos de un montón de referentes, de Tato Pavlovsky, de Silvia Bleichmar, de Mimi Langer, de Ulloa. Y para mí eran autores que yo había leído obviamente, pero que no los tenía conmigo, formaban parte de la biblioteca, pero no de autores vivos que ayudaran a pensar e inventar el quehacer de la gestión, algo tan importante como las políticas de memoria actuales. Ahora nos copiamos un poco en la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud de la provincia de Buenos Aires, tenemos en el salón donde hacemos actos y encuentros un montón de fotos de ellos que nos acompañan.

Pero entonces, digo, haber asumido esa ausencia implica un trabajo simbólico de apropiación de la historia y también, para que un legado sea efectivamente un legado y no un pasado, también tenemos que hacer algo novedoso con eso. Y yo creo que la tarea de acompañamiento en la Argentina, lo que ustedes reflejan acá y el equipo, creo que es el de Mar del Plata el que hablaba también de las nuevas generaciones, de cómo enseñan a las nuevas generaciones, la tarea del acompañamiento a las víctimas.

Me parece que también se dio esa tarea maravillosa que es inventar una manera de hacer con la salud mental anudada a los derechos humanos y a algo insoslayable, irremplazable, que es el Estado. Porque nosotros todos

ya sabemos que las tareas de reparación se hacen anudadas a un Estado que asume el daño producido.

Bueno, eso quería contarles, decirles, que venía pensando en estos días. Yo creo que es un orgullo argentino la tarea de acompañamiento que hemos construido y que cada vez toma más un carácter colectivo. Ese saber que fuimos desarrollando, ese descubrimiento de lo que somos capaces de hacer, cuando estamos situados, claros y éticos con nuestra función y con nuestro compromiso social y político con nuestro país.

Esa invención de los dispositivos de acompañamiento, que surgieron, se crearon y se desplegaron en toda Argentina vinculados al trabajo con víctimas del terrorismo de Estado, ha servido para poder tomar esa experiencia y plantear al acompañamiento como un tipo de dispositivo en sí mismo. Un dispositivo diferencial del de los tratamientos, o la asistencia. Desde la Secretaría de Salud Mental de nuestra provincia, tomamos esta experiencia para plantear que las políticas en salud mental se contemplan: políticas de cuidado, políticas asistenciales y terapéuticas, políticas de acompañamiento y políticas de prevención. En la pandemia los dispositivos de acompañamiento, por ejemplo, fueron centrales y estratégicos. Cetec-salud mental, acompañamiento remoto en las líneas 0800-salud mental, acompañamiento en los centros de aislamiento, etc.

También los dispositivos de acompañamiento sirven para trabajar en el campo de la justicia, lo que aprendimos del acompañamiento en los juicios de lesa humanidad en esa interfase salud/justicia de capacidad muy importante de poder conceptualizar, caracterizar porque nos puede servir para trabajar en otro montón de ámbitos judiciales: las mujeres víctimas de violencias por motivos de género, y su paso por el sistema judicial, y ni que hablar las/os niñas/os víctimas de abuso sexual.

Creo que lo que se ha podido hacer en el acompañamiento en Argentina, en esta clave y con estas características de legado/tradición y también de creación/invención, es un maravilloso analizador de lo que es capaz la salud mental en la Argentina, es un orgullo argentino y creo que hay que seguir contándolo, enseñándolo, transmitiéndolo. ¡Agradezco mucho por eso mismo que lo hayan escrito y celebro este día con todos ustedes!

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buenos Aires. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Equipos de Acompañamiento y su experiencia en territorio bonaerense: anudamos la práctica (Internet). La Plata: Editorial MeVeJu;2023. (acceso jun. 2025) Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://derechoshumanos.mjus.gba.gob.ar/wp-content/uploads/2024/05/Equipo-de-Acompañamiento_digital.pdfchrome-.
2. Visacovsky SE. El Lanús: memoria, política y psicoanálisis en la Argentina (1956-1992). Buenos Aires: Infomed; 2001.
3. Benedito G; Braunstein N; Pasternac M; Saal F. Psicología, ideología y ciencia. México: Siglo XXI; 1975.
4. Rousseaux, F. Custodiar las marcas es conmemorar. Haroldo, la Revista del Conti (Internet). 2021 (acceso jun. 2025). Disponible en: <https://revistaharoldo.com.ar/nota.php?id=636>



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Calmels J. La experiencia argentina de invención de nuevos campos de intervención en salud mental: el acompañamiento a víctimas. Salud Publica [Internet]. 2025 Jul [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

La reforma en proceso: política pública en salud mental, sistema integrado, hospitales y comunidad. Un abordaje actual desde la gestión en la provincia de Buenos Aires

Reform in progress: public policy in mental health, the integrated system, hospitals, and the community. A current management perspective in the province of Buenos Aires

Au

AUTOR

Mariano Rey

Licenciado en psicología. Director Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos, Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina

direccionprovincialsaludmental@gmail.com

Rs

RESUMEN

Este texto aborda la reforma en curso en el sistema de salud mental en la provincia de Buenos Aires, que comenzó a finales de 2019 con el inicio de una nueva gestión de gobierno. Plantea un cambio en el enfoque de atención que prioriza a las personas como sujetos de derecho, en línea con la Ley Nacional de Protección de la Salud Mental. Además, refleja cómo esta transformación se da en un contexto de aumento de la demanda y profundos desafíos sociales y económicos, con un sistema más presente y comprometido con lo público. La reforma busca la transformación de los hospitales neuropsiquiátricos y el fortalecimiento de los hospitales generales, con un enfoque en la atención comunitaria y los derechos de las personas e implica una transformación de los hospitales neuropsiquiátricos hacia espacios de inclusión social, evitando el encierro y la vulneración de derechos. Asimismo, se busca cambiar la organización interna de los hospitales, pasando de la lógica de los servicios hacia los cuidados progresivos y ampliando el abordaje de los episodios agudos hacia la comprensión de la continuidad de los cuidados en la comunidad. Se destaca el incremento del porcentaje de camas asignadas para internaciones por motivos de salud mental y consumos problemáticos en los hospitales generales provinciales; y también se destaca el rol estratégico de las Regiones Sanitarias en la dinamización de la política pública promoviendo la organización de una red hospitalaria en materia de salud mental por región sanitaria, buscando la cooperación entre efectores, la formación de la fuerza laboral y la vinculación con las comunidades. Finalmente se subraya que la integración del sistema de salud con un Estado presente y una comunidad participativa es fundamental para consolidar el derecho a la salud mental.

Palabras clave: Salud Mental; Derechos Humanos; Reforma de la atención de salud; Política Pública

LA TRANSFORMACIÓN EN MARCHA

Desde diciembre de 2019, junto con el inicio de una nueva gestión al frente del Gobierno Provincial, comienza un proceso de cambio en el modelo de atención en salud en general y en salud mental en particular, lo cual conlleva, entre otras cosas, una revisión integral de los modos de atención, acompañamiento y cuidados de las personas con padecimientos mentales.

Las transformaciones son vehiculizadas por las trabajadoras y trabajadores de la Red Bonaerense, en el componente del sistema de salud en el cual desarrollan su labor, ya sea desde los dispositivos de base comunitaria, así como también en el ámbito hospitalario, y encuentran su plafón en el marco normativo vigente en salud mental desde la sanción de la Ley Nacional de Protección de la Salud Mental en el 2010¹, con giros conceptuales profundos que marcan un nuevo paradigma centrado en las personas, las cuales son pensadas como sujetos de derecho y el Estado como garante de su derecho a la salud. Asimismo, encuentran una caracterización de los problemas del sistema sanitario y un camino para la resolución de estos en una planificación estratégica plasmada tanto en el Plan Quinquenal de Salud 2023-2027 (1) como en el Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027 (2), ambas herramientas planteadas desde la gestión del Ministerio de Salud bonaerense.

En simultáneo, este proceso de reforma se lleva adelante en el marco de un incremento exponencial de la demanda de atención, entre otras cosas explicado por el impacto sanitario de la pandemia que tuvo a un Estado muy presente en donde quedó plasmado el sentido de lo público como un ámbito para resolver problemas sanitarios, como un ejercicio del derecho a la salud de las personas, acompañado de una complejización de los cuadros clínicos producidos, entre otras variables, por cuestiones de índole económica, social, cultural, y una violencia estructural que produce novedosas formas de sufrimiento psíquico fomentada con algarabía por algunos exponentes del actual gobierno nacional.

EL LUGAR DE LA SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

Resulta imposible ponderar el valor de la reforma hacia adentro de las instituciones hospitalarias sin algunas apreciaciones en torno al lugar histórico que la salud mental ha tenido dentro de las políticas de salud, así como dentro de la cultura organizacional de los hospitales bonaerenses.

Durante mucho tiempo, el abordaje de los temas de salud mental en las políticas de salud ha tenido un rol marginal, centrado casi en exclusiva en discursos de especialidad abocados a la atención de los padecimientos. Esto ha

tenido su correlato en las definiciones político institucionales que se tomaron hacia adentro de los hospitales, expresadas de diversas formas: la centralidad del rol de los hospitales neuropsiquiátricos como dinamizadores de la respuesta, con la consecuente concentración de recursos humanos y al mismo tiempo dejando de lado el centro de vida de donde provienen las personas que necesitan una respuesta sanitaria; la designación de los lugares en donde se localizaban las salas de internación por motivos de salud mental, ya sea en el subsuelo, próximo a la morgue, en un pabellón externo al cuerpo central del hospital; la ausencia en casi la totalidad de los hospitales de una expresión en la estructura orgánica funcional de los servicios o áreas de salud mental y la ausencia de una política clara en relación a los psicofármacos, entendiendo la necesidad de pensar el medicamento como bien social así como también el impacto que tiene en la evolución de muchos tratamientos la interrupción de su uso, más allá de que forma parte de un proceso que lo excede como única intervención; y en su contracara la medicalización de las infancias o la sobremedicación de personas atendidas, cuestión que ubica la necesidad de pensar una política de uso racional de los psicofármacos; por mencionar algunos ejemplos, entre otros.

La definición de que la salud mental transversalice las políticas de salud supuso entonces un primer gran paso para dar impulso a que cada hospital, así como también cada componente del sistema de salud, comience a pensar en clave de políticas integrales de salud, al tiempo que permitió fortalecer la idea de los cuidados como una dimensión sustancial del proceso dinámico salud-enfermedad-atención.

LA REFORMA DE LOS HOSPITALES NEUROPSIQUIÁTRICOS Y SU IMPACTO EN LOS HOSPITALES GENERALES

Sin dudas una definición estructurante del nuevo momento, de la que apenas compartiremos algunos puntos ya que desarrollarla en profundidad implicaría un escrito en sí mismo, involucra la transformación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos provinciales (3). Reforma integral de instituciones que habían dejado hace mucho de tener el rol para el cual habían sido pensadas, como espacios que fundamentalmente trabajen en la estabilización y posterior proceso de externación de personas con padecimientos por motivos de salud mental, y que favorezcan el retorno de la vida en la comunidad. Devenidos espacios de encierro, abandono, y de múltiples vulneraciones de derechos, observados por instancias provinciales, nacionales e internacionales de defensa de los derechos humanos, espacios de alienación no sólo de personas usuarias sino también de trabajadores y trabajadoras valiosas que desarrollaron una variedad de estrategias para sobrevivir al manicomio.

¹ Reglamentada tres años más tarde, con enormes deudas aún en su proceso de implementación.

Esta caracterización requirió de decisiones ministeriales; la primera de ellas involucró desencadenar un proceso de reforma con cada uno de los hospitales², incluyendo a las direcciones y a los distintos sectores institucionales, pensando planes de adecuación integrales con componentes sanitarios y no sanitarios³ que permitiesen desplegar una estrategia que pusiera fin al modelo asilar manicomial al tiempo que inaugurara una nueva etapa en donde, en un primer momento, lo que quedara de la oferta asistencial estuviera en línea con el armado de una red bonaerense de atención y cuidados en salud, con el consecuente fortalecimiento en dicha estrategia de los hospitales generales.

Entre otros hitos desencadenantes de este aspecto, desde el Ministerio se tomó la definición de disponer el cierre definitivo del pase de personas usuarias de los servicios de admisión, guardia y abordaje de episodios agudos a los servicios comúnmente denominados crónicos o de larga estadía, así como la profundización de un trabajo concentrado en la externación sustentable de personas alojadas en dichos servicios. Para que esta estrategia tuviera éxito, por un lado resultó necesario el trabajo con el conjunto de los hospitales generales para que asuman con mayor profundidad las situaciones que ameritan una internación como intervención clínica y, por otro, la reorganización de la fuerza laboral de los hospitales neuropsiquiátricos y la incorporación de diferentes perfiles que permitan la construcción de un sistema de apoyos en la comunidad, incluyendo desde equipos de enlace hasta viviendas asistidas con distintos niveles de apoyo, atendiendo a las necesidades de las personas que habitan dichos dispositivos de salud. Es así como, aún en un contexto atravesado en primera instancia por la pandemia mundial de COVID y en un segundo momento marcado por restricciones económicas devenidas de uno de los mayores ajustes que se tenga memoria a nivel nacional, con serio impacto en las provincias, se logró una disminución histórica de camas de personas cuyo destino no era otro que pasar hasta sus últimos días en el manicomio, pasando de 1.640 camas en los servicios de larga estadía a diciembre de 2019, a 600 camas en marzo de 2025, lo que implica una reducción del 63,5%. Ello, acompañado del cierre y transformación de más de la mitad de los pabellones de larga estadía y el desarrollo de 187 viviendas en la comunidad con distintos niveles de apoyo.

Resulta indispensable remarcar que, en esta reforma, siempre que se habla de cierre al mismo tiempo se lo hace de transformación y apertura: así, por ejemplo, en pabellones donde en otro momento convivían 60 personas en pésimas condiciones, en la actualidad funcionan espacios formativos tales como tecnicaturas superiores de acompañamiento terapéutico o enfermería, centros de

interpretación y memoria, o emprendimientos socioproductivos, entre otros.

REORGANIZACIÓN DE LOS HOSPITALES GENERALES

Posiblemente uno de los puntos de mayor discusión en torno al marco normativo vigente en salud mental sea el capítulo atinente a las internaciones. Discusión que, por un lado, se abre en torno al criterio clínico, fundamentalmente en torno a la delimitación de la dimensión de riesgo cierto e inminente, y, por otro, en materia de accesibilidad y continuidad de cuidados.

No es intención de este escrito discutir sobre la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), sino más bien dar cuenta de algunas cuestiones que tienen que ver con su proceso de implementación, lo que implica cambiar los sistemas de salud y diseñar, evaluar y monitorear las mejores maneras de garantizar atención y cuidados a las personas con padecimientos mentales en situaciones de urgencia por motivos de salud mental, en un contexto de incremento de necesidad de abordaje en nuestra provincia, en Argentina y en el mundo. Para botón de muestra en relación con este punto, entre el año 2022 y el año 2023 en el sistema público de salud de la provincia de Buenos Aires, que incluye tanto a los hospitales municipales como a los provinciales, hubo un incremento de las internaciones por motivos de salud mental voluntarias e involuntarias de un 64,48 por ciento interanual⁴.

Esto supone reflexionar acerca de qué abordajes tenemos que realizar dentro de los hospitales, cuáles son las ofertas y el rol indelegable que tienen los hospitales generales, cuáles son las tradiciones de trabajo de dónde venimos, que funcionan muchas veces como resistencias o limitantes de las transformaciones necesarias, cuál es el modelo hacia el que vamos, así como qué cosas podemos empezar a pensar que debemos descargar solidariamente en otros componentes del sistema.

En este sentido, pensar la reforma hacia adentro de los hospitales supone ubicar también el pasaje de la organización interna de la lógica de los servicios hacia los cuidados progresivos, así como contemplar las trayectorias de las personas que entran en vinculación con el sistema y ampliar el abordaje de los episodios agudos hacia la comprensión de la continuidad de los cuidados en la comunidad (4).

La complejidad de las aristas a trabajar para la reorganización de las áreas y servicios de salud mental

² Para el armado de los proyectos institucionales se diseñó una línea de base común al conjunto de establecimientos, marco que sirviera para pensar luego la particularidad de cada institución, entendiendo las diferencias sustanciales que hay entre los 4 hospitales, a saber: el Hospital Interzonal José A. Esteves de Lomas de Zamora, el Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred de Luján, el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo J. Taraborelli de Necochea, y el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn de La Plata.

³ Entre los mismos, se encuentran componentes educativos, culturales, socioproductivos, y de memoria, entre otros.

⁴ Datos extraídos de la estadística de egreso hospitalario, proporcionados por la Dirección Provincial de Estadísticas y Salud Digital del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

implicó entonces la construcción de una línea de base para el armado de proyectos institucionales que puedan ser pensados en el marco de un proyecto de hospital, así como también en clave regional, formando parte de una red que pueda dar respuesta de forma solidaria y con la complejidad que cada efector pueda recibir.

Asimismo, estos proyectos institucionales permiten repensar todos los procesos que se desarrollan hacia adentro de los hospitales, desde la admisión y organización de la demanda espontánea, las distintas variantes de atención en modalidad ambulatoria, la internación general y el valor de la interconsulta, la importancia del trabajo interdisciplinario, la internación en materia de salud mental, y los límites y la modalidad de los tratamientos, entre otras cosas.

Como resultado de dichos procesos de trabajo, se comenzó a desarrollar una planificación estratégica que permitió pensar la forma en la cual se debían estructurar una serie de ampliaciones, algunas de ellas pensadas en términos de incorporación de fuerza laboral, otras ligadas a cuestiones de infraestructura hospitalaria, y muchas otras en términos de formación, lineamientos y guías de trabajo para consolidar el cambio de modelo de atención. Como parte de las ampliaciones, se incrementó en un 70 por ciento el porcentaje de camas asignadas para internaciones por motivos de salud mental y consumos problemáticos en los hospitales generales provinciales al tiempo que ninguno de los hospitales neuropsiquiátricos cerró camas en los sectores de internaciones agudas. Asimismo, se comenzó un proceso de incorporación del trabajo de las Unidades de Pronta Atención para garantizar las internaciones, en algunos casos como puerta de acceso, así como también, en otros casos, como espacios de internación de cuidados mínimos abocados al trabajo con personas que requieren más tiempo en su proceso de externación.

LA CONSTRUCCIÓN DE REDES EN SALUD Y LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Tal como lo venimos planteando, los hospitales generales cumplen un rol fundamental para el abordaje de las urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos, y también deviene necesario pensar su capacidad para enlazarse con los espacios de atención comunitaria. Ello involucra un trabajo hacia dentro del hospital que requiere romper una concepción hospitalocéntrica histórica, así como también transformar una lógica de atención que piense la relación del hospital con el resto de los dispositivos de la red como parte de la continuidad de los cuidados; una tarea que no solamente se realiza para promover las externaciones y egresos de las personas internadas sino en la cual subyace una concepción acerca de cómo brindar la atención y cómo organizar los equipos de trabajo en una relación de integración con los otros dispositivos que están fuera del ámbito hospitalario, y no de manera intuitiva sino

planificada a nivel local y regional.

En este sentido, resulta sustancial el rol estratégico que cumplen las Regiones Sanitarias en su capacidad de poder dinamizar una política pública que tiene que ser lo más profunda posible, pero contemplar también la heterogeneidad territorial que tiene nuestra provincia. Adquiere dimensiones diferenciadas el pensar la organización de la red regional en municipios con alta densidad poblacional que en aquellos que poseen grandes distancias entre efectores sanitarios con distinto nivel de complejidad, y lo mismo ocurre en aquellos que tienen una fuerte tradición en materia de desarrollo de políticas de cuidado comunitarias que en los que carecen de la misma. En función de la importancia que tiene la construcción de redes en salud, se desencadenó un proceso de trabajo de organización de una red hospitalaria en materia de salud mental por región sanitaria, integrada en un principio por hospitales provinciales y luego sumando a la misma los hospitales municipales con diferentes objetivos, entre los cuales se destacan la construcción de un flujograma de trabajo que permita pensar qué complejidad es posible de resolver en cada uno de los efectores de la red y con eso trabajar en derivaciones cuidadas cuando ameritan ser realizadas en el marco de un trabajo de cooperación permanente; la identificación de las necesidades de formación de la fuerza laboral, sobre todo de enfermería y de trabajadores de salud que no están familiarizados con las problemáticas en salud mental y consumos; la construcción de lineamientos y guías para desarrollar un modelo de trabajo que pueda implementarse más allá de las diferencias que tenga cada efector; y el desencadenamiento de un proceso de trabajo que permita de forma programática la vinculación de los efectores hospitalarios con sus comunidades en vías de garantizar la continuidad de cuidados en salud. Resulta necesario ser enfático en ponderar que si el trabajo hospitalario se da desprovisto de una vinculación y una construcción de redes permanente, deviene en un modelo que de alguna manera promueve la cronificación de las personas con padecimientos por motivos de salud mental y consumos problemáticos, porque no sólo dificulta los procesos de externación, sino también abona a la estigmatización y fatalismo de las prácticas institucionales. Esto es así en tanto no alcanza con realizar un profundo trabajo sobre el abordaje de las urgencias si después no se garantiza la continuidad de los cuidados de las personas que han requerido ese nivel de intervención, generándose un fenómeno de puerta giratoria.

LA FUERZA LABORAL Y LA FORMACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRANSFORMACIÓN

Uno de los elementos centrales para consolidar una política pública que conlleve un cambio del modelo de atención en salud es pensar el rol estratégico de la fuerza laboral. Esto implica la reorganización de la fuerza laboral existente en torno a los objetivos propuestos, así como la incorporación y armado de los requerimientos desde una

mirada centrada en la planificación estratégica. Dentro del ámbito hospitalario, que como mencionamos anteriormente tiene dentro de sus roles indelegables el abordaje y la atención de los episodios agudos, supuso la necesidad de priorizar el armado de equipos de urgencia, incorporando más de 150 profesionales psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras a una modalidad de guardias vespertinas que permitan ampliar los horarios de atención y acceso así como también que favorezcan la vinculación entre los servicios o áreas de salud mental con las áreas de emergencia y urgencia de los hospitales provinciales. Del mismo modo, y a partir de avanzar en la implementación de los proyectos institucionales antes mencionados, se acompaña la incorporación de personal para jerarquizar el rol que cada hospital tiene como nodo de la red bonaerense. En este punto resultó de enorme importancia la incorporación de 2.400 trabajadoras y trabajadores de salud mental en todo el Sistema de Salud de gestión provincial.

No menos importante resulta la construcción de espacios que permitan reflexionar y pensar la práctica sobre el horizonte hacia el cual estamos pretendiendo dirigirnos. Sin una formación que acompañe lo novedoso, es imposible dejar atrás las costumbres, las tradiciones y las formas instituidas. No hay cambio posible de un paradigma sin que se vaya hilvanando algo que permita expresar esa nueva forma de hacer y de pensar en salud. Este tipo de transformación requiere de espacios formativos institucionales de la envergadura de los propuestos desde la Escuela de Gobierno en Salud⁵. Los mismos permiten repensar las presentaciones clínicas, así como también ubicar los nudos problemáticos con los cuales tenemos que trabajar en la actualidad, como el acceso a la población infanto juvenil, así como el abordaje de los consumos problemáticos desde una mirada de la complejidad, por situar algunos ejemplos concretos.

Para avanzar en este aspecto nodal de la reforma, comenzamos a poner una mirada atenta en aquellos trabajadores que se forman dentro de los hospitales en las residencias, no sólo en términos de los desarrollos conceptuales sino también en el armado y sentido de las rotaciones que realizan en el marco de su capacitación en servicio. Avanzamos en una revisión de los programas disciplinares realizando, por ejemplo, modificaciones en el programa de psiquiatría para que todos los psiquiatras de adultos en formación tengan una rotación específica en el abordaje de población infanto juvenil, cuestión que no reemplaza lo específico de una especialidad, sino que apunta a romper determinadas barreras que permitan intervenir en los casos en los que resulte indispensable, contando con la posibilidad de tener espacios de revisión de dichas prácticas con referencias disciplinares, e incrementando al mismo tiempo los cupos y sedes disponibles para la realización de dicha especialidad médica. Del mismo modo, comenzamos a construir trayectos formativos comunes para favorecer el trabajo interdisciplinario, y realizamos acciones que promuevan la

producción de trabajos a partir de las experiencias concretas de los y las residentes en el marco de su formación, tanto desde las Jornadas de Residentes en el marco del Congreso de Salud Provincial que se realiza anualmente, como en las Jornadas Provinciales de Salud Mental, logrando en este año 2025 realizar también una primera Jornada Provincial de Residentes en Salud Mental, con mesas de debate sobre cada uno de los aspectos que componen las líneas de cuidados en salud mental y una amplia participación. En la misma línea trabajamos en la continuidad laboral una vez finalizada la etapa de formación, e incorporamos las especialidades de psiquiatría y psiquiatría infanto juvenil dentro del programa Más Salud Más Cuidados que promueve, entre otras cosas, el ingreso priorizado, una vez finalizado el trayecto formativo, al sistema de salud provincial. Se destaca que desde 2020 ingresaron al Sistema 548 residentes del campo de la salud mental.

Tan importante también es la elaboración de una plataforma formativa para aquellos/as trabajadores/as que se encuentran en el sistema desde hace tiempo, en lo que corresponde con una política de formación y capacitación permanente que permita situar las prácticas en la coyuntura actual. En este sentido, realizamos un conjunto de cursos tales como enfermería y salud mental con una fuerte impronta para el manejo de situaciones críticas en hospitales, cursos de abordajes grupales, de abordaje de las violencias, de infancias y juventudes, incluido un curso específico sobre hospitales que aborda el conjunto de acciones que son posibles de ser desarrolladas dentro de la lógica hospitalaria, desde una mirada de atención primaria de la salud, centrada en los cuidados y con base en las comunidades. Asimismo, desarrollamos una Diplomatura de Políticas en Salud Mental con más de 5.600 participantes desde su inicio, y profundizamos el armado de estructuras ya existentes abriendo nuevas tecnicaturas superiores de acompañamiento terapéutico en algunas regiones sanitarias, priorizando la rotación de este perfil disciplinar por los hospitales en el marco de su formación, y promoviendo el ingreso de dicho perfil a los equipos de salud. La cantidad de trabajadores/as alcanzados/as por los cursos que se vienen realizando asciende al número de 25.073.

Otra línea de trabajo que contribuye a la formación de la fuerza laboral es la construcción de guías de intervención y lineamientos organizadores de determinados núcleos temáticos. Entre esas herramientas desarrolladas en este tiempo se encuentran la Guía de urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos, con un anexo específico para niños, niñas y adolescentes (NNyA) (5), la Guía de Lineamientos para un abordaje integral de los consumos problemáticos en el Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires (6), y la reciente Guía para para cuidados e inclusión de personas con padecimiento en salud mental (7), las cuales constituyen aportes para el conjunto de los equipos de salud que requieren de un

⁵ Dirección Provincial perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

proceso de implementación situado que atienda a la heterogeneidad existente en nuestra provincia.

A modo de cierre

Sin dudas aún hay mucho camino por transitar para consolidar un nuevo modelo de atención en salud mental en la provincia más poblada de nuestro país, pero entendemos que construir los cimientos de una política sanitaria que debe sostenerse a lo largo del tiempo y adaptándose a los distintos escenarios temporales y territoriales, es condición necesaria para que lo que aún falta realizar deje de ser un sueño y se constituya una realidad efectiva. En este camino nos encontramos, convencidos de que la integración del sistema de salud con un Estado presente que organice, proponga y tenga la iniciativa transformadora de sus instituciones tanto hospitalarias como del primer nivel de atención, junto a una comunidad que participe en la toma de decisiones sobre sus problemas sanitarios, es un horizonte posible y necesario, que no sólo mejore las condiciones de vida de nuestro pueblo sino que permita consolidar el derecho a la salud como uno de los aspectos indisolubles de la democracia de nuestra Patria.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Quinquenal de Salud. Resumen Ejecutivo [Internet]. La Plata: MS; 2023. [acceso feb. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/wp-content/uploads/sites/244/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>
2. Buenos Aires. Ministerios de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema solidario e integrado de salud 2022-2027 [Internet]. La Plata: MS; 2022. [acceso may. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/plan-provincial-salud-mental/>
3. Calmels J, Rey M. La reforma bonaerense en salud mental 2027 [Internet]. La Plata: Subsecretaría de Sald Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud; 2023. [acceso may. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludsinvioleacias/files/2023/07/LA-REFORMA-DE-SALUD-MENTAL-BONAERENSE-.pdf>
4. Rey M. Notas para la relación entre el sistema sanitario y los usuarios de drogas. En: Del Do A, Calloway C, comp. Consumos problemáticos y derechos humanos [Internet]. Buenos Aires: Teseo; 2025. [acceso may. 2025]. Disponible en: <https://www.teseopress.com/consumosproblematicosyderechoshumanos>
5. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. Guía de Atención de Crisis y Urgencias por Motivos de Salud Mental y Consumos Problemáticos Anexo - Requerimientos y especificidades en la atención con Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA) [Internet]. La Plata: MS; 2024. [acceso may. 2025]. Disponible en: <https://nc.ms.gba.gov.ar/index.php/s/q9zpB3WrrXKfQDD>
6. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. Guía para un abordaje integral de los consumos problemáticos en el Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires [Internet]. La Plata: MS; 2024. [acceso may. 2025]. Disponible en: <https://nc.ms.gba.gov.ar/index.php/s/79i2jQBrzBggzj4>
7. Buenos Aires. Ministerios de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. Guía para promover el abordaje de externaciones cuidadas e inclusión sociocomunitaria de las personas con padecimientos de salud mental en efectores de salud en la provincia de Buenos Aires. La Plata: MS; 2025.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Rey M. La reforma en proceso: política pública en salud mental, sistema integrado, hospitales y comunidad. Un abordaje actual desde la gestión en la provincia de Buenos Aires. Salud Pública [Internet]. 2025 Sept [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

Política del mal

Policies of evil

La incomprensión del presente nace fatalmente de la ignorancia del pasado, pero no es, quizá, menos vano, esforzarse en comprender el pasado si no se sabe nada del presente.

Marc Bloch

Au

AUTOR

Adelqui Del Do 1
Desiré Conte 2
Cecilia Calloway 2

Licenciado en Psicología
Licenciada en Psicología
Licenciada en Psicología

1 Director del Directorio en Representación del Estado Provincial en el Instituto Obra Medico Asistencial (IOMA), provincia de Buenos Aires, Argentina. Docente de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y la Universidad de José C Paz (UNPAZ), Argentina

2 Docente de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina

adelquis@yahoo.com.ar

Rs

RESUMEN

Este texto analiza lo que ha ocurrido con el gobierno argentino tras la llegada de Javier Milei y su partido La libertad avanza, enfocándose en dos cosas que se implementaron: discursos de odio y políticas de crueldad. Estas medidas afectan tanto la vida cotidiana de las personas como su salud mental. Se destaca también el rol de los profesionales de la salud mental, que tienen el reto de no solo tratar síntomas individuales, sino de pensar en soluciones colectivas y resistir ante la crisis social y económica.

Palabras clave: Salud Mental; Capitalismo; Personal de Salud

¿QUÉ PASA CON LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA?

Para comenzar a responder esta pregunta, es necesario señalar la primera asociación que establece el sentido común: salud mental/ enfermedad. Este destino de la salud general, implica un largo camino previo, en el que se han desatendido las variables elementales que permiten un buen estado de salud.

Dejaremos de lado momentáneamente la especificidad de la implicancia de "lo mental", para hablar del concepto de salud general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1, p. 1). Agrega:

"La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. La salud entendida en una doble dimensión como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo, se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones" (1, p. 1).

Tomaremos como horizonte ético, el consenso que ha establecido la ONU para pensar la salud de una población. Se trata de un pacto histórico, internacional y transversal a todas las posiciones ideológicas que se inscriben en cualquier sistema democrático. Y coincide con el respeto de los Derechos Humanos de primera, segunda y tercera generación.

En su Manual de Salud Pública, Kreplak y Comes (2024) señalan que el "derecho a la salud es un concepto que emana de la Declaración Universal de Derechos Humanos², ya sea que consideramos su artículo 3, donde se incluye el derecho a la vida, o el artículo 25" (2, p. 57) que refiere a los derechos positivos, aquellos que debe garantizar el Estado. En esta línea, es esencial el abordaje político de los asuntos de salud. Esto significa que un Estado democrático debe tener entre sus principales políticas públicas aquellas que establezcan las condiciones sociales para mantener un buen estado de salud de sus ciudadanos. La salud mental se constituye como una dimensión y un campo específico de intervención profesional de la salud integral.

ACTUALIDAD

Luego de la asunción del presidente Javier Milei y su equipo, pertenecientes al partido político La libertad avanza, en el Gobierno Argentino se pusieron en práctica, desde el Estado, dos operaciones inéditas en la democracia argentina: por un lado, los **discursos de odio** y por otro, las llamadas **políticas de crueldad**. Los primeros, en el orden simbólico, y las segundas como intervenciones concretas. Ambas con consecuencias subjetivas y materiales en la vida de las personas.

Nuevamente, recurrimos a la ONU para definir el concepto de discurso de odio. Se trata de cualquier tipo de comunicación verbal, escrita o conductual, que ataca o utiliza lenguaje peyorativo o discriminatorio con referencia a una persona o un grupo sobre la base de sus rasgos particulares. Es decir, por no estar de acuerdo con la modalidad de existencia de un otro grupo o individuo; por su religión, etnia, nacionalidad, color, ascendencia, género, ideología u otro factor de identidad.

"El discurso de odio debe entenderse como fomento, promoción o instigación, en cualquiera de sus formas, del odio, la humillación o el menosprecio de una persona o grupo de personas, así como el acoso, descrédito, difusión de estereotipos negativos, estigmatización o amenaza con respecto a dicha persona o grupo de personas y la justificación de esas manifestaciones por razones de raza, color, ascendencia, origen nacional o étnico, edad, discapacidad, lengua, religión o creencias, sexo, género, identidad de género, orientación sexual y otras características o condición personales" (3).

Si bien el sentimiento de odio y la construcción de un enemigo perfecto en quien proyectar la culpa por los sentimientos de insatisfacción humana son estructurales en los sujetos, lo novedoso es que estos discursos son sostenidos y legitimados por el Estado. Se instituye así, parafraseando el Terrorismo de Estado, un Odio de Estado. Si el Estado benefactor tradicional se preocupó, al menos en la teoría, por buscar soluciones al sufrimiento humano mediante la construcción de sociedades más justas, El Estado Argentino actual se preocupa por encontrar en los ciudadanos comunes a los culpables del malestar social. Entonces, cualquiera que reclame un derecho humano básico, se convierte en un enemigo a combatir mediante la revictimización por parte del Estado. Cualquiera que no acepte el rol de engranaje maquina en un sistema que promueve la distribución cada vez más desigual de la riqueza, mediante una tendencia de trabajo que se parece cada vez más al trabajo esclavo, está en la mira de este Gobierno que dispara a matar.

¹ Javier Milei, siguiendo los pasos de Donald Trump anunció que retirará a Argentina de la Organización Mundial de la Salud, creada en 1948 con el objetivo de coordinar la respuesta ante amenazas sanitarias globales. Su función principal es brindar cooperación técnica a los países miembros, y promover mejoras en las condiciones sanitarias, en la regulación de medicamentos esenciales, la cobertura de vacunas y el desarrollo de recursos humanos en salud, entre otros aspectos.

² Primera declaración internacional de Derechos Humanos. En nuestro país tiene valor constitucional.

Por otro lado, en una dimensión concreta, aparece lo que llamamos políticas de la crueldad. Verónica Gago, politóloga argentina, se pregunta en qué se diferencian las nociones de violencia y crueldad. “¿Qué agrega, concretamente, la noción de crueldad a una fenomenología de la violencia?” (4). Señala que, si bien los Estados- Nación siempre tienen zonas de crueldad, se trata en este caso del señalamiento del traspaso de un umbral, un límite, e indica que estamos ante un nuevo tipo de violencia, en sus formas, en su intensidad y sus efectos. “En principio, la crueldad, señala el disfrute, un modo de placer asociado a la ejecución de la violencia” (4). Se instituye un Estado, ya no indolente, sino gozante ante el sufrimiento de su población más vulnerable.

La política de la crueldad, sostiene Gago, apuesta a la violencia directa, espectacularizada, como un mecanismo que produce 'insensibilización'. Los motivos tácitos, ocultos en las sombras de la historia, siempre son económicos, y hunden sus raíces en la tradición de dictaduras y genocidios argentinos, que este gobierno no ha perdido oportunidad de reivindicar.

¿CONTEXTO DE CATÁSTROFE SOCIAL?

Si bien podemos enmarcar estos cambios en clave de políticas de la crueldad o necropolíticas, en nuestro país conforman un marco más amplio que parecería responder a un cambio de época, que se da siempre caótico, como todo movimiento instituyente, en los términos de Catoradiis (5).

Es en ese marco necropolítico y de crueldad, que las primeras medidas del gobierno nacional tuvieron que ver, tempranamente, con la disolución del **INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo)**, por lo cual la población quedaba allí, al decir de Fernando Ulloa (6), sin tercero de apelación ante la discriminación, esconde la importancia de la lógica de lo uno, porque sostiene en sombras la meritocracia. Todo aquello distinto se vive diferente o amenazante, aquí se agrega que todo aquello distinto es posible (se da vía libre) de ser agredido. Es importante subrayar aquí la operatoria de normalización hacia un modelo heteropatriarcal, normativo y occidental que hace poco tiempo atrás parecía ir debilitándose. Pues no, volvió y volvió con una fuerza inusitada, descargando en la furia de su vuelta el intento de reivindicación como único, un solo modelo posible. Un solo modelo de sociedad posible.

Simultáneamente a esta medida se disolvió el **Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad**. También se disolvieron las políticas de estado que protegían y daban soporte material a las víctimas de violencia de género. Se activa allí una vía libre para la eliminación del otro. Y no, no es exagerado decir eliminación cuando no hay un Estado que medie, que desarme la encerrona trágica, en este caso, de la violencia de género.

Todas estas son condiciones de vida que, por un lado, producen significaciones imaginarias sociales (por eso podemos hablar de un cambio de época) y, por otro, generan condiciones materiales de existencia afectando directamente a la salud. En términos de Alicia Stolkiner (7) estas políticas de liberalismo económico apuntan también a un individualismo extremo que tensa con la condición gregaria del ser humano, apunta a disolver la comunidad, atenta contra el lazo social.

Paulatina, pero simultáneamente a estos cambios, se comenzaban a dejar caer programas nacionales de salud que habían constituido políticas públicas. También se comenzaban a desfinanciar a los hospitales nacionales. Con una idea de pensar la responsabilidad de los diferentes niveles de gobierno y remitir competencias a jurisdicciones provinciales y municipales para que financien los diferentes áreas y dispositivos de salud, pero sin tomar en cuenta la diversidad regional de las economías. Cada provincia, cada municipio, maneja diferentes tipos de presupuesto de acuerdo a los cultivos locales, las industrias regionales; no todas las provincias tienen los mismos recursos económicos. Aquí la idea de “federalizar la salud” entra en tensión con la accesibilidad en salud y la perspectiva de Derechos Humanos. Así, por ejemplo, encontramos en diferentes provincias y/o municipios la idea de un co-pago para no residentes que sean usuarios del sistema de salud provincial.

Con relación al desfinanciamiento de los hospitales nacionales toma especial relevancia la situación del **Hospital Laura Bonaparte**, desde donde se llevó adelante una atención en salud en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (8). Dicha ley comprende al sujeto como un sujeto de derecho y que puede tener determinados padecimientos, pero eso no lo condena a una vida de encierro, a la vez que cuestiona las internaciones prolongadas que apartan al sujeto de su comunidad y promueve una mirada de salud ligada a lo social y comunitario. Este hospital fue el primero en ser atacado y vaciado. Se ha despedido a más de la mitad de sus trabajadores y está en plena intervención por parte del Gobierno Nacional, argumentando irregularidades en su funcionamiento. Pareciera ser una intervención de alguna manera ejemplificadora en términos de salud, ya que desde el inicio de este gobierno hubo críticas permanentes a la Ley de Salud Mental. Este posicionamiento del Gobierno Nacional entra en tensión con la transformación en salud que se está llevando adelante desde el Gobierno de la provincia de Buenos Aires.

Otro indicador preocupante son los aumentos de suicidios, fundamentalmente en jóvenes y adultos mayores. Poblaciones más frágiles que enfrentan día a día las mayores consecuencias del ajuste. Entre los adolescentes y jóvenes hay factores que inciden, como los consumos problemáticos en entornos digitales, apuestas en red, ciberbullying y el acoso virtual.

EL EXTERMINIO DE LAS CIENCIAS HUMANAS

Se denomina Ciencias humanas a un grupo de ciencias y disciplinas cuyo objeto de estudio es la especificidad de lo humano y el modo en que se constituye el lazo social.

Algunas de ellas son la Filosofía, la Psicología, la Antropología, la Arqueología, la Historia, la Geografía, la Educación, la Ciencia política, las Ciencias de la comunicación, la Sociología, las Ciencias del derecho.

Su estudio requiere métodos diferentes a los de las ciencias naturales o formales. Pretenden comprender los mecanismos y las formas en que un viviente se humaniza. Es relevante su mención, porque a ellas debemos el conocimiento sobre la subjetividad. A partir de ellas, comprendemos que no es posible reducir la psiquis de los seres humanos a un mero objeto biológico. Ese exceso de lo funcional, es lo que entendemos como sujeto.

Silvia Bleichmar, psicoanalista que trabajó intensamente con los efectos del estallido de 2001 en nuestro país, señala: “Si la sensación térmica es una ecuación entre temperatura, vientos, humedad y presión atmosférica ¿por qué no emplear combinadamente las nuevas estadísticas de suicidio, accidente, infarto, muerte súbita, formas de violencia desgarrantes y desgarradas, venta de antidepresivos, incremento del alcoholismo, abandono de niños recién nacidos en basurales, deserción escolar, éxodo hacia lugares insospechados... para medir el sufrimiento a que somos condenados cotidianamente por la insolencia no ya económica del país sino moral de sus clases dirigentes?” (9, p. 27).

Esta pregunta cobra preocupante relevancia luego del primer año de gobierno de Javier Milei y las políticas levadas a cabo en relación con la exclusión del Estado de los profesionales que tienen entre sus tareas construir dispositivos que permitan vivir dignamente a todas las personas que pertenecen al territorio argentino. Es la perspectiva de las ciencias humanas, con fundamentos teóricos consensuados por la comunidad científica internacional, la que permite introducir algún límite ético a la idea de la aniquilación de un otro por sus características diferentes a lo que se espera, a partir de un prejuicio. Gobernar no implica hacer cálculos matemáticos y ajustar a las personas a vivir dentro de esas cuentas ficticias con intereses contrarios a los de la mayoría de la sociedad. Si no, pensar la organización política de un territorio, teniendo en cuenta la complejidad humana. Esto último requiere del desafío del pensamiento, y el trabajo interdisciplinar, entre otras cosas. Requiere que todos los actores, cuyo trabajo contribuye a pensar una sociedad mejor, sean parte de esta complejísima tarea.

En el último año ha sido desfinanciada la educación pública, especialmente la universitaria. No solo ha sido menospreciada la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, sino que ha sido desmantelado el Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos

“Dr. Fernando Ulloa” mediante el despido de los profesionales de la salud que allí han trabajado históricamente.

Se suma a esto, el escenario económico de recorte presupuestario, los despidos masivos, la no apertura de paritarias, el congelamiento de las jubilaciones, seguido de represión a los reclamos, el problema potenciado de acceso al sistema de salud, a la vivienda y a la alimentación.

Los efectos subjetivos de estas prácticas, por acción u omisión, dejan un regadero de frustraciones y depresión social, que persiste y se transmite a las siguientes generaciones como un estigma identitario. Esta impotencia se encarna en cuerpos incapaces de crear redes afectivas, de cuerpos que se perciben como objetos de un destino dado. La pérdida es la creencia sobre la potencia propia de transformación de la realidad. Nuestra tarea, en tanto profesionales de la Salud Mental, es revertir esa creencia. Nuestro desafío, es construir estrategias novedosas que no se reduzcan a una imagen especular de la violencia de la que somos víctimas.

IMPACTO DE LO TRAUMÁTICO

Como pueblo, estamos atravesando una gran catástrofe histórica. El desmantelamiento sistemático del Estado, junto con los procesos de desregulación económica y social, no solo erosiona las estructuras materiales de vida, sino que también impacta en los procesos más básicos de nuestro psiquismo. La violencia política, la precarización extrema y el discurso de odio institucionalizado no son meras coyunturas: son máquinas de producción de sufrimiento psíquico.

Silvia Bleichmar (9) señalaba que lo traumático pone en riesgo dos pilares fundamentales de la subjetividad: la **autopreservación** (la capacidad de defenderse de amenazas externas) y la **autoconservación** (la posibilidad de proyectarse en el tiempo, de desear). Cuando estas funciones colapsan —como ocurre en contextos de crisis sociales brutales— el sujeto queda reducido a la mera supervivencia. No se trata solo de pobreza material, sino de una pobreza simbólica: la imposibilidad de imaginar un futuro.

El neoliberalismo extremo que se está implementando en Argentina no solo desarticula derechos, sino que destruye los lazos comunitarios que sostienen la salud mental. La incertidumbre laboral, el hambre, la represión estatal y el mensaje constante de que “**el otro es el enemigo**” generan un clima de paranoia social. El trauma no es individual, es colectivo.

Frente a este escenario, **los profesionales de la salud mental tenemos un desafío ético y político**: no podemos limitarnos a paliar síntomas individuales mientras se desmorona el mundo que los produce. La salida no es adaptarse a la catástrofe, sino organizarse contra ella.

Este gobierno ha convertido la crueldad en un método de gestión y, como siempre hemos sostenido, la salud mental no se reduce a pastillas o terapias individuales. Es un derecho que se conquista con lucha colectiva. El desafío es claro: no solo sobrevivir, sino construir un horizonte donde la vida valga más que los números de un presupuesto.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivera M. Editorial. Rev Med HJCA [Internet]. 2017 [acceso jul. 2025]: 9(2):114–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.2.ed.1>
2. Kreplak N, Comes Y. Manual de salud pública: conceptos y herramientas para futuros sanitaristas. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2024.
3. Naciones Unidas. Entender qué es el discurso de odio [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2021 [citado 2025 sep 2]. Disponible en: <https://www.un.org/es/hate-speech/understanding-hate-speech/what-is-hate-speech>
4. Gago V. La crueldad como política de Estado [Internet]. Huellas del Sur; 28 jun. 2024 [citado 2025 sep 2]. Disponible en: <https://huelladelsur.ar/2024/06/28/la-crueldad-como-politica-de-estado/>
5. Castoriadis C. La institución imaginaria de la sociedad. Buenos Aires: Tusquets Editores; 1975.
6. Ulloa F. Encerrona trágica Adynata [Internet]. 1998 [acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://www.revistaadynata.com/post/encerrona-tr%C3%A1gica---fernando-ulloa-1998>
7. Macha M. Diálogos desobedientes con Alicia Stolkiner. Revista Feminacida [Internet]. 2024 [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://www.feminacida.com.ar/dialogos-desobedientes-con-alicia-stolkiner/>
8. Argentina. Congreso de la Nación. Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 [Internet]. Buenos Aires: Congreso de la Nación; 2010 Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
9. Bleichmar S. Dolor País. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2002.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Del Do A, Desiré C, Calloway C. Política del mal. Salud Publica [Internet]. 2025 Oct [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

Programas comunitarios de viviendas asistidas en salud mental del hospital neuropsiquiátrico Dr. Cabred de la provincia de Buenos Aires: percepciones de los y las trabajadores/as de salud respecto de su implementación (2020-2023)

Community-based supported housing programs in mental health at Dr. Cabred Neuropsychiatric Hospital, Buenos Aires province: healthcare workers' perceptions of their implementation (2020-2023)

Au

Jorge Santiago Rossetto **1**
Cecilia Keena **1**
Ivana Druetta **1**
Luciana Manni **2**

Licenciado en Psicología. Director ejecutivo Hospital Psiquiatra y Licenciada en Psicología. Directora asociada Hospital Psiquiatra
Licenciada en Ciencias de la educación. Docente investigadora del área de Metodología de la investigación. Departamento de educación

1 Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico (HIEN) "Dr. Domingo Cabred", Open Door, Buenos Aires, Argentina
2 Universidad Nacional de Luján, Buenos Aires, Argentina

ceciliakeena22@gmail.com

Rs

RESUMEN

Introducción: En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, los programas de inclusión comunitaria en la provincia de Buenos Aires buscan favorecer la integración de personas con discapacidad psicosocial. Las instituciones deben priorizar la rehabilitación y la autonomía de quienes necesitan recursos para desenvolverse plenamente en la sociedad. Los programas de viviendas asistidas resultan fundamentales para una externación sustentable. Su fortalecimiento requiere ampliar su disponibilidad, diversificar estrategias de intervención y optimizar el equipo profesional, garantizando un acceso más equitativo. La falta de sistematización de estas experiencias dificulta su replicación y expansión, limitando su impacto.

Objetivo: Caracterizar los Programas de Viviendas Asistidas del HIEN Dr. Domingo Cabred y analizar percepciones del personal de salud sobre su efectividad en la continuidad de cuidados, la rehabilitación psicosocial y la inserción comunitaria.

Metodología: Se realizó una investigación con estrategias combinadas entre febrero de 2020 y junio de 2023, mediante análisis documental y entrevistas semiestructuradas a agentes de salud involucrados en estos dispositivos.

Resultados: Se presentan resultados sobre la evolución reciente de los Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas del HIEN Cabred, su tipología y población destinataria, así como las representaciones del personal de salud que participa en dichos dispositivos. A través del análisis cualitativo de entrevistas se construyeron tres conceptos centrales, útiles para entender el recorrido vital y profesional del personal de los programas: la figura de referentes comunitarios, la grupalidad como estrategia de cuidado y el techo hospitalario como sentido de pertenencia. Estos hallazgos permiten reflexionar sobre tensiones del proceso de transformación del modelo manicomial hacia un abordaje comunitario.

Discusión: Los programas de viviendas asistidas constituyen una estrategia clave para promover la autonomía, inclusión y vida comunitaria de personas con discapacidad psicosocial. Este estudio identifica aportes del personal de salud en su implementación, subrayando la necesidad de garantizar apoyos adecuados, redes comunitarias articuladas y compromiso institucional. Estos dispositivos no sólo transforman prácticas tutelares, sino también imaginarios sociales sobre la salud mental. Se destaca la importancia de investigaciones que recuperen voces de usuarios y equipos y enriquezcan el campo académico, generando insumos para nuevas investigaciones, políticas públicas y programas de acción en salud.

Palabras clave: Desinstitucionalización; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Salud Mental; Instituciones de Vida Asistida

Ab

ABSTRACT

Introduction: Within the framework of the National Mental Health Law No. 26,657, community inclusion programs in the Buenos Aires province aim to promote the integration of people with psychosocial disabilities. Institutions are expected to prioritize rehabilitation and autonomy for those who require resources to fully participate in society. Supported housing programs are essential to ensure a sustainable deinstitutionalization. Strengthening these programs requires expanding their availability, diversifying intervention strategies, and enhancing professional teams, thereby guaranteeing a more equitable access. However, the lack of systematization of these experiences hinders its replication and expansion limiting its impact.

Objective: to characterize the Supported Housing Programs at HIEN Dr. Domingo Cabred and analyse healthcare teams' perceptions of their effectiveness in ensuring continuity of care, promoting psychosocial rehabilitation, and fostering community integration.

Methodology: a mixed-methods study was conducted between February 2020 and June 2023, using document analysis and semi-structured interviews with healthcare agents involved in these programs.

Results: the findings describe the recent evolution of the Supported Housing Programs at HIEN Dr. Domingo Cabred, their typologies and target populations, as well as the perceptions of healthcare teams involved in these programs. Through qualitative analysis of interviews, three central themes were identified, which help to understand both the personal and professional experiences of the program staff: the role of community referents, groupality as a care strategy, and the hospital setting as a sense of belonging. These findings offer insights into the tensions in the transformation process from an asylum-based model to a community-oriented approach.

Conclusion: supported housing programs represent a key strategy to foster autonomy, inclusion, and community life of individuals with psychosocial disabilities. This study identifies the contributions of healthcare staff to their implementation, and stresses the need to ensure adequate supports, articulated community networks, and institutional commitment. These programs transform not only custodial practices, but also social imaginaries about mental health. The study also emphasizes the importance of research that amplifies the voices of users and teams, enriches the academic field, and generates inputs for new studies, public policies, and health action programs.

Keywords: Deinstitutionalization; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Mental Health; Assisted Living Facilities

In

INTRODUCCIÓN

El análisis de los programas de apoyo comunitario resulta fundamental para avanzar en estrategias de desinstitutionalización y fortalecimiento de la autonomía en personas con discapacidad psicosocial. Aunque estas experiencias existen desde hace más de dos décadas en la provincia de Buenos Aires, la información sobre su funcionamiento es escasa y poco sistematizada. En este marco, los programas de viviendas asistidas forman parte de los componentes centrales del Plan de Adecuación del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Cabred, en consonancia con las políticas impulsadas por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a través de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género en el Ámbito de la Salud.

Los dispositivos de viviendas asistidas del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico (HIEN) Dr. Cabred operan bajo un esquema mixto con diferentes niveles de apoyo. En un extremo, el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida está destinado a personas con alto grado de autonomía, mientras que, en el otro, el Programa de Dispositivos Residenciales Comunitarios ofrece asistencia continua las 24 horas. La planificación centrada en la persona permite definir el tipo, intensidad y frecuencia de los apoyos en función de las necesidades específicas (1). Estos dispositivos pueden ser transitorios o permanentes, según el sistema de apoyos requerido y la evolución de cada usuario.

Dichos programas cuentan con recursos humanos, físicos, administrativos, materiales y económicos que conforman

un sistema de apoyos flexible y adaptativo, orientado a evitar la sobreprotección y fomentar la autonomía, promoviendo condiciones equitativas de participación social. En este sentido, aparece la noción de externación sustentable, que, según Silva y col (2, p.86) “contiene y supera el otorgamiento del “alta médica”, entendiendo que la externación hospitalaria no sólo requiere la evaluación clínica del estado de salud-enfermedad, sino además y de forma imprescindible, la evaluación de las condiciones socioeconómicas materiales y subjetivas para la proyección del desarrollo de la vida extra hospitalaria de forma sustentable”.

La construcción de redes de apoyo, el trabajo intersectorial y la articulación con la comunidad resultan aspectos clave para garantizar la continuidad de cuidados y evitar la re-institutionalización.

Desde un enfoque de derechos, esta investigación busca aportar herramientas para comprender mejor estos procesos, respaldando la política pública en salud mental y contribuyendo al desarrollo de estrategias basadas en evidencia. Para ello, nos proponemos analizar los Programas de Viviendas Asistidas del HIEN Cabred entre febrero de 2020 y junio de 2023. Específicamente, buscamos caracterizar su funcionamiento, identificar los recursos y estrategias utilizadas, y explorar las percepciones del personal de salud sobre su impacto en la continuidad de cuidados, la rehabilitación psicosocial y la integración comunitaria. Además, promover la posibilidad de generar insumos que permitan enriquecer futuras investigaciones y orientar el diseño de políticas públicas.

Md

METODOLOGÍA

Para el abordaje de esta investigación se adoptó un diseño descriptivo, basado en una estrategia metodológica que combinó técnicas cuantitativas y cualitativas, desarrolladas en dos etapas.

En la primera etapa se identificaron los Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas, con el objetivo de caracterizarlos según los lineamientos establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental y su reglamentación (3,4), así como por los modelos de abordajes comunitarios sustentables, integrando la perspectiva de género y el enfoque de derechos. Asimismo, se consideró el contexto específico en el que dichos programas fueron diseñados e implementados.

Durante esta etapa, se caracterizaron los dos principales programas de viviendas asistidas implementados por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Cabred: el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), creado en el año 2000 (Resolución N.º 1832) (5), y el Programa de Dispositivos Residenciales Comunitarios (DRC), HIEN Dr. Domingo Cabred, vigente desde 2020 (DISPO - 2022 - 448 - GDEBA - HICDCMSALGP) (6). Estos dispositivos constituyen los dos grandes lineamientos institucionales de abordaje comunitario en el período analizado.

Ambos programas representan los lineamientos institucionales centrales en materia de atención

comunitaria durante el período analizado. Para su caracterización se consideraron las siguientes dimensiones:

Creación y contexto de implementación, incluyendo las perspectivas y supuestos teóricos, metodológicos e ideológicos presentes en el diseño de los programas. Implementación, abarcando aspectos como inicio, financiamiento, recursos disponibles y sustentabilidad, cantidad y características de las viviendas, y articulación con el sistema de salud.

Población beneficiaria, contemplando condiciones de ingreso y egreso, cupos y criterios de permanencia.

Personal de salud interviniente, considerando los procesos de incorporación y reconversión de roles, entre otros aspectos.

Para la recolección de datos se utilizaron fuentes primarias facilitadas por la institución coordinadora (7,8). La técnica de análisis utilizada para esta primera etapa fue el análisis documental y de contenido, considerando el contexto en el que surgieron y se implementaron los Programas y políticas en cuestión (5,6). Esta técnica es entendida como una herramienta de interpretación de textos registrados en cualquier tipo de soporte, “destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (9).

En la segunda etapa, se exploraron las construcciones, percepciones y representaciones del personal de salud interviniente respecto de la implementación y efectividad de los programas analizados. Se consideraron como ejes para el análisis de los relatos: los roles y funciones profesionales; las expectativas y satisfacciones laborales; y las percepciones sobre la efectividad de los dispositivos en relación con la continuidad de cuidados, la inserción comunitaria y la inclusión social de las personas usuarias tras la externación. Con ello se pretendió, además, indagar los significados y sentidos que toman las acciones y actividades de los individuos, determinados por su interacción en contextos sociales específicos. Es decir, articular los relatos con el contexto inmediato de las

personas entrevistadas y vincularlo a las historias de otras personas con las que han construido lazos sociales, que a la vez despliegan valores y representaciones que van más allá de los hechos narrados. Así, se intenta capturar la perspectiva microsocial y contextualizar los hechos relatados.

Se utilizó la técnica de entrevista abierta (10) y la muestra quedó constituida por 10 personas: 3 varones y 7 mujeres, que representaron equitativamente a los dos programas (5 del PREA y 5 del DRC). El método de selección fue el muestreo teórico, comenzando por una muestra intencional con criterios de diversidad en sexo, profesión y rol dentro de los programas comunitarios. El objetivo de esta etapa fue la comprensión en profundidad, por lo cual se trabajó con un número acotado de casos.

El análisis se realizó mediante un análisis comparativo sistemático y constante (11), centrado en identificar significados, similitudes y diferencias entre las respuestas, complementado con la triangulación de datos provenientes de distintas fuentes. Una de las técnicas principales fue el análisis de contenido, entendido desde un enfoque cualitativo. Siguiendo a Bardin (12), se lo define como un “conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendientes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procesos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción-recepción (contexto social) de estos mensajes”.

Este proceso incluyó una lectura horizontal y exhaustiva para construir categorías emergentes, seguida de una lectura transversal orientada a la elaboración de unidades de sentido. El análisis final integró estos niveles para construir un marco interpretativo.

Las consideraciones éticas se abordaron desde una perspectiva ético-relacional crítica. Se respetaron los principios de confidencialidad, anonimato y voluntariedad para la participación, y se garantizó que el tratamiento de la información se ajustara a criterios de respeto y cuidado en el vínculo con los/as entrevistados/as.

Rs

RESULTADOS

1. Caracterización de los Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas dependientes del Servicio de Rehabilitación del HIEN Dr. Domingo Cabred

La Ley Nacional de Salud Mental promueve de forma enfática la adopción de un modelo comunitario de atención en salud mental, como alternativa al modelo asilar, e impulsa la reconstrucción de redes sociales e institucionales que potencien la eficacia de los servicios. En

sintonía con la Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente, ambas normativas colocan al usuario del sistema de salud como sujeto de derechos, promoviendo su autonomía y su participación activa en el proceso de atención.

En este marco, los Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas se orientan a la implementación de un modelo de atención con base comunitaria y en redes integradas. Retoman los principios de continuidad de cuidados e

involucran acuerdos entre actores, usuarios y servicios, considerando los recursos disponibles y las necesidades específicas de la población para definir el alcance de las prestaciones (13).

Este modelo requiere de un abordaje intersectorial como política integral, dada la complejidad de los desafíos a afrontar. Así, se considera fundamental la articulación con sectores como Justicia, Desarrollo Social, Seguridad, Derechos Humanos, organizaciones de la sociedad civil, Trabajo, Cultura y Educación, entre otros, en la construcción de estrategias que respondan al gradiente de necesidades, respetando la singularidad de cada situación. En el HIEN Dr. Domingo Cabred, las bases estratégicas para el cambio están centradas en la ampliación del modelo comunitario, con una lógica de cuidados y diversificación de servicios. A esto se suma la promoción de una atención integral mediante la expansión de dispositivos ambulatorios y la oferta de especialidades, así como la consolidación del área de Docencia e Investigación. El uso del predio e instalaciones para la formación de recursos humanos, en articulación con instituciones educativas, constituye un eje relevante del Plan de Adecuación de la institución.

Asimismo, siguiendo las recomendaciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (14) para la transformación de instituciones monovalentes, se establece como prioridad la generación de estrategias de reconversión y redistribución del personal, entendiendo que los/as trabajadores/as son actores clave en el proceso de reforma. La participación activa desde la etapa de planificación fue uno de los aspectos abordados en la segunda parte de nuestra investigación.

1.1. Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas en Salud Mental

El modelo comunitario en salud mental promueve la integración de la atención en redes de servicios descentralizados y cercanos al entorno cotidiano de las personas. Se priorizan acciones de atención primaria, prevención y promoción de la salud, sin descuidar la hospitalización, la rehabilitación y la inclusión social. Este enfoque integra una mirada histórica y social del padecimiento, una ética del cuidado basada en derechos, y una concepción integral del sujeto y del sufrimiento psíquico, reconociendo factores biológicos, psicológicos y sociales, así como los principios de territorialidad, equidad y accesibilidad.

Desde esta perspectiva, se problematiza una noción homogénea y universalista de ciudadanía, reconociendo su carácter múltiple, dinámico, intersubjetivo y sociohistóricamente situado. Se subraya la tensión entre igualdad legal y desigualdad material, y se incorpora el reconocimiento de las identidades plurales y las diversas formas de habitar lo social, incluyendo la diversidad cultural y de géneros (15). En este marco, los Programas Comunitarios se conciben como dispositivos que favorecen el ejercicio de ciudadanía por parte de personas con

padecimientos mentales, históricamente excluidas de estos espacios.

Los programas de viviendas asistidas están diseñados para fortalecer las capacidades de las personas usuarias y promover su autonomía, brindando los apoyos necesarios en el momento y lugar adecuados para facilitar su integración al entorno. Estos dispositivos ofrecen entornos enriquecidos donde se desarrolla la vida en común; permiten el acceso a los cuidados requeridos dentro de un contexto participativo, y generan sostenimiento/holding en términos integrales y subjetivos, favoreciendo el desarrollo de habilidades personales, como el ejercicio de una vida autónoma en comunidad. En lo que respecta a la participación, las redes con los efectores comunitarios se han complejizado en cuanto a la construcción y sostenimiento de los vínculos, tanto por parte de los usuarios como de los equipos de salud. Esta vinculación incluye a agentes, vecinos y usuarios de múltiples espacios comunitarios, tales como salas de atención primaria, hospitales, consultorios privados, centros de integración comunitaria, escuelas, casas de la tercera edad, casas de la juventud, clubes y gimnasios.

Los programas analizados son: Programa de Dispositivos Residenciales Comunitarios (DRC) con niveles de apoyo medio y alto, y Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) con niveles de apoyo bajo y medio.

A continuación, se presentan sus principales características, tomando como fuente documentos y resoluciones fundacionales de cada uno:

Caracterización comparativa de los programas PREA y DRC

a. Creación y contexto de implementación

PREA: Creado en 1999 mediante resolución del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, con base en la Declaración de Caracas. Su objetivo es la atención comunitaria e integral de personas internadas de mediano y largo plazo en hospitales psiquiátricos, promoviendo su reinserción social.

DRC: Surge en 2020 en el marco de la adecuación institucional del HIEN Dr. Cabred. Apunta a la creación de dispositivos flexibles de atención para personas con trastornos mentales severos, en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

b. Población beneficiaria

PREA: Personas internadas con interés en un proceso de externación asistida, que puedan desenvolverse con cierto grado de autonomía.

DRC: Personas con alta clínica que, sin embargo, enfrentan barreras estructurales para la inclusión comunitaria, con necesidad de apoyos específicos.

c. Objetivos

PREA: Promover la externación y reinserción a través de dispositivos comunitarios adaptados a los recursos disponibles, implicando activamente a pacientes, familias y

trabajadores.

DRC: Mejorar la calidad de vida y autonomía mediante apoyos personalizados y flexibles, evitando internaciones innecesarias.

d. Implementación y recursos

PREA: Dispositivos residenciales y de continuidad de tratamiento garantizados por el hospital. Incluye medicamentos, atención en crisis y condiciones habitacionales adecuadas.

DRC: Atención residencial 24 horas. Financiación combinada (aportes personales, subsidios, programas de empleo). El hospital asegura insumos, alimentos y medicación.

e. Enfoque de atención

PREA: Rehabilitación con énfasis en la autonomía, redes sociales y cooperación comunitaria.

DRC: Enfoque clínico-terapéutico centrado en la persona, adaptado a necesidades individuales.

f. Personal de salud

PREA: Promueve la reconversión del personal hospitalario y su capacitación.

DRC: Equipos interdisciplinarios que incluyen enfermeros/as, acompañantes terapéuticos, psicólogos/as, psiquiatras, médicos/as clínicos, trabajadores/as sociales, entre otros.

Al analizar los programas PREA y DRC se observa una notable expansión en su alcance y capacidad operativa entre 2020 y 2023. En enero de 2020, se registraban 75 personas usuarias bajo estos programas, cifra que ha aumentado a 204 en la actualidad. El equipo de salud también ha experimentado un crecimiento significativo, pasando de 30 trabajadores/as a 122, incluyendo agentes reconvertidos/as y nuevos/as profesionales contratados/as para trabajar directamente en la comunidad. En cuanto a las viviendas, se contaba con 36 espacios en enero de 2020, mientras que actualmente se dispone de 64 casas. Este crecimiento refleja el compromiso continuo con la integración comunitaria y la mejora en la atención de las personas usuarias de estos programas.

En síntesis, ambos programas, aunque desarrollados en contextos históricos diferentes, se complementan en la construcción de una red de atención que reemplaza la lógica asilar por un enfoque de apoyos progresivos según el perfil funcional de cada persona usuaria. Se inscriben en el modelo social de la discapacidad, donde la vida independiente, la autonomía y la toma de decisiones son ejes fundamentales. Si bien persisten desafíos en cuanto a cobertura y suficiencia, en la provincia de Buenos Aires se avanza en la creación de nuevos dispositivos en el sector público y privado. Este proceso se enmarca en normativas tales como las normas complementarias para la habilitación de efectores de salud mental y consumos problemáticos aprobado por Resolución 4750/21 del régimen de establecimientos privados asistenciales o de recreación (16), el Decreto-Ley N°7.314/67(17) y su decreto reglamentario N°3.280/90 (18), así como también a través

de la aprobación del "Modelo de Carta de Intención Oferta Prestacional Salud Mental" a utilizar como oferta a suscribir por parte de las entidades que ofrezcan servicios de salud mental (19).

2. Representaciones del personal de salud

En la segunda etapa de nuestro trabajo, empleamos una metodología que nos permitió desarrollar teorías, conceptos y nuevas hipótesis basadas directamente en los datos recolectados, sin apoyarnos en supuestos previos. Este enfoque nos llevó a identificar dos tipos principales de códigos:

Códigos sustantivos: Emergen directamente de los datos empíricos originales y representan categorías que encapsulan patrones o temas identificados durante el análisis.

Códigos "in vivo": Son términos o frases utilizadas textualmente por los propios participantes. Estos códigos son especialmente valiosos porque reflejan el lenguaje y significado preciso que las personas asignan a sus experiencias, aportando una alta significación interpretativa en el área de estudio.

A continuación, se presenta un resumen de los conceptos construidos a partir del análisis de la información obtenida de las entrevistas realizadas que consideramos de gran utilidad para comenzar a comprender el trayecto profesional y su impacto subjetivo en el personal de salud desde el momento de su incorporación a los programas comunitarios.

a. Referentes comunitarios

En el ámbito de la salud mental comunitaria, el concepto de "Referentes comunitarios" refleja una transformación significativa en el rol y la percepción de los profesionales de la salud. Estos profesionales, sin distinción de su disciplina o función específica dentro de los dispositivos, actúan como facilitadores clave en el vínculo entre las personas externadas y la comunidad. Su labor implica coordinar el apoyo y acompañamiento necesario para la reintegración comunitaria de los usuarios, lo que requiere un trabajo en equipo interdisciplinario y, en muchos casos, una resignificación de su proyecto laboral y de la comprensión de sus propios roles y funciones.

Esta transformación puede generar una sensación de pérdida de especificidad en el rol profesional; sin embargo, también resalta el valor del trabajo interdisciplinario. Como expresó un entrevistado: "ya decididamente vos sos la expresión del equipo ahí afuera". En este contexto, el personal de salud se convierte en un verdadero referente comunitario para los usuarios, estando presente en el "momento en que van redescubriendo algo nuevo".

Estas experiencias han llevado a que el "encierro" vivido por los usuarios no sea asumido de manera natural por los profesionales, quienes son testigos directos de sus efectos

perjudiciales. Sus perspectivas reflejan una postura ante la tensión entre la inercia hacia la centralidad manicomial y la integración comunitaria. En este sentido, los referentes comunitarios ofrecen un sostenimiento, una continuidad de cuidados y apoyos en la comunidad, esenciales para la sostenibilidad de la salud y la vida cotidiana de los usuarios.

Dentro de este marco, se destacan varios aspectos clave:

Reconfiguración de roles profesionales: Se subraya la necesidad de repensar la flexibilidad de los roles en el ámbito de la salud mental comunitaria. actitudes y estrategias frente a los cambios y exigencias del entorno laboral, sin perder de vista sus objetivos y valores personales, integrando nuevas competencias y resignificando el propio rol disciplinar.

Interdisciplinariedad: La afirmación de que el equipo de salud se convierte en "expresiones del equipo" resalta la importancia del trabajo interdisciplinario en la atención comunitaria. Esto enfatiza la cooperación entre diferentes disciplinas para abordar de manera efectiva las complejas necesidades de salud comunitaria. Implica compartir una posición crítica hacia los conceptos aceptados, es decir, para pensar un problema en común. **Vínculo comunitario:** La idea de que los trabajadores de la salud actúan como puentes simbólicos, convirtiéndose en referentes comunitarios y facilitadores del vínculo entre las personas externadas y la comunidad, es fundamental para garantizar procesos de inclusión social. Esto enfatiza la importancia de comprender y abordar las necesidades y valores individuales de los usuarios.

Resignificación del proyecto laboral: La necesidad de que los profesionales resignifiquen su proyecto laboral pone de relieve la importancia de la adaptabilidad y la capacidad de aprendizaje continuo a lo largo de la carrera. En este proceso, la subjetividad se constituye en un motor central que orienta, sostiene y da sentido al aprendizaje, especialmente en escenarios atravesados por el cambio permanente. En este sentido, la gestión del cambio y la posibilidad de reinventar el proyecto profesional no pueden desligarse de los procesos subjetivos que los trabajadores movilizan para dar sentido a su experiencia.

b. Grupalidad como Estrategia

El concepto de grupalidad emerge como una estrategia clave en dos dimensiones interrelacionadas: la grupalidad de las personas usuarias y la del propio equipo de salud.

b.1. Grupalidad como Resiliencia

Este concepto, expresado por el personal de salud en referencia a las personas usuarias de los dispositivos, se centra en cómo los individuos emplean la formación de grupos y las relaciones grupales como una estrategia de producción de subjetividad. Esta dinámica crea un "tercer espacio" que ofrece una alternativa al encierro y a las experiencias previas vividas. Se fundamenta en dos aspectos esenciales:

b.1.a. Grupalidad como Resiliencia interna

Dentro de las instituciones de salud mental, como hospitales o centros de tratamiento, las personas usuarias suelen experimentar sensaciones de encierro y aislamiento. La formación de grupos se convierte en una estrategia para contrarrestar estos sentimientos, permitiendo a los individuos compartir experiencias y aspiraciones de vida fuera de la institución. Esta comunidad de apoyo mutuo brinda seguridad en momentos de vulnerabilidad y facilita la creación conjunta de recursos y estrategias para afrontar el encierro.

b.1.b. Grupalidad como Resiliencia externa

Al egresar de la institución, las personas usuarias a menudo son percibidas por otros como individuos que "viven en otro mundo" en comparación con quienes no han experimentado el encierro institucional, lo que puede generar estigmatización. A pesar de ello, al participar en dispositivos comunitarios, desarrollan recursos y habilidades para enfrentar la vida fuera de la institución, apoyados por el personal de salud y otros actores sociales. El concepto de "Grupalidad como Resiliencia" refleja cómo las personas usuarias de dispositivos de salud mental utilizan la formación de grupos como una estrategia para resistir y superar el encierro y la estigmatización, tanto dentro como fuera de la institución. Esta grupalidad proporciona sostenimiento y apoyo emocional, además de facilitar el desarrollo de habilidades y recursos en el proceso de inclusión en la sociedad. El equipo de salud reconoce la importancia de comprender y trabajar con esta dinámica compleja para brindar un apoyo más adecuado a las necesidades de las personas usuarias.

b.2. Grupalidad como Intervención

Esta dimensión se refiere a una estrategia de trabajo adoptada por el personal de salud como alternativa a las formas tradicionales de intervención. En lugar de centrarse únicamente en el tratamiento individual, se promueve la exploración y el aprovechamiento de la dinámica grupal como parte integral de la atención sociosanitaria. Al trabajar desde la grupalidad, se reconoce la importancia de comprender y abordar las relaciones y dinámicas interpersonales que influyen en el bienestar general.

Es esencial también trabajar con la propia grupalidad como profesionales intervinientes, donde se ponen en juego las individualidades y las diversas perspectivas del mundo. Esto implica manifestaciones y formas vinculares que se configuran entre los profesionales, apostando por la interdisciplina como estrategia y lógica de intervención sustentada en la grupalidad y la humanización. Se trata de un abordaje centrado en dispositivos grupales, desde una perspectiva interdisciplinaria a cargo de agentes de salud con diferentes concepciones de sus propios roles y funciones. Esta forma de intervención se caracteriza por centrarse en la escucha empática, el respeto por el otro, la circularidad de la palabra y la horizontalidad en las relaciones.

c. Techo hospitalario como Sentido de pertenencia

El concepto de "Techo hospitalario como Sentido de pertenencia" aborda la compleja interacción entre la búsqueda de seguridad y protección emocional, laboral y profesional por parte del personal de salud, y las tensiones que emergen al redefinir sus roles y funciones al integrarse en dispositivos comunitarios.

Por un lado, la incorporación laboral a estos dispositivos permite valorar la autonomía en el trabajo y ofrece oportunidades enriquecedoras para el contacto social, la variedad de tareas, la disponibilidad de información y el feedback sobre las labores realizadas. Además, se destaca la valoración social positiva del trabajo y el apoyo de compañeros/as, coordinadores/as y supervisores/as, características que pueden hacer que la experiencia laboral sea gratificante y enriquecedora.

Por otro lado, el personal de salud enfrenta desafíos como la falta de especificidad en los roles y funciones asignadas, la asunción de múltiples tareas, la percepción de escasez de personal, la necesidad de dedicación y disponibilidad constante, la alta demanda y dependencia por parte de las personas usuarias, y la vinculación con la institución hospitalaria. La tensión entre estas dos dimensiones, que podrían sintetizarse como la valoración social positiva del trabajo y el desafío ante la falta de especificidad de roles y

funciones contribuye a la formación del concepto construido "techo hospitalario como sentido de pertenencia". El personal busca un nivel mínimo de seguridad y protección emocional y laboral en su entorno de trabajo, pero esta búsqueda se ve desafiada por condiciones laborales y expectativas a menudo abrumadoras. Esta tensión constante puede dar lugar a sentimientos de agotamiento y frustración.

En este mismo sentido, se manifiesta una sensación de incertidumbre. Aparece reiteradamente la sensación de "estar solos", "como si no hubiera un techo protector", al mismo tiempo que se valora positivamente la necesidad de tomar iniciativas frente a las distintas situaciones que se presentan en los dispositivos: "uno toma un montón de decisiones estando fuera del hospital y estando solo". Aunque las percepciones sobre el trabajo son subjetivas, también revelan desigualdades, conflictos y tensiones que pueden ser analizadas racionalmente para comprender mejor la realidad investigada.

Este trabajo, particularmente en profesiones donde se lidia con el sufrimiento ajeno, presenta un carácter ambivalente: puede ser fuente de satisfacción personal, pero también de agotamiento. La evidencia destaca que las relaciones socioafectivas y el sentirse apoyado son recursos clave para manejar el estrés asociado a estas dinámicas profesionales.

Cn y Ds

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La naturaleza exploratoria y descriptiva de esta investigación no permite extraer conclusiones definitivas y generalizables. Sin embargo, hemos identificado constantes y hallazgos que, aunque provisionales, ofrecen una base para futuras investigaciones que amplíen y enriquezcan estos resultados.

Se destacan en los resultados de las experiencias narradas en las entrevistas que estos programas generan oportunidades de interacción y colaboración, fomentan la comprensión mutua y ayudan a derribar barreras estigmatizantes. De este modo, promueven una cultura más empática y equitativa, donde las personas con discapacidad psicosocial son reconocidas no sólo por sus aportes concretos, sino también por la riqueza de sus experiencias y perspectivas, facilitando así su participación plena y la construcción de comunidades inclusivas y resilientes.

Según las percepciones del personal de salud, si bien persisten obstáculos y desafíos, los objetivos de estos programas se cumplen en la mayoría de los casos. No obstante, es fundamental destacar que de la información obtenida en los resultados es relevante, como concepto analítico, el rol crucial que ocupa el Estado y las instituciones públicas para garantizar la sostenibilidad, el

funcionamiento y la identidad de estas estructuras dentro de los procesos de transformación institucional. En este sentido, la articulación en torno al concepto de sistema de apoyo o soporte comunitario, como señala Rodríguez (20), plantea la necesidad de promover y organizar, a nivel local, una red coordinada de servicios, recursos, programas y equipos que acompañen a las personas usuarias en la satisfacción de sus distintas necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando su aislamiento o exclusión de la comunidad.

Por ello, los resultados demuestran que es fundamental el papel del personal de salud en la implementación efectiva de estos programas, no solo como puente simbólico entre los usuarios y la comunidad, sino también como recurso humano capacitado que posibilita la rehabilitación y la inclusión comunitaria plena, de un modo lo más autónomo posible. Cabe destacar la importancia de la dimensión relacional del equipo interdisciplinario, es decir, las pre-condiciones intersubjetivas para el trabajo (21). La necesidad de repensar la flexibilidad de los roles en el ámbito de la salud mental comunitaria se relaciona con el concepto de adaptabilidad profesional (22) entendiendo por ésta a la capacidad de las personas para ajustar sus habilidades.

El concepto de "Referentes comunitarios" en el campo de la salud mental enriquece con nuevas dimensiones que colaboran a la complejización del campo de conocimiento, al enfocarse en la evolución de los roles profesionales, la importancia de la colaboración interdisciplinaria, la construcción de identidades profesionales y la atención centrada en la persona en entornos comunitarios.

Como señala Billett (23), el aprendizaje a lo largo de la vida no es solo una respuesta funcional a las transformaciones del trabajo, sino que se vincula estrechamente con la construcción de la identidad y la agencia de los sujetos, quienes al aprender también configuran y reconfiguran sus trayectorias laborales.

En este marco, consideramos que el concepto de "Grupalidad como Intervención" y su capacidad para generar sentido, propicia la transformación y creación de subjetividades. Reconoce que la salud es un fenómeno multidimensional y que abordarla de manera integral requiere un enfoque colaborativo, comprensivo y progresivo. Al adoptar esta metodología, el equipo de salud fortalece la relación terapéutica al involucrar activamente a las personas usuarias en su propio proceso de atención y reinserción en la comunidad.

El concepto construido a partir de las entrevistas realizadas, "Techo hospitalario como Sentido de pertenencia" subraya la importancia de reconocer que, para mantener al personal de salud saludable y motivado, es fundamental atender las tensiones inherentes a su labor. Esto implica garantizar que el entorno hospitalario ofrezca condiciones que promuevan su bienestar, mediante medidas de protección tanto emocional como laboral. Puede incluir la implementación de políticas y prácticas que promuevan claridad en los roles, capacitación adecuada, distribución pertinente de tareas, apoyo emocional y acceso a recursos para el bienestar del equipo, clarificación

y fortalecimiento institucional de los programas implementados, e instancias de encuentro y trabajo grupal donde se visibilice el cuerpo total de agentes de salud que actualmente están trabajando bajo estos programas. En última instancia, este concepto busca equilibrar las demandas y las recompensas en el trabajo del equipo de salud interviniente en los dispositivos para mantener el bienestar y la satisfacción de quienes desempeñan un papel fundamental en la atención y acompañamiento de las personas usuarias.

La puesta en marcha de estos programas representa un avance significativo hacia la construcción de una sociedad más justa, inclusiva y consciente en materia de salud mental.

Finalmente, consideramos esencial continuar promoviendo investigaciones y acciones que contribuyan a sistematizar experiencias y procesos de inclusión comunitaria, recuperando las voces y saberes construidos por las instituciones, los equipos de salud y las propias personas usuarias.

Desde esta perspectiva, la producción de investigaciones que contemplen a las personas usuarias de los servicios de salud mental pero también, como es el caso de nuestro trabajo, al personal de salud, permite interpelar la persistencia de prácticas tutelares y alentar el desarrollo de estrategias y recursos sustitutivos a la internación, orientados al acceso a derechos y a la consolidación de una autonomía entendida como una empresa social colectiva. Considerar los servicios de salud mental y las prácticas de cuidado a partir de las trayectorias de sus protagonistas contribuye a la optimización, evaluación e implementación de políticas públicas, al constituir referencias valiosas para diseñar respuestas integrales que favorezcan la continuidad de cuidados y la integración social de las personas con padecimiento mental tras la externación.

Fn

FINANCIAMIENTO

Este trabajo se inscribe dentro del Proyecto de Investigación: "Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas: estrategias de inclusión social sustentable para personas con discapacidad psicosocial, y percepciones de los y las trabajadores/as de salud respecto de su implementación" realizado en el marco de la convocatoria Programa de Becas Julieta Lanteri 2022-2023, dependiente de la Dirección de investigación y Cooperación Técnica, Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La investigación se desarrolló desde el 14 de noviembre de 2022 al 14 de noviembre de 2023, siendo la institución coordinadora de dicho proyecto el Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred", con la participación interinstitucional de la Universidad Nacional de Luján.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verdugo MA, Ibáñez A, Arias B. La escala de intensidad de apoyos (SIS): adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas. *Siglo Cero*. 2007; 38(2). p 5-16.
2. Silva C, de Pena L, Batalla M, Pedra M. La variable interdisciplinar en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. Una aproximación descriptiva en contextos de vulnerabilidad social. *Fronteras*. 2019; 13. p 83-97
3. Argentina. Congreso. Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914 [Internet]; 02 diciembre de 2010. [Acceso jul. 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
4. Argentina. Congreso. Decreto 603/2013. Ley N° 26.657. Apruébase reglamentación [Internet]; 28 mayo de 2013. [Acceso jul. 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-215485/texto>
5. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Resolución 1.832. P.R.E.A. Programa de Rehabilitación y Externación Asistida. La Plata: MS; 1999.
6. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Disposición 448/2022. Programa de Dispositivos Residenciales Comunitarios del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Cabred. La Plata: MS; 2022.
7. Diario Crónica. Encuentro Provincial de Trabajadores del P.R.E.A. La Plata. 15 de diciembre de 2000.
8. Equipo de Admisión del P.R.E.A. Crónicas de las reuniones de equipo. [Lugar desconocido]: P.R.E.A.; 2001.
9. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica. Buenos Aires: Paidós Comunicación; 1990.
10. Yuni JA, Urbano CA. Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación. Córdoba: Brujas; 2006.
11. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.
12. Bardin L. El análisis de contenido. Barcelona: Ediciones Akal; 1996.
13. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2007; 27(99): 187-223.
14. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Recomendaciones para la adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente [Internet]. Buenos Aires; MS; 2010. [Acceso jul. 2025]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/330000-334999/332088/res3250.pdf>
15. Bárcena F. El oficio de la ciudadanía. Introducción a la educación política. Barcelona: Paidós; 1997.
16. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Resolución 4750/2021. Boletín Oficial [Internet]. 2021 dic 15 [Acceso jul. 2025]; 29.159. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/BOZRgEUy.pdf>
17. Buenos Aires. Decreto-ley 7.314/1967. Boletín Oficial [Internet]. 1967 [Acceso jul. 2025]; 16.002. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/mBge2S30.pdf>
18. Buenos Aires. Decreto 3280/1990. Boletín Oficial [Internet]. 1990 sep 20 [Acceso jul. 2025]; 21.799. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/OQkzkXT4.html>
19. Argentina. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Resolución 766/2022. Aprobación del Modelo de Carta de Intención Oferta Prestacional Salud Mental [Internet]. Buenos Aires: INSSJP; 2022. 20 [Acceso jul. 2025]. Disponible en: https://e-legis-ar.msa.gov.ar/legisad/migration/pdf/pamires766_2022.pdf
20. Rodríguez A. La atención residencial en el marco de la atención comunitaria de la población con enfermedad mental severa: problemática, necesidades y modelos de atención. En: Florit Robles A, Cañamares Yelmo JM, Collantes Olmeda B, Rodríguez González A, coord. Atención Residencial Comunitaria y apoyo al alojamiento de personas con enfermedad mental grave [Internet]. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales; 2007. p 17-38. [Acceso jul. 2025]. Disponible en <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007117.pdf>
21. Stolkner A. De interdisciplinas e indisciplinas. En: Elichiry N, comp. El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio. Buenos Aires: Nueva Visión; 1987.
22. Kusyady Y. Career adaptability in various theories: review through multicultural perspectives. *JOMSIGN*. 2020;4(1):14-27.
23. Billett S. Lifelong learning and self: work, subjectivity and learning. *Stud Contin Educ*. 2010;32(1):1-16.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Rossetto JS, Keena C, Druetta I, Manni L. Programas comunitarios de viviendas asistidas en salud mental del hospital neuropsiquiátrico Dr. Cabred de la provincia de Buenos Aires: percepciones de los y las trabajadores/as de salud respecto de su implementación (2020-2023). *Salud Pública* [Internet]. 2025 Oct [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

Beca de investigación en Salud Pública “Julieta Lanteri”

El Centro de Tele-cuidado en salud mental: aportes a la integralidad y la integración de las políticas públicas de la provincia de Buenos Aires (2020-2023)

The mental health tele-care center: contributions to the comprehensiveness and integration of public policies in the province of Buenos Aires (2020-2023)

Au

Nancy Edith Vadura 1, 2
César Ariel Roger 2
Sofía De Candia Gunzel 2
Viviana Anahí Villa Gorriti 2

Profesora y Licenciada en Psicología
Profesor y Licenciado en Sociología
Licenciada en Psicología
Profesora en Comunicación Social

- 1** Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina
2 Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina

nancyvadura@gmail.com

Rs

RESUMEN

Se evaluaron los aportes del Centro de Tele-Cuidado en Salud Mental (CeTeC-SM) a la integralidad e integración de las políticas públicas de la provincia de Buenos Aires en el período comprendido entre julio de 2020 a diciembre de 2023. Se analizaron los llamados efectuados desde ese Centro de Asistencia Telemediada, describiendo además los datos de las intervenciones que se realizaron desde este dispositivo de atención como también las formas en que se fue produciendo el trabajo de articulación con otros efectores de la red de salud y salud mental pública, mostrando la multiplicidad de acciones que coadyuvaban en la producción de integralidad y sus aportes a un hacer integrado en salud.

Desde el punto de vista metodológico se trató de un estudio prospectivo, descriptivo y exploratorio que se ordenó en dos etapas. En este proceso de evaluación se realizó un análisis combinado de datos de tipo cuanti y cualitativo, a partir del tratamiento de fuentes primarias, secundarias y de las contribuciones que fueron surgiendo de las entrevistas semi estructuradas realizadas.

Se concluyó: la Asistencia Telemediada del CeTeC-SM es relevante, constituye un aporte en la consecución de la Transformación del Modelo de Atención en Salud Integral formalizado en el Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027 (PPISM); favorece la accesibilidad al sistema de salud y, consecuentemente, al derecho a la salud y a la continuidad de cuidados en clave comunitaria al tiempo que posibilita la concreción de acciones que pueden extenderse para la integración y el fortalecimiento del sistema sanitario.

Palabras clave: Política Pública; Atención Telemática; Salud Mental; Integralidad en salud

Ab

ABSTRACT

The contributions of the Mental Health Tele-Care Center (CeTeC-SM) to the comprehensiveness and integration of public policies in the province of Buenos Aires were evaluated for the period from July 2020 to December 2023. Calls made to this Telemediated Assistance Center were analyzed, along with data of the intervention that were carried out through this care program. Additionally, the ways in which coordination with other providers within the public health and mental health network was developed are described, highlighting the variety of actions that contributed to enhancing comprehensiveness and promoting integrated health practices.

From a methodological point of view, it was a prospective, descriptive and exploratory study conducted in two stages. During the evaluation process, a combined analysis of quantitative and qualitative data was performed, based on primary and secondary sources, as well as contributions that emerged from semi-structured interviews.

It was concluded that the Telemediated Assistance provided by CeTeC-SM is relevant and constitutes a contribution to the Transformation of the Comprehensive Health Care Model formalized in the Provincial Comprehensive Mental Health Plan 2022-2027 (PPISM). It also facilitates accessibility to the health system and, consequently, the right to health and continuity of care from a community-based perspective, while enabling actions that can be extended to integrate and strengthen the health system.

Keywords: Public Policy; Telematic Attention; Mental Health; Integrality in Health

In

INTRODUCCIÓN

La siguiente publicación se propone analizar los aportes del Centro de Tele-Cuidado en Salud Mental (CeTeC-SM) a la integralidad e integración de las Políticas Públicas en la provincia de Buenos Aires (PBA), en el período comprendido entre julio de 2020 a diciembre de 2023.

Busca mostrar evidencia sobre una de las formas en que se consuma la transformación del modelo de atención en salud mental, dando cuenta de líneas de acción que favorecen la accesibilidad a la salud como derecho y coadyuvan en la integración del sistema sanitario.

El CeTeC-SM surgió en el año 2020 en el marco de seguimiento epidemiológico de las personas identificadas como casos de Covid positivo, caso sospechoso y/o contactos estrechos (1). Su objetivo inicial fue acompañar a la población general para que pueda atravesar las situaciones que generó la pandemia con el menor sufrimiento posible (2).

Cabe destacar que este hacer clínico epidemiológico con los dispositivos telefónicos en la emergencia sanitaria favoreció -además- la construcción de un entramado entre diversas disciplinas y de integralidad como modalidad. Para Stolkner (3), la integralidad es un modo de pensar y abordar el Proceso Salud – Atención – Cuidado.

En ese contexto, las políticas sanitarias surgidas en el mundo siguieron dos direcciones: por un lado, aquellas que se centraron en la preservación individual y el control poblacional; por otro lado, las que se focalizaron en la lógica del cuidado solidario y colectivo, centradas en un enfoque comunitario (4). En nuestro país, el Estado se ubicó en esta última dirección, organizando y coordinando políticas públicas de cuidado, asumiendo su responsabilidad al propiciar y promover este tipo de acciones e inscribiéndose de este modo en una dimensión simbólica que trasciende lo individual y lo posiciona como interlocutor garante de los derechos de la ciudadanía (5). Fue en ese contexto, atravesado por el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), que se implementaron los Centros de Telesalud de PBA.

Es necesario mencionar que, desde hace varios años, investigadores de campos diversos estudian las posibilidades de utilizar tecnologías de la comunicación e informática para mejorar la atención en salud. Estas

modalidades de atención han despertado gran interés considerando su inclusión en procesos de reformas y modernización del sector salud, en tanto su inclusión puede además propiciar una mayor equidad en la prestación de servicios (6).

En nuestro país, existen otras experiencias de Telesalud y aplicación de Tecnologías para la asistencia y el acompañamiento en salud integral. Como ejemplos paradigmáticos mencionamos las experiencias en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte¹ y la iniciativa federal a través del Programa Telesalud Mental del Ministerio de Salud de la Nación² u otras que se producen a nivel nacional y demuestran los aportes de la asistencia telemediada y de las tecnologías aplicadas a la salud para: facilitar la detección temprana de padecimientos subjetivos, disminuir la brecha histórica de las necesidades de atención en salud, fortalecer la respuesta desde el primer nivel de atención, producir una respuesta interdisciplinaria e integral y favorecer la atención de calidad en el marco de una salud mental comunitaria.

La relevancia actual de la Telesalud para el abordaje integral en Salud Mental se evidencia también en la producción de algunas investigaciones recientes como las indagaciones presentes en las actas del Primer Foro de Investigación en Salud Mental (2022) “Aportes de la producción de conocimientos a las Políticas Públicas”³ (7)

Actualmente, el CeTeC-SM continúa con la misma modalidad de asistencia, realizando llamados activos y procesos de acompañamiento a personas con afectación en salud mental y a sus entornos afectivos, siendo un aporte para la transformación en curso del modelo de atención en salud mental. En PBA, este Centro de Telesalud se suma a los demás dispositivos de la Red de Atención en Salud Mental y Consumos Problemáticos. El propósito de esta Red Asistencial es brindar atención o acompañamiento en salud mental a personas que lo necesitan y/o se ven afectadas por el consumo problemático de sustancias y fortalecer acciones de prevención y promoción de derechos de personas con padecimiento subjetivo.

Desde 1997⁴ posee un Servicio de Orientación en Salud Mental⁵ que se ocupa de atender la demanda espontánea

¹ <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/hospital-en-red/telesalud-y-tecnologias-aplicadas>

² <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/formacion/programa-de-teleasistencia-en-salud-mental-y-adicciones>

³ Se trata de una estrategia conjunta entre el Ministerio de Salud, la Agencia I+D+i, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y Presidencia de la Nación cuyo objetivo es compartir resultados de investigación que aporten insumos a las políticas públicas en Salud Mental. En las mismas se presentan cinco trabajos de investigación sobre asistencia telemediada en salud mental, uno en el Eje Situación actual de la Salud Mental y cuatro en el denominado Procesos de atención y Dispositivos.

⁴ Este Servicio y la Red asistencial han tenido distintas nominaciones a lo largo de su historia. A los fines de esta publicación se consigna su identidad actual.

⁵ 0800-222-5462. Se trata de una línea gratuita con horario de atención extendido, de lunes a viernes de 8 a 24 horas y los fines de semana de 10 a 22 horas.

de personas que requieran asistencia y/o derivación en salud mental, ofreciendo una primera escucha a quién se comunica. Esta línea de atención se integra a acciones de Continuidad de Cuidados de los Dispositivos de Enlace Comunitario, como el CeTeC-SM, los Centros Provinciales de Atención (CPA), las Extensiones Comunitarias (ET), los Centros Comunitarios (CC), los Equipos móviles de Enlace Comunitario, las Unidades de Abordaje Residencial (UR) y el resto del Sistema Sanitario, buscando ensamblar las redes provinciales, municipales y nacionales y articulando también con otras áreas y sectores gubernamentales ⁶.

Esta integración entre los diferentes niveles de atención es relevante para el logro de un sistema de salud que potencie la concreción de una red de cuidados progresivos en salud con base en las comunidades, con criterios de colaboración y coordinación de acciones y que produzca, como resultado, la superación de su fragmentación y la inequidad en la distribución de los recursos en los diferentes componentes del sistema.

En esta dirección, resulta necesario precisar los conceptos de integración e integralidad, aplicados ambos al ámbito de las políticas públicas. La integración se refiere a la acción de unir diferentes componentes o dimensiones de un sistema, buscando la armonización de políticas y servicios que, si bien podrían operar por separado, se relacionan, se influyen y se hacen más eficaces en el trabajo entramado. La integración posibilita coordinar diferentes políticas sectoriales (salud, educación, empleo, etc.) para lograr un enfoque más coherente y eficiente (8).

Un enfoque integral en salud implica considerar todas las necesidades de las personas, desde el acceso a un turno de atención hasta sus necesidades sociales, culturales y psicológicas. Para la consecución de este enfoque, es necesario superar las fronteras disciplinarias y producir espacios interdisciplinarios que conceptualicen los problemas de forma compleja (9).

El abordaje integral en salud remite a la necesidad de

considerar las múltiples dimensiones de un problema a abordar (social, económica o política, comunitaria, etc.). En su fundamento no sólo está presente la coordinación con distintas áreas sino la necesidad de atender a todos los elementos y actores involucrados en la/s problemática/s, en la búsqueda de la resolución de situaciones complejas (10).

En síntesis, integración e integralidad son conceptos que buscan garantizar que las políticas públicas no sean fragmentadas ni parciales, sino que aborden los problemas desde una perspectiva amplia, donde todos los factores relacionados se consideren en conjunto. Esta perspectiva intenta contribuir a la concreción de políticas más eficaces, sostenibles y sustentables, que buscan soluciones duraderas a problemas siempre complejos y multidimensionales.

En lo que refiere específicamente al hacer del CeTeC-SM, este dispositivo de la Salud Mental Pública (SMP), sostiene los lineamientos establecidos por la Ley N° 26.657 (11) como así también los objetivos y las líneas de acción que se formalizan en el Plan Provincial Integral de Salud Mental (12), a saber: disminuir las barreras de acceso, promover una mayor equidad, incrementar las prácticas de cuidados en Salud Integral y propiciar acciones que jerarquizen e integran el campo de la SMP en el marco de la construcción de un Sistema Integrado de Salud (13).

Estos propósitos son posibles a partir de la producción y el sostenimiento de redes que favorecen la integralidad y potencian la construcción de una estructura para vincularse con el afuera y con el adentro; fundando redes intra e inter- institucionales (14) y encontrando alternativas a uno de los principales problemas del sistema sanitario, su fragmentación y sus efectos (15).

En esta publicación se presenta el análisis de los llamados efectuados por este dispositivo y del trabajo articulado con otros efectores de la Red de Salud y de Salud Mental Pública entre 2020-2023, a partir de la entrevista a informantes clave de PBA.

MM

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde el punto de vista metodológico se utilizaron fuentes primarias y secundarias para realizar el análisis de datos cuanti y cualitativos.

En su primera etapa descriptiva se abordaron las intervenciones del CeTeC-SM, analizando las fuentes de los Registros Oficiales provistos por el Observatorio de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud de la PBA.

Sobre estas fuentes se realizó un análisis de tipo cuantitativo, atendiendo a las siguientes variables, a saber:

1. Intervenciones del dispositivo: derivaciones, contactados/as y tipo de resolución.
2. Personas contactadas según regiones sanitarias y según mes del año;
3. Personas contactadas según género y rango etario;
4. Motivos de consulta y tipo de malestar emocional.

⁶ Red de atención en salud mental y consumos problemáticos
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/red-de-dispositivos-de-salud-mental-y-consumo-problematico-con-base-en-la-comunidad>

La investigación continuó con una segunda etapa exploratoria donde se produjo un análisis de tipo cualitativo. Por medio de esta metodología se analizaron las distintas articulaciones intra e inter-institucionales a través de dos tipos de entrevistas.

Por un lado, se realizaron entrevistas semi estructuradas a coordinadores/as y operadores/as telefónicos/as del CeTeC-SM con el fin de indagar sobre los cambios ocurridos en la demanda al Centro una vez superada la emergencia sanitaria, poniendo en tensión las categorías

resultantes del análisis cuantitativo de la primera etapa. Por otro, entrevistas a informantes clave de los distintos dispositivos de salud que realizaron derivaciones de usuarios/as al CeTeC-SM. Para la selección de los/las informantes clave se tomó como criterio de elegibilidad su posición estratégica en los Institutos, Centros, Dispositivos, Programas o Áreas con quienes se trabajó articuladamente. Cabe destacar que para la elaboración de la guía de entrevistas se tomaron en consideración los aportes de la primera etapa descriptiva y de la segunda etapa exploratoria.

Rs **RESULTADOS**

A los fines de la transmisión, los resultados de esta investigación se organizaron en dos etapas -descriptiva y exploratoria- de manera diferenciada, para luego mostrar su integración.

I- ETAPA DESCRIPTIVA

En esta etapa se abordaron las fuentes provenientes de los registros oficiales provistos por el Observatorio de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud de la PBA, en el periodo 2020-2023. Sobre estas fuentes se realizó un análisis de tipo cuantitativo, atendiendo a las siguientes variables que se despliegan a continuación.

1. Intervenciones del dispositivo: derivaciones, contactados/as y tipo de resolución

El análisis de los registros oficiales utilizados en este momento de la indagación hace necesario el establecimiento de algunas definiciones que favorezcan la interpretación de los datos cuantitativos que se presentan a continuación.

Se denominan intervenciones a la cantidad total de encuentros de asistencia telemediada por usuario/a derivado/a al CeTeC- SM.

Las derivaciones refieren al proceso por el cual las

personas que requieren asistencia en salud mental ingresan al dispositivo telemático como producto de esa articulación con diferentes efectores de salud.

Las personas derivadas son contactadas por operadores/as del CeTeC-SM. En esa primera intervención -con el consentimiento de usuarios/as- se define el tipo de resolución: 1) continuidad de la asistencia bajo la modalidad de "acompañamiento" (más o menos prolongado) 2) Resolución en Primer llamado, en una única intervención.

De acuerdo con esta lógica de asistencia, se observa que en el acumulado del período 2020-2023 se contabilizaron un total de 35.041 intervenciones del dispositivo, distribuidas del siguiente modo: 5.637 en 2020, 12.222 en 2021, 8.973 en 2022 y 8.209 en 2023.

A continuación (Tabla 1) se presentan las intervenciones junto a la cantidad de casos derivados y de usuarios/as contactados/as en el acumulado del período 2020-2023 discriminando los números parciales de cada año.

Se aportan además los datos que surgen de las diferentes formas de resolución de los llamados a las personas contactadas; las resueltas en el "primer llamado" y las personas que continuaron "en acompañamiento" más o menos prolongado según las intervenciones que caracterizaron los distintos momentos del dispositivo.

Tabla 1. Intervenciones y tipos de intervenciones del dispositivo CeTeC-SM según años del período 2020-2023. Valores absolutos

Año	Intervenciones	Derivados/as a CeTeC-SM	Contactados/as	Acompañamiento	Primer llamado
2020	5.637	1.611	1.381	1.013	368
2021	12.222	3.109	2.373	2.028	345
2022	8.973	1.344	1.002	916	86
2023	8.209	1.946	1.531	1.403	128
Total	35.041	8.010	6.287	5.360	927

Fuente. Elaboración propia en base a datos del Observatorio de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud de la PBA.

Observando las variaciones y tendencias en este período (Tabla 2), los datos permitieron observar que el 2020 es el año con mayor porcentaje de derivaciones al CeTeC-SM (28,6%) con relación al total de intervenciones, y el de mayor porcentaje de personas contactadas (85,7%) en relación al total de derivaciones al CeTeC-SM ⁷.

En lo que refiere a la resolución de llamados, hubo una clara tendencia hacia el acompañamiento como forma de resolución, siendo esta modalidad la que se produjo en el 73,4% de los/las contactados/as en el 2020, el 85,5% en el 2021; el 91,4% en el 2022; y 91,6% en el 2023.

Tabla 2. Tipos de intervenciones del dispositivo CeTeC-SM según años del período 2020-2023. Valores relativos (%)

Años	% de derivaciones al CeTeC-SM (N=35.041)	% de contactados/as (n=8.010)	% de acompañamientos (n=6.287)	% de primer llamado (n=6.287)
2020	28,6	85,7	73,4	26,6
2021	25,4	76,3	85,5	14,5
2022	15,0	74,6	91,4	8,6
2023	23,7	78,7	91,6	8,4

Fuente. Elaboración propia en base a datos del Observatorio de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud de la PBA.

2. Personas contactadas Usuarios/as contactados/as según regiones sanitarias y meses del año

Siguiendo el ordenamiento establecido por el Ministerio de Salud de PBA en 12 Regiones Sanitarias (RS) se observó que, de las 6.287 personas contactadas por el CeTeC-SM, 1.762 (28,0%) correspondieron a la Región VI, 1.298 (20,6%) a la Región XII, 1.031 (16,4%) a la Región VII, 1.007 (16,0%) a la Región V, 912 (14,5%) a la Región XI. Estas 5 Regiones Sanitarias se caracterizan por ser las que tienen mayor densidad de población de PBA y del país, y representan el 95,5% de todos los contactos producidos en el acumulado del período 2020-2023.

En cuanto a la distribución de los/las contactados/as por meses del año para los años 2020, 2021, 2022 y 2023 se identifica que en el año 2020 solo pudo consignarse información desde el mes de julio, fecha de inicio del Dispositivo. En el 2021, el mayor número de contactados/as se alcanzó en el mes de junio, posteriormente se produjo un abrupto descenso. El promedio de los/as contactados/as es de 198; todos los meses del 2021 se encuentran por encima del promedio, excepto agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre.

En el 2022 la tendencia resultó más irregular. El promedio de contactados/as fue de 84 usuarios/as.

Los primeros meses de este año estuvieron por debajo de este promedio, a excepción del mes de febrero. A partir de julio se visibilizó un importante aumento de personas contactadas. El pico más alto se produjo en el mes de agosto. Los meses siguientes se caracterizaron por una tendencia a la disminución, aunque siempre por encima del promedio de casos anual, invirtiendo la tendencia del año anterior.

En el año 2023 la distribución se caracterizó por ser más uniforme a lo largo de los meses, comparado con los precedentes. El promedio de contactados/as fue 128 por mes. Hasta el mes de septiembre -inclusive- se mantuvieron alrededor o por encima de este valor. Posteriormente se generó un descenso abrupto, igual que en el año 2021.

3. Usuarios/as contactados/as según género y rango etario

En relación con la distribución por género de los/as contactados/as, tenemos que el 73,4% fueron mujeres, el 26,3% varones, el 0,3% se identificaron como no binarios, y en el 0,05% de los casos no se dispuso de datos al respecto.

⁷ Es importante recordar que es el año de inicio de la Emergencia Sanitaria y el momento en que se encuentran en funcionamiento los 34 Centros Universitarios de Seguimiento epidemiológico del AMBA y del Interior de la Provincia de Buenos Aires (PBA).

En cuanto a la distribución de género según rango etario, se encontraron diferencias entre varones, mujeres y no binarios. En el caso de las mujeres contactadas, la mayoría se ubicó en el rango de adultos, siendo la franja de edad de 40 a 49 años la más prevalente. En el caso de los varones, el mayor porcentaje de contactados se encontró en la misma franja etaria (40 a 49 años) sin embargo -comparativamente con las mujeres- los varones se presentaron en mayores porcentajes en las franjas más jóvenes, de 17 o menos años, y de 18 a 29 años. Por último, en los casos no binarios, el mayor porcentaje se evidenció en las franjas jóvenes, de 17 o menos y de 18 a 29 años.

4. Motivos de consulta y tipo de malestar emocional

En lo que refiere a los motivos de consulta de las personas contactadas, por cada año, el tipo “malestar emocional”, fue el más prevalente en todos los años, aunque con una marcada tendencia a disminuir su peso relativo luego de la pandemia. Posteriormente, esta variable, se desagrega en subtipos⁸.

En segundo lugar, “orientación” como motivo de consulta, que se mantuvo en aumento en todo el periodo

trabajado, seguido por “consumos problemáticos”, cuya tendencia incrementó durante el 2022 y 2023 al igual que “violencia de género” y “otras violencias”. Por último, el motivo “medicación” dejó de tener casos en los últimos años.

Es importante mencionar que, dada la prevalencia de la variable “malestar emocional”, en el año 2021, desde el Observatorio de la Subsecretaría de Salud Mental se reconoció la necesidad de ampliar la información sobre esta categoría, desagregándose en diferentes “tipos de malestar emocional”.

Los valores que se comparten a continuación corresponden al total de usuarios/as contactados/as entre 2021-2023, que consultaron por su malestar emocional. Se contabilizaron las respuestas y no los/as usuarios/as, en tanto, una misma persona puede expresar más de un tipo de malestar emocional en el momento de la consulta.

A continuación, se muestran los distintos tipos de malestar emocional en los años establecidos en esta indagación (Tabla 3).

Tabla 3. Tipos de malestar emocional de usuarios/as contactados/as según años del período 2021-2023
Porcentajes (n=4818).

Tipo de malestar	2021	2022	2023
Angustia/Ansiedad	47,2	52,1	54,4
Temor/miedo	19,0	17,1	13,2
Duelo	9,4	8,5	7,8
Sentimientos de soledad	7,2	9,2	7,4
Preocupación por persona significativa/familiar con Covid	11,9	2,0	0,0
Dificultades para dormir/insomnio	3,5	6,3	7,3
Ideación suicida	0,5	2,1	5,6
Otros	1,3	2,7	4,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Observatorio de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud de la PBA.

⁸ Lo que podría incidir en este resultado.

II- ETAPA EXPLORATORIA

1. Entrevistas a coordinadoras y operadores/as del CeTeC-SM

En esta segunda etapa exploratoria se desarrollaron las entrevistas a 22 operadores/as y a 2 de sus coordinadoras, casi todos/as integrantes del equipo desde el momento fundacional, otros/as desde el año 2021.

En el análisis de estas entrevistas se circunscribieron dos grandes momentos. El primero, vinculado a la creación del dispositivo, con las misiones y funciones asignadas en el contexto de la emergencia sanitaria. El segundo, el tiempo posterior, que se caracterizó fundamentalmente por la adecuación de este dispositivo a las nuevas necesidades de la Red Asistencial y al trabajo articulado con otros efectores en salud, a partir de problemáticas y posibilidades que se visibilizaron en la primera etapa.

En cada uno de los momentos se prestó particular atención a las recurrencias que surgieron en las entrevistas vinculadas a los objetivos de esta investigación. En este sentido, se recortaron los siguientes temas de análisis:

1. Características de la demanda.
2. Articulaciones con otros efectores.

1. 1. Características de la demanda

a) De los momentos fundacionales al pleno desarrollo de la emergencia sanitaria (2020/2021)

Respecto de este primer momento del CeTeC-SM y según surgió de las recurrencias en las narrativas de los/as entrevistados/as, la característica de las demandas de usuarios/as en el momento inicial quedó ceñida al malestar emocional que producía la preocupación por los síntomas orgánicos del Covid y el seguimiento médico de la enfermedad por parte de los centros de Telemedicina, como reaseguro de que las personas no se quedarían solas ante esta "eventualidad".

Los padecimientos se centraron -en mayor medida- en la expresión y alcance de la enfermedad. El temor por la muerte estuvo presente pero no cobraba un lugar central en las situaciones de acompañamiento. Esta caracterización coincidió con el momento en que, en lo cultural, empezaron a surgir como alternativas cosas para hacer en el aislamiento, favorecidas además por la idea de "tener tiempo en casa". En el devenir, esto empezó con moverse.

Los efectos del aislamiento, la falta de enlace con el exterior, comenzaron a producir malestar emocional. Las problemáticas en la convivencia se hicieron visibles, siendo las más salientes los conflictos con la pareja como también la necesidad de que existan pausas para maternar/paternar. La ambivalencia es un afecto que estuvo muy presente en el contenido de los llamados.

Con el avance de la emergencia, los/as entrevistados/as señalaron un incremento del malestar afectivo. A las preocupaciones existentes se sumó la marcada angustia de los/las adultos/as mayores como también la preocupación de las familias para sostenerlos/as y/o por ponerlos/as en riesgo de vida.

Otra recurrencia se produjo alrededor de la relación con el trabajo como un tema de inquietud. La pérdida del lazo laboral se tornó motivo de preocupación y/o de angustia. Dentro de este grupo aparecen dos sectores diferenciados; aquellos/as que cuentan con relación laboral formal y quienes trabajan por cuenta propia o en situaciones laborales precarias. En el primer sector, en los inicios el trabajo remoto resultó una alternativa, incluso una situación positiva. En el devenir también empezó a sentirse como un problema, no solo por la exclusividad de la forma sino por la pérdida de lazo con los compañeros/as y los rituales laborales, el exceso de la convivencia familiar, la falta de espacios para la realización de las tareas y, en algunas situaciones, por la dificultad de acceso a los recursos tecnológicos. La posibilidad de perder el trabajo también surgió como preocupación. En las personas del segundo sector, con trabajo por cuenta propia, se evidenció angustia/impotencia significativa, señalando la dificultad que esto generaba para la satisfacción de las necesidades básicas.

Otra problemática que se hizo visible con alguna frecuencia fue la de aquellas personas con enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, entre otras) que necesitaban continuidad de atención. Ese temor se incrementó por el conocimiento que estas personas tenían respecto de la incidencia de las comorbilidades para las personas que se contagian COVID-19.

En esta etapa de la asistencia telemediada también se fueron incrementando las consultas por consumos problemáticos de sustancias y por violencia por motivos de género, tendencia que se consolidó en la siguiente etapa.

El impacto más significativo se produjo cuando se incrementaron las muertes causadas por el SARS-CoV-2. La demanda se caracterizó por acompañar los procesos de duelo que transitaban las familias con fallecidos en sus hogares.

En todo este periodo también se amplificaron las demandas. Los/las entrevistados/as indicaron que algunas personas derivadas al CeTeC-SM solicitaron acompañamiento para otros/as integrantes de la familia.

Cabe destacar que en muchas situaciones se produjo o un trastocamiento de la demanda o el descubrimiento de otras problemáticas. Por ejemplo, personas derivadas desde otro efector para asistencia por angustia por el aislamiento en quienes se detecta, en el proceso de acompañamiento, situaciones vinculadas a consumos problemáticos de sustancias (propias o de algún familiar) o mujeres en riesgo por violencia de género.

En este recorrido, aunque en una menor medida, la angustia por el acceso o no acceso a las vacunas también estuvo presente como motivo de la demanda.

b) Los cambios en la demanda con la disminución general de casos (2022/2023)

Este tiempo se caracterizó por la aparición de otras variantes del Virus y los cambios que produjo el acceso a la vacunación. También por un cambio en las derivaciones y las demandas al CeTeC-SM.

La problemática de ideación suicida, antes inexistente, comenzó a ocupar un lugar. Se incrementaron las consultas por consumos problemáticos de usuarios/as y/o familiares y por violencia por motivos de género. Lo que antes se presentaba en medio de otras demandas, en este momento surgía como demanda específica.

Además, comenzaron las demandas de asistencia de familiares para primeras infancias, niños/as de 4 y 6 años, en muchos casos a partir de la indicación de las escuelas.

Las demandas de tratamiento psicológico y psiquiátrico (así se explicitaban en la derivación) se incrementaron por diversos motivos. Comenzaron a llegar consultas desde algunos hospitales mediadas por el Servicio de Orientación Telefónica (0800 SM). También, por el enlace con nuevos efectores para trabajar integralmente situaciones con nuevos grupos poblacionales.

c) Caracterización de las llamadas en ambas etapas

De acuerdo con lo relevado en las entrevistas a operadores/as y coordinadoras, la primera etapa (2020-2021) se caracterizó por ser más acotada en las temáticas y en la extensión del acompañamiento.

La resolución de los llamados se vinculó con el primer tiempo de seguimiento epidemiológico de las personas alcanzadas, periodo en el que, eventualmente, eran derivadas para asistencia a otros efectores. Descriptivamente, era mucha la cantidad de ingresos, pero los llamados más acotados.

Los llamados de la segunda etapa tomaron otras características. La hipótesis prevalente de los/las entrevistados/as es que ocurrió una transformación de las demandas y un nuevo entramado entre el CeTeC-SM con la Red Asistencial y otros efectores de salud.

1. 2. Articulaciones con la Red Asistencial y otros efectores

En esta dimensión se indagó acerca de las formas en que se desarrollaron las articulaciones del dispositivo con otros efectores de salud y distintas áreas gubernamentales de la PBA durante el periodo analizado.

a) De los inicios en el seguimiento epidemiológico a la profundización de las articulaciones para el logro de la asistencia integral (2020/2021)

Las narrativas de estas entrevistas refieren al momento inicial del Dispositivo (julio de 2020), caracterizado por la velocidad en el desarrollo de las acciones para atemperar la expansión del Virus SARS-CoV-2 en las diferentes olas de contagios (hasta 2021).

Todos/as los/as entrevistados/as caracterizaron las articulaciones de este periodo en dos momentos. El primero, referido a la vía de los ingresos al CeTeC-SM a través de las derivaciones que llegaban exclusivamente desde los Centros de Telemedicina del Ministerio de Salud de PBA y los CeTeC-U (universitarios) del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y del Interior de PBA y la Dirección de Asistencia de la Red Asistencial.

El segundo, es el que refiere a las articulaciones hacia otros efectores. Entre las referencias que surgieron en las entrevistas se señalaron-además de las recién mencionadas- el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME), el organismo de Niñez Provincial y al Departamento de Derivaciones de la Dirección de Asistencia de la Subsecretaría. En varios/as entrevistados/as y como denominador común del momento pandémico, se indicó la construcción “artesanal” de una Red de Recursos para dar respuestas a las necesidades de las personas en una coyuntura atravesada por las medidas preventivas cambiantes.

Para los/las operadores/as estas estrategias se construyeron con el equipo en el hacer/aprender mismo, cuando las redes y las formas de articulación no estaban aún consolidadas.

En cuanto a la labor de esta etapa, predominó el rol de orientador/a, labor que consideraron fundamental para que usuarios/as pudieran acceder a los recursos posibles, en muchas ocasiones ligados a situaciones de emergencia.

Algunos/as entrevistados/as indicaron como una marca significativa la articulación inicial con el Programa de Diabetes de Buenos Aires (PRODIABA) para realizar el acompañamiento a adultos/as mayores que se sentían solos y, en muchos casos, se encontraban incapacitados por su enfermedad de base. En lo operativo, esta articulación estuvo mediada por el CeTeC Central del Ministerio de Salud de PBA.

b) Salir de la pandemia; ser parte de la Red Asistencial (2022-2023)

De acuerdo con muchos de los testimonios de los/las entrevistados/as, este momento se caracterizó por la profundización de las articulaciones existentes y la emergencia de nuevas como producto de una reorganización del equipo en el marco de los avances de la transformación del modelo de atención.

Todos/as señalaron como un gran logro el comienzo del trabajo articulado con el 0800 SM (servicio de asistencia a la demanda espontánea). Otro cambio que ponderaron positivamente fue la regionalización del CeTeC-SM y la integración con los referentes territoriales a partir de integrarse a los Dispositivos de Enlace con la Comunidad (DEC).

Ese reordenamiento produjo mejoras sustanciales en tanto se vio favorecida la posibilidad de gestionar necesidades de acompañados/as y el acceso a recursos en salud y a otros sectores en las Regiones Sanitarias. Las intervenciones se adecuaron en mejor medida no solo a las singularidades de las situaciones sino a las posibilidades de asistencia y recursos en los territorios. Otro aspecto que rescataron fue el trabajo articulado con los equipos.

En esta etapa, con regularidad, las personas entrevistadas indicaron como una tendencia que “se agranda el abanico” de problemáticas que abordaba el CeTeC-SM. Al acompañamiento de personas que padecen diabetes, se sumaron personas a la espera del diagnóstico de confirmación de cáncer y/o personas ya diagnosticadas, como también el acompañamiento a sus familias. Diferentes testimonios rescataron la experiencia con la Dirección de Maternidad y Salud Perinatal y el acompañamiento a mujeres y personas gestantes de la Asignación Universal por Embarazo (AUE), primero, y a otras en contexto de encierro, después. También a las personas en espera del trasplante renal derivados por el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante Provincia de Buenos Aires (CUCAIBA)y, en menor medida, otras líneas de acción que llegaron desde el Ministerio.

No obstante, aún en el marco de estos avances, mencionaron algunas limitaciones: el exclusivo trabajo virtual, las diferencias en las articulaciones, algunas más o menos afianzadas con algunas regiones, y la cantidad insuficiente (en ocasiones) de encuentros en mesas de trabajo para pensar en profundidad las estrategias para todas las situaciones.

2. Entrevistas a informantes claves

Se realizaron 22 entrevistas a informantes claves. Todas estas personas pertenecen a distintas dependencias estatales con las que el CeTeC-SM trabaja articuladamente.

En lo que refiere a las articulaciones intra-institucionales, los/las entrevistados/as pertenecen a la Red Asistencial de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud (SSMCPyV).

Particularmente se entrevistaron a Referentes Regionales y de los Dispositivos de Enlaces Comunitarios (DEC), los E

quipos Móviles de las Regiones Sanitarias de Salud Mental, la Dirección de Promoción y Prevención y de Asistencia en Salud Mental y Consumos Problemáticos, el Servicio de Orientación telefónica (0800- SM), Referentes del Programa Infancias y Juventudes y la Dirección Provincial de Abordaje Integral de las Violencias.

El análisis de las articulaciones inter-institucionales se desarrolló a partir de las entrevistas a integrantes de los equipos con responsabilidad institucional de: el Centro de TeleSalud y Cuidados (CeTeC Central y algunos Regionales), la Dirección Provincial de Fortalecimiento del Sistema de Salud, el Instituto Provincial del Cáncer (IPC), el CUCAIBA y la Dirección de Maternidad y Salud Perinatal.

Las entrevistas intentaron -al mismo tiempo- establecer puntos de encuentro entre las distintas etapas de esta investigación (2020-2023), de ahí que se recortaran los siguientes temas de análisis:

- Características de las articulaciones intra e interinstitucionales
- Principales problemáticas de SM identificadas que motivan la derivación al CeTeC-SM
- Evaluación de las instancias de acompañamiento y Continuidad de Cuidados (AyCC)

a) Características de las articulaciones intra e interinstitucionales

El análisis de las entrevistas permitió observar los distintos momentos de articulación con los efectores que se describieron más arriba. Se conservó la lógica de los análisis anteriores para poder observar las formas en que se desarrollaron estas articulaciones. Cabe destacar que, en función de lo relevado, se hizo necesario mencionar la transición de fines del 2021 al año 2022.

Una primera etapa se ordenó alrededor del ciclo 2020-2021, periodo en el que las articulaciones más significativas se organizaron alrededor del Seguimiento epidemiológico en la Emergencia Sanitaria.

En lo que refiere a las articulaciones intra-institucionales, según surgió de las distintas entrevistas, solo se mencionaron a la Red Asistencial de la SSMCPyV, particularmente a las relaciones que se establecieron entre la Dirección de Promoción y Prevención en SM y CP⁹ de donde dependía el CeTeC-SM¹⁰ con la Dirección de Asistencia, puntualmente cuando surge la necesidad de alguna derivación.

A partir del año 2022, con el desarrollo y la implementación de los DEC en las diferentes Regiones Sanitarias (RS) se observó una redefinición de las formas de trabajo entre los equipos.

⁹ Hoy, Dirección de Promoción y Cuidados en Salud Mental y Consumos Problemáticos a cargo del Lic. Sebastián Holc

¹⁰ Actualmente, siendo las condiciones otras a las de partida, el CeTeC- SM está inserto en la Dirección de Asistencia a cargo del Lic. Martín Taramasco

La entrevista con los referentes del 0800 SM puso en valor esa articulación entre los dos dispositivos de Atención Telemediada de la SSMCPyV. Ambos entrevistados señalaron un mejor hacer con las consultas a partir de ese hacer común por la modalidad de atención y las diferentes posibilidades que ofrecía cada dispositivo. Por un lado, lo espontáneo de una línea de acceso gratuito del 0800; por otro, la posibilidad de hacer llamados activos a usuarios/as y de realizar acompañamiento “sostenido” del CeTeC-SM.

Lo propio se señaló a partir de la articulación con el Programa de Infancias y Juventudes y con sus referentes territoriales.

En cuanto al entramado interinstitucional, en el ciclo 2020-2021 solo se hizo visible aquel que refiere al trabajo con la Dirección Provincial de Fortalecimiento del Sistema de Salud, con el CeTeC Central, sus Regionales y con los CeTeC-U¹¹.

Es al finalizar el 2021 y avanzado el 2022 en que, en este grupo de entrevistas, comenzaron a evidenciarse nuevos modos de articulación con otros efectores del Ministerio de Salud de PBA. La Dirección de Fortalecimiento y el CeTeC Central del Ministerio de Salud extendió sus líneas de acción y se sostuvo el trabajo articulado con CeTeC-SM para el abordaje interdisciplinario de las nuevas problemáticas.

Inicialmente esta labor se produjo siguiendo esta mediatización institucional, aunque luego se produjo de manera directa. Señalaron como un hallazgo “acortar el camino”, sin perder esas articulaciones necesarias para cuando la situación lo requiere.

En la mayoría de las entrevistas se ponderó positivamente la forma en que esas articulaciones iniciales se extendieron, involucrando a otros sectores de esa institución/programa/dirección. Algunos ejemplos de ello; las diversas Unidades de Trasplante (Hospital Penna de Bahía Blanca, Hospital de Niños de La Plata, Hospital El Cruce, CRAI Norte y Sur), los Centro de Diálisis, la Dirección de Salud en contexto de encierro y algunas organizaciones sociales para personas en libertad asistida. También, algunos hospitales generales, el Patronato de Liberados, otras líneas de atención telefónica (144, 911, 102, SAME), además de algunas Secretarías de Salud de Municipios entre otros.

b) Principales problemáticas de salud mental identificadas que motivaron la derivación al CeTeC-SM¹²

En la primera etapa de la articulación (2020-2021), los/as entrevistados/as resaltaron algunas de las particularidades que tuvo la asistencia en el contexto pandémico.

En lo que refiere a las narrativas de los efectores que no pertenecen a la Red de Salud Mental, surgió una regularidad: “como nunca, el sufrimiento emocional apareció expresado en la asistencia de los/as usuarios/as asistidos/as”.

En algunas entrevistas se señala que, en ese contexto, como trabajadores/as sintieron “no estar formados” para ese tipo de asistencia. Eso les permitió advertir la necesidad de contar con articulaciones con efectores abocados específicamente a salud mental. Lo que se identificó de manera regular como afectos prevalentes en aquel momento, fueron “la angustia desbordante” y las “manifestaciones de ansiedad y estrés”.

Respecto de los efectores de Salud Mental con quienes estaba establecida la articulación en este periodo, algunos señalaron el reconocimiento de los/as usuarios/as del padecimiento subjetivo y la angustia que produce, sin saber éstos a dónde dirigirse.

En el contexto pandémico, además de lo ya mencionado, observaron: la soledad como problema, la angustia (con distintas motivaciones: el contexto, la situación laboral, social, etc.), adultos/as mayores deprimidos, la consultas por los consumos de alcohol, de psicofármacos o de comida, también demanda de adolescentes y de madres/padres por sus niños/as.

Las consultas por ideación suicida y autolesiones aparecieron, aunque se presentaron con mayor frecuencia después de.... También identificaron situaciones de violencia por razones de género, algunas de mujeres encerradas con sus agresores en donde describieron que “la articulación resultó vital”.

En la segunda etapa de la articulación (2022-2023), los efectores por fuera de la Red ubicaron a lo emocional como aquello que, en algunas ocasiones, obstaculizaba la adherencia al tratamiento recomendado. También la afectación por las situaciones sociales que no favorecían el acceso a los tratamientos y/o las dificultades familiares.

Algunas problemáticas de emergencia exclusiva en esta segunda etapa fueron los efectos emocionales ante la falta de controles, las dificultades para el acceso a servicios de salud específicos y a la medicación, allí donde lo que estaba presente era el “riesgo de la vida misma”. Se mencionaron, además, “la caída de autoestima y la disfunción sexual”.

Por su parte, los efectores de la Red caracterizaron como tipo prevalente al malestar emocional. En estas entrevistas se señaló el incremento de algunas problemáticas: la angustia, la ansiedad, los consumos problemáticos, las violencias (especialmente las de género), las consultas de adolescentes o por niños/as y las

¹¹ Es importante mencionar que los referentes de estos Centros de Asistencia Telemediada no fueron entrevistados porque al momento de esta investigación ya no ocupan ese cargo.

¹² Una observación inicial para este apartado. Algunas de las personas entrevistadas comenzaron a trabajar articuladamente con el CeTeC-SM con posterioridad a la Emergencia Sanitaria por lo que, en este momento de etapa exploratoria, las referencias a las problemáticas en Pandemia emergerán en menor medida.

ideaciones suicidas y/o las autolesiones. Otras problemáticas que se mencionaron son: depresión, los efectos de las carencias económicas y sociales, los brotes psicóticos, las dificultades en el acceso a psicofármacos prescritos, las mujeres con carencia de apoyos.

c) Evaluación de las instancias de acompañamiento y continuidad de cuidados

Todos/as los/as entrevistados/as valoraron positivamente las instancias de Acompañamiento que se generan a partir del enlace con el CeTeC-SM. En esta parte de la indagación, se decidió no realizar el recorte en dos momentos por evaluarlo innecesario.

Según se relevó, las acciones telemediadas fueron necesarias porque ofrecieron un espacio de escucha de los padecimientos, desde el campo específico, a personas que lo necesitan, pero también a familiares y personas imposibilitadas de acercarse a lugares de atención.

Se señaló la importancia de su función orientadora y su aporte para favorecer el acceso a información en salud.

El trabajo articulado propició instancias de Continuidad de Cuidados entre efectores, favoreció la optimización de recursos/espacios/herramientas, al tiempo que atemperó los efectos de algunas áreas de vacancia en servicios. Además, posibilitó la asistencia en contextos no habituales¹³. Algunos/as entrevistados/as indicaron también que propició el desarrollo del hacer interdisciplinario, colaborando en la adherencia a los tratamientos y en la producción de autocuidado.

Su intervención permitió identificar también algunas problemáticas que no eran para resolución del servicio de salud y requerían la intervención de otros sectores de las políticas públicas, potenciando el desarrollo de la articulación territorial e intersectorial de la PBA.

Ds / Cs

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Los resultados arribados en esta investigación muestran que la atención telemediada del CeTeC-SM ha influido positivamente en la integralidad de las Políticas de Salud de PBA como también en la integración de sectores intra e interinstitucionales cuyo entramado era inexistente con anterioridad a ese momento.

En lo que refiere a la etapa descriptiva de esta investigación en la que se efectuó el análisis cuantitativo de los registros oficiales provistos por el Observatorio de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos

Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud de la PBA se observó que, en el período acumulado entre julio de 2020 y diciembre de 2023, el CeTeC- SM logró asistir a 6.287 personas de las derivadas desde distintos efectores de salud de PBA. La modalidad prevalente de atención fue la de “acompañamiento”. El 85,3% (5.360) de las personas contactadas solicitaron esta modalidad de atención. Solo el 14,7 % (927) de los/las contactados/as resolvieron su consulta en un único y primer llamado. Del conjunto de estas formas de asistencia, resultaron 35.041 intervenciones. En cuanto a la distribución por género de la población contactada, se observó que el 73,4% fueron mujeres adultas, siendo la franja de edad prevalente entre 40 a 49 años y el 26,3%, varones de la misma franja etaria. Cabe mencionar que en la distribución interna de este grupo -comparativamente con las mujeres- se presentaron mayores porcentajes en las franjas más jóvenes (de 17 o menos años, y de 18 a 29 años). Solo el 0,3% se identificaron dentro del grupo no binarios. El mayor porcentaje se evidenció en las franjas jóvenes (de 17 o menos y de 18 a 29 años). En el 0,05% de los casos, este dato no estuvo disponible.

En cuanto a los motivos de consulta emergentes, en esta indagación se evidencia, como primer motivo prevalente en todos los años, el tipo “malestar emocional”, tendencia que comienza a disminuir luego de la pandemia. Es importante mencionar que, en el año 2021, esta variable se desagrega en subtipos, a saber: Preocupación por persona significativa/familiar con Covid, Temor/Miedo, Duelo, Angustia/Ansiedad y Sentimientos de Soledad. En el periodo 2021-2023 se observó una disminución en los tres primeros subtipos y un incremento en los dos últimos. Como segundo motivo de consulta prevalente, se relevó la “orientación”, demanda que mantuvo su tendencia en aumento en todo el periodo indagado. Durante el 2022-2023, también se vieron incrementadas las consultas por “consumos problemáticos”, “violencia de género” y “otras violencias. Una tendencia inversa se observó en las consultas referidas a “medicación”, que dejó de emerger como demanda en el CeTeC- SM.

En la etapa exploratoria, a partir de entrevistas a coordinadores/as y operadores/as telefónicos e informantes clave de los distintos dispositivos de salud que realizaron derivaciones al CeTeC-SM, se efectuó el análisis y la evaluación de los alcances de esta modalidad de atención y de las articulaciones intra e interinstitucionales.

Se concluyó que, en el desarrollo de las acciones de este dispositivo, se diferencian dos grandes momentos.

El primero, en el contexto excepcional y de alta complejidad del seguimiento epidemiológico durante la emergencia sanitaria; tiempo fundacional de este dispositivo. En este momento, la atención telemediada se integra con otras organizadas por el Ministerio de salud

¹³ Refiere a trabajo con el Programa Salud en Contexto de Encierro.

para resolver de manera integral muchas de las problemáticas emergentes en esa coyuntura. En esta situación inusual el Estado provincial reorganizó aspectos del sistema de salud y produjo articulaciones inéditas entre sectores y subsectores, incluyendo el abordaje interdisciplinario e intersectorial de la salud mental integral como enfoque, siendo un relevante aporte para morigerar los efectos adversos de la pandemia.

El segundo momento está signado por la finalización de la pandemia y por los conocimientos que la experiencia de los Centros de Tele-salud de PBA dejan en los equipos de salud. Coincide con el momento de consolidación del CeTeC-SM como dispositivo en el marco del proceso de transformación del modelo de asistencia en salud mental establecido en el PPISM (2022-2027) 12).

Como resultado se produce el alcance a la atención de nuevos grupos poblacionales, la extensión y profundización de redes y entramados con distintos efectores de Ministerio de salud de la provincia (Institutos, Direcciones, Áreas, Programas y otros Dispositivos del Ministerio). Además, se desarrolla en mayor medida la labor articulada con la Red Asistencial de Salud Mental en su conjunto y el trabajo de enlace con otros sectores vinculados a la salud. Como consecuencia, se fortalecen las redes productoras de cuidado que permiten una forma más efectiva de abordar la complejidad de las problemáticas de salud.

La resolución de las demandas en la atención telemediada también favoreció la accesibilidad al sistema de salud integral de las personas alcanzadas. El trabajo de acompañamiento produjo no solo acciones de cuidado en continuidad sino también -en algunas situaciones- la descompresión de los distintos niveles de atención. Algunas consultas se resolvieron directamente en esa modalidad de atención. Es importante mencionar que, si bien en las tareas de acompañamiento se produjo su mayor desarrollo asistencial, el CeTeC- SM en sus funciones de orientación también produjo otras de promoción y cuidado en salud integral.

En síntesis, la atención telemediada mostró ser una solución eficiente, efectiva y de impacto positivo en la salud de la población. La profundización de las articulaciones mencionadas, el avance en el desarrollo del trabajo interdisciplinario, la integración de los distintos niveles de atención en salud con otros sectores vinculados, la versatilidad de los/las trabajadores/as junto a su implicancia para adaptarse con facilidad y rapidez a los diferentes cambios, fortalecieron las redes comunitarias. Los aportes de esta modalidad de asistencia favorecieron la integralidad de las políticas públicas y un avance en la integración del sistema de salud.

AGRADECIMIENTOS

A todas y todos las/os trabajadoras/es de la salud de la provincia de Buenos Aires que acompañaron esta investigación: equipo del CeTeC-SM, Observatorio y Red Asistencial de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Mental; Referentes del CeTeC Central y Regionales y del sector salud; Institutos, Direcciones, Áreas, Programas y otros dispositivos del Ministerio de Salud.

A Julieta Calmels y Sebastián Holc por ser impulso y referencia en nuestro recorrido profesional dentro de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud de PBA.

FINANCIAMIENTO

Investigación producida en el marco del Programa del Ministerio de Salud Becas "Julieta Lanteri", convocatoria 2023.

**Las autoras y los autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buenos Aires. Gobierno de la Provincia. Decreto 772/2020, Boletín Oficial N° 28846 [Internet]. 2020. [acceso ene. 2025]. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/ar-b/decreto/2020/772/216180>.
2. Holc S., Vadura N. Dispositivos de acompañamiento telefónico. En: Calmels J, Holc S, Medici M. Salud mental y pandemia. Dispositivos de cuidado, asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires. La Plata: EDULP; 2022. p.37-56.
3. Stolkner A. Prácticas en salud mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico; 2022.
4. Stolkner A. El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia. Soberanía Sanitaria. Especial Pandemia [Internet]. 2020. [acceso ene. 2025]. Disponible en: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-campo-de-la-salud-mental-y-sus-practicas-en-la-situacion-de-pandemia/>
5. Calmels J. Políticas públicas en salud mental en el marco de la pandemia: lo singular y lo colectivo. El Sigma [Internet]. 2020 [acceso ene. 2025]. Disponible en: <https://www.elsigma.com/salud-publica-y-psicoanalisis/politicas-publicas-en-salud-mental-en-el-marco-de-la-pandemia-lo-singular-y-lo-colectivo/13831>
6. OPS. Bases metodológicas para evaluar la viabilidad y el impacto de proyectos de telemedicina. Washington D.C: OPS; 2001.
7. Argentina. Ministerio de Salud. 1er Foro de Investigación en Salud Mental: actas 2022 [Internet] Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2023. [acceso ene. 2025]. Disponible en: <https://iah.msal.gov.ar/doc/991.pdf>
8. Friedmann J. Empowerment: the politics of alternative development. New York: Blacwell Publishing; 1992.
9. Stolkner A, Garbus P. Integralidad de las prácticas de APS e Interdisciplina. Revista Comunicando Salud. 2007 abr; 4(7).
10. Sen A. Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta; 2000
11. Argentina. Ministerio De Justicia y Derechos Humanos Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. InfoLEG Información Legislativa [Internet]. 2010. [acceso ene. 2025]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
12. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027 [Internet]. La Plata: Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud; 2022. [acceso ene. 2025]. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PROVINCIAL_SALUD_MENTAL_-2022_07_13.pdf
13. Fundación Soberanía Sanitaria. Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino. Bases para la discusión. [Internet]. 2021. [acceso ene. 2025]. Disponible en <https://soberaniasanitaria.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/Sistema-Nacional-Integrado-de-Salud-Argentino.pdf>
14. Rovere M. Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad [Internet]. Córdoba: El Ágora; 2006. [acceso ene. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec196.pdf>
15. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2023- 2027). Resumen Ejecutivo [Internet]. La Plata: MS; 2023. [acceso ene. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/wp-content/uploads/sites/244/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Vadura NE, Roger CA, De Candia Gunzel S, Villa Gorriti VA. El centro de tele-cuidado en salud mental: aportes a la integralidad y la integración de las políticas públicas de la provincia de Buenos Aires [2020-2023]. Salud Pública [Internet]. 2025 Jun [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

Red de dispositivos de salud mental con base en las comunidades: derecho a la salud, prácticas de atención y cuidados en la provincia de Buenos Aires

Network of community-based mental health mechanisms: the right to health, care practices, and support in the province of Buenos Aires

Au

Agustina María Edna D'Agostino ¹
Clara González ¹
Luciano Maciel ¹
Juan Ignacio Pérez ¹
Javier Salum ²
Natalia Falcón ¹

Doctora en Psicología
Licenciada en Psicología
Licenciado en Psicología
Licenciado en Psicología
Licenciado en Psicología
Licenciada en Ciencias de la Comunicación

¹ Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina
² Universidad Nacional de La Plata, Argentina; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

dagostinoag@gmail.com

Rs

RESUMEN

Con el presente artículo nos hemos propuesto caracterizar y sistematizar las prácticas comunitarias en salud mental que se llevan a cabo en dispositivos de salud mental con base en la comunidad y analizar la accesibilidad al derecho a la salud y la continuidad de cuidados en salud mental. Este trabajo fue realizado analizando las prácticas en los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos (CCSM) de la provincia de Buenos Aires, territorio en el cual, actualmente, se profundiza en la construcción de un modelo de abordaje en salud mental con perspectiva de derechos y con base en las comunidades, el cual implica una red de dispositivos organizados para garantizar los cuidados y la continuidad de los mismos.

Metodológicamente, el trabajo se basa en un enfoque cualitativo de tipo observacional, no experimental, de naturaleza exploratoria-descriptiva y de diseño transversal. En la investigación hemos trabajado tanto con fuentes primarias, desde entrevistas y observaciones en terreno, como con fuentes secundarias en el análisis de informes y crónicas elaboradas por los equipos de salud. En esta oportunidad presentamos el resultado del análisis de dieciocho entrevistas semi-dirigidas a trabajadores de seis CCSM provinciales.

Los resultados dan cuenta que los CCSM incluyen talleres culturales, recreativos y productivos que permiten la inclusión tanto de personas en tratamiento como de referentes y comunidad en general, lo cual fortalece una mirada despatologizante y ampliada de la salud mental. Desde estos dispositivos se promueve un enfoque interinstitucional e intersectorial, con articulaciones con escuelas, hospitales, programas municipales, y otras organizaciones. La grupalidad se presenta como una herramienta central, no solo para la asistencia terapéutica sino también para el fortalecimiento de redes y vínculos sociales.

Se concluye que este enfoque trasciende la salud mental tradicional, vinculándose con procesos de prevención, promoción y fortalecimiento del tejido social. La flexibilidad en las prácticas, en los nuevos modos y lógicas de atención; la expansión de la comunidad y la consolidación de las múltiples redes, promueven la accesibilidad y trascienden las barreras materiales y simbólicas dentro del territorio y la comunidad.

Palabras clave: Salud mental; Servicios de salud mental; Centros Comunitarios de Salud Mental

Ab

ABSTRACT

This article aims to characterize and systematize mental health community-based practices carried out in community-based mental health mechanisms and to analyze accessibility to the right to health and continuity of mental health care. This study examines the practices implemented in Community Mental Health and Substance Use Centres (CCMH) in the Buenos Aires province where a rights-based, community-grounded mental health care model is currently being developed. This model involves a network of organized mechanisms designed to ensure care and its continuity.

From a methodological point of view, this study is based on a qualitative, observational, non-experimental approach, with an exploratory-descriptive nature and a cross-sectional design. This research is based on both primary sources, such as interviews and on-site observations, and secondary sources, such as reports and accounts produced by healthcare teams. This study presents the results of the analysis of 18 semi-structured interviews with workers from six provincial CCMH.

The results show that the CCMH include cultural, recreational, and productive workshops allowing the inclusion of both people receiving treatment and community members, including referents, which reinforces a de-pathologised and broad perspective on mental health. These mechanisms promote an interinstitutional and intersectoral approach, with linkages to schools, hospitals, municipal programs, and other organizations. Groupality is presented as a central tool, not only for therapeutic support but also for the strengthening of networks and social bonds.

In conclusion, this approach transcends traditional mental health, connecting with processes of prevention, promotion, and strengthening of social fabric. Flexibility in practices, new methods and care logics, community expansion, and the consolidation of multiple networks promote accessibility and transcend material and symbolic barriers within the territory and the community.

Keywords: Mental Health; Mental Health Services; Community Mental Health Centers

In

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está destinado a caracterizar las prácticas que se llevan a cabo en dispositivos de salud mental con base en la comunidad, a la vez que a analizar la accesibilidad; particularmente en los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos de la provincia de Buenos Aires.

El campo de la salud mental puede ser definido como un sub-campo dentro del campo de la salud (1). Caracterizado por tensiones y disputas, entre un modelo de tipo asilar-biológico y el enfoque de derechos humanos que entiende a la salud mental como parte de un proceso social complejo, con múltiples atravesamientos (2). En este campo se entrecruzan saberes de diferentes disciplinas, concepciones teóricas, diversos intereses y manifestaciones religiosas, ideológicas, éticas y morales en las que se entrelazan las dimensiones teórico-conceptual o epistémica, jurídico-política, teórico-asistencial y socio-cultural (3, 4). A su vez, cobran un lugar significativo los cambios en las concepciones acerca del rol que debía asumir el Estado respecto a las políticas públicas y la noción de salud, y que dan cuenta de la existencia en el país, en diferentes tiempos históricos, de iniciativas de vanguardia, novedosas, de carácter preventivo, grupal, colectivo y comunitario, que fueron interrumpidas, desmanteladas o discontinuadas (5-10).

En el año 2010, a partir de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (11), y en acuerdo con tratados y normativas internacionales, se logró sancionar la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657 (12). Este hecho produjo una ruptura con el paradigma de encierro que, desde el siglo XVIII, operó como una forma de disciplinamiento social más que como método de recuperación de la salud (13).

Tanto el Decreto reglamentario n°603/2013 (14), como la Ley de Adhesión provincial de Buenos Aires n°14.580 (15), buscan asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el goce pleno de derechos para aquellas con padecimiento mental. Desde esta perspectiva, la atención en salud mental debe incluir una estrategia de atención primaria de la salud que contenga prácticas de prevención y promoción con base comunitaria (16-17).

En lo que respecta a la provincia de Buenos Aires, de acuerdo con el Plan Integral provincial de Salud Mental (18), nos encontramos en un tiempo de profundización respecto a la gobernanza del sistema de salud público para la implementación de un modelo de abordaje en salud mental con perspectiva de derechos y con base en las comunidades. Esto implica una reformulación del sistema de salud y la consolidación de una red de dispositivos entramados bajo la lógica de un sistema que se organice

para los cuidados y la continuidad de cuidados y con ello revierta la fragmentación como uno de los mayores problemas de nuestro sistema de salud.

En este sentido, el cambio de modelo en salud mental implica una transformación en todos los componentes del sistema de salud. Por otra parte, requiere la creación y consolidación de un sistema alternativo a las lógicas hospitalocéntricas como única alternativa para la atención de la salud. Este sistema precisa una política clara y decidida de transformación de los hospitales neuropsiquiátricos, una reorganización y redefinición de las prácticas de los equipos de salud de los distintos componentes del sistema para el nuevo modelo que contemple las tramas comunitarias así como los distintos saberes construidos y, finalmente, un modelo de atención que tenga como centro las necesidades de las personas con padecimiento mental y/o consumos problemáticos para que sean atendidas en el seno de sus propias comunidades, desarrollando alternativas a las hospitalizaciones.

Para pensar la accesibilidad en salud es necesario comprender los obstáculos de tipo físicos, geográficos, administrativos, económicos y culturales-simbólicos. En este sentido, la lejanía, la escasa o nula movilidad, el estado de las calles, las condiciones de precariedad laboral, la imposibilidad de acceso a la vivienda, la poca o nula planificación urbana para contemplar el crecimiento periférico, la desarticulación entre las políticas laborales y educativas para inclusión, constituyen factores determinantes al considerar tanto la implementación de las políticas sociales en salud como la accesibilidad. Entender la accesibilidad en términos relacionales y tener en cuenta las dimensiones subjetivas conlleva la apertura de una mirada analítica que permite visualizar la complejidad del fenómeno a estudiar: tanto el imaginario social como las representaciones sociales y las prácticas de los actores pueden constituirse en barreras, obstáculos o facilitadores en el acceso a derechos (18). De esta manera, cobran relevancia las prácticas de los actores en territorio como gestores de salud, la micropolítica cotidiana y las acciones de formación, la transmisión y las articulaciones a nivel regional, para que, de los modelos de abordaje definidos conceptualmente, irradien rizomáticamente en el pensar-sentir y hacer cotidiano.

A su vez, para lograr superar la fragmentación, y alcanzar un sistema más eficiente y solidario, se requiere desencadenar procesos y llevar adelante acciones dirigidas a la reorganización del sistema de salud/salud mental y su modelo de atención que incluyan el enfoque de derechos y contemplen las particularidades de cada territorio. Se requiere también de prácticas y respuestas intersectoriales, que atiendan a las complejidades y desigualdades sociales que atraviesan las vidas de las

personas, que determinan sus estados de salud, que queda manifiesto en su forma más aguda dentro del sistema sanitario, pero que demanda de respuestas que lo exceden. Cabe situar que se entiende a la intersectorialidad como un concepto polisémico que se refiere a relaciones entre sectores (lo público y lo privado), áreas de intervención (salud, educación, justicia, desarrollo social), y acciones de gestión y/o problemáticas que demandan abordajes transversales. En todos los casos se refiere a situaciones complejas que requieren que el territorio sea considerado como el marco que da origen a una acción multidimensional, integral, que se desarrolla en los espacios sociales cercanos a los destinatarios (19).

Actualmente, la provincia de Buenos Aires cuenta con un total de 178 (ciento setenta y ocho) dispositivos provinciales con base en la comunidad, distribuidos en las doce regiones sanitarias. Entre ellos, se ubican los Centros Provinciales de Atención en Salud Mental (CPA), las Unidades Residenciales, los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos (CCSM) y los Equipos Móviles de Enlace (20).

Para 2019 la red contaba con 125 dispositivos CPA o “centros de prevención de adicciones” destinados a población adulta. Estos efectores, a partir del año 2020, debieron llevar adelante una transformación en sus prácticas, hacia la integración del modelo de atención y su adecuación hacia dispositivos con base en la comunidad, y de este modo ampliaron su modalidad de atención tanto en las temáticas como en la población alcanzada, incluyendo la prevención y asistencia de la salud mental y los consumos problemáticos en la población adulta, como así también infancias y juventudes.

Por otra parte, los CCSM son dispositivos novedosos que se crean con un rol específico en la red a partir del año 2020, incluyendo desde su inicio la perspectiva de atención con base en la comunidad desde su proyecto institucional.

Entre diciembre de 2020 y diciembre de 2023 se

inauguraron un total de 19 (diecinueve) nuevos CCSM. Estos dispositivos promueven prácticas y respuestas intersectoriales, atendiendo a los determinantes sociales de la salud. Desde su propuesta implican el trabajo en redes institucionales, interdisciplinario e intersaberes, el reconocimiento de la participación comunitaria y la integración de los recursos. Orientados a la promoción, prevención, atención, cuentan con equipos interdisciplinarios y horarios extendidos de atención. Incluyen acciones de promoción y prevención de la salud, y talleres de inclusión socio-laboral, productivos, culturales y educativos. A tales fines los espacios de primera escucha, los talleres y la grupalidad se componen como líneas priorizadas de una lógica de trabajo que da lugar a un nuevo modo de vinculación con la comunidad.

Entonces, la propuesta de CCSM implica, desde su proyecto institucional y en su implementación:

- Promoción, prevención y atención de las problemáticas de salud mental y los consumos problemáticos, con base en la comunidad y centrada en las trayectoria y vida de las personas.

- Abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y grupales, con base en las redes comunitarias y sociales como aspecto clave en los efectos de salud y la continuidad de cuidados, que implica una concepción de la salud mental como un proceso complejo con atravesamientos sociales, culturales, económicos, biológicos y psicológicos.

- Rol específico en la red de salud mental provincial, orientado a la continuidad de cuidados, por su abordaje comunitario, tanto en los procesos de externación hospitalaria, para la detección de situaciones críticas, como en el sostenimiento de abordajes ambulatorios.

Por estos motivos es que se los considera dispositivos valorados para la transformación del modelo de atención, y la atención con continuidad de cuidado, y base en la comunidad (20).

Md

METODOLOGÍA

Nos hemos propuesto caracterizar las prácticas en salud mental en dispositivos con base en la comunidad, particularmente en CCSM públicos de la provincia de Buenos Aires, centrando nuestra mirada sobre los procesos de atención y la accesibilidad. De este modo se nos presenta un interrogante relativo a ¿cómo se garantiza la accesibilidad y se garantiza la continuidad de cuidados en los dispositivos provinciales de salud mental con base en la comunidad?

El diseño del estudio es de tipo cualitativo, observacional, no experimental, de naturaleza exploratoria- descriptiva,

de diseño transversal, con trabajo de campo (21-22).

Se tomó como unidad de análisis “las prácticas de atención y cuidado en salud mental, con base en la comunidad”. La unidad de observación han sido los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM). La muestra es de tipo intencional, no probabilística. Trabajamos tanto con fuentes primarias, a partir de entrevistas y observaciones en terreno, como con fuentes secundarias en el análisis de informes y crónicas elaboradas por los equipos de salud.

Los CCSM se seleccionaron de acuerdo con criterios que se valoraron como necesarios o convenientes según los fines que persigue la investigación. Se seleccionaron 6 (seis) dispositivos que cumplen con los criterios de ser dispositivos de atención con base de atención en la comunidad, de acuerdo con la información proporcionada por trabajadores del área del Ministerio de Salud, a cargo de la coordinación y funcionamiento de los CCSM, quienes también facilitaron el acercamiento a las instituciones. Estos centros se encuentran ubicados en la ciudad de Colón, La Plata, Luján, Mar del Plata, Ramos Mejía y Tigre. En esta oportunidad presentamos el análisis de entrevistas semi-estructuradas, realizada a 18 (dieciocho) trabajadores de salud (coordinadores y trabajadores profesionales y/o administrativos) de esos dispositivos. La selección de los participantes se sustentó en el criterio de que sean trabajadores activos de los CCSM seleccionados, a la vez que se incluyó un criterio de disponibilidad. De esta manera, los participantes fueron contactados a partir de muestreo por bola de nieve. La

cantidad de entrevistas fue determinada por el criterio de saturación.

Los ejes de la entrevista versaron sobre: 1. Caracterización del CCSM, 2. Caracterización de la población que asiste; 3. Prácticas que se realizan; 4. Existencia de redes y mesas intersectoriales; 5. Flexibilidad del dispositivo; 6. Accesibilidad; 7. Historización del dispositivo y relación con la comunidad.

La participación en el estudio por parte de los entrevistados fue voluntaria, anónima y confidencial. Se estableció un protocolo y un consentimiento informado escrito, ambos instrumentos aprobados por comité de ética institucional. A partir de considerar los resguardos éticos y el derecho de todos los actores de conocer la información relevada y sus usos, se realizó un intercambio permanente y revisión de los resultados de la investigación con los participantes.

Rs

RESULTADOS

¿Somos porque nos nombran? Desestigmatizar, legitimar las prácticas y la participación comunitaria

Los CCSM son un tipo de dispositivo que se presentó en la provincia a partir del año 2020. Muchos de los equipos que actualmente conforman los CCSM eran trabajadores de CPA, que realizaban abordajes comunitarios de la salud mental. Si bien la nominación se constituye como un acto inaugural, alude a espacios y modalidades de trabajo que se realizaban previamente de manera instituyente. Es decir, que estas nominaciones, en el marco del nuevo modelo de atención y de la transformación del modelo hacia dispositivos con base en la comunidad, otorgan reconocimiento y visibilidad a un conjunto de prácticas con historia, en muchos casos singulares y de resistencia, pero que, en este nuevo tiempo fundacional, pasan a ser referencia para la política pública, considerándolos un elemento clave en el cambio del modelo de atención.

Están los talleres que tenemos: los lunes por la mañana funciona el taller de reflexiones de la vida cotidiana, después a la tarde hay un taller de literatura y escritura creativa (La Plata, junio 2023).

Las tareas múltiples (...) no solamente el abordaje de los tratamientos desde las disciplinas formales, sino la posibilidad de otra cosa: que la persona venga a recrearse, a pasar el día, por ahí a compartir un almuerzo, por ahí a desayunar o a trabajar en los distintos talleres donde se abordan cuestiones sociales y culturales en donde se trabaja con el sujeto... En todos los ámbitos de su vida, más allá de la salud digo esto, como que trasciende a la salud mental (Ramos Mejía, junio 2023).

La apertura a la comunidad implica poner en tensión algunos fundamentos de las prácticas. A partir de este proceso el objetivo ya no es solo identificar y brindar asistencia a las personas que se encuentran atravesando un padecimiento, o a quienes llegan por derivación de otros actores, sino también a la comunidad en su totalidad, a aquellos que se encuentran en las inmediaciones del CCSM, a los vecinos que se enteran de la existencia del dispositivo o quienes por curiosidad se ponen en contacto. La apertura a la comunidad transforma el enfoque de los CCSM y lo terapéutico se convierte en un aspecto entre lo promocional y lo preventivo.

La verdad que la concurrencia es muy variada, tenemos mucha gente del barrio que no hacen tratamiento, y que vienen por los talleres, o que inician en los talleres y después piden algún otro espacio terapéutico y esto del barrio, de boca en boca (Ramos Mejía, octubre 2023).

Este cambio de nominación implica no solo un reconocimiento de un modo de hacer distintivo respecto al modelo previo, sino que permite una nueva referencialidad de parte de la comunidad, que se acerca a estos espacios de un modo más desprejuiciado: un Centro Comunitario es un espacio para el encuentro, los vínculos, para la promoción de la salud, entre otros sentidos que dan forma a este nuevo imaginario. A su vez, la concepción de Salud Mental opera sobre conmover los procesos de estigmatización que conducen en sus aspectos más extremos a la exclusión y que, en esta nueva manera de enunciar, convocan a otra mirada: se troca el estigma sobre la persona que padece, el loco, el adicto, por la de un sujeto de derechos, un actor de la comunidad, un participante, en donde el abordaje de la

salud mental incluye el abordaje de los consumos problemáticos y las adicciones, pero no exclusivamente; lo contiene, pero no lo determina.

Vos pensá que antes el CPA tenía atención exclusivamente para consumos problemáticos, claro, era para adicciones. Lo nombramos de esa manera y esto estigmatiza mucho, "el que va a eso es un adicto". Entonces pensamos en incluir una impronta más flexible, más recreativa, como "de un club" para que la gente entre (Tigre, septiembre 2023).

Yo trabajé en la Comunidad Terapéutica también, en donde muchos no creían que los consumos fueran parte de la salud mental. La apertura de nuevos ingresos permitió pensar servicios accesibles, humanizados (...). Era imposible generar algo de esta práctica sin la apoyatura de la gestión, y sin las formaciones de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara¹. Yo creo que eso ha beneficiado un montón, me parece que ya no queda tan difuso (Tigre, octubre 2023).

Somos lo que hacemos

La caracterización de los CCSM está dada por las prácticas. Al indagar respecto a aquello que los diferentes participantes consideran que es un CCSM, en lugar de dar una definición conceptual, basada en propósitos u objetivos a alcanzar, nos cuentan lo que realizan en su cotidiano.

El tipo de prácticas que caracteriza a un CCSM tiene su fundamento en la comunidad. Se destaca, como particularidad de estos tipos de dispositivos, el contar con talleres, espacios grupales destinados a la promoción y prevención, y el dar lugar a un trabajo de acercamiento al territorio y a la comunidad, que excede y amplía los márgenes de lo asistencial.

Nosotros tenemos atención psicológica, atención terapéutica. En realidad, yo lo llamaría tratamientos porque hay una continuidad permanente con cada usuario. No es una guardia, un lugar donde alguien viene a que lo atiendan y se va, sino que hay un trato permanente con los usuarios y las usuarias y hay también un área de trabajo social. Creo que al ser Centro Comunitario rompe su umbral que tenía el centro de día, que era atención terapéutica, atención psicológica, psiquiátrica. Y lo que se propone también es ser un espacio de promoción y prevención de la salud (La Plata, junio 2023).

A decir de los entrevistados, se trata de espacios que ponen en tensión la lógica de consultorio y atención por demanda, a partir de construir una propuesta abierta, sobre temáticas de intereses varios, que exceden lo sanitario.

Esta modalidad de trabajo se entrama con una concepción de complejidad que es diferente a la de niveles de atención en salud. La propuesta de espacios grupales, de talleres, está basada en la concepción de continuidad de cuidados y en el requerimiento de niveles de apoyo para la vida en la comunidad. La salud mental entendida como un proceso requiere de un abordaje capaz de dar respuesta en las situaciones agudas, de urgencias, pero principalmente, de un abordaje que pueda ser capaz de acompañar la composición y recomposición de la trama social del sujeto, sus vínculos y referencias, para el sostenimiento y cuidado de la salud, en el transcurrir cotidiano. En este punto es que los CCSM componen un dispositivo novedoso y primordial en la red de salud mental: son lugares donde se crean condiciones de disponibilidad para el transcurrir de la vida.

Nosotros tenemos una particularidad: trabajamos con problemáticas graves, muy graves en realidad, el paciente que sale de una internación grave sigue su tratamiento acá. Generalmente nosotros no atendemos acá una crisis de ansiedad que es una complejidad más baja, que capaz necesite un psiquiatra, una consulta, pero que no necesita venir dos o tres veces por semana a un taller (Ramos Mejía, octubre 2023).

Pienso también en lo que pasa en los hospitales generales con las internaciones, que nosotros podamos pensarnos en distintas complejidades tiene que ver con poder pensar alguna circularidad. Que nosotros podemos estar para un momento de la vida de una persona, ¿no?, y acompañar la construcción de otras redes y vínculos, ser un apoyo en un momento crítico en relación al padecimiento (Tigre, septiembre 2023).

Las mesas institucionales: integración y reorganización de recursos

En las diferentes entrevistas se resaltan aspectos relacionados a la construcción y constitución de redes entre diferentes dispositivos/organismos/sectores, con el objetivo de lograr un abordaje integral y situacional de cada usuario/a, de los circuitos de acompañamiento que se requieran y la cercanía al domicilio.

Diversos ejemplos dan cuenta de que se trabaja desde un enfoque de salud integral y en red. De esta manera, cuando una persona acude por alguna problemática, se piensa no solo en lo que se tiene para ofrecer desde el centro sino también en las instituciones y dispositivos que hay en la zona.

En este sentido, si bien las redes institucionales se sostienen, también hay otra lógica que implica la construcción de redes específicas para cada caso, es decir, una red situacional. Y es que, dependiendo de la problemática, una situación puede resolverse con las instituciones que participan de las redes existentes y están

¹ La Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires brinda espacios de capacitación a distancia, libre y gratuita en temáticas de salud, entre ellas la Diplomatura de políticas públicas en salud mental.

a mano, o deben buscarse nuevas instituciones o dispositivos.

Para vencer las barreras que imposibilitan la accesibilidad, que generan efectos expulsivos y profundizan desigualdades en materia de derechos, se propone el funcionamiento de la lógica de continuidad de cuidados. Garantizar el acceso de la comunidad a modelos de atención sanitarios y no sanitarios no debe quedar reducido a un solo momento en particular o a un dispositivo o único sector. La cercanía de los efectores a los domicilios y la articulación con diferentes niveles de gobierno y jurisdicciones forman parte de estas estrategias de red que son fundamentales para el sostenimiento de abordajes con base comunitaria. De este modo, el concepto se materializa y hace a la dimensión de la noción de accesibilidad.

Articulamos mucho con el programa de adicciones. Cuando nosotros atendemos al varón que tiene una problemática de consumo y viene su pareja con una pregunta de consumo, ahí articulamos con el programa de adicciones que es el programa del municipio (Tigre, septiembre 2023).

En muchos de los relatos aportados por los entrevistados existe un punto en común: enlaces para generar mayor cercanía en la atención, y el abordaje interinstitucional. Esta interacción entre diferentes actores está facilitada en los casos en los que se participa de Mesas locales, que pueden ser de salud mental, o intersectoriales. En ellas se trabaja sobre situaciones complejas, y se coordinan actividades en común.

Esa es una mesa local en la que participan organizaciones gubernamentales y no gubernamentales del barrio: escuela, jardines, centros comunitarios, polideportivos, la delegación del municipio, y nosotros que coordinamos el temario (Tigre, septiembre 2023).

Vamos a las reuniones de redes. Estamos armando una jornada de salud en el centro comunitario. Después, por ejemplo, con el hospital, que están rotando los residentes, nos han convocado también para que coordinemos algunos espacios de formación, entonces ahí también empezamos a tener otro tipo de tratos y de vínculos. Se está armando otra cosa, en general intentamos armar acciones conjuntas (Mar del Plata, julio 2023).

Primera escucha, acompañamiento y ampliación del horario de atención: el final de la admisión y las listas de espera

Un aspecto distintivo de los CCSM es que no trabajan con la lógica de las “listas de espera” o de los dispositivos de admisión. En este sentido, se modifica la dinámica imperante en los modelos previos de atención en salud mental en los que se trabajaba con la inscripción de la

persona que consultaba en una lista de espera para un turno que permitiera una primera entrevista con un profesional:

Es una de las grandes barreras, ¿no?, la de accesibilidad administrativa. Como en muchos lugares, y esto sucede en otras instituciones, donde tienen y se manejan con listas de espera terribles (Ramos Mejía, octubre 2023).

Se proponen, entonces, dispositivos de “primera escucha” y de acompañamiento. La primera escucha consiste en estar disponible para recibir la consulta espontánea a través de una escucha atenta, a fin de identificar la urgencia o prioridad de la situación y, a grandes rasgos, el carácter que requiere la intervención y orientarla hacia una atención, que puede implicar un primer tiempo de acompañamiento. De este modo, se pretende despejar y priorizar entre lo que requiere una respuesta inmediata y lo que no, lo que requiere de un tratamiento, de una orientación y/o acompañamiento. Del mismo modo, se determina quiénes deben acceder a una articulación por parte de una red, quiénes deben recurrir a un espacio de atención en otra institución, quiénes a talleres grupales, entre otros espacios.

Nosotros no tenemos lista de espera porque cuando viene alguien a consultar, lo escuchamos. Bueno, a ver ¿qué necesita? ¿alguien lo referenció? ¿por qué viene? Porque muchas veces uno puede evacuar la cosa ahí en una primera escucha, escuchando a la persona que por ahí viene... que nos pasa mucho (...). Que tenemos mucha recepción de usuarios, que están judicializados, no por violencia de género o lo que sea, y en el oficio que por ahí le mandan dice presentarse en el CPA viernes de 9 a 15, en lugar de otros efectores que dan turnos solo el primer lunes de cada mes a las 6 am (Ramos Mejía, octubre 2023).

Resulta necesario pensar que es un proceso que comienza en la demanda inicial, en la primera escucha, en el primer contacto, en el primer acercamiento al dispositivo; que continúa con el abordaje necesario para cada situación en particular y finaliza con la construcción de las redes necesarias que garanticen el andamiaje por el sistema sanitario.

Talleres culturales, productivos, educativos, recreativos, como un nuevo modo de vinculación con la comunidad; construcción de apoyos para la complejidad

Cuando comenzó el proceso de transformación hacia los nuevos CCSM, resultó necesario repensar y caracterizar el tipo de población que recurría a estos dispositivos y cómo se concretaba su recepción, tomando en cuenta la apertura a la comunidad y la constitución de las redes con otros dispositivos/organismos/sectores. En esta dirección apunta la variedad de talleres, que tienen como propósito generar espacios y dinámicas de inclusión de los/as usuarios/as en la comunidad, y de la comunidad con el dispositivo. De esta

manera, se desarrollan talleres deportivos, culturales, recreativos, educativos, laborales y socio-productivos.

Llegan las personas a realizar prácticas, consultas, talleres o encuentros en el CPA. Llegan por demanda espontánea, llegaron porque son vecinos, o porque vieron el cartel del taller de literatura. Llegan por el juzgado, derivados de otros municipios (Ramos Mejía, octubre 2023).

Nosotros tenemos actividades como yoga que, por ejemplo, está abierta a la comunidad. Entonces, la comunidad empezó a comprender y a conocer qué era un Centro (...). Por supuesto, hay todo un tema con romper los estigmas, los estereotipos, la discriminación. En ese sentido, el Centro da la posibilidad de que esos estigmas se puedan romper desde lo práctico (Ramos Mejía, junio 2023).

A su vez, es posible identificar en los decires de los trabajadores entrevistados la diferencia entre un modo de atención tradicional, que presenta ciertas dificultades para el trabajo con la demanda espontánea, y el modo que se sostiene en el CCSM, el cual permite mayor acercamiento y otra disponibilidad para la conversación y la construcción de referencias.

En aquel entonces, los obstáculos de accesibilidad a los dispositivos de salud mental se reflejaban en la dificultad de los pibes en hacer uso de los espacios terapéuticos propiciados a través del uso de la palabra. En ese contexto, tuvo lugar la propuesta de hacer uso de las herramientas que propicia el cine comunitario y, a partir de ahí, comenzaron a construirse dispositivos que, bajo la modalidad taller, promueven la no reflexión crítica de lo que les pasa a los pibes (Mar del Plata, julio 2023).

Estas actividades abiertas, realizadas en modalidad de talleres abiertos en el interior de la institución, también pueden ser realizadas en otros espacios tales como clubes y plazas. Inclusive, en ocasiones, el CCSM es dispuesto como sede para talleres que son propuestas de otros sectores o jurisdicciones: cultura, desarrollo de la comunidad, como sede de FiNes² o de espacios deportivos.

Esto lo empezamos a hacer el año pasado como una primera experiencia. Este año vamos a hacer tres encuentros con la comunidad, usuarios y familias, que son talleres de reflexión que se dan desde el centro y en ese mismo ciclo, el Día de la Salud Mental va a haber para visibilizar los distintos tipos de abordaje que puede haber en salud mental y evitar el estigma que hayan relacionado con esta problemática (Ramos Mejía, junio 2023).

La grupalidad como espacio de vinculación o como espacio terapéutico

La grupalidad se constituye como una característica común entre los dispositivos analizados, que pueden tener objetivos diferentes. Se observa que la grupalidad está contenida en espacios de talleres, con la intención de constituir espacios vinculares, de inclusión socio-laboral, educativas, de encuentro y de primera escucha. Estos talleres grupales son coordinados por trabajadores del equipo que tienen un saber específico en la temática ofrecida, o en usuarios/as del sistema de salud, por ejemplo, en el caso de talleres productivos o culturales.

Está el grupo de orientación a familia, grupo terapéutico, hay un grupo terapéutico los días jueves. Bueno, varias propuestas, asistenciales y grupales (Ramos Mejía, octubre 2023).

Armamos un grupo de nuevas masculinidades, vemos resultados positivos, entonces nosotros tenemos muchos usuarios derivados por violencia de género (Tigre, septiembre 2023).

A decir de los entrevistados, lo grupal presenta aspectos novedosos, tanto para los participantes como para los equipos de salud que reconocen tener una formación con predominancia en los dispositivos de atención individual.

En este punto, algunos profesionales destacan la ruptura de una falsa dicotomía, que queda en evidencia en los CCSM: no se trata de lo individual, por un lado, y lo grupal, por el otro; la clínica, por un lado, y lo comunitario, por el otro. Tanto la clínica como lo grupal son propuestos como espacios terapéuticos, que contienen la singularidad y la exceden.

Nos formamos. No hay muchas herramientas de lo grupal y la tendencia general de la salud mental sigue siendo un poco lo individual (...). Un CCSM hace un abordaje de la comunidad con los actores y la interacciones que eso necesita y nosotros abordamos eso con una lectura clínica. Pensamos la singularidad en lo comunitario, la lectura clínica con lo social, lo comunitario. Cuando vine tuve esa intención y me encontré con un equipo que estaba en la misma: pensar en el sujeto en la comunidad, las intervenciones comunitarias, pero con una lectura clínica (Tigre, octubre 2023).

También la demanda se orienta muchas veces por “lo individual”, considerado como un espacio privilegiado por sobre lo grupal. Este pedido suele estar basado en ideas previas, tradicionales, respecto a lo que es un tratamiento terapéutico. Una vez que la persona se incorpora a grupos este imaginario se conmueve y se modifica la valoración al

² El Programa Fines (Finalización de Estudios Primarios y Secundarios) es una política pública educativa, nacional, que desde el 2008, brinda la oportunidad a personas mayores de 18 años de completar sus estudios primarios y secundarios de forma gratuita.

respecto. Asimismo, los y las profesionales explican que hay una demanda de lo conocido y del hacer individual tanto de parte de las personas que asisten, como de los profesionales que tienen esa tendencia en su formación.

Ds y Cn

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los Centros Comunitarios de Salud Mental son dispositivos con base en la comunidad, a partir de los cuales se generan acciones con el propósito de identificar, proporcionar, preservar y fortalecer los apoyos necesarios para cada persona, y dar respuesta a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de acuerdo con sus habilidades e intereses. Entre los resultados, también se da cuenta de los propósitos que buscan estos dispositivos y las prácticas que realizan para tales fines:

- a) Promover el enlace comunitario a través de actividades culturales y recreativas que propicien espacios y prácticas destinadas a la promoción de la salud.
- b) Garantizar la apertura comunitaria del dispositivo, favoreciendo así la inclusión social.
- c) Promover la articulación intersectorial e interinstitucional con diferentes actores con el fin de consolidar la red de Salud Mental.
- d) Elaborar planes personalizados para la atención y la inclusión social de las personas y sus referentes vinculares.
- e) Promover apoyos para la inclusión laboral, educacional, alfabetización, habitacional, organización y realización de actividades significativas para cada persona, apoyos para la atención integral de la salud, para el acceso a la cultura, al arte y a la recreación.
- f) Implementar los apoyos socio-sanitarios necesarios para cada persona en articulación con los otros efectores de la Red Provincial en Salud Mental y Consumos Problemáticos con base en la Comunidad intervinientes y con los actores de la comunidad que resulten pertinentes.
- g) Aunque los consumos problemáticos son abordados por los equipos, observamos que estos aparecen diluidos frente a la dimensión salud mental, lo que puede debilitar el enfoque integral que se propone. Consideramos necesario profundizar en esta noción, ya que no se trata de dicotomías, y su abordaje requiere desplegar un conjunto de acciones específicas dentro de la red.
- h) Los abordajes grupales se presentan principalmente en la modalidad de talleres. Al respecto resulta llamativo que esta herramienta es presentada como un aspecto novedoso en las prácticas de los equipos, y valorado por su propuesta que permite un mayor acercamiento entre la comunidad y la respuesta

sanitaria, sin embargo, no se amplía sobre la producción de la trama vincular que allí se despliega y los posibles efectos terapéuticos que posibilitan.

A partir de la investigación realizada, podemos decir que en la provincia de Buenos Aires la transformación del modelo de atención implica cambios tanto en lo que respecta a la adecuación de los neuropsiquiátricos como a la ampliación de la atención en los hospitales generales y dispositivos de atención con base en la comunidad.

A lo largo del desarrollo de las entrevistas y como denominador en común entre todos los participantes de dicha investigación se extrae también la conclusión acerca del aspecto favorecedor y enriquecedor, a fines prácticos, concretos y simbólicos, de la transformación hacia los CCSM. En clave de accesibilidad, la apertura y reapertura de dispositivos con estas características dan cuenta del aspecto integral en sus prácticas hacia la comunidad. Consideramos que estamos en condiciones de afirmar que la flexibilidad en las prácticas, en los nuevos modos y lógicas de atención, la expansión de la comunidad y la consolidación de las múltiples redes, promueven la accesibilidad y trascienden las barreras materiales y simbólicas dentro del territorio y la comunidad.

Por último, consideramos que, en siguientes investigaciones, sería necesario profundizar en las limitaciones o desafíos encontrados en la implementación del modelo (p. ej. resistencias institucionales, tensiones internas, problemas de sostenibilidad). A su vez, sería deseable explorar particularmente en las redes y su complejidad, en vinculación con prácticas que se efectúan en el marco de la red provincial de salud mental, entre los diferentes tipos de efectores que integran el sistema sanitario.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zaldúa G, Bottinelli M, Lodieu MT, Tisera A, Gaillard P, Pawlowicz MP et al. Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias. En: Zaldúa G. Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas. Buenos Aires: Eudeba; 2010.
2. Belló Mariana, Becerril-Montekio Víctor M. Sistema de salud de Argentina. Salud pública Méx [Internet]. 2011 Ene [Acceso marzo 2025]; 53 (Supl 2): s96-s109. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es
3. Gollan D, Kreplak N, García E. La salud sí tiene precio. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2021.
4. Amarante P. Superar el Manicomio. Buenos Aires: Topia; 2009.
5. Bang C, Stolkner A, Corin C. Cuando la alegría entra al centro de salud: una experiencia de promoción de salud en Buenos Aires. Interface-Comunicacao, Saúde, Educacao. 2016;20(57):463-73.
6. Cohen H, Natella G. La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013.
7. De Lellis M. El movimiento de la salud mental: una aproximación histórica y crítica [Internet]. Buenos Aires: Facultad de Psicología; 2017. [Acceso feb. 2025]. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/sm_aprox_historica_critica.pdf
8. D'Petro. Políticas sociales en salud mental y transformaciones del Estado en Argentina (1945-1990). Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 2016;62(2):127-38.
9. Galende E. El pasado nos debe enseñar algo sobre el presente. Salud Colectiva. 2014; 10(2): 65-78.
10. Stolkner A. Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. Soberanía Sanitaria [Internet]. 2016. [Acceso feb. 2025]. Disponible en: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>
11. OPS. Estrategia y plan de acción sobre salud mental [Internet]. Washington D.C.: PAHO. 2009. [Acceso feb. 2025]. Disponible en: https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/salud_mental_final_web.pdf
12. Argentina. Poder Ejecutivo. Ley Nacional de Salud Mental N°26. 657 [Internet]. Infoleg; 2010. [Acceso feb. 2025]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
13. Pérez EA. Instituciones totales y producción de subjetividad. En: del Cueto AM, editor. Diagrama de psicodrama y grupos Cuadernos de bitácora II. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo; 2008. p. 147-54.
14. Argentina. Poder Ejecutivo. Decreto Reglamentario Ley Nacional de Salud Mental [Internet]. Infoleg; 2013 [Acceso feb. 2025]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>
15. Buenos Aires. Gobernación. Ley provincial 14580 [Internet]. La Plata: Gobernación; 2014 [Acceso feb. 2025]. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/ar-b/ley/2014/14580/11290>
16. Ardila- Gómez S, Hartfiel MI, Fernández MA, Ares Lavalle G, Borelli M, Stolkner A. El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. Salud Colectiva. 12(2): 265-78.
17. Rotelli F. Vivir sin manicomios. Buenos Aires: Topia; 2014.
18. Calmels J, Rey M. Plan Integral Provincial de Salud Mental [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2022. [Acceso julio 2024]. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PCIAL_SALUD_MENTAL_-2022_07_13.pdf
19. Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual Gestión y Política Pública. Centro de Investigación y Docencia Económicas, AC. 2014;23(1):5-46.
20. Calmels J. Presentación ante Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2023. [Acceso julio 2024]. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2023/03/Presentacion_Comite_DPD.pdf
21. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
22. Urbano CA, Yuni JA. Técnicas para investigar recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación. Córdoba: Brujas; 2006.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

D'Agostino A, González C, Maciel M, Pérez J, Salum et al. Red de dispositivos de salud mental con base en las comunidades: derecho a la salud, prácticas de atención y cuidados en la provincia de Buenos Aires. Salud Publica [Internet]. 2025 Oct [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

La inclusión de los antecedentes de violencia sexual en las estrategias terapéuticas de mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental: estudio exploratorio en hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires

The inclusion of histories of sexual violence in the therapeutic strategies for women and gender-diverse individuals hospitalized for mental health reasons: an exploratory study in psychiatric hospitals in the province of Buenos Aires

Au

Roxana Amendolaro 1, 2, 3 Lic. en Psicología. Especialista en Políticas Públicas y Justicia de Género
Nadia Percovich 1, 2, 3 Lic. en Psicología
Paola Alberti 4, 5 Lic. en Enfermería
Natalia Osella 2, 3 Lic. en Psicología, Magister en Salud Mental, Especialista en políticas públicas para la igualdad en América Latina y el Caribe

1 Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina
2 Hospital José A. Esteves, Temperley, Argentina
3 Universidad Nacional Arturo Jauretche, Florencio Varela, Argentina
4 Región Sanitaria VI, Lomas de Zamora, Argentina
5 Universidad Nacional de Avellaneda, Avellaneda, Argentina

roxana.amendolaro@gmail.com

Rs

RESUMEN

El enfoque de géneros y diversidad y el atravesamiento de discriminación y violencias por motivos de género (VMG), en particular violencias sexuales (VS), que padecen las mujeres y diversidades internadas, es aún materia en proceso en el campo de la salud mental. El objetivo general de la investigación fue indagar, a partir de entrevistas a equipos profesionales y lectura de registros clínicos, de qué manera los antecedentes de VS en mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental son incluidos en el diseño de las estrategias de intervención terapéutica en hospitales psiquiátricos de la provincia de Buenos Aires (PBA) desde la aprobación de la Ley Micaela (2018) hasta el presente.

Se trató de un estudio exploratorio-descriptivo con perspectiva cualitativa. La muestra fue no probabilística (intencional). Las fuentes de datos fueron primarias, las/os trabajadoras/es de los hospitales psiquiátricos. El instrumento de recolección fue una entrevista semiestructurada a informantes clave. Se recurrió como fuente secundaria a registros clínicos. Se llevaron a cabo 22 entrevistas y se revisaron 14 historias clínicas en profundidad. Se generaron conocimientos situados acerca del atravesamiento interseccional entre VS y salud mental que podrán complejizar la mirada sobre estas situaciones. Se prevé que los resultados constituyan un apoyo para fortalecer los protocolos de atención y políticas públicas desde un enfoque interseccional que se encuentra desarrollando la PBA.

Entre los resultados de la investigación se señalan obstáculos para consignar en las Historias de Salud Integral (HSI) los antecedentes de violencias y VS en particular. Esta información contribuirá a la implementación del registro de situaciones de violencias por razones de género y contra niños/as y adolescentes en las HSI. Se trata de una iniciativa propuesta por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, Dirección Provincial de Políticas Sanitarias de Cuidado para la erradicación de las violencias.

Palabras clave: Violencia Sexual; Violencia de Género; Servicios de Salud Mental; Marco Interseccional

Ab

ABSTRACT

The incorporation of a gender and diversity perspective, and the acknowledgment of discrimination and gender-based violence—particularly sexual violence—experienced by hospitalized women and gender-diverse individuals, remains a developing area in the field of mental health.

The general objective of the research was to explore, based on interviews with professional teams and the analysis of clinical records, how histories of sexual violence in women and gender-diverse individuals hospitalized for mental health issues are incorporated into the design of therapeutic intervention strategies in psychiatric hospitals of the Buenos Aires province, from the enactment of the Micaela Act (2018) to the present.

This was an exploratory-descriptive study with a qualitative perspective. The sample was non-probabilistic and purposive. Primary data sources included mental health professionals working in psychiatric hospitals, and data were collected through semi-structured interviews with key informants. Clinical records were used as a secondary source. A total of 22 interviews were conducted, and 14 clinical records were reviewed in depth. The study generated situated knowledge about the intersectional relationship between sexual violence and mental health, contributing to a more nuanced understanding of these situations. The findings are expected to support the strengthening of care protocols and public policies from an intersectional perspective currently being developed in the Buenos Aires province.

Among the research findings, obstacles were identified regarding the inclusion of histories of violence – sexual violence in particular – in the Comprehensive Health Records (CHR). This information is expected to support the implementation of a system for recording situations of gender-based violence and violence against children and adolescents within the CHR. This initiative was proposed by the Subsecretariat of Mental Health, Substance Use and Violence in the Public Health System of the province of Buenos Aires, through the Provincial Directorate of Care Health Policies for the Eradication of Violence

Keywords: Sexual Violences; Gender-Based Violence; Mental Health Services; Intersectional Framework

In

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el movimiento feminista instaló en la agenda pública la necesidad garantizar la asistencia y el acompañamiento integral a las personas que atraviesan situaciones de VMG, sin necesidad de institucionalización ni segregación de la comunidad y respetando la voluntad de las personas (1). Pese a la aprobación en 2009 de la Ley 26.485 (2) y la obligación a todas las personas que se desempeñan en la función pública en todos los niveles y jerarquías de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación, a capacitarse en la temática de género y violencia contra las mujeres, que impone la Ley Micaela (3) a partir de 2018¹, esta agenda aún está en proceso de implementación en el campo de la salud mental.

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) (4) cuenta con mayor grado de avance en nuestra provincia, a partir de la creación del Programa Buenos Aires Libre de Manicomios de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud (SSSMCPVAS) y la aprobación de los planes de adecuación de los cuatro hospitales psiquiátricos provinciales de gestión estatal, diseñados durante el año 2020. En este escenario, la investigación propone realizar aportes a este conjunto de políticas públicas, incidiendo en el abordaje de las VMG, y en particular de las VS, en el caso de las mujeres y diversidades con padecimientos mentales. Partimos de la hipótesis de que existe una relación entre VS y padecimientos mentales y que ésta no es aun suficientemente considerada en las evaluaciones que realizan los equipos de salud para la determinación de sus estrategias de intervención terapéutica. Tomar en cuenta la existencia de antecedentes de VS podría prevenir internaciones, re-internaciones y probables procesos de institucionalización y también contribuir a impulsar políticas que permitan crear condiciones para que las personas y grupos más afectados por las VMG puedan desarrollar proyectos de vida autónomos, no signados por las violencias.

Alrededor de 300 millones de mujeres en el mundo tienen discapacidades mentales o físicas (5). Las mujeres con discapacidad representan las tres cuartas partes de las personas con discapacidad en los países de ingresos bajos y medios, y comprenden el 10 por ciento de las mujeres a nivel mundial (5). La violencia doméstica es la principal causa de discapacidad en las mujeres entre 16 y 44 años a nivel mundial (5). En general, las mujeres con discapacidad que viven en contextos de pobreza y exclusión consideran que no son sujetas con derecho al cuidado ni al autocuidado (1).

La VS es una de las manifestaciones de la VMG. Este tipo de violencia vulnera la libertad y autonomía sexual de las

personas, su integridad física y psíquica. La Ley N° 26.485, sancionada en el año 2009, menciona la VS como uno de los tipos de violencia contra la mujer (3: art. 5). Las violaciones son las manifestaciones más extremas de las VS. La violación sexual es un evento crítico, traumático (7), que trae como consecuencia la pérdida del significado de la propia existencia, que se expresa en sentimientos de soledad, vacío, desconexión y falta de empatía; constante deseo de muerte y autoaniquilación.

La Ley Micaela impuso una obligación de capacitación en todas las personas que se desempeñan en el ámbito público de todas las jurisdicciones del país, generando un marco para continuar identificando las desigualdades de género y elaborar estrategias de erradicación. La perspectiva interseccional es una herramienta privilegiada que aborda múltiples discriminaciones y colabora con identificar el modo en el que conjuntos diferentes de identidades inciden sobre el acceso a derechos (7). El concepto de discriminación interseccional se basa en la premisa de que las mujeres y diversidades con discapacidad son un grupo heterogéneo, cuya identidad está atravesada por una multiplicidad de identidades, status y circunstancias. Se produce una situación de discriminación interseccional cuando diferentes motivos de discriminación interactúan entre sí en forma simultánea e inseparable. Así, la experiencia de una mujer con discapacidad psicosocial, institucionalizada en centros de internación de salud mental, en relación con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, será cualitativamente diferente a la de una mujer que no pasó por dicha institucionalización (1).

En el marco del proceso de transformación institucional que comenzó en 2019 en PBA e incluye a los 4 hospitales psiquiátricos públicos, se generaron espacios de escucha y formación sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. En este proceso, a partir de los dichos de las/os profesionales, se fue haciendo visible que los antecedentes de VMG ocurridos previamente a la internación, VS en particular, eran nombrados antecedentes de los padecimientos mentales que incidieron en las crisis y la necesidad de esas internaciones. Una frase que insistía en aparecer era: "La gran mayoría de las mujeres internadas habían sufrido alguna forma de violencia sexual previa a su internación".

Estudios recientes destacan el papel fundamental que pueden cumplir las investigaciones en el desarrollo de estrategias para abordar las VMG y proporcionar intervenciones especializadas para personas que atravesaron dichas situaciones. Según la OMS, 1 de cada 5

¹ En 2018 se aprobó la Ley Micaela N°27.499, que establece una capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres y diversidades para todas las personas que se desempeñan en la función pública. Asimismo, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y la Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres N° 26.485 (2009), podrían también haber favorecido la incorporación del enfoque de género en salud mental.

mujeres y 1 de cada 13 hombres declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia (8). Los estudios cualitativos que exploran los impactos emocionales de la VS de la pareja íntima en las mujeres son escasos (9). En este sentido, estudios realizados en otros lugares del mundo con mujeres y diversidades diagnosticadas con trastornos mentales severos, como Colombia (10), Estados Unidos (11) o India (12), destacan que la VS es un problema de salud pública y que haber atravesado situaciones de VS tiene una incidencia alta en el desarrollo de trastornos mentales graves, correlación que sería superior al 20 por ciento de los casos. La OMS también señala que una de cada cuatro personas en el mundo padece algún tipo de trastorno mental y entonces, ¿cuál es la incidencia de la violencia y de la VS en el modo en el que, como sociedad, producimos padecimientos mentales?

Es importante destacar que no existían en nuestro país estudios que indagaran sobre los antecedentes de VS en mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental; y si éstos eran incluidos en las estrategias de intervención terapéutica. Por ello, puede pensarse que el estudio propuesto implica una propuesta innovadora.

MM

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de un estudio exploratorio-descriptivo, por la no existencia de antecedentes locales en el tema y, a su vez, por la pretensión de caracterizar de qué manera se incluye esta problemática en hospitales monovalentes. Adoptamos una perspectiva cualitativa de investigación (14, 15) ya que este enfoque posibilita abordar la complejidad de los atravesamientos entre género, VS y padecimientos mentales.

Las fuentes de datos fueron primarias: las/os trabajadoras/es de los hospitales psiquiátricos de la provincia. El instrumento de recolección de datos fue una entrevista semiestructurada a informantes clave que combinó preguntas abiertas y cerradas. A su vez, se recurrió a fuentes secundarias a partir del relevamiento de registros clínicos.

Para seleccionar los equipos y profesionales se realizó una entrevista semi estructurada con autoridades de los 4 hospitales psiquiátricos de gestión estatal de la PBA. Las muestras fueron no probabilísticas (intencionales). Se privilegiaron los Servicios de Guardia, Admisión e Internación por considerarse que allí podría identificarse de qué manera los antecedentes de VS determinaron las estrategias de intervención terapéutica (necesidad de las

Objetivo general

Describir de qué manera los antecedentes de VS, en mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental, son incluidos en las estrategias de intervención terapéutica en hospitales neuropsiquiátricos de la provincia de Buenos Aires, desde 2018 y hasta el presente.

Objetivos específicos

1. Relevar antecedentes de VS que han padecido las mujeres y diversidades internadas;
2. Identificar de qué manera los antecedentes de VS intervienen en la determinación de la necesidad de las internaciones;
3. Describir las estrategias de intervención terapéutica² que se llevan a cabo con mujeres y diversidades que tienen antecedentes de VS;
4. Indagar si las estrategias de intervención terapéutica que implementan los equipos profesionales intervinientes incluyen acompañamientos especializados en VS.

internaciones y otras posibles intervenciones).

Se realizaron 22 entrevistas y se seleccionaron 14 historias clínicas (HC) para ser leídas completas y en profundidad. La muestra fue intencional y no representativa, a partir de casos referenciados durante las entrevistas, eligiendo al menos una HC por Hospital. Se focalizó la lectura completa y en profundidad de las HC del período posterior a la sanción de la Ley Micaela (2018) hasta el presente.

El análisis de datos se realizó manualmente a partir de categorías conceptuales revisadas por el equipo. La matriz de datos incorporó las variables: Componentes de la ficha de admisión (datos personales, motivo de consulta, diagnóstico, semiología psiquiátrica, pronóstico, datos filiarios, características de la red social de apoyo); Modo de nombrar las VS; Momento en el que se nombran las VS (en la admisión, poco después, mucho tiempo después); Modo en que se contempla la palabra de las mujeres y diversidades en las HC; Intervenciones de los equipos, no especializadas (medicalización, apoyo terapéutico sin perspectiva de género, internación sin criterio para ello) y especializadas (derivación a equipos de género, acompañamiento en procesos judiciales, entre otras).

² Por intervención terapéutica nos referimos a lo que Emerson Merhy define como “Hacer salud”, que involucra qué se produce y cómo es el trabajo diario de las/os profesionales de salud, ¿quiénes trabajan y cómo lo hacen, para qué, por qué, y para quienes trabajan? El autor señala que caracterizar cómo se estructuran los procesos de trabajo genera condiciones de posibilidad para modificar la forma de trabajar al interior de los servicios de salud, ya que se trata de una tarea colectiva del conjunto de lxs trabajadorxs, tomando como referencia clave el interés de las personas usuarias de los servicios (13)

Rs

RESULTADOS

A continuación, se señalan los principales resultados vinculados a los objetivos específicos del proyecto. Se suman algunos resultados que, aunque no previstos en los objetivos, resultan relevantes tanto por el posible aporte para generar protocolos de atención como para el diseño de políticas públicas en la materia.

En relación con el objetivo referido al relevamiento de antecedentes de violencias sexuales padecidas por las mujeres y diversidades internadas en los hospitales psiquiátricos, se destacó lo siguiente: De las personas entrevistadas, la mayoría dijo conocer personas internadas con antecedentes de VS acontecidas previo a la internación, lo que coincide con los dichos de profesionales que participaron de los espacios de formación de los que participó nuestro equipo previo a la investigación. Una de las personas entrevistadas señaló: “hay un montón de pacientes, creo que el 80 por ciento de las pacientes internadas han sufrido abuso. Sí, eso es claro (...) De pacientes que sufren de esquizofrenia, el 80% han sido abusadas” (Psicóloga, 52 años). Otra persona entrevistada mencionó que un 60% de personas que resultaron internadas tenían antecedentes de VS previo a la internación (Psicóloga, 48 años) y se le solicitó la fuente de dichos porcentajes, pero no pudo ser localizada.

Es importante resaltar que cuando las investigadoras solicitaron referencias de casos para la lectura de HC, sucedió que en algunos el antecedente de VS no estaba consignado o no aparecía como antecedente vinculado a los padecimientos mentales o figuraba nombrado de otro modo. Por ejemplo, en una HC se lo mencionaba como “recuerdo traumático” (Ma Br, 29 años).

Acerca del objetivo específico que esperaba identificar si los antecedentes de violencia formaron parte de los motivos que determinaron la necesidad de las internaciones, pudo relevarse en las HC que la información sobre posibles antecedentes de VS ocurridas previo a la internación no aparecía frecuentemente consignada. Lo que respondieron las personas entrevistadas es que no contaban con una directiva o protocolo institucional al respecto y que en el caso por caso surgían dudas y temores respecto a cómo consignar y dar cauce institucional a esa información. Se interrogaban cómo respetar el secreto profesional (dimensión clínica/legal), cómo compartir la información con el resto del equipo o con otras áreas institucionales que deberían intervenir (dimensión institucional) o cómo comunicar estos interrogantes a la persona que relató la situación de VS padecida (derecho a la información, consentimiento informado). Así, una trabajadora social (TS) (30 años) señaló: “En caso de abuso sexual por parte de un familiar, qué relatamos de esto en la

HC. El equipo es el primero que escucha la información, no se lo había dicho a nadie, ni siquiera lo sabía la madre. Tampoco hay líneas institucionales sobre qué registrar. (Prima) el secreto profesional frente a una persona que está diciendo que aún no se lo contó a nadie”³. Una abogada (54 años) entrevistada, subrayó que estos interrogantes se responden en el Art. 15 de la Ley de Derechos del Paciente (17), que establece que “registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes” [...] y que “todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas”.

Se observó que, aunque la información sobre las VS fuera conocida por el equipo e incluso hubiera sido incluida en las HC, no se lograba aún establecer una vinculación suficiente entre dichos antecedentes y los padecimientos en salud mental. Cuando los antecedentes de VS se consignaban en las HC, parecía que esto sucedía casi por descuido, incluso a riesgo de que el resto del equipo cuestionara a la/el profesional que había registrado los datos. O, como se dijo, aparecían menciones dichas de otro modo: “hecho traumático”, “recuerdo traumático”, “vivencias traumáticas en la infancia y adolescencia”. En una de las HC (Ba Ja, 26 años) se menciona en la entrevista de admisión “Ideación delirante de perjuicio de tinte paranoide y sexual hacia su familia que condiciona su afecto y conducta”. Sin embargo, no aparecía registro sobre cómo y acerca de cómo la ideación delirante condicionaba su afecto y conducta, qué afectos, qué conductas y si estos condicionamientos podrían haberse relacionado con indicadores sintomatológicos vinculados con antecedentes de VS. Asimismo se relataba: “Comenta que el delirio hace referencia principalmente a que habría sido abusada por muchas personas (familiares y otros), [el/la profesional] aclara que resulta un tanto inverosímil el modo en que suceden esos hechos y que sea “de todo el mundo”, por lo que no se consideró en ningún momento que pudiera haber existido algún episodio abusivo sobre la persona o sobre algún integrante de su familia, seguramente por tomar de manera literal el contenido delirante de la frase “muchas personas”, y de este modo coartando, como probable línea de intervención, involucrar a las áreas de género o, de evaluarse necesario, al sistema de justicia.

En al menos otras tres HC pudo relevarse que durante la entrevista inicial, previa a la internación, las personas

³ Esta entrevista fue realizada previamente a la presentación de la iniciativa de registro de situaciones de violencias por razones de género y contra niños/as y adolescentes en las Historias de Salud Integradas y de formalizada la inclusión. Herramientas prácticas de su implementación aparecen en el documento guía (16).

manifestaron haber sufrido abusos en la infancia, lo cual se consignó en la HC. Sin embargo, dicho antecedente no figuraba considerado para el diagnóstico ni para las estrategias de intervención subsiguientes. En una de las HC mencionadas (Ar Mu, 36 años) durante la entrevista de admisión se consignó que “está allí como un modo de represalia de su papá, viudo, que intentó tener acceso carnal con ella”. En otra HC se mencionaba que la persona había narrado “hechos traumáticos” de su pasado, pero no se los describía. Se consignaba que la persona “se siente una carga para los demás. Que define a su madre como inoperante. Del padre dice que desapareció a sus siete años, ‘me trajo al mundo y nada más’. Melancolizada. Se siente culpable de lo que ha pasado. Cada discusión la lleva a recordar el recuerdo traumático [que no se describe]. ‘A veces tengo los recuerdos en imágenes, otras los siento en el cuerpo’. Dice que, si dice que no, teme a las represalias. Relata a su padre el acontecimiento traumático. Piensa en la posibilidad de una denuncia y los costos subjetivos”. Luego de ocho meses un psiquiatra que intervino circunstancialmente, escribió en la HC la situación de VS y una psicóloga diferente de quien había intervenido inicialmente, consignó: “Abuso infantil perpetrado por hombre que se aloja con la familia”.

Esto converge con lo relevado en las entrevistas. Así, un profesional, frente a la pregunta sobre si ¿Estaban incluidos los antecedentes de VS en las HC o en otro registro formal? respondió “No de esa manera. Siempre están incluidos como siendo responsabilidad de la persona, delirio de la persona. De hecho, con una de las personas, presencié una situación de violencia con uno de los empleados e hice una nota a la Dirección para poder visibilizar la situación. Sentí que me había puesto en una situación de mayor vulnerabilidad como profesional. Lo que creo es que se patologiza el discurso de las personas... Trabajando en Guardias, trabaja tan bien el Modelo Médico Hegemónico... Es como que se da vuelta, dejan de tenerlo en cuenta, de valorarlo como algo real; es border, el discurso seguro que es este porque las borders son así. Muchas veces se toma como algo inventado, deja de tener relevancia. Termina siendo parte del diagnóstico” (TS, 38 años).

Sin embargo, apareció como una excepción que un profesional de guardia dijo que es importante conocer estos antecedentes para poder hacer diagnóstico diferencial con TEPT- Trastorno por Estrés Post Traumático (Psiquiatra, 64 años).

En lo que hace a los objetivos específicos vinculados a describir las estrategias de intervención terapéutica que implementaban los equipos profesionales intervinientes con las mujeres y diversidades internadas que poseían antecedentes de VS, distinguiendo entre intervenciones especializadas y no especializadas, pudo observarse que, con excepción de dos psiquiatras, el resto de las/os profesionales entrevistadas/os no había recibido capacitaciones en la detección de las VS.

Una de las preguntas se refería a la información con la que contaban los equipos sobre recursos en materia de géneros. Pudo observarse que los dispositivos propios de género,

aunque conocidos, no serían suficientemente tenidos en cuenta. Esto parecía agudizarse si la mención a la violencia era previa y muy anterior a la fecha de internación. No pudimos documentar que se incluyeran espacios terapéuticos especializados en VS aún cuando las personas mencionaron haber atravesado por situaciones de VS. Una de las entrevistadas dijo: “Creo que, si la persona hubiera tenido acceso antes, hacer un tratamiento psicológico antes, no hubiera caído acá, ...pasos previos de atención para prevenir” (Psicóloga, 52 años), haciendo referencia a que el tratamiento oportuno -y agregamos específico- podría evitar formas graves de padecimiento mental.

En una entrevista se mencionaba que debían tenerse en cuenta los antecedentes de VS para realizar las revinculaciones familiares y evitar ambientes donde se hubieran producido los abusos. Una psicóloga (52 años) planteaba evitar revinculaciones “si la persona que a lo mejor abusó de ella vive con la paciente, o es alguien que ve seguido, o es alguien del ambiente familiar, o es un amigo de la familia”. Contrariamente, en otra de las HC encontramos que, durante las primeras entrevistas, es la mujer internada quien señala a un familiar como abusador “R se hace pasar por mi tío, abusó de mí, me robó la casa, la pensión” (ST VE, 37 años). Estos dichos son retomados por una profesional que consigna en la HC: “Refiere haber sido abusada por su tío a los 12 años”. Sin embargo, con posterioridad, las intervenciones de revinculación familiar y parte del proceso de externación incluyeron a dicho familiar, llegando a proponer salidas terapéuticas con éste. Una pregunta realizada, que no era parte de los objetivos específicos, pero sirvió para dar cuenta de la relación entre perspectiva de género en los/las profesionales e inclusión de antecedentes de VS en diagnóstico y tratamiento, es la referida a capacitación en la temática. En las entrevistas se subrayó la fundamental importancia de las capacitaciones tanto para hacer visibles los antecedentes como su posible relación con los padecimientos mentales y la alternativa de ampliar el abanico de intervenciones hacia recursos institucionales en materia de VS, tanto desde lo asistencial como desde lo legal. La capacitación en la temática de géneros y diversidades y VMG, incluyendo VS, ha registrado avances significativos en los últimos años, sin embargo, se observaron importantes asimetrías por áreas y servicios y una casi inexistente capacitación en lo que hace al acompañamiento en VS.

Frente a la pregunta realizada durante las entrevistas: ¿En qué momento del proceso están en relación con la instalación formal de la temática?, se reitera la respuesta de que aún se encuentran en un momento inicial. En este sentido respondió una TS entrevistada en uno de los hospitales: “Diría inicial. Porque aún suceden cosas muy retrógradas. Llega una persona trans y todavía no se sabe qué hacer en el hospital. Se tiene que discutir cada vez. Hay un imaginario en torno a las posibles violaciones si se interna a un varón trans en la sala de hombres...” (TS, 30 años). “Sí, yo creo que fueron cambiando algunas cuestiones. Hay cosas que fueron no dando lo mismo dejarlas pasar. Pero tiene que ir acompañado de una decisión institucional, que recién ahora la estamos teniendo en este último tiempo” (TS, 28 años).

Ds

DISCUSIÓN

Como parte de las discusiones a retomar se considera importante dejar planteada la importancia de comenzar a establecer vinculaciones, como posibles determinaciones sociales de la salud y de la salud mental, entre las VMG, y en particular las VS, y los padecimientos mentales. La sensación de impotencia, vergüenza, miedo continuo a los varones; los diagnósticos de estrés postraumático, ansiedad, depresión, consumos problemáticos de sustancias, fibromialgia, disociaciones graves, entre otras manifestaciones que diferentes autores han observado en personas que pasaron por situaciones de violencias sexuales de manera crónica (6, 10), ¿podrían valorarse tomando en cuenta dichos antecedentes de violencia? Se propone incluirlos como parte de las probables líneas de intervención, involucrando a las áreas de género o, de evaluarse necesario, al sistema de justicia. Bentolila y Toporosi (18) resaltan que tanto los fenómenos disociativos como los de despersonalización, que dan cuenta de las alteraciones de la atención y la

conciencia, y se manifiestan en personas que atravesaron violencias sexuales de manera crónica, son confundidos muchas veces con síntomas psicóticos y tratados como tales cuando, en realidad, responden a defensas aprendidas frente a vivencias crónicas amenazantes.

En el campo de la salud mental, la consideración de las violencias ha sido focalizada en las violencias institucionales que fueron documentadas y denunciadas en diferentes investigaciones realizadas en lugares de internación desde el enfoque de Derechos Humanos (19). Otra línea que ha sido visibilizada fue la referida a derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de mujeres y diversidades internadas, y consumos problemáticos en mujeres embarazadas y puérperas (20 - 22) que, al mismo tiempo, ha funcionado como parte de la fundamentación para la creación del Programa Buenos Aires Libre de Manicomios en la provincia de Buenos Aires.

Cn

CONCLUSIÓN

Puede concluirse que una gran mayoría de las personas entrevistadas aún no cuenta con criterios suficientes para valorar los antecedentes de VMG y en particular de VS en personas internadas por motivos de salud mental. Nos encontramos frente a posibles delitos penales, con la consecuente necesidad de dar intervención a organismos especializados en materia de VMG y al sistema de justicia. Se observa un insuficiente conocimiento del Art. 119 del Código Penal, que fija la sanción establecida para quienes abusen sexualmente de una persona cuando ésta sea menor de 13 años o cuando medie violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder. Asimismo, se pudo relevar insuficiente información relativa a los plazos de prescripción de los delitos que involucran violencias sexuales que, luego de la última modificación de 2015, empiezan a correr cuando la víctima llega a la mayoría de edad y efectúa la denuncia (los dos requisitos). Entonces si la víctima decide denunciar a los 30 años en ese instante empezará a correr el plazo de la prescripción (23).

Sin embargo, debe destacarse una diferencia sustancial tanto en los registros como en las valoraciones diagnósticas y en el diseño de las intervenciones de trabajadoras/es sociales y psiquiatras. En este caso, a diferencia de psicólogas/os, sí registran rutinariamente la información vinculada a VS y la consideran en diagnósticos y estrategias de intervención. Se resalta la mención realizada por un psiquiatra referida a que conocer estos antecedentes permite hacer diagnóstico diferencial con TEPT- Trastorno por Estrés Post Traumático, lo que

coincide con la bibliografía referenciada. Pese a ello, continúa observándose que lo que podríamos nombrar como dirección de los acompañamientos e intervenciones parecería quedar en manos de psicólogos/as. Una TS entrevistada entiende que "ante situaciones que pueden requerir del abordaje con otras instituciones o cuestiones legales, el registro en HC quedaba como en pausa. Por resguardo de los profesionales". Por el contrario, en casos en que existe una VS durante la internación (como ocurre en uno de los casos) o inmediatamente anterior a la internación, allí sí se acompaña a realizar denuncias. Por lo general este tipo de intervenciones se realizan desde la disciplina del TS.

Respecto de la dificultad para acompañar las denuncias, deben tomarse en consideración los obstáculos institucionales que señala la abogada entrevistada, pero, por otro lado, creemos que también se visibiliza cierto tabú social respecto, por ejemplo, de la naturalización de la familia en la cultura occidental y lo que sucede cuando debemos ponerla en cuestión, en el caso de las VS intrafamiliares (24). Y cómo, tal vez, cierta matriz en los programas de formación de psicólogos/as y el modo de tratamiento que podría estarse dando a la noción singularidad podría operar como obstáculo para la inclusión de dispositivos especializados en materia de VS (25, 26).

Pudieron observarse diferencias generacionales en las valoraciones. Así, una psicóloga entrevistada con 18 años de antigüedad en el servicio y una TS con 3 años de antigüedad aportan perspectivas y experiencias diferentes

relativas a las intervenciones, lo que puede influir en sus enfoques y prácticas. Se podría inferir una posible relación entre la antigüedad en el servicio y la experiencia en la consideración de los antecedentes de VS en las intervenciones terapéuticas. Profesionales con menor antigüedad en el servicio, como la TS, podrían tener una menor experiencia, pero mayor sensibilidad en identificar y abordar estos antecedentes desde una perspectiva de géneros e interseccionalidad en comparación con profesionales con mayor antigüedad. La experiencia acumulada podría influir negativamente, por las representaciones sociales previas, en la capacidad para reconocer estos antecedentes en la atención de la salud mental de mujeres y diversidades.

Se destaca el modo en que muchas veces se nombra la categoría de riesgo cierto e inminente como justificación de la internación, sin describir operacionalmente de qué se trata dicho riesgo. Se lo nombra, pero no se especifica. Se propone considerar que estas valoraciones de riesgo no operacionalizadas podrían estar incluyendo antecedentes de VS.

Finalmente, se recomienda 1. realizar capacitaciones acerca de cómo se debe completar la HC conforme a la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529 (17) y sus características como documento público que involucra obligatoriedad, cronología, foliado y completud, así como su función de nexo causal entre lo sucedido y lo narrado con valor de prueba en un proceso judicial, civil o penal. Ello colaborará con la inclusión de registros de situaciones de VMG y contra niños/as y adolescentes en las Historias de Salud Integradas, iniciativa impulsada por la SSSMCPVAS; 2. Asimismo, elaborar protocolos para la inclusión de los antecedentes de VS en las HC y para la realización de las intervenciones en articulación con los dispositivos en materia de VMG y con el Sistema de Justicia.

AGRADECIMIENTOS

Alejandra Barcala, Ma. Pía Pawlowicz, Julieta Calmels, Pilar Tuculet, Carina Lavandeira, Carmen Cáceres, directoras, directores e integrantes de los equipos interdisciplinarios entrevistados de los hospitales psiquiátricos en los que realizamos el trabajo de campo.

A todas las mujeres en cuyas historias nos inspiramos para poder proponer alternativas de vida no signadas por las violencias.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aiello A, Amendolario R. Mujeres con discapacidad psicosocial institucionalizadas en Argentina: reconocimiento pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. *Salud Mental y Comunidad* [Internet]. 2019 Ago [acceso feb. 2025]; 6(6): 72-103. Disponible en: <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/revista/salud-mental-y-comunidad-nro-6>
2. Argentina. Ley 26.485. Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres [Internet]. Buenos Aires: Boletín Oficial; 2009 [citado 19 jun. 2025]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
3. Argentina. Ley 27.499. Capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado [Internet]. Buenos Aires: Boletín Oficial; 2019 [citado 19 jun. 2025]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318666/norma.htm>
4. Argentina. Ley 26.657. Derecho a la protección de la salud mental [Internet]. Buenos Aires: Boletín Oficial; 2010 [citado 19 junio 2025]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
5. Center for Reproductive Rights. Los derechos reproductivos en el sistema interamericano de derechos humanos [Internet]. UNAM; 2002 [citado 19 jun. 2025]. Disponible en: <https://catedra-laicidad.juridicas.unam.mx/sites/default/files/Losderechosreproductivos.pdf>
6. Riorda M, Bentolila S. Cualquiera tiene un plan hasta que te pegan en la cara: aprender de las crisis. Buenos Aires: Paidós; 2020.
7. AWID. Una revisión de modelos y estrategias alternativas para el desarrollo: contribución especial para el 12º Foro Internacional de AWID. Cuadernos de IdeA. 2012; 1.
8. UNICEF. Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: una guía para tomar acciones y proteger sus derechos [Internet]. Buenos Aires: UNICEF Argentina; 2016 [citado 19 jun. 2025]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf
9. Mazza M, Marano G, González del Castillo A, Chieffo D, Monti L, et al. Intimate partner violence: a loop of abuse, depression and victimization. *World J Psychiatry* [Internet]. 2021 Jun 19 [citado 19 jun. 2025];11(6):243-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8209536/>
10. Dallos Arenales M, Pinzón-Amado A, Barrera González C, Mujica Rojas J, Meneses Silva Y. Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2008 [citado 19 jun. 2025];37(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37n1/v37n1a05.pdf>
11. O'Hare T, Shen C, Sherrer M. Lifetime physical and sexual abuse and self-harm in women with severe mental illness. *Violence Against Women* [Internet]. 2015 [citado el 19 jun. 2025];21(1):49-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077801215622576>
12. Shruti N, Veena A, Geetha D. Prevalencia y correlatos clínicos de la violencia de pareja íntima (VPI) en mujeres con enfermedades mentales graves (SMI). *Asian J Psychiatry* [Internet]. 2013 [citado 19 jun. 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201820302422?via%3Dihub>
13. Franco TB, Merhy EE. Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud. 1a ed. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2023.
14. Vasilachis de Gialdino I, coord. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2009.
15. De Souza-Minayo M. Investigación Social: teoría, método, creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
16. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Guía práctica para el abordaje integral de situaciones de violencia por razones de género en personas adultas [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2024 [citado 19 jun. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludsinvioleacias/files/2024/06/Gu%C3%ADa-Pr%C3%A1ctica-para-el-Abordaje-Integral-de-Situaciones-de-Violencia-por-Razones-de-G%C3%A9nero-en-Personas-Adultas.pdf>
17. Argentina. Ley 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud [Internet]. Buenos Aires: Boletín Oficial; 2009 [citado 19 jun. 2025]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
18. Bentolila S, Toporosi S. Curso virtual: violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes. Módulo 2 - Clase 1: detección de los casos. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Plataforma Virtual de Salud; 2022.
19. Centro de Estudios Legales y Sociales, MDRI. Vidas arrasadas: la segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: Siglo XXI; 2008.
20. Centro de Estudios Legales y Sociales, Comisión por la Memoria, Movimiento por la Desmanicomialización en Romero. Informe conjunto: la situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero" [Internet]. Buenos Aires: CELS; 2017 [citado 19 jun. 2025]. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/11/2017-Mujeres-en-Melchor-Romero.pdf>
21. Yoma S, Buhlman S, Buriyovich J. Aún no estamos todas... a algunas no nos ven: las mujeres en los hospitales psiquiátricos. En: Pautassi L, coord. Género, justicia y políticas públicas. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni Editores; 2020.
22. Diez M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolario R, Barla JC et al. Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puerperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud Colect.* 2020; 16:67-8.
23. Argentina. Ley 27.206. Respeto a los tiempos de las víctimas. Modificación del Código Penal [Internet]. Buenos Aires: Boletín Oficial; 2015 [citado el 19 de junio de 2025]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/250000-254999/254759/norma.htm>
24. Calmels J, Méndez M. El incesto: un síntoma social. Una perspectiva interdisciplinaria. Buenos Aires: Biblos; 2007.
25. Amendolario R, Percovich N, Cáceres C. ¿Ellas se cuidan?: intersección entre géneros y salud mental de mujeres y diversidades internadas en centros de salud mental. *Rev Salud Ment Comunidad* [Internet]. 2023 [citado 19 jun. 2025];10(14). Disponible en: http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/documentos/smyc/14/2.%20Articulo_Roxana%20Amendolario,%20Nadia%20Percovich%20y%20Carmen%20Ca%C3%81ceres.pdf
26. Amendolario R, Percovich N, Cáceres C. Las históricas de Freud no mentían: violencias sexuales y salud mental. *Página12* [Internet]. 2024 jun 20 [citado 19 jun. 2025]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/745845-las-histicas-de-freud-no-mentian>



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Amendolario R, Percovich N, Osella N, Alberti P. La inclusión de los antecedentes de violencia sexual en las estrategias terapéuticas de mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental: estudio exploratorio en hospitales monovalentes de la Provincia de Buenos Aires. *Salud Publica* [Internet]. 2025 Sept [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

Beca de investigación en Salud Pública “Julieta Lanteri”

Significaciones sobre la salud mental en miembros de la comunidad LGBTIQ+ usuaries del programa “Lohana Berkins” del Hospital “San Roque” de Gonnet, Argentina, periodo 2023-2024

Meanings of mental health among members of the LGBTIQ+ community who are users of the "Lohana Berkins" Program at the "San Roque" Hospital in Gonnet, Argentina, during the 2023-2024 period

Au

Maximiliano Azcona

Doctor en Psicología ^{1,2}

Martín Beltramone

Licenciado en Psicología ^{2,3}

Sol Córdoba

Licenciada en Trabajo Social ⁴

Martín Zavala

Médico ⁴

¹ Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

² Universidad Nacional de La Plata, Argentina

³ Hospital Interzonal General de Agudos 'San Roque' de Gonnet, Argentina

⁴ Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”, Melchor Romero, Argentina

azonamaxi@gmail.com

Rs

RESUMEN

Se investigaron las percepciones sobre la salud mental entre miembros de la comunidad LGBTIQ+ que utilizaron el Programa 'Lohana Berkins' (PLB) del Hospital Interzonal General de Agudos 'San Roque' en Gonnet, La Plata. El objetivo fue relevar conocimientos prácticos, expectativas y narrativas sobre sus experiencias de atención en salud mental, identificando problemáticas prevalentes, modos de abordaje, barreras al acceso y redes de recursos. Utilizando el enfoque metodológico de la Investigación Cualitativa Consensual (CQR), se exploraron sistemáticamente las experiencias de los participantes, generando resultados confiables mediante un proceso cooperativo y auditado. Los resultados muestran que, aunque el PLB es valorado por su calidad y accesibilidad, persisten barreras en el acceso a la atención de salud mental e integral, tanto en el Hospital San Roque como en otros efectores de salud. Tales barreras incluyen la desinformación, la falta de seguimiento médico adecuado y el irrespeto a nombres y pronombres. El apoyo social y familiar durante el proceso de hormonización y otros tratamientos resultó crucial para el bienestar emocional y psicológico de los participantes. Estos hallazgos, co-producidos entre investigadores y usuaries, buscan fortalecer las redes de trabajo con la comunidad LGBTIQ+, promoviendo abordajes integrales de salud y entornos de atención más inclusivos y respetuosos de la diversidad sexo-genérica.

Palabras clave:

Minorías Sexuales y de Género; Salud Mental; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Servicios de Salud Mental.

Ab

ABSTRACT

The study explored perceptions of mental health among members of the LGBTIQ+ community who accessed the "Lohana Berkins" Program (LBP) at the San Roque General Hospital in Gonnet, La Plata. The objective was to gather practical knowledge, expectations, and narratives about their experiences in mental health care, identifying prevalent issues, approaches, access barriers, and resource networks. Using the Consensual Qualitative Research (CQR) methodology, participants' experiences were systematically analyzed, producing reliable findings through a collaborative and audited process. Results show that while the LBP is valued for its quality and accessibility, barriers to comprehensive mental health care persist, both at the San Roque Hospital and other healthcare facilities. These barriers include misinformation, inadequate medical follow-up, and disrespect for names and pronouns. Social and family support during hormone therapy and other treatments proved critical for the participants' emotional and psychological well-being. These findings, co-produced by researchers and users, aim to strengthen networks with the LGBTIQ+ community, promoting inclusive, comprehensive health approaches, and more respectful care environments that embrace sexual and gender diversity.

Keywords:

Sexual and Gender Minorities; Mental Health; Accessibility to Health Services; Mental Health Services.

In

INTRODUCCIÓN

A nivel global existe un imperativo de abordar las desigualdades sanitarias que se materializan en injusticias evitables. La salud mental de las personas transgénero viene siendo un tema de creciente interés en la investigación internacional, en el que convergen diferentes perspectivas y niveles de análisis sobre los desafíos y necesidades específicas que enfrenta esta población (1-6). Sin embargo, la mayoría de estos estudios se han realizado en contextos internacionales, dejando un vacío significativo en la comprensión de estas experiencias en nuestro contexto local y nacional. A pesar de los avances en el reconocimiento de los derechos y las necesidades de las personas LGBTIQ+ en Argentina, persiste una escasez de investigaciones que aborden integralmente la relación entre la transición de género, el sistema de salud, y el bienestar emocional desde una perspectiva local y contextualizada (7, 8).

En este estudio, buscamos dar un paso en la dirección de mejorar la base de conocimientos científicos relacionados a las inequidades que padecen las personas LGBTIQ+ en nuestros ámbitos sanitarios. Para lograrlo, indagamos sobre las barreras en el acceso a la atención plena y respetuosa, el impacto de los vínculos afectivos y las experiencias de autocuidado en personas con identidades sexogenéricas disidentes o diversas y que utilizan los servicios del Programa “Lohana Berkins” del Hospital Interzonal General de Agudos ‘San Roque’, en Gonnet (La Plata, Argentina). Nuestro objetivo es contribuir a la comprensión de cómo estos factores influyen en la salud mental de esta población en nuestro país, proporcionando evidencia que pueda guiar políticas públicas y prácticas clínicas más inclusivas y efectivas.

La Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) en Argentina promueve un enfoque interdisciplinario y participativo, contrario al modelo médico hegemónico que homogeniza las respuestas a las necesidades individuales y comunitarias (9). Incluir las perspectivas de los usuarios es fundamental para la participación activa en la planificación de acciones en salud, un elemento clave en la Atención Primaria de la Salud (APS) (10).

A pesar de los avances en el reconocimiento de los derechos de la comunidad LGBTIQ+ a nivel internacional y nacional, persisten obstáculos significativos para el pleno ejercicio de estos derechos. La Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT) y la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA) han documentado barreras significativas para acceder a los servicios de salud, evidenciando la necesidad de crear dispositivos exclusivos o mejorar el acceso a los dispositivos existentes.

El programa ‘Lohana Berkins’ (PLB) del Hospital ‘San Roque’ busca consolidarse como una política transversal para el abordaje integral de la salud de la población LGBTIQ+, trascendiendo la lógica de los consultorios amigables y coordinando equipos interdisciplinarios dedicados a la atención, capacitación, sensibilización e investigación. La presente comunicación recupera la experiencia de los usuarios del PLB, con el propósito de contribuir al desarrollo de una política integral de atención de la salud LGBTIQ+ informada por la investigación, que además priorice la participación activa de esta comunidad.

MM

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: se empleó un diseño transversal para captar datos en un momento específico y un enfoque exploratorio-descriptivo para comprender profundamente las experiencias de los participantes (11).

Participantes: la muestra estuvo compuesta por seis miembros de la comunidad LGBTIQ+ usuarios del PLB, seleccionados de manera intencional y no probabilística. La edad de los participantes tuvo una media de 34.33 años con un desvío estándar de 7.02 años. Tres de los participantes provenían del interior del país y tres del conurbano (ver Tabla 1).

Instrumento: se diseñó un guion de entrevista semiestructurada para la recolección de datos, adaptado específicamente para explorar las percepciones y experiencias relacionadas con la salud mental y la atención ofrecida por el PLB. Este instrumento se desarrolló paso a paso, con aportes constantes del equipo de investigación para asegurar que las preguntas fueran completas y pertinentes.

Procedimiento: el contacto inicial con los participantes se realizó a través de redes sociales institucionales del PLB. Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo de

manera individual, facilitando un ambiente propicio para la expresión abierta de experiencias personales. Tódes les investigadores participaron en la aplicación de las entrevistas, asegurando una cobertura equitativa y la diversidad de perspectivas en la recolección de datos.

Análisis de los datos: se empleó el método de Investigación Cualitativa Consensual (CQR), desarrollado por C. Hill en colaboración con B. Thompson y E. Nutt-Williams en la década de 1990. El CQR es una herramienta frecuentemente utilizada en la investigación psicológica (12) y que utiliza dominios, ideas nucleares y categorías como estructura de análisis. Los dominios representan áreas temáticas generales que guían la organización de los datos, mientras que las ideas nucleares son expresiones que sintetizan las declaraciones de los participantes capturando su significado principal. Por su parte, las categorías son herramientas analíticas que permiten un abordaje detallado y estructurado de los datos, ordenando y jerarquizando ideas nucleares (13). El proceso incluye

análisis repetitivos y discusiones entre los investigadores para asegurar la precisión y la interpretación fiel de las experiencias de los participantes. De este modo, el CQR facilitó la identificación de dominios temáticos, ideas nucleares y categorías emergentes mediante la cooperación entre un grupo primario de investigadores. De la auditoría del proceso se ocupó el director del proyecto, buscando mitigar sesgos y fortalecer la validez de los hallazgos.

Consideraciones éticas: El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación del HIGA ‘San Roque’, garantizando el cumplimiento de los principios éticos durante todas las etapas del proyecto. Se respetaron los derechos de les participantes, asegurando la confidencialidad de la información recabada y obteniendo el consentimiento informado de manera adecuada. Las prácticas éticas incluyeron la protección de la privacidad y la dignidad de les participantes, así como la transparencia en la recolección, análisis y presentación de los datos.

Tabla 1. Características de les participantes

Participante	Identidad autopercebida	Edad	Procedencia
E	Masculinidad trans	40	Interior del país
I	Feminidad trans	29	Conurbano
R	Masculinidad trans	23	Conurbano
A	Masculinidad trans	43	Conurbano
M	Persona no binaria	37	Interior del país
L	Feminidad trans	34	Interior del país

Fuente. Elaboración propia.

Rs

RESULTADOS

El análisis de las seis entrevistas arrojó cinco dominios con un total de veinte categorías, las cuales se detallan junto

con las frecuencias en la Tabla 2, conforme a las recomendaciones del CQR (14).

Tabla 2. Sistema de categorización

Dominio	Categoría	Frecuencia
1: Transición de género y vínculos	1: Descubrimiento y afirmación de la identidad de género.	5
	2: Apoyo y vínculos comunitarios	4
	3: Experiencias de rechazo social.	3
	4: Apoyo y vínculo familiares	4
	5: Experiencias de rechazo familiar	4
2: Sistema de Salud	6: Respeto y reconocimiento de la identidad en el sistema de salud	3
	7: Experiencias con profesionales de salud	2
	8: Discriminación y preparación mental para acudir al sistema de salud	3
	9: Preferencias y alternativas de atención en el sistema de salud	2
3: Hormonización	10: Inicio y proceso de hormonización.	2
	11: Factores de apoyo y barreras para la hormonización.	4
	12: Impacto emocional y psicológico de la hormonización.	5
	13: Necesidades y recomendaciones sobre la hormonización.	1
4: Salud Mental	14: Experiencias de tratamiento psicológico y salud mental.	4
	15: Percepciones y relaciones con profesionales de salud mental.	3
	16: Reflexiones y actitudes personales hacia la salud mental.	4
	17: Estrategias de afrontamiento y autocuidado.	3
	18: Perspectivas y creencias sobre tratamientos en salud mental.	4
5: Programa Lohana Berkins	19: Calidad y comparación de la atención.	4
	20: Accesibilidad y recomendaciones.	2

Fuente. Elaboración propia.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada dominio, enfatizando en las categorías que surgieron con una frecuencia general de 5-6 casos o una frecuencia típica de 3-4 casos. Utilizamos letras para referirnos a los participantes y citamos ideas nucleares representativas de cada categoría.

Dominio 1: Transición de género y vínculos

Categoría 1:

Descubrimiento y afirmación de la identidad de género. Los participantes relataron sus experiencias y procesos de descubrimiento y afirmación de su identidad de género, evidenciando la diversidad de caminos y tiempos en los que se han dado estos procesos. Aunque algunos participantes relataron experiencias infantiles en las que adoptaron expresiones de género discrepantes con el género asignado al nacer, todos situaron sus transiciones de género en la adultez: “Salí del clóset como persona trans cerca de los treinta años” (E); “A los veintisiete definí mi identidad de género como mujer trans” (I); “Elegí transicionar luego de los treinta años” (L); “A los cuarenta y tres años puedo hacer la transición de género porque hoy me siento acompañado por la gente que quiero que me acompañe” (A).

Categoría 2:

Apoyo y vínculos comunitarios. El apoyo de la comunidad LGBTQI+ fue crucial para los participantes en su proceso de descubrimiento y afirmación de la identidad de género. Este apoyo les brindó la fortaleza y la seguridad necesarias para afrontar los desafíos de la transición. Algunas ideas nucleares significativas incluyen: “Hice el cambio de DNI motivado por la invitación de una chica trans a que la acompañe a hacer su cambio” (E); “Mis compañeras de fútbol me apoyaron en la toma de decisiones respecto a la transición” (A); “Para hacer la transición, es necesario tener una vida con la mayor tranquilidad posible” (L).

Categoría 3:

Experiencias de rechazo social. Las experiencias de rechazo social, tanto en la infancia como en la adultez, fueron recurrentes en los relatos de los entrevistados. El rechazo social por la identidad de género impacta negativamente en la salud mental, generando sentimientos de soledad y marginación. Esto lleva al autoaislamiento como una forma de protección contra la revictimización, aunque a costa de limitar los recursos de ayuda disponibles. Algunas ideas nucleares significativas son: “Durante mi infancia me sentía solo y despreciado tanto en familia como en la escuela” (R); “Mantengo mi identidad trans en secreto en ciertos vínculos” (I).

Categoría 4:

Apoyo familiar y desafíos. El apoyo familiar fue mencionado como un factor crucial para la salud mental y el bienestar de los usuarios. Las experiencias varían ampliamente, desde familias que brindan un apoyo incondicional hasta aquellas que, a pesar de dificultades iniciales, logran crear un ambiente de aceptación y comprensión. La participación de familiares en el acompañamiento a consultas de salud mental y en actividades cotidianas es destacada como un elemento promotor de salud mental. Ideas nucleares elocuentes: “Mi madre me defiende cada vez que un agente de salud no respeta mis pronombres” (R); “Mi familia, a diferencia de la escuela, fue un contexto permeable a las manifestaciones de mi inconformidad con el género que me fue asignado al nacer” (M); “Durante la infancia, mis padres no me juzgaban por asumir roles de género no esperables” (A).

Categoría 5:

Experiencias de rechazo familiar. Las experiencias de rechazo familiar también fueron mencionadas, junto a su profundo impacto en la salud mental de los usuarios. El rechazo puede manifestarse de diversas formas, desde la patologización de la identidad de género hasta la violencia física y emocional. Tales experiencias son fuentes importantes de sufrimiento y a menudo conducen a la búsqueda de independencia o alejamiento del núcleo familiar. Ideas nucleares representativas: “La afirmación de mi identidad de género llevó a mi familia a creer que tenía una enfermedad mental” (I); “Mi abuela me reprendía violentamente por vestirme como varón y jugar al fútbol, pero a mí no me importaba y jamás dejé de hacerlo” (A); “La familia es una fuente de padecimiento mental, porque es la institución que primero nos recibe pero también la que primero nos rechaza” (E).

Dominio 2: Sistema de salud

Categoría 6:

Respeto y reconocimiento de la identidad en el sistema de salud. El respeto y reconocimiento de la identidad de género en el sistema de salud son aspectos cruciales para la comunidad LGBTQI+. Los entrevistados expresaron dificultades significativas para ser reconocidos por sus nombres y pronombres correctos, especialmente antes del cambio de DNI. Además, la falta de responsabilidad por parte de los agentes de salud en respetar la identidad de género fue un tema recurrente, y el trato recibido a menudo depende de la conformidad con las expectativas de género sociales. Ideas nucleares significativas: “Cuando el cambio de DNI no era una realidad tenía dificultades para lograr que los efectores de salud me llamaran por mis

nombres y pronombres correctos" (E); "La mayoría de los agentes de salud no reconocen su responsabilidad implicada en que nuestra identidad de género sea respetada (R); "El trato de los agentes de salud se facilita en la medida en que la imagen corporal de uno se acerca a la imagen de género ideal de la sociedad" (I).

Categoría 8:

Discriminación y preparación mental para acudir al sistema de salud. Les entrevistados relataron diversas experiencias de discriminación en el sistema de salud, que vuelven necesaria una preparación mental previa para afrontar posteriores consultas. Esta preparación mental permite mitigar el temor a ser juzgados, no reconocidos en su identidad de género y revictimizados. La postergación de la atención oportuna en salud mental es una consecuencia común debido a estos temores. Ejemplos representativos: "En la mayoría de los intercambios habituales mis pronombres no son respetados" (I); "Las experiencias de discriminación en el sistema de salud llevaron a que al día de hoy necesite hacer una preparación mental previa a cualquier consulta" (E); "Siento temor frente a la llegada de la fecha de una consulta hospitalaria donde podría encontrarme no reconocido en mi identidad" (R); "Antes de reconocermé transgénero no sentía este temor frente a las consultas (B).

Dominio 3: Hormonización

Categoría 11:

Factores de apoyo y barreras para la hormonización. Les entrevistados mencionaron varios factores de apoyo y barreras en su proceso de hormonización, destacando el rol crucial de la familia, amistades y pares. Sin embargo, también enfrentan obstáculos como la desinformación de los profesionales de salud y la necesidad de hormonarse sin seguimiento médico adecuado, una situación que era más habitual antes de la sanción de la ley de identidad de género debido a la falta de recomendaciones avaladas por instituciones nacionales oficiales. Ideas nucleares representativas: "Mi familia me apoya en el tránsito por las dificultades de mi tratamiento hormonal y antirretroviral" (L); "Previo a los avances en materia de derechos, tuve que hormonarme por mi cuenta, sin seguimiento médico" (E); "Un amigo trans me informó acerca de los detalles de los procedimientos médicos de transición" (A).

Categoría 12:

Impacto emocional y psicológico de la hormonización. La hormonización tiene un impacto profundo en el bienestar emocional y psicológico de los usuarios. Se menciona la necesidad de apoyo en salud mental

debido a la aparición de síntomas de depresión o disforia, así como la importancia de la psicoterapia para adaptarse a los cambios físicos y emocionales que conlleva el tratamiento hormonal. Ejemplos representativos: "Yo no soy trans porque quiero: yo no quiero hormonas, yo no quiero cirugía, más bien necesito hacerlo" (I); "Si no me la jugaba a iniciar la terapia hormonal, hubiera quedado al borde del suicidio" (E); "La hormonación me cambió mucho la manera de sentir y percibir emocionalmente, es como una adolescencia" (L).

Dominio 4: Salud mental

Categoría 15:

Percepciones y relaciones con profesionales de salud mental. Las percepciones y relaciones con profesionales de salud mental varían significativamente entre los entrevistados. Algunos mencionan experiencias positivas con profesionales capacitados en identidad de género, mientras que otros destacan la necesidad de un trato más cálido y empático. Ideas nucleares representativas: "El psiquiatra que me recibió cuando consulté enviada por mis padres supo distinguir entre su demanda de tratamiento y la mía" (I); "Me gustaría que el trato con el psiquiatra sea más cálido, es decir, que haya una meta distinta a sólo entregar pastillas" (R).

Categoría 16:

Reflexiones y actitudes personales hacia la salud mental. Les entrevistados reflexionaron sobre la importancia de mantener la salud mental y el valor de aceptar ser pacientes de un tratamiento en salud mental desde distintos ángulos. Ejemplos representativos: "Aceptar ser paciente de un tratamiento en salud mental es una muestra de autosuperación, para alcanzar la mejor versión de uno mismo" (I); "El malestar mental puede ser combatido con palabras de afirmación de parte del profesional y los referentes vinculares hacia el paciente" (R); "El psicólogo no brinda soluciones directas, sino que orienta en la búsqueda de soluciones" (A); "Creo que mantener la salud mental es un trabajo no remunerado" (E).

Categoría 17:

Estrategias de afrontamiento y autocuidado. Les entrevistados describieron diversas estrategias de afrontamiento y autocuidado para mantener su salud mental, como el ejercicio físico, la música, las artes marciales y el consumo de plantas medicinales. También expresaron preocupaciones sobre las consecuencias de modos de cuidado habituales, como el consumo de psicofármacos. Ideas nucleares destacadas: "La conexión con mis familiares, hacer música y artes marciales son formas de aportar a mi salud mental" (L); "Incluyo el

consumo de plantas medicinales entre mis hábitos para cuidar mi salud mental” (M); “Trato de cuidarme en base a una alimentación balanceada, no industrial, preparando la comida yo misma” (I); “Me preocupa la dependencia que genera la terapia con psicofármacos” (M).

Categoría 18:

Perspectivas y creencias sobre tratamientos en salud mental. Les entrevistados compartieron sus perspectivas y creencias sobre los tratamientos en salud mental, incluyendo comparaciones entre psicoterapia y pseudoterapias, y diferencias en los objetivos de trabajo entre psicólogos y psiquiatras. Ejemplos representativos: “Creo que la psicoterapia tradicional y la astrología están en el mismo nivel: son lenguajes para poner en palabras la experiencia interna” (M); “El psicólogo no puede cambiar la vida que te tocó vivir, sino ayudarte a verla de otra manera” (A); “El tratamiento con un profesional de formación psicoanalítica me permitió entender la raíz familiar de mi motivo de consulta” (I); “Hay una diferencia de objetivos de trabajo entre psicólogo y psiquiatra: con el

primero trabajos ansiedades y con el segundo la corporalidad” (E).

Dominio 5: Programa ‘Lohana Berkins’ (PLB)

Categoría 19:

Calidad y comparación de la atención. Les entrevistados destacaron la calidad de la atención recibida en el PLB, comparándola favorablemente con otras instituciones de salud. Se menciona una mayor contención y respeto hacia sus trayectorias y identidades. Ejemplos: “La atención que mis amigos y yo recibimos en el PLB marca una diferencia positiva respecto de la atención que recibíamos en el hospital de Ensenada” (E); “En el hospital la gente de las disidencias sentimos una contención que no está en otros lados” (R); “En el PLB me sentí respetada en todos los aspectos, a diferencia de otros efectores” (L).

Ds

DISCUSIÓN

Transición de género y vínculos

Nuestros hallazgos subrayan la variabilidad en los tiempos y procesos de transición de género, así como la importancia del apoyo comunitario y familiar en el bienestar mental y emocional de las personas transgénero; lo cual está en sintonía con lo reportado por Budge et al. (15), quienes identificaron que el apoyo social puede mitigar significativamente los problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión en esta población.

Asimismo, nuestros resultados resaltan que las experiencias de rechazo social y familiar tienen un impacto considerablemente negativo en la salud mental de les usuaries. Este hallazgo es consistente con literatura previa que muestra la relación entre altos niveles de discriminación y rechazo con problemas significativos de salud mental, subrayando la necesidad de que los dispositivos para personas LGBTIQ+ incluyan la dimensión social de la opresión entre sus categorías clínicas y procedimientos (16, 17). En ese sentido, la necesidad de contar con entornos sociales y familiares de apoyo, aceptación e inclusión para mejorar el bienestar de las personas transgénero, no solo favorece la afirmación de su identidad de género sino que también reduce los riesgos asociados con el rechazo y la discriminación, promoviendo una mejor salud mental y calidad de vida para esta población.

Sistema de salud

Nuestros resultados destacan las barreras significativas

que enfrentan las personas transgénero en el sistema de salud, como las dificultades para ser reconocidas por sus nombres y pronombres correctos, así como las experiencias de discriminación y trato inadecuado por parte de los profesionales de salud. Les participantes también enfatizaron la necesidad de una preparación mental previa a las consultas médicas debido a estas barreras. Estos hallazgos son compatibles con lo reportado por Town et al. (18), quienes subrayan el uso activo de herramientas de autogestión para combatir las situaciones donde les participantes refieren sentirse emocionalmente abrumados. Nuestros resultados coinciden con investigaciones previas que identificaron barreras similares, donde la falta de preparación y la discriminación se destacan como obstáculos principales (19-21). Todos estos hallazgos plantean la necesidad urgente de transformar el sistema de salud para que sea más receptivo a las necesidades específicas de la comunidad LGBTIQ+, eliminando las barreras discriminatorias y fomentando un entorno de cuidado verdaderamente inclusivo.

Hormonización

Nuestros resultados indican que el proceso de hormonización es crucial para muchas personas trans, impactando significativamente su bienestar emocional y psicológico. Sin embargo, les participantes informaron sobre barreras significativas para su realización y sostenimiento, como la desinformación y la

falta de seguimiento médico adecuado. Estas barreras resaltan la necesidad de mejorar tanto el acceso como la calidad de los servicios de salud para las personas trans. Investigaciones previas también han identificado la importancia de la hormonización y las barreras asociadas. Por ejemplo, Sperber et al. (22) y De Vries et al. (23) encontraron que el acceso limitado a la hormonización y la falta de conocimientos médicos adecuados pueden afectar negativamente la salud mental de las personas trans. Wesp y Deutsch (24) también destacan la necesidad de mejorar tanto el acceso como la calidad de los servicios de salud para las personas trans, subrayando la importancia de la formación continua y la sensibilización de los profesionales de salud. Además, estudios como el de Klein et al. (25) subrayan la relevancia del apoyo social y familiar durante el proceso de hormonización, sugiriendo que las intervenciones de salud deben adoptar un enfoque integral que considere el entorno social de los pacientes para ser más efectivas. En ese sentido, siguen siendo necesarias políticas de salud que incluyan programas de formación para profesionales y campañas de sensibilización dirigidas tanto a la comunidad sanitaria como al entorno social de las personas trans.

Salud mental

La salud mental es un aspecto central para les participantes, quienes valoran altamente el tratamiento psicológico y la psicoterapia como herramientas para la comprensión y aceptación de su identidad de género. Sin embargo, las percepciones y experiencias con los profesionales de salud mental varían, destacando la necesidad de un trato más empático y capacitado. Les entrevistades también mencionaron diversas estrategias de afrontamiento y autocuidado, lo que sugiere la importancia de enfoques integrales y personalizados en el tratamiento de la salud mental. Investigaciones previas respaldan estos hallazgos: se ha reportado que las personas transgénero que reciben apoyo psicológico adecuado experimentan una mejor salud mental y una mayor satisfacción con sus vidas, subrayando la relevancia de un cuidado integral y afirmativo (26, 27); Budge et al. (15) enfatizaron la importancia de la empatía y la formación específica en 'temas trans' para los profesionales de salud mental, señalando que la falta de estas cualidades puede llevar a experiencias negativas y a formas de retraumatización. Otras investigaciones han destacado la importancia de los enfoques afirmativos en la salud mental para reducir el estrés de las minorías y mejorar el bienestar general (28, 29). Estos estudios coinciden con nuestros datos al resaltar la necesidad de enfoques integrales y personalizados que consideren tanto el apoyo profesional como las estrategias de autocuidado.

Programa Lohana Berkins

El programa 'Lohana Berkins' ha sido altamente valorado por les participantes, quienes destacan la calidad y accesibilidad de la atención recibida. Las

recomendaciones de amistades y conocidos han influido positivamente en la decisión de asistir al PLB, lo que sugiere que este tipo de programas pueden beneficiarse enormemente del 'boca en boca' y de la construcción de una reputación basada en la calidad de la atención y el respeto hacia las identidades de sus usuaries. Investigaciones previas respaldan la importancia de programas específicos, señalando que el ofrecimiento de un ambiente despatologizante y seguro puede tener un impacto positivo significativo en la salud y bienestar de personas transgénero (30, 31).

Limitaciones del estudio y futuras investigaciones

Este estudio tiene algunas limitaciones que deben ser consideradas. La mayoría del grupo entrevistado se identifica con la sigla T del acrónimo LGBTIQ+. Además, todos les participantes expresan públicamente su identidad a pesar de la discriminación y refieren sólidos vínculos de apoyo y afirmación. En este sentido, los resultados pueden no representar completamente la diversidad de experiencias en salud mental dentro de la comunidad de la disidencia sexual y de género. Esperamos que estudios futuros incluyan una muestra más amplia y diversa para explorar si estos hallazgos son consistentes en diferentes contextos y regiones. La razón de los sesgos mencionados se debe, en primer lugar, a que la muestra se delimitó a usuaries del Programa 'Lohana Berkins', siendo la mayoría de su casuística personas transgénero, transexuales y travestis que buscan atención oportuna para acompañar procesos de modificación registral y corporal. En segundo lugar, la búsqueda de candidatas para la entrevista encontró severas dificultades, destacando en este punto un número importante de bajas de personas que ya habían confirmado su participación días antes de la entrevista. Asimismo, aunque se diseñó e implementó un cuestionario autoadministrado a ser distribuido vía on-line para todos les usuaries del PLB a fin de obtener datos cuantitativos, la baja cantidad de respuestas obtenidas hasta ahora ha limitado nuestra capacidad para culminar esta parte del estudio. Entendemos que ambos impedimentos son compatibles, en primer lugar, con el temor que las experiencias habituales de discriminación en el sector salud generan en les usuaries entrevistades; y en segundo lugar, con las dificultades encontradas por el personal del PLB para promover la implicación de les usuaries y sus redes vinculares en dispositivos externos a las consultas hospitalarias (ej.: espacios de asamblea, círculos de intervención artística, etc.).

Cs CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos en este estudio tienen importantes implicancias para la práctica clínica y la formulación de políticas sanitarias. En primer lugar, es crucial promover la formación y sensibilización de los profesionales de salud en temas de identidad de género y diversidad sexual. Esto no solo mejorará la calidad de la atención, sino que también contribuirá a reducir las experiencias de discriminación y rechazo en los entornos de salud. Además, es fundamental desarrollar programas de apoyo y recursos comunitarios que aborden las necesidades específicas de las personas LGBTQ+, incluyendo el apoyo durante la transición de género y la hormonización. El

Programa 'Lohana Berkins' parece ser un dispositivo altamente valorado por sus propios usuarios en la actualidad.

Esperamos que nuestro estudio ayude a visibilizar y dar prioridad a las problemáticas de salud mental LGBTQ+ en la agenda científica regional, y que contribuya al desarrollo de políticas y programas de salud pública orientados a reducir las disparidades que afectan a esta comunidad.

Fn FINANCIAMIENTO

Esta investigación fue financiada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través del Programa de Becas Julieta Lanteri otorgadas desde la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica de la Dirección Provincial de Escuela de Gobierno en Salud "Florencia Ferrara".

Las autoras y los autores no manifiestan conflictos de interés.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrizo Villalobos CC. Accesibilidad a los servicios de salud mental con perspectiva de diversidad de género. En el primer y segundo nivel de atención en la localidad de Alta Gracia. *Salud Pública*. 2016; 20(3):59-70.
2. Serón T, Catalán M. Identidad de Género y Salud Mental. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2021;59(3):234-47.
3. Francisco L, Bessa M, Rocha J. Ansiedade em minorias sexuais e de gênero: uma revisão integrativa. *J Bras Psiquiatr*. 2020;69(1):48-56.
- Moagi MM, van Der Wath AE, Jiyane PM, Rikhotso RS. Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: An integrated literature review. *Health SA Gesondheid*. 2021;26(1).
5. Pecheny M. Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGBT y lagunas de conocimiento: ¿qué sabemos y qué preguntamos? *Temas Psicol*. 2013; 21(3):961-72.
6. Valenzuela-Valenzuela A, Cartes-Velásquez R. Salud comunitaria, la experiencia de salud trans en el Servicio de Salud Talcahuano, Chile. *Psicoperspectivas*. 2020; 19(2):142-53.
7. Farji Neer A. Los/as profesionales de la salud frente a la Ley de Identidad de Género argentina. Tensiones entre el saber experto y el cuidado integral. *Physis*. 2018; 28(3):1-18.
8. Tajer D. Identidad de género y salud mental (Internet). Soberanía Sanitaria 2018 (acceso ago. 2024); 2(4). Disponible en: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/identidad-de-genero-y-salud-mental/>.
9. Stolkner A. Interdisciplina y salud mental. En: IX Jornadas Nacionales de salud mental; I Jornadas provinciales de psicología. Salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de Hoy. Posadas, Misiones; 2005.
10. Rovere M. Redes en el marco de la Estrategia de APS. En: Rovere M, editor. *Redes en salud. Los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Buenos Aires: El Ágora; 2006. p. 15-49.
11. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. *Metodología de la investigación*. 6ta ed. Ciudad de México: McGraw-Hill / Interamericana; 2014.
12. Juan S, Gómez Penedo JM, Etchebarne I, Roussos AJ. El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anu Investig*. 2011;18:47-56.
13. Hill C. *Consensual Qualitative Research. A Practical Resource for Investigating Social Science Phenomena*. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
14. Ladany N, Thompson BJ, Hill CE. Cross-analysis. En: Hill CE, editor. *Consensual Qualitative Research: A Practical Resource for Investigating Social Science Phenomena*. Washington, DC: American Psychological Association; 2012. p. 117-34.
15. Budge SL, Adelson JL, Howard KA. Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *J Consult Clin Psychol*. 2013; 81(3):545.
16. Grant JM, Mottet LA, Tanis JJ, Min D. *Transgender discrimination survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011. p. 2-7.
17. James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. *There portof the 2015 US transgender survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016.
18. Town R, Hayes D, Fonagy P, Stapley E. A qualitative investigation of LGBTQ+ young people's experiences and perceptions of self-managing their mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022; 31(9):1441-54.
19. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. "I don't think this is theoretical; this is our lives": how era sure impacts health care for transgender people. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009; 20(5):348-61.
20. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing un certainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Soc Sci Med*. 2013; 84:22-9.
21. Safer JD, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, et al. Barriers to health care for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016; 23(2):168-71.
22. Sperber J, Landers S, Lawrence S. Access to health care for transgendered persons: results of a need sassessment in Boston. *Int J Transgender*. 2005; 8(2-3):75-91.
23. De Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar EC, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and genderre assignment. *Pediatrics*. 2014; 134(4):696-704.
24. Wesp LM, Deutsch MB. Hormonal and surgical treatment options for transgender women and transfeminin spectrum persons. *Psychiatr Clin North Am*. 2017; 40(1):99-111.
25. Klein DA, Rafferty JR, Schvey NA. Puberty suppression in transgender and gender-diverse adolescents: timely care for optimal outcomes. *Transgend Health*. 2022; 7(3):185-8.

26. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013; 103(5):943-51.
27. McCullough R, Dispenza F, Parker LK, Viehl CJ, Chang CY, Murphy TM. The counseling experiences of transgender and gender nonconforming clients. *J Couns Dev*. 2017; 95(4):423-34.
28. Meyer IH. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2015;2(3):209.
29. Drescher J, Byne W. Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: summarizing what we know now and what we have yet to learn. *J Homosex*. 2012; 59(3):501-10.
30. Lev AI. *Transgender emergence: therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. New York: Routledge; 2013.
31. Aristegui I, Zalazar V, Radusky PD, Cardozo N. De la Psicopatología a la Diversidad: Salud Mental en Personas Trans Adultas. *Revista Perspectivas en Psicología*. 2020; 17(1):21-31.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Azcona M, Beltramone M, Córdoba S, Zavala M. Significaciones sobre la salud mental en miembros de la comunidad LGBTQ+ usuarios del programa “Lohana Berkins” del Hospital “San Roque” de Gonnet, Argentina, periodo 2023-2024. *Salud publica [Internet]*. 2025 [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

Aportes para la transformación de las prácticas en trayectos formativos en salud: estudio sobre la producción y reproducción de violencias en el sistema de residencias en la provincia de Buenos Aires, Argentina (período 2021-2022)

Contributions to the transformation of practices in healthcare training pathways: a study on the production and reproduction of violence in the residency system in the Buenos Aires province, Argentina (period 2021-2022)

Au

María Laura Lavarello

Licenciada en Psicología. Docente e investigadora universitaria **1**

Gilda Dabrowski

Licenciada en Trabajo Social **2**

Magalí Batiz

Estudiante de Licenciatura en Sociología **1**

Facundo Nahuel Bonfigli

Licenciado en Antropología **1**

María Soledad Hesayne

Licenciada en Trabajo Social **2**

1 Dirección Provincial de Políticas Sanitarias de Cuidado para la Erradicación de las Violencias, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina

2 Dirección de Formación y Educación Permanente, Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina

mllavarello2@gmail.com

Rs

RESUMEN

Se presentan resultados de un proyecto de investigación coordinado por la Dirección Provincial de Políticas Sanitarias de Cuidado para la Erradicación de las Violencias y la Dirección de Formación y Educación Permanente de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara sobre la producción y/o reproducción de violencias en el Sistema de Residencias Públicas de la Provincia de Buenos Aires (PBA) y las respuestas institucionales brindadas en pos del fortalecimiento de políticas públicas para su prevención y abordaje. El objetivo general es indagar cómo se configuran dichas violencias y las respuestas institucionales durante el período 10/2021-11/2022. Se realizaron entrevistas a informantes clave (IC=5) y una encuesta destinada al total de la población de residentes (N=1031). Los ejes de indagación fueron: características de las violencias que se producen/reproducen en los trayectos formativos; características de quiénes ejercen violencias; determinantes operantes en su producción/reproducción; consecuencias de atravesar situaciones de violencias; estrategias individuales, colectivas y/o institucionales frente a las violencias; y percepciones acerca de las violencias, en particular en el ámbito de la salud. Como resultado del análisis de los datos se evidenció la prevalencia de la problemática en las respuestas consignadas en primera persona sobre situaciones de violencias vivenciadas en los trayectos formativos de residencias médicas y no médicas. Asimismo, se arribó a un diagnóstico sobre las respuestas individuales, colectivas e institucionales que arrojó la necesidad de fortalecer las políticas de cuidado de la fuerza laboral en salud: un alto porcentaje de residentes no había informado las situaciones de violencias atravesadas, el grado de participación u organización colectiva era bajo y las/los participantes mayoritariamente desconocían las acciones y dispositivos desplegados por el Ministerio de Salud de PBA.

Palabras clave: Violencia; Internado y residencia; Argentina

Ab

ABSTRACT

This study presents the results of the research coordinated by the Provincial Directorate of Healthcare Policies for the Eradication of Violence, along with the Directorate of Training and Continuous Education at the Floreal Ferrara School of Health Governance, on the production and/or reproduction of violence in the Public Residency System of the Buenos Aires province (PBA). It also presents the responses provided by institutions to strengthen public policies for addressing and preventing violence. The general objective is to investigate how this violence is configured and the institutional responses during the period from 10/2021 to 11/2022. Interviews with key informants (KI=5) were conducted, as well as a survey aimed at the entire population of residents (N=1031). The lines of inquiry were characteristics of violence produced/reproduced in training pathways; characteristics of those who perpetrate violence; operative determinants in its production/reproduction; consequences of experiencing situation of violence; individual, collective and/or institutional strategies against violence; and perceptions of violence, particularly in the healthcare environment. As a result of the data analysis, the prevalence of the problem became evident in first-person responses describing situations of violence experienced during training in both medical and non-medical residencies. Besides, an assessment of individual, collective, and institutional responses showed the need for strengthening care policies for the healthcare workforce. A high percentage of residents had not reported the violent situations they experienced, the level of participation or collective organization was low, and most participants were unaware of the actions and mechanisms implemented by the Ministry of Health of Buenos Aires province.

Keywords: Violence; Internship and residency; Argentina

In

INTRODUCCIÓN

Situaciones abordadas por la Dirección Provincial de Políticas Sanitarias de Cuidado para la Erradicación de las Violencias (en adelante DPPSCEV) y la Dirección de Formación y Educación Permanente de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara (en adelante EGSFF), y antecedentes de investigación (1-5), permiten identificar formas específicas de producción y reproducción de violencias en el Sistema de Residencias¹ vinculadas al pensamiento hegemónico en salud² (6). Dichos antecedentes del campo de la intervención e investigación evidencian un alto grado de naturalización de las violencias que toman forma tanto solapada como explícita (7); así como constatan que las residencias médicas configuran un entorno hostil donde el maltrato es una práctica educativa legitimada (5). A ello se suma -con particular interés- la posibilidad de ampliar la mirada sobre la presencia de discriminaciones xenófobas y/o basadas en géneros subalternizados, dada la feminización de campos disciplinares tradicionalmente ocupados por varones y el aumento de residentes graduadas/os extranjeras/os (2, 3).

A partir de los enfoques de salud colectiva, perspectiva de

género e interseccionalidad y derechos humanos (6, 8-10) se organizó la investigación desde los siguientes supuestos: el ámbito de la salud pública no está exento de las violencias presentes en nuestra sociedad basadas en diferentes desigualdades sociales; y la posibilidad que las/os profesionales estén afectadas/os y/o sean quienes ejerzan violencias, condiciona la calidad de atención de los servicios de salud.

Por ello, y en pos del fortalecimiento de las políticas públicas creadas para el cuidado de la fuerza laboral en salud y la prevención y abordaje de las violencias, la DPPSCEV y la EGSFF impulsaron el proyecto de investigación³ que incluyó el acercamiento al campo de estudio mediante la realización de entrevistas a informantes clave y el diseño e implementación de una encuesta a residentes de la PBA (octubre 2021/ octubre 2022)⁴. El objetivo general del proyecto fue conocer cuáles son las condiciones de producción/reproducción de violencias en trayectos formativos de profesionales pertenecientes al sistema público de salud y las estrategias de prevención y/o abordaje según la mirada de actoras/es clave.

Md

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio de tipo cuali-cuantitativo, exploratorio-descriptivo, basado en el modelo de diseño flexible que permitió tomar decisiones -conforme se tomaba contacto con el campo de estudio- relativas a la selección, recolección y análisis de datos obtenidos (11). Con el objetivo de construir variables para el diseño de una encuesta, inicialmente se realizaron entrevistas en profundidad a informantes clave tomando como criterio de selección el incluir participantes con distintos roles y responsabilidades dentro del sistema de residencias.

Mediante la técnica de bola de nieve se consultó respecto a la caracterización de las violencias y las respuestas institucionales frente a las mismas a integrantes del nivel central -coordinadores, jefe de docencia, referentes disciplinares-, representantes gremiales y de organización de residentes (N=5). Posteriormente, se diseñó una encuesta, la cual fue destinada al total de la población de residentes del Sistema de Residencias Públicas de la PBA y su implementación estuvo comprendida entre el 25 de agosto y el 18 de octubre de 2022. La estructura del

¹ El Sistema de Residencias de la Provincia de Buenos Aires constituye una política sanitaria y una orientación estratégica que tiene como objetivo el desarrollo y formación de futura fuerza laboral requerida en la red de efectores del Sistema de Salud de la Provincia. Consiste en un sistema de formación de posgrado intensivo en servicio destinado a profesionales de diversas disciplinas y/o especialidades -recibidas/os y matriculadas/os- que integran el equipo de salud en todos sus niveles de atención. Se organiza a partir de: Programas curriculares de formación por especialidad, disciplina e interdisciplina que definen los contenidos que prescriben los trayectos formativos a certificar; y las directrices centrales para su implementación brindadas por un Reglamento que incluye -entre otros aspectos- escenarios de formación como el acompañamiento por profesionales de planta que supervisan el desarrollo de competencias en la práctica profesional y la retribución mensual que reciben las/os residentes (Asignación de Residencia). Al momento en que se realizó este estudio, el sistema de Residencias de la Provincia de Buenos Aires contaba con cupos para la formación de profesionales del equipo de salud de 56 especialidades/disciplinas básicas (médicas y no médicas) y el número total de residentes era de 4.985.

² La perspectiva latinoamericana de la Medicina Social y Salud Colectiva caracteriza al pensamiento hegemónico por estar centrado en la enfermedad y colocar a la salud como mercancía en los circuitos económicos de producción y acumulación de capital. Desde una concepción biologicista de los factores de riesgo se simplifica y niega el complejo entramado de determinantes sociales que configuran el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. De este modo, se despolitiza la relación entre políticas neoliberales, privatización de los sistemas de salud y la exclusión o barreras al acceso a la salud, como derecho humano y social fundamental a ser garantizado por el Estado. En la presencia de distintos modelos/pensamientos hegemónicos y contrahegemónicos en salud, se estudia la forma que toman las tensiones, conflictos, así como las violencias en el ámbito de las residencias.

³ Conformaron el equipo de investigación: María Laura Lavarello (Dir.), Magalí Batiz, Facundo Bonfigli, Ailen Ballesteros, Gilda Dabrowski, Soledad Hesayne, Andrea González, Noelia Rolando y Carlota D'Aloisio.

⁴ Estos resultados dieron base a su profundización en una etapa posterior del proyecto de investigación netamente cualitativa, donde se incluyeron entrevistas a residentes y otros actores clave del sistema de residencias (noviembre 2022/noviembre 2023).

instrumento contempló la inclusión de diversos ejes de análisis con sus respectivas categorías:

- **1.** Datos personales e institucionales (edad, género autopercebido, nacionalidad, dependencia de sede de residencia, tipo de establecimiento, año de residencia, servicio, profesión, especialidad).
- **2.** Caracterización de violencias transitadas en trayecto formativo por la propia persona o tercera conocida: tipo y modalidad (segregación/exclusión, psicológica, sexual, física, etc.); tipos de violencias específicas del ámbito (guardias castigo, descalificaciones, tareas que exceden la responsabilidad, rituales de iniciación, entre otras).
- **3.** Caracterización del/los/as agresor/es/as y del ámbito (jerarquías, género, individual o numeraria; en rotación, sede, entre otros).
- **4.** Percepción sobre los motivos de las violencias (género, origen/nacionalidad, religión, orientación sexual, origen socio-cultural-económico, corporalidad, disciplina, año de residencia y orientación político-ideológica).
- **5.** Comprensión/explicación de determinantes operantes en producción y reproducción de violencias en el sistema de residencias (cultura de las residencias, pensamiento hegemónico en salud, lógicas hospitalarias, formación disciplinar, condiciones laborales, escasez de recursos).
- **6.** Consecuencias y efectos sobre la salud del padecimiento de violencias (ausentismo, evitación de prácticas, pérdida de capacidades subjetivas-intelectuales, trastorno de sueño, consumos problemáticos, entre otros).
- **7.** Estrategias individuales, colectivas y/o respuestas

institucionales ante las violencias (decisiones de cambio de especialidad, renuncia y/o denuncia de la situación, participación en espacios de diálogo-acompañamiento-formativos-sensibilización sobre violencias, conocimiento de reglamentos, protocolos y dispositivos de actuación sobre violencias en salud).

- **8.** Encuesta de opinión donde se buscó medir -a partir de manifestarse “de acuerdo”, “medianamente de acuerdo” y “en desacuerdo” con ciertos enunciados-, las percepciones acerca de las violencias en términos generales y específicamente acerca de las violencias en el ámbito de la salud.

La encuesta -autoadministrada- fue enviada vía correo electrónico a la totalidad de profesionales de las residencias básicas; a través de la Plataforma Virtual Educativa (PEV) de la Escuela de Gobierno en Salud “Floreal Ferrara” a profesionales que se encontraban transitando trayectos de formación común en la misma; y mediante redes sociales de mensajería instantánea en grupos integrados por residentes. Las respuestas obtenidas fueron procesadas por el Equipo de Relevamiento e Investigación de la DPPSCEV mediante análisis de contenidos, garantizando el anonimato y confidencialidad. Se contó con la participación de 1.031 profesionales residentes pertenecientes a 56 especialidades de distintas disciplinas -médicas y no médicas-, que representaban, al momento de la implementación, el 20,6 % del total de la población de residentes de la PBA. El estudio contó, mediante consentimiento informado, con la participación y respaldo de las/os informantes clave (IC) y residentes encuestadas/os; y con la aprobación del Comité de Ética del Ministerio de Salud PBA.

Rs

RESULTADOS

Análisis de contenidos de las entrevistas a IC. “Siempre funciona así, así nos formamos”

De acuerdo con lo observado por este equipo de investigación en las entrevistas realizadas a las/os IC -como parte del acercamiento al campo de estudio y en pos de la construcción del instrumento encuesta- se identificaron la naturalización, producción y reproducción de violencias, asentadas en múltiples conjugaciones entre: estructura jerárquica del sistema, pensamiento hegemónico en salud y desigualdades sociales. Ubicaron el ejercicio de violencias por parte del personal de planta y figuras de autoridad de los hospitales, aunque también por las/os propias/os residentes. Vincularon las violencias por razones de género (VRG) a disciplinas tradicionalmente ocupadas por varones. Asociaron situaciones extremas a especialidades quirúrgicas, aunque señalaron que ocurrían en otras

también. Situaron el ejercicio de violencias como un problema inherente a quienes detentan poder en el sistema de salud público y privado. Identificaron violencias vinculadas a las condiciones en que se realiza la formación, donde se incumplen normativas.

Análisis de información obtenida en encuesta:

- Características sociodemográficas de las/os participantes

Las características sociodemográficas de las/os profesionales residentes participantes de la encuesta fueron, según género autopercebido consignado, 78% mujeres, 21,6% varones y el 0,4% identidades trans u otras identidades (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por género autopercebido (N: 1031)

Género autopercebido	Números absolutos	Porcentaje
Mujer	804	78%
Varón	223	21,60%
Otro	4	0,40%
Total general	1031	100%

Fuente: Elaboración propia.

El año de residencia al que pertenecían al momento de la implementación de la encuesta, estuvo representado por el 22,6% de quienes transitaban el 1º, el 21,7% el 2º, el 29,1% el 3º, y el 26,6% el 4º.

La media de edad fue 32 años. Un 85% de las/os encuestadas/os respondió ser argentina/o, un 7,6% boliviana/o, un 3,5% colombiana/o y un 3% consignó otras nacionalidades de América Latina y minoritariamente española. El 63,7% de las/os participantes pertenecían a especialidades médicas y el 36,3% a no médicas, siendo las especialidades que acumularon mayor cantidad de respuestas en orden decreciente: pediatría, tocoginecología, cirugía general, medicina general y/o familiar, trabajo social y clínica médica (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución por especialidad (N: 1031)

Especialidades	Números absolutos	Porcentaje
Pediatría	105	10,18
Tocoginecología	85	8,24
Cirugía General	66	6,40
Medicina General y/o Medicina de Familia	65	6,30
Trabajo Social	63	6,11
Clínica Médica	57	5,53
Obstetricia	47	4,56
Psicología	46	4,46
Ortopedia y Traumatología	35	3,39
Anestesiología	33	3,20
Bioquímica clínica	32	3,10
Diagnóstico por Imágenes	27	2,62
Economía de la Salud y Administración Hospitalaria	24	2,33
Psiquiatría	24	2,33
Nutrición en salud pública y comunitaria	22	2,13
Farmacia hospitalaria	18	1,75
Neonatología	18	1,75
Terapia Intensiva	18	1,75
Kinesiología	17	1,65
Terapia Ocupacional	17	1,65
Emergentología	16	1,55
Epidemiología	15	1,45
Enfermería en Cuidados Críticos del Adulto	11	1,07
Fonoaudiología	11	1,07
Enfermería comunitaria	10	0,97
Infectología	10	0,97
Cardiología	9	0,87
Enfermería en neonatología	9	0,87
Neurocirugía	9	0,87

Especialidades	Números absolutos	Porcentaje
Otorrinolaringología	9	0,87
Neurología	8	0,78
Odontología general	8	0,78
Anatomía Patológica	7	0,68
Psiquiatría Infanto Juvenil	7	0,68
Urología	7	0,68
Arquitectura	6	0,58
Derecho y Salud	6	0,58
Gastroenterología	5	0,48
Nefrología	5	0,48
Odontopediatría	5	0,48
Fisiatría	4	0,39
Neumonología	4	0,39
Oncología	4	0,39
Ortodoncia y Ortopedia Maxilar	4	0,39
Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial	3	0,29
Dermatología	3	0,29
Terapia Intensiva Infantil	3	0,29
Cirugía Cardiovascular	2	0,19
Cirugía de Tórax	2	0,19
Cirugía Infantil	2	0,19
Oftalmología	2	0,19
Veterinaria en Zoonosis y Salud Pública	2	0,19
Alergia e Inmunología	1	0,10
Kinesiología Pediátrica y Neonatal	1	0,10
Reumatología	1	0,10
Toxicología	1	0,10
Total general	1031	100,00

Fuente: Elaboración propia.

La amplia mayoría de quienes respondieron la encuesta tenía como sede de formación instituciones de dependencia provincial, representando el 54% quienes realizaban sus trayectos de formación en Hospitales Interzonales, 22% en Hospitales Zonales, 10% en Hospitales Municipales, 4% en Unidades Sanitarias y/o Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), 3% en Sede Central/ Región Sanitaria, 2% en Hospitales Subzonales, 1% Secretaría de Salud y un 3% señaló Departamentos o Direcciones Provinciales o Municipales.

➡ Caracterización de las violencias en residencias, quienes las atraviesan y quienes las ejercen

Se indagó sobre las características de las violencias que atraviesan las/os residentes en el trayecto formativo, con

relación a situaciones que hayan transitado en primera persona. Los principales resultados obtenidos se expresan en la Tabla 3, donde puede observarse: en la primera columna el desagregado de preguntas con las situaciones hipotéticas donde debían responder si las habían transitado o no; en la segunda columna el porcentaje de respuestas afirmativas de las/os residentes frente a cada una de aquellas situaciones; en la tercera columna el número absoluto de residentes que respondieron afirmativamente; en la cuarta columna la cantidad de residentes que respondieron no sabe/no contesta a cada una de esas preguntas; y en la quinta columna la cantidad de disciplinas que se representaron en aquellas respuestas afirmativas según la disciplina y/o especialidad de las/os residentes que respondieron de ese modo.

Tabla 3. Situaciones de violencia transitadas por residentes (N: 1031)

Situaciones transitadas	Respuestas afirmativas	Cantidad de Residentes	Ns/Nc	Disciplinas/ Especialidades
Se le asignaron tareas que exceden su responsabilidad respecto a su grado de formación	54%	556	22	52
Fue criticada/o y/o ridiculizada/o públicamente por característica personal y/o por su trabajo	45%	463	47	49
Recibió gritos, insultos o amenazas	43%	441	21	50
Fue privada/o del acceso a prácticas o espacios necesarios para su formación	28%	292	37	40
Fue privada/o del descanso, comida u otras necesidades fisiológicas	27%	278	19	43
Se le asignó tareas no valoradas a modo de descalificación	25%	257	29	42
Se le asignó guardias o un exceso de tareas a modo de castigo	22%	229	17	39
Recibió un comentario o conducta de carácter sexual que consideran inadecuada u ofensiva	19%	197	17	36
Se le han denegado solicitudes de licencias injustificadamente	17%	177	30	26

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, si bien no se expresan en porcentajes significativos, sobresalieron las respuestas en las que las/os residentes indicaron: haber sufrido algún tipo de agresión física, como golpes, empujones, rasguños, mordeduras, cortes u otro tipo (64 personas); haber sido sometidas/os a algún tipo de ritual o acto de iniciación en la residencia que afectara su dignidad, integridad física y/o psicológica (32 personas); haberse divulgado imágenes, registros audiovisuales o mensajería suyas sin su consentimiento (37 personas, de las cuales 5 refirieron fueron con contenido sexual); y haberse sentido o haber sido obligadas/os a tener algún tipo de contacto sexual o a mantener relaciones sexuales ⁵ (5 personas).

Los datos producidos en las respuestas en primera persona sobre situaciones de violencias vivenciadas evidenciaron la prevalencia de esta problemática, aunque ello no implica necesariamente que sean significadas como violencias. Sí puede afirmarse la connotación de significaciones que vinculan la formación con el sacrificio/subalternización y/o padecimiento de violencias: sólo 59 residentes estuvieron de acuerdo con el

enunciado que sostiene que, para lograr una mejor calidad de formación, muchas veces es necesario tolerar situaciones que generan malestar, cansancio o incomodidad (eje 8), siendo 764 quienes se manifestaron en desacuerdo y 208 medianamente de acuerdo. En el mismo sentido pueden valorarse las respuestas dadas frente a otro enunciado que versaba que no es correcto cuestionar las decisiones de las/os profesionales de planta o jefas/es de servicio con relación a prácticas de intervención, donde 721 residentes manifestaron estar en desacuerdo, 245 medianamente de acuerdo y sólo 65 de acuerdo.

La persistencia de grados de naturalización de las violencias en las prácticas y modos de estar cotidianos, puede inferirse a partir de la discrepancia entre las respuestas obtenidas en la repregunta sobre si consideraban haber transitado situaciones de violencias en sus trayectos formativos (458 respuestas afirmativas) que fue inferior a las respuestas sobre haber sido criticadas/os o ridiculizadas/os públicamente por alguna característica personal y/o por su trabajo (463) o que les

⁵ Equipos de la DPPSCEV y la EGSFF promueven canales de comunicación y distintas acciones promo-preventivas y de abordaje de situaciones como las aquí relevadas, entre las que se encuentra la presente investigación.

asignaran tareas que excedían su responsabilidad respecto a su grado de formación (556). De esta última observación, podemos deducir que un porcentaje de quienes vivenciaron estas situaciones no considera que sean violencias, lo cual abrió una línea de interrogación profundizada en un período posterior del proyecto de investigación.

Para la caracterización de la producción y reproducción de violencias en el sistema de residencias, se incluyó en primer término el análisis descriptivo de las pertenencias disciplinares, el cual arrojó la prevalencia de estas en las residencias médicas. Esto se expresó en las 64 respuestas que consignaron haber sufrido agresión física (ver Tabla 4). Asimismo, las 37 personas que afirmaron se produjo y/o

divulgó información personal sin su consentimiento pertenecían a residencias de anestesiología, cirugía cardiovascular, cirugía general, clínica médica, dermatología, enfermería comunitaria, enfermería en neonatología, nefrología, neonatología, obstetricia, ortopedia y traumatología, pediatría, psicología, psiquiatría, tocoginecología y veterinaria en zoonosis y salud pública. Como así también, las/os 32 residentes que consignaron haber sido sometidas/os a algún tipo de ritual de iniciación transitaban residencias de cirugía cardiovascular, odontopediatría, anatomía patológica, urología, cirugía general, odontología general, neonatología, ortopedia y traumatología, tocoginecología, kinesiología, pediatría, bioquímica clínica, medicina general y/o medicina familiar.

Tabla 4. Distribución de situaciones de agresión física por especialidad (Total de respuestas afirmativas: 64)

Especialidad	Ocurrencia de situaciones de agresión física consignadas
Tocoginecología	16
Cirugía general	13
Pediatría	5
Anestesiología	4
Obstetricia; Psicología	3
Neurocirugía; Oncología;	
Bioquímica clínica;	
Medicina general y/o familiar	2
Anatomía patológica; Clínica médica;	
Diagnóstico por imágenes;	
Emergentología;	
Enfermería en neonatología; Infectología;	
Kinesiología; Ortopedia y traumatología;	
Psiquiatría; Trabajo social; Urología;	
Cirugía de tórax	1

Nota: Los valores 1, 2 y 3 corresponden a ocurrencias por cada especialidad mencionada.

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, al sumar al análisis descriptivo el interjuego con otras variables indagadas, la lectura de las respuestas arrojó como resultado que las violencias se producen y reproducen tanto en residencias médicas como no médicas. Esto se evidenció en la expresión porcentual de quienes consignaron conocer a profesionales residentes que hubieran transitado dichas situaciones en su sede de residencia, donde más de la mitad de las/os encuestadas/os -645 de 1.031 residentes de 53 de las 56 especialidades médicas y no médicas participantes- respondió afirmativamente. En particular resultaron significativas las proporciones de las respuestas respecto a conocer situaciones de violencia ocurridas en su formación en disciplinas como epidemiología (8 en un total de 15

respuestas), terapia ocupacional (12 de 17), psicología (30 de 47), trabajo social (38 de 63) y enfermería (15 de 30). En el mismo sentido, la encuesta de opinión (eje 8) mostró que 519 residentes acordaron, 329 acordaron medianamente y 189 se manifestaron en desacuerdo con el enunciado ofrecido que decía 'es en las residencias médicas donde ocurren más situaciones de violencias'.

Las/os participantes de la encuesta identificaron a quienes ejercen violencias de acuerdo con el rol/función dentro del sistema de salud y sistema de residencias. Esta pregunta tenía respuesta de opción múltiple y podían elegir hasta tres opciones (los resultados se expresan en la Tabla 5). Del 49%

que respondió haber transitado situaciones de violencia, el 12% indicó que la persona que ejerció la violencia actuó de modo grupal y el 34% de modo individual, y respecto al género de la persona agresora, el 25,5% indicó que fue mujer, el 15% varón y el 8,5% consignó 'no sabe, no contesta'. Estos resultados dialogan con las respuestas del total de las/los participantes (N: 1031) al enunciado ofrecido para indagar percepciones sobre las violencias laborales (eje 8) que expresaba que 'en el ámbito de la salud siempre son ejercidas por personas con nivel jerárquico superior': 409 de las/os residentes respondieron estar medianamente de acuerdo, 379 de acuerdo y 243 en desacuerdo. Asimismo, fue significativa la

decisión de la mayoría de omitir la respuesta respecto al espacio de formación donde ocurrían las situaciones de violencia (461 residentes) que permite inferir el temor a quedar expuestas/os o exponer a otras/os. Entre quienes sí consignaron el espacio de formación: 342 indicaron el servicio, 138 consignaron las guardias, 135 en más de un espacio, 74 en espacios de rotación (no se explicita si curricular o extracurricular). Puede inferirse de estas respuestas -y omisiones- que las violencias en el ámbito de las residencias no responden sólo a relaciones de jerarquía y que su ocurrencia guarda una complejidad mayor, incluidas las violencias institucionales y externas.

Tabla 5. Personas identificadas como quienes ejercen violencias de acuerdo con el rol/función dentro del sistema de salud y sistema de residencias. Respuesta de opción múltiple de hasta tres opciones

Rol/función dentro del sistema de salud y sistema de residencias	Cantidad de respuestas
Profesionales de planta	264
Otras/os residentes	224
Usuaris/os	160
Jefas/es de servicio	156
Jefas/es de residentes	147
Familiares de usuarias/os	131
Personal administrativo	57
Coordinadoras/es docentes	56
Directoras/es de hospital	47
Jefas/es de docencia	45
Personal técnico de planta	32
Referentes de rotación	24
Trabajadoras/es de Región Sanitaria	14
Maestranza	9
Trabajadoras/es del nivel central del Ministerio de Salud	7

Fuente: Elaboración propia.

➤ Desigualdades, determinantes operantes y consecuencias de las violencias

Para conocer sobre qué diferencias se asientan las desigualdades o ejercicios de violencias en el ámbito del sistema de residencias se indagó acerca de cuáles son las características personales por las que estiman fueron violentadas/os -lo que se muestra en las primeras 10 filas de la siguiente Tabla 6- y cuáles los motivos por los que estiman fueron excluidas/os de espacios y/o actividades formativas -fila 10 a 20-. A la primera parte de la tabla corresponde un total de 458 residentes que respondieron afirmativamente que

habían transitado situaciones de violencia en su trayecto formativo; mientras que a la segunda parte corresponde un total de 360 residentes que respondieron haber sido excluidas/os de espacios y/o actividades formativas. Los resultados se expresan en la tercera columna en términos absolutos teniendo en cuenta que eran dos preguntas de opción múltiple que habilitaban múltiples respuestas cada cual. Las distintas combinatorias entre características que fueron consignadas por cada participante, mostraron la interseccionalidad de motivos por las que estimaron haber sido violentadas/os y/o excluidas/os de espacios formativos.

Tabla 6. Motivos autopercebidos como disparadores de violencias (respuesta de opción múltiple con N: 458) y como generadores de exclusión de espacios y/o actividades formativas (respuesta de opción múltiple con N: 360)

	Motivos	Total de respuestas
Características personales por las que estiman fueron violentadas/os	Año de residencia	259
	Género	111
	Disciplina	102
	Orientación política/ideológica	46
	Corporalidad	33
	Lugar de origen o nacionalidad	20
	Origen sociocultural	19
	Origen socioeconómico	15
	Religión/creencias	13
	Orientación sexual	6
Motivos de exclusión de espacios y/o actividades formativas	Año de residencia	249
	Disciplina	91
	Género	64
	Orientación política/ideológica	40
	Lugar de origen o nacionalidad	35
	Corporalidad	21
	Origen sociocultural	13
	Origen socioeconómico	11
	Religión/creencias	8
	Orientación sexual	5

Fuente: Elaboración propia.

Cabe aquí mencionar que el 81% de quienes respondieron haber recibido violencia física, se identificó con el género femenino, este dato abre interrogación respecto a la distinción o conjugación entre violencias de género y violencias en la formación en servicio. A su vez, la mayoría de las/os participantes de la encuesta consignaron estar de acuerdo (453) o medianamente de acuerdo (351) con el enunciado que expresaba que las residentes mujeres son las que toleran mayores dificultades en el proceso de formación. Respuestas que, dada la mayoritaria participación de mujeres en la encuesta (78%), resalta la relevancia de atender a la interseccionalidad presente en la producción o

reproducción de violencias en el sistema de residencias.

A partir de significaciones presentes en las entrevistas a IC se construyeron categorías que fueron dadas a escoger en la encuesta a residentes respecto a cuáles consideraban que eran los principales determinantes operantes en la producción y reproducción de violencias (eje 5). Desagregados los resultados de acuerdo a disciplinas, se identifica que quienes pertenecen a residencias no médicas ubican en primer lugar el pensamiento hegemónico (122), luego la cultura de las residencias (88) y, por último, las condiciones laborales (42); mientras que las/os participantes de residencias médicas atribuyeron en mayor medida como

generador de violencias la cultura de las residencias (243), seguido por las condiciones laborales (121) y por último el pensamiento hegemónico en salud (107). La diferencia expresada en la distribución de respuestas generó varias líneas de interpretación. Por una parte, se infiere que la mayor cantidad de respuestas otorgadas al pensamiento hegemónico en salud como un determinante de la producción de violencias por las/os residentes profesionales de disciplinas comprendidas en la clasificación 'no médicas' está basada en la perspectiva/formación y, en particular, en las vivencias cotidianas de quienes ocupan

lugares críticos o en desventaja dentro de las asimetrías de poder/saber que dicho modelo genera. Por otra parte, la respuesta mayoritaria de las/os residentes de disciplinas médicas que ubicaron a la cultura de las residencias como principal generador de violencias, abonó a la inferencia sobre la naturalización de las violencias, las cuales estarían determinadas por un modo instituido por el sistema de residencias, como fue expresado por IC: "siempre funciona así, nos formamos así". A partir de estas inferencias se decidió profundizar sobre este aspecto en un relevamiento posterior netamente cualitativo del proyecto.

Tabla 7. Principales determinantes identificados como operantes en la producción y reproducción de violencias (N: 1031)

Determinantes	Cantidad de respuestas
Cultura de las residencias	331
Pensamiento hegemónico en salud	229
Condiciones laborales	163
No sabe/no contesta	101
Formación profesional	88
Lógicas hospitalarias	71
Escasez de recursos	48

Fuente: Elaboración propia.

En relación con la pregunta por los efectos que pueden haber producido en las/os residentes el hecho de transitar estas situaciones de violencias en las residencias (eje 6 de opción múltiple), en la Tabla 8 se muestran los resultados: en la primera columna las situaciones planteadas en las que las/os residentes debían responder si las habían transitado o no, y en la segunda columna los números absolutos de quienes respondieron afirmativamente. Asimismo, consignaron haber pensado en dejar la residencia 308 personas, cambiar de sede 229, dejar la profesión 89, y/o cambiar de especialidad 70. De las 507 personas que consignaron haber padecido situaciones de

violencia, 23 mencionaron haber concretado algunas de estas decisiones o estrategias individuales consignadas. Ante estas respuestas se buscó conocer cuántas renunciaciones se presentaron en el período estudiado, las cuales fueron 36. Si bien ese dato no contó con información que permitiera vincularlas con la problemática estudiada, respaldó la decisión de generar herramientas para la transformación de prácticas productoras y reproductoras de violencias en las residencias dado que, según información brindada por IC, se habían identificado situaciones a las que llegaron tarde o fueron informadas cuando la/el profesional ya había decidido renunciar.

Tabla 8. Consecuencias de las agresiones. Respuesta de opción múltiple con N: 507

¿Padeciste algunas de las siguientes situaciones como consecuencia de las agresiones?	Total
No querer ir al trabajo	323
Crisis de angustia	272
Pérdida de concentración en las tareas	235
Problemas de sueño	217
Evitar realizar ciertas prácticas	207
Miedo a transitar ciertos espacios	174
Consulta a profesional de la salud mental	160
Pérdida de capacidades subjetivas y/o intelectuales	103
Consumo de psicofármacos	67
Conductas autoagresivas	28

Fuente: Elaboración propia.

➤ Respuestas individuales, colectivas e institucionales frente a las violencias

En pos de obtener información respecto a cuáles son las respuestas ante las violencias que se producen/reproducen en el sistema de residencias se relevaron las decisiones y estrategias -en parte presentadas en el apartado anterior- de acuerdo con los siguientes indicadores: grado de participación y organización colectiva; grado de conocimiento de lineamientos, normativas y dispositivos de prevención y abordaje de las violencias en el ámbito sanitario (eje 7).

En primer término, se pudo relevar que el 81% de las/os encuestadas/os conocían el Reglamento de Residencias de la PBA. Al ser consultados sobre si habían recibido y/o participaban de espacios de formación o sensibilización sobre abordaje de las violencias la mayoría indicó que no y, de los 332 que respondieron afirmativamente, se concentró la mayoría en quienes transitaban 1º y 3º año. Respecto al conocimiento de protocolos y/o guías de acción en caso de sufrir una situación de violencia en su trayecto de formación en servicio, 692 dijeron que no conocían, 304 que sí y 35 no contestaron. Consultadas/os acerca de si conocen o participan de espacios de diálogo, escucha y/o acompañamiento para residentes al interior del sistema de salud, 243 dijeron que sí y 788 -la mayoría-, que no. Los resultados de la pregunta de opción múltiple acerca de los espacios colectivos que las/os participantes refieren conocer y/o participar más frecuentemente, entre quienes respondieron afirmativamente, se consolidan de la siguiente manera: de un total N=240, 192 respondieron que el espacio colectivo es entre compañeras/os de residencia, 81 respondieron en relación a espacio gestionado por el hospital/sede, 64 respondieron espacio gestionado por sindicatos, 36 señalaron espacios gestionados por la EGSFF, y 28 mencionaron espacios gestionados por docentes.

De las/os participantes que consignaron atravesar situaciones de violencia, 179 respondieron haber recurrido para informar o denunciar a otra/o residente, 138 a jefa/e

de residentes, 98 a jefa/e de servicio, 82 a coordinación docente, 59 a jefa/e de docencia, 41 a dirección del hospital o sede, 29 a la asamblea de residentes, 15 al sindicato, 14 al dispositivo de acompañamiento e intervención en situaciones complejas de la EGSFF, 13 a referente disciplinar provincial u otros actores de EGSFF, 11 al Comité de violencia laboral del hospital, 11 a la Región Sanitaria, 9 al colegio/agrupación profesional, 6 a otras áreas del Ministerio de Salud PBA, 6 a canales informales/redes, 5 a dispositivos de la DPPSEC. Cabe señalar que, en segundo lugar, en el orden de prevalencia de respuestas, 170 residentes consignaron no haber informado sobre las violencias atravesadas en su trayecto formativo. Si se vincula que las vías escogidas para informar o denunciar son mayoritariamente comunicarlo a otra/os residentes, a las jefaturas de residencias y otras/os participantes del sistema de residencias, con el dato de que mayormente es identificado el personal de planta como quien ejerce violencias, se abren interrogantes respecto a cómo puede contribuir el informar/denunciar a la transformación y erradicación de las prácticas violentas, y también respecto a la posibilidad de articular respuestas entre distintas áreas ministeriales abocadas a los mismos objetivos.

Consultadas/os respecto a si conocían espacios al interior del Ministerio de Salud que aborden violencias, sólo 152 de las/os 1.031 participantes de la encuesta respondieron afirmativamente. Identificaron, en primer término, la asamblea de residentes; en segundo término, el dispositivo de acompañamiento e intervención en situaciones complejas EGSFF y los distintos dispositivos de la DPPSCEV y, en tercer término, los sindicatos, seguido por los Comités de violencia laboral pertenecientes a los efectores y la Comisión de Gestión de Residencias y Coordinaciones Disciplinarias Provinciales. Desagregando las respuestas de opción múltiple, se observó que, aunque el conocimiento de los distintos dispositivos es minoritario, puede apreciarse en función del período que abarca el estudio (2021- 2022) la creciente visibilización de las respuestas institucionales desplegadas por la EGSFF y la DPPSCEV en sede ministerial, efectores y regiones sanitarias.

Ds

DISCUSIÓN

Los resultados del análisis del relevamiento cuali-cuantitativo permitieron actualizar y ampliar la información sobre la problemática de las violencias en el ámbito de las residencias. En concordancia a los antecedentes de estudios desarrollados hace más de 5 años atrás con población compuesta por profesionales mujeres y profesionales residentes de disciplinas médicas de la PBA y Ciudad de Buenos Aires (1-5), las respuestas obtenidas en el presente estudio a partir de la realización de entrevistas a IC y de la implementación de la encuesta a residentes en el período 2021-2022,

permitieron caracterizar los modos en que las violencias por razones de género, xenófobas, políticas, de clase -entre otras- atraviesan los trayectos formativos/laborales en intersección con la producción y reproducción de violencias específicas del ámbito de la salud. El presente estudio pudo constatar -a diferencia de los antecedentes que toman como población a profesiones médicas- que las violencias específicas producidas en los trayectos formativos se presentan tanto en las disciplinas médicas como en las no médicas.

Cabe distinguir, por último, en discusión/conversación con los antecedentes citados, la particularidad que asumió el desarrollo de la investigación como política pública del Ministerio de Salud PBA. La misma constituyó un insumo para la visibilización de la problemática a través de la participación en el estudio de residentes y referentes clave del sistema de residencias, la realización de ateneos en distintas sedes de residencias y la presentación en congresos de políticas públicas en salud y abordaje de las violencias por razones de género. A su vez, permitió arribar

a un diagnóstico -al incluir indicadores respecto a respuestas individuales, colectivas e institucionales frente a las violencias- respecto a la necesidad del fortalecimiento de las políticas desplegadas para el cuidado de la fuerza laboral en salud. Asimismo, las repercusiones en instancias de divulgación de los resultados fueron insumos para el diseño de una segunda etapa del proyecto donde se hizo partícipe del análisis de los datos obtenidos a residentes y responsables/referentes de diversas instancias del sistema de residencias.

Cs

CONCLUSIÓN

Se presentan líneas interpretativas e interrogantes surgidos del análisis de los resultados arrojados de las entrevistas en profundidad a IC y de la implementación de la encuesta a residentes. A partir de los ejes que organizaron el proyecto de investigación, se concluye que:

- Se constata la feminización del sector en la representatividad de las/los participantes de la encuesta;
- La temática resulta de interés, dada la participación de residentes de todos los años pertenecientes a 56 especialidades (20,6% de quienes realizaban su trayecto formativo al momento de realizarse el estudio);
- Las/los participantes consignaron en primera persona situaciones de violencias atravesadas, aunque no pueda deducirse que sean significadas como tales;
- Las violencias se producen y reproducen tanto en residencias médicas como no médicas;
- La especificidad de las violencias en el ámbito de las residencias estuvo asociada mayoritariamente a la asignación de tareas que excedían su responsabilidad respecto a su grado de formación, ser criticadas/os o ridiculizadas/os públicamente, recibir gritos, insultos o amenazas, ser descalificadas/os, asignarles guardias o exceso de tareas a modo de castigo. En menor cantidad de respuestas, aunque no por ello menos importantes, consignaron atravesar situaciones de violencias físicas y sexuales;
- La persistencia y naturalización de las violencias tomó expresión en las respuestas mayoritarias de las/los residentes de especialidades médicas que consignaron como principal generador de las mismas la “cultura de las residencias”;
- Las/os IC consideran que las violencias se asientan en múltiples conjugaciones entre estructura jerárquica del sistema, pensamiento hegemónico en salud y desigualdades sociales basadas en género, clase, origen socio-económico, nacionalidad, entre otros. Esto guarda convergencia con las múltiples combinaciones de respuestas/intersecciones consignadas en encuesta como motivo de atravesar violencias;
- El género ocupó un segundo lugar de prevalencia

- como motivo de padecer violencias. La amplia mayoría de quienes respondieron haber atravesado violencias físicas y sexuales fueron mujeres. Las/os IC vincularon la presencia de violencias por razones de género a disciplinas tradicionalmente ocupadas por varones;
- Las violencias en el ámbito de las residencias no responden sólo a relaciones de jerarquía. Son incluidas las violencias institucionales y externas; entre quienes ejercen violencias se consignaron distintos roles del sistema de salud y de residencia (personal de planta, otras/os residentes, jerárquicos) y usuarias/os/familiares;
- Las/os IC situaron el ejercicio de las violencias en relación con el incumplimiento de normativas e incluyeron entre quienes ejercen violencias a quienes detentan poder en el sistema de salud público y privado;
- Como consecuencias de atravesar situaciones de violencia se señalaron en forma mayoritaria el no querer ir al trabajo, el sufrir crisis de angustia, perder concentración en sus tareas, tener problemas de sueño y evitar realizar ciertas prácticas. Asimismo, consignaron haber pensado en dejar la residencia, cambiar de sede, dejar la profesión, y/o cambiar de especialidad. 23 personas mencionaron haber concretado algunas de estas decisiones;
- La amplia mayoría de las/los residentes conocía el Reglamento de Residencias, un grupo minoritario conocía protocolos y/o guías de acción en caso de sufrir una situación de violencia;
- Un número significativamente alto consignó no haber informado sobre las violencias atravesadas en su trayecto formativo;
- El grado de participación y organización colectiva señalado fue bajo;
- Un porcentaje bajo (14,75%) de las/los residentes participantes conocían acciones y dispositivos de abordaje a las violencias en el ámbito de la salud desplegados por el Ministerio de Salud de PBA;
- Entre quienes contaban con información se identificó la creciente visibilización de las respuestas institucionales desplegadas por la EGSFF y la DPPSCEV en sede ministerial, efectores y regiones sanitarias.

El Sistema de Residencias de la PBA constituye una estrategia sanitaria para la formación de la futura fuerza laboral en salud. Una formación que pretende promover y sostener un modelo de atención y cuidado que garantice el acceso a la salud de la población, en consonancia con las políticas sanitarias. Es en este sentido que la investigación se propuso revisar los trayectos formativos en salud, desde la perspectiva de quienes la vivencian cotidianamente, con el objetivo de identificar prácticas productoras y reproductoras de violencias en las residencias, y poder de ese modo transformar lo necesario para que pueda darse cumplimiento al derecho de residentes de transitar la formación en un ambiente inclusivo, libre de violencias y discriminación de todo tipo.

Los resultados aquí presentados permitieron arribar a un primer diagnóstico sobre la problemática, que fue profundizada en una segunda etapa netamente cualitativa en un período posterior (noviembre 2022- noviembre 2023).

La producción de conocimiento sobre situaciones que generan malestar y conflicto en el proceso de formación/trabajo, constituye un insumo primordial para generar y/o acercar a las/os residentes -y en definitiva al Sistema de Residencias en general- a espacios institucionales de prevención y cuidado, así como para la planificación, implementación y/o fortalecimiento de políticas públicas que garanticen una salud libre de violencias.

AGRADECIMIENTOS

A las/los residentes, equipos de abordaje de violencias, direcciones de hospitales y las personas que han participado de la investigación respondiendo el cuestionario y aceptando ser entrevistadas.

A la Dirección Provincial de Políticas Sanitarias de Cuidado para la Erradicación de las Violencias y a la Dirección de Formación y Educación Permanente de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara por promover y acompañar esta investigación a partir de la conformación de un equipo de investigadoras/es con integrantes de ambas dependencias.

Al Ministerio de Salud de PBA por el reconocimiento al Proyecto de Investigación y el otorgamiento de la Beca Lanteri para la profundización del presente estudio para el período noviembre 2022-noviembre 2023.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejía R, Diego A, Aleman M, Maliandi M, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. Revista de Medicina [Internet]. 2005 [acceso Jun. 2024]; 65: 295-301. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v65n4/v65n4a02.pdf>
2. Agremiación Médica Platense, Instituto de Políticas Sociales para la Argentina. Las diferentes caras de la violencia en salud [Internet]. La Plata: AMP – IPSOAR; 2017. [acceso Jun. 2024]. Disponible en: https://www.amepla.org.ar/uploads/adjuntos/informe_violencia%20en%20hospitales_preview.pdf
3. Agremiación Médica Platense, Instituto de Políticas Sociales para la Argentina. Mujeres profesionales en ámbitos hospitalarios [Internet]. La Plata: AMP – IPSOAR; 2018. [acceso Jun. 2024]. Disponible en: <https://capacitacion.amp.org.ar/uploads/adjuntos/Mujeres%20profesionales%20en%20ambitos%20hospitalarios.pdf>
4. Cragno A et al. Análisis de clima educacional en las Residencias de Profesionales de la salud: informe de investigación [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2017. [acceso Jun. 2024]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/publicacionesdigitales/Clima-Residencias.pdf>
5. Reboiras F. Condiciones de formación en las residencias médicas. El maltrato como práctica educativa legitimada [Internet]. Buenos Aires: FLACSO; 2020. [acceso Jun. 2024]. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/16408/2/TFLACSO-2020FR.pdf>
6. Istúriz O, Acevedo C, Jiménez P. Pensamiento contrahegemónico en salud. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2012 [acceso Jun. 2024]; 38, 4: 602-4. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/187>
7. Alvarado L, Cuevas L, Lis C. Dispositivo de acompañamiento e intervención en situaciones problemáticas. Documento de trabajo de la Dirección de Formación y Educación Permanente de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara. La Plata: Ministerio de Salud; 2021.
8. Tajer D. La medicina social latinoamericana en los años noventa: hechos y desafíos. En: Rojas Ochoa F, Márquez M, comps. ALAMES en la Memoria: Selección de lecturas. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 21-37.
9. Tajer D. Género, Salud Mental y Derechos Humanos [Internet]. Buenos Aires: Topía; 2018. [acceso Jun. 2024]. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/genero-salud-mental-y-derechos-humanos>
10. Sen G, Östlin P, George A. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007. [acceso Jun. 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2007/La%20inequidad_de_genero_en_lasalud_desigual_injusta_ineficaz_e_ineficiente.pdf
11. Marradi A, Archenti N, Piovani J. Metodología de las ciencias sociales. Buenos Aires: EMECE; 2007.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Lavarello ML, Dabrowski G, Batiz M, Bonfigli FN, Hesayne MS. Aportes para la transformación de las prácticas en trayectos formativos en salud: estudio sobre la producción y reproducción de violencias en el sistema de residencias en la provincia de Buenos Aires, Argentina (período 2021-2022). Salud Publica [Internet]. 2025 May [fecha de consulta]; 4. Disponible en: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s30087074/th6r8qddl>

Evaluación de un dispositivo de atención a la demanda espontánea en salud mental en un hospital general de la provincia de Buenos Aires (2023)

Assessment of a spontaneous demand for mental health program in a general hospital in the province of Buenos Aires (2023)

Au

Mariángeles Barral 1

Julieta Greco 1

Verónica Laplace 2

Valeria Portaluppi 1

Alejandro Wilner 3

Licenciada en Psicología

Licenciada en Psicología

Licenciada en Psicología

Licenciada en Psicología

Médico, Especialista en pediatría, Especialista en planificación y gerenciamiento en salud

1 Hospital Local General de Agudos Dr. Arturo Melo, Lanús, Argentina

2 Municipalidad de Lanús, Argentina

3 Universidad Nacional de Lanús, Argentina

mariangelesbarral@gmail.com

Rs

RESUMEN ¹

El presente artículo reseña una investigación realizada en el contexto de las Becas Julieta Lanteri 2022-2023 que indaga sobre los efectos del dispositivo de Demanda Espontánea de Salud Mental (DESM) del Hospital Dr. A. Melo para personas desde los 15 años en adelante, como dispositivo de acogimiento, a partir de las variables de cobertura efectiva, continuidad de cuidados, integralidad del proceso de atención y trayectoria de los usuarios.

Se trata de una investigación de diseño descriptivo, exploratorio y prospectivo. Se implementó un análisis cuantitativo de una selección de variables y un análisis cualitativo a partir de entrevistas semiestructuradas tomadas a una muestra de usuarios para indagar acerca de sus percepciones sobre el dispositivo.

Una de las conclusiones del estudio plantea que el dispositivo DESM tiene incidencia sobre la accesibilidad y cobertura efectiva y logra acompañar las demandas con una calidad de atención adecuada desde el punto de vista de los usuarios. Asimismo, encuentra un déficit en lo que refiere a la integralidad de los cuidados, dado que las intervenciones suelen estar reducidas al campo de la salud mental y no garantiza la circulación de los usuarios en el propio sistema de salud.

Palabras clave: Salud Mental; Accesibilidad; Continuidad de la Atención al Paciente; Integralidad en Salud

Ab

ABSTRACT

This article presents a research study conducted within the framework of the Julieta Lanteri Scholarships 2022-2023, which examines the effects of the Spontaneous Demand for Mental Health (DESM) program at Dr. A. Melo Hospital for individuals aged 15 and older, focusing on its role as a reception mechanism. The study evaluates variables such as effective coverage, continuity of care, comprehensiveness of the care process, and service users' trajectories.

The research adopted a descriptive, exploratory, and prospective design. A quantitative analysis of selected variables was conducted, along with a qualitative analysis based on semi-structured interviews with a sample of service users to explore their perceptions of the program.

The study found that the DESM program has an impact on accessibility and effective coverage, successfully addressing demands with a quality of care considered adequate by service users. However, a deficit was identified regarding the comprehensiveness of care, as interventions are generally limited to the field of mental health and do not ensure service users' integration within the broader healthcare system.

Keywords: Mental Health; Accessibility; Continuity of Patient Care; Integrality in Health

¹ La presente investigación se encuentra redactada de acuerdo con los parámetros lingüísticos que promueven la equidad de género.

In

INTRODUCCIÓN

La pandemia de Covid 19 ha tenido impacto en la salud mental y el bienestar de las personas alrededor del mundo, diversos estudios evaluaron este impacto tanto en población adulta (1), como en adolescentes (2). El servicio de Salud Mental del Hospital Local General de Agudos Dr. Arturo Melo se encontraba con una demanda que percibíamos como creciente en cuanto a la atención de situaciones de padecimiento psíquico, con la consiguiente dificultad para dar respuesta a la población. Problematicar el malestar causado por la naturalización de las listas de espera, el cierre de espacios de admisión por saturación de la agenda de los trabajadores, el incremento en el lapso de tiempo entre la solicitud de atención y su efectivización, entre otros avatares, conllevó implementar nuevas formas de abordar la demanda insatisfecha. Con el objetivo de dar respuesta a esta problemática, promoviendo accesibilidad y propiciando la continuidad de cuidados, se inició en abril del 2021 la implementación de un dispositivo de atención de la Demanda Espontánea de Salud Mental (DESM) en el Hospital Dr. Arturo Melo (ubicado en Remedios de Escalada, Lanús, provincia de Buenos Aires), para personas a partir de los 15 años y sin límite de edad. Se trató de un dispositivo conducido inicialmente por cinco psicólogas, una por cada día de la semana, que funcionaba en horario matutino y al que se podía acceder sin turno previo (luego, por cuestiones organizativas, el dispositivo pasó a funcionar menos días de la semana, pero siempre con acceso por demanda espontánea y durante toda la mañana). Su objetivo era acoger la demanda producida al área de salud mental de manera inmediata, intentando gestionar la misma. Se realizaba esa primera escucha y luego se orientaba al efector más cercano al domicilio, sea el mismo hospital u otro, si era necesario iniciar tratamiento. Para facilitar esto, el dispositivo funcionaba en estrecha articulación, a modo de referencia y contrarreferencia, con otros dispositivos del partido de Lanús, específicamente hospitales, centros de salud, el Centro Provincial de Atención y la Dirección Municipal de Salud Mental.

A partir de la pregunta acerca de si el dispositivo implementado realmente lograba dar respuesta a la problemática inicial a partir de la cual fue creado, es que se propuso desarrollar una investigación financiada por las becas de investigación en salud pública "Julieta Lanteri", dependientes de la Escuela de Gobierno en Salud "Floreal Ferrara" de la provincia de Buenos Aires. De esta manera, se analizaron los efectos del dispositivo de Demanda Espontánea de Salud Mental (DESM) como espacio de acogimiento en los términos de Franco et al. (3), a partir de las variables de cobertura efectiva ², integralidad del proceso de atención ³, trayectoria de les usuaries ⁴ y continuidad de cuidados. Asimismo, en relación a los objetivos específicos, se describieron las características del dispositivo y el modo de articulación con otras instituciones de salud pública del partido de Lanús; se definió en qué medida se producía la cobertura efectiva de las demandas de salud de les usuaries del dispositivo; se describieron las trayectorias de les usuaries hasta llegar al DESM; la modalidad que asumieron los procesos de articulación con la red pública de efectores implicados a partir de la implementación del DESM; y se indagó sobre la integralidad en la producción y en la continuidad de cuidados, a partir de las percepciones de les usuaries del DESM.

Entre los antecedentes que tomamos, se destaca un estudio multicéntrico realizado en nuestro país en el año 2010 (5), y otro sobre las trayectorias institucionales de pacientes en un municipio del conurbano bonaerense (6).

Se partió de la hipótesis de que el dispositivo de DESM tiene incidencia sobre la accesibilidad y cobertura efectiva, y logra acompañar las demandas de les usuaries bajo una perspectiva de integralidad y calidad de atención, disminuyendo la itinerancia institucional en busca de respuestas al padecimiento psíquico percibido.

² Operacionalizada como cobertura eficaz de los problemas de salud por los que demanda la población, en cuanto a disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios según el modelo de Tanahashi (4).

³ Variable compleja que pretende establecer en qué grado la asistencia que necesita le usuarie está coordinada entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo.

⁴ Expresada a través de los movimientos que les usuaries realizan en busca de un espacio de acogimiento para sus padecimientos mentales. Se encuentra vinculado con la continuidad de cuidados, pero desde la perspectiva de la carrera de les usuaries para acceder a los mismos.

Md

METODOLOGÍA

Se desarrolló una investigación prospectiva, con base en el Hospital L.G.A. Dr. Arturo Melo, de diseño exploratorio y descriptivo. Se implementó con un abordaje mixto, cuantitativo y cualitativo (7). El abordaje cuantitativo se realizó a partir de información secundaria. La fuente utilizada fueron las historias clínicas y formularios estadísticos del hospital ("Hoja 2"⁵).

Previo a la recolección de datos cualitativos, se elaboraron instrumentos ad hoc que fueron probados en un pilotaje, lo que permitió realizar los ajustes necesarios.

Se tomó una muestra intencional conformada por el 20% del total de les 126 consultantes al dispositivo de DESM durante el período seleccionado (marzo-junio 2023). Se realizaron entrevistas semiestructuradas (8) de manera telefónica a usuaries que hubieran pasado por el dispositivo de DESM al menos un mes antes.

En relación con los criterios de selección de la muestra, se respetó la representación por género y grupos de edad en la población considerada. Para ello se clasificó a los 126 consultantes por grupos de edad (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 85-94 años) y se obtuvo el porcentaje de varones y mujeres en cada grupo. Luego se respetaron dichos porcentajes en la muestra a entrevistar. Previo a la realización de la entrevista, se remitió un consentimiento informado a través de WhatsApp siendo su acuerdo condición para la inclusión en la muestra. Frente a negativas a participar, se reemplazaron les

entrevistades por otros con atributos similares a partir de un método aleatorio.

A partir de las definiciones conceptuales se analizaron las siguientes dimensiones: Cobertura eficaz (expresión de cobertura efectiva y operacionalizada como accesibilidad geográfica, aceptabilidad y disponibilidad del servicio); Integralidad de la atención; Trayectoria de les Usuaries y Continuidad de cuidados todas ellas fueron operacionalizadas en la elaboración del instrumento de entrevista semiestructurada.

Finalmente se realizó un análisis de los datos obtenidos con el fin de comprobar, o no, la hipótesis de trabajo.

Para el análisis cuantitativo, se realizó la carga de datos por Google Forms. El procesamiento de la información se realizó con herramienta de Excel asociada a dicha plataforma. Esto nos permitió optimizar el tiempo de carga y visualizar rápidamente números, gráficos y porcentajes.

Respecto del análisis cualitativo, se utilizó la técnica de triangulación de datos a partir de que las entrevistas fueron desgrabadas y vueltas a escuchar por más de una investigadora. Se diseñó una planilla en la que se volcaron los datos, extrayendo los "verbatim" de les usuaries entrevistades. Respecto de cada variable se analizaron todas las respuestas consignadas y se tomaron dichas referencias para el análisis de datos (9).

Rs

RESULTADOS

a. Características de les consultantes al dispositivo

El total de consultantes al DESM durante el período seleccionado (marzo-junio 2023) fue de 126 personas. Si bien la mayoría de les consultantes fueron usuaries adultes (59.4%), el porcentaje de jóvenes (23%) y adultes mayores (17.6%) fue considerable (Gráfico 1).

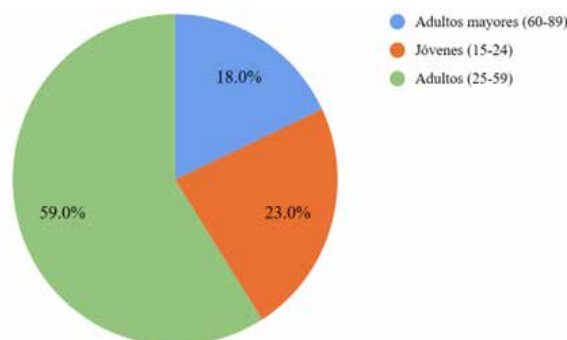


Gráfico 1: Consultantes al DESM según grupo de edad
Fuente: Elaboración propia.

⁵ Formulario utilizado para registrar y reportar las prestaciones y servicios brindados en los establecimientos de salud públicos en la provincia de Buenos Aires

De este total de consultantes, la mayor parte pertenecía al género femenino (62.7%), sin aparecer géneros no binarios en la muestra.

La gran mayoría de los consultantes pertenecía al partido de Lanús (87.3%) y, dentro del mismo, a localidades cercanas al hospital (Remedios de Escalada, Lanús Este y Monte Chingolo).

Respecto de la cobertura en salud, un 28.6% de los consultantes tenía cobertura de obra social, la mayoría de PAMI ⁶, IOMA ⁷ y OSECAC ⁸. Asimismo, el 68.3% de los usuarios tenía cobertura pública exclusiva (Gráfico 2).

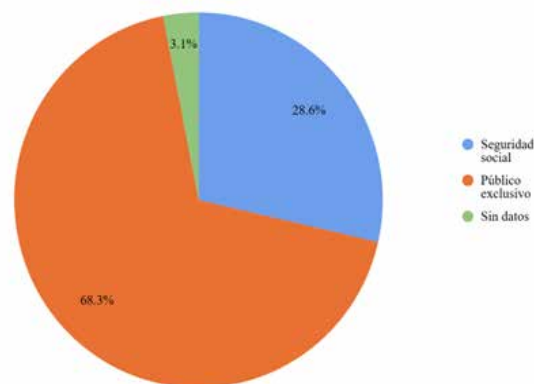


Gráfico 2: Cobertura de salud de los consultantes al DESM
Fuente: Elaboración propia.

Si bien el dispositivo se nombra como de demanda espontánea, solamente cerca de un 40% de los consultantes había llegado de ese modo. Otro 40 % de usuarios habían llegado derivados por profesionales de otros dispositivos, siendo los mayores derivadores: la guardia del mismo

hospital, los médicos clínicos, neurólogos, y los centros de salud del Municipio de Lanús (Gráfico 3). Cabe destacar que nos encontramos sin datos sobre el modo de ingreso al dispositivo en casi un 20% de los casos, cuestión que retomaremos más adelante.

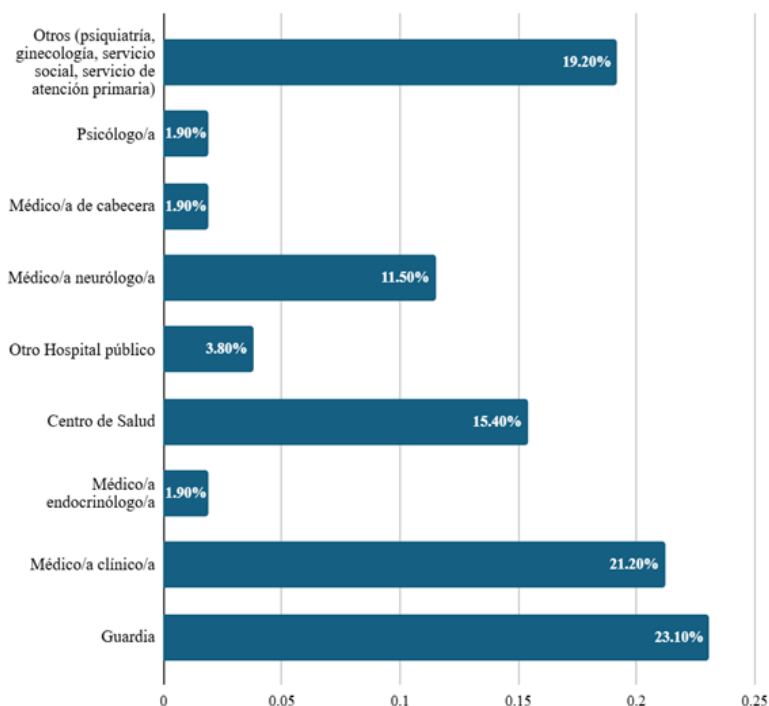


Gráfico 3: Derivadores al DESM
Fuente: Elaboración propia.

⁶ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Brinda asistencia médica integral a jubilados, sus familiares a cargo y veteranos de Malvinas.

⁷ Obra social de la provincia de Buenos Aires. Es la mayor obra social de la provincia, que otorga cobertura a afiliados obligatorios (judiciales, docentes, policías, profesionales de la salud, legislativos) o voluntarios (que hayan optado por IOMA).

⁸ Obra social de Empleados de Comercio y Actividades Civiles.

Respecto del motivo de consulta principal al llegar al dispositivo, la mayor parte había consultado por angustia y ansiedad (un 61.1%) También con gran relevancia aparecían motivos relacionados con el consumo problemático de sustancias, las psicosis y la depresión. Dentro de otros motivos, si bien no los consideramos como categoría en un principio, tenían especial relevancia los que se vinculaban con violencias (5,50%) y aquellos en relación con conflictiva familiar (4,8% del total de la muestra) (Gráfico 4).

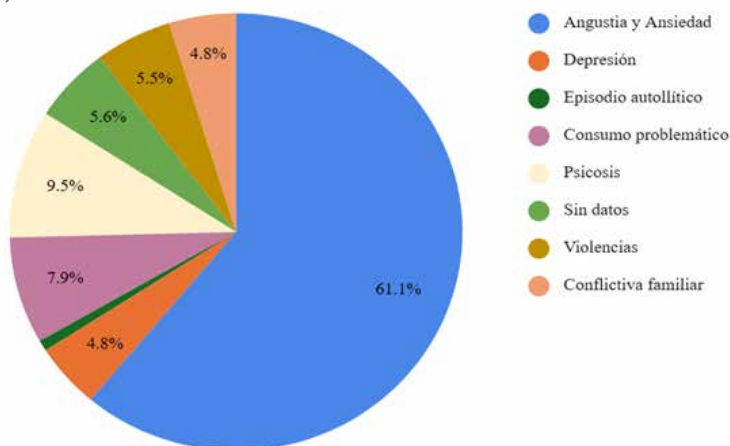


Gráfico 4: Motivos de consulta al DESM
Fuente: Elaboración propia.

b. Cobertura efectiva

Para analizar la cobertura efectiva del dispositivo, indagamos acerca de la **accesibilidad geográfica** en cuanto a la posibilidad real de llegar hasta el servicio para les consultantes, en términos de la distancia y movilidad. En las entrevistas encontramos que casi la mitad de les consultantes entrevistades accedía al hospital caminando y casi un cuarto debía tomar sólo un colectivo.

Si bien 12% de les entrevistades dijo que llegaba en auto particular, todes ellos aclararon que vivían a menos de 15 cuadras. Sobre les que no aclararon el medio de transporte utilizado, todes agregaron que vivían cerca (Gráfico 5).

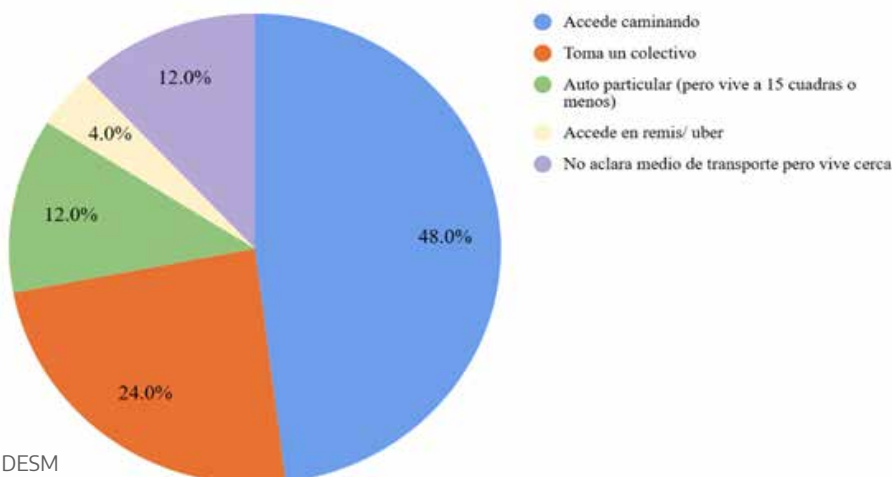


Gráfico 5: Accesibilidad geográfica al DESM
Fuente: Elaboración propia.

En este punto es necesario remarcar la cercanía afectiva para algunos usuarios del hospital, más allá de la geográfica:

"Mi hijo estuvo internado ahí" (entrevistado varón, 47 años, 2023, Buenos Aires).

"El presidente de la cooperativa es amigo mío" (entrevistado varón, 78 años, 2023, Buenos Aires).

"Allí murieron mis abuelos" (entrevistada mujer, 62 años, 2023, Buenos Aires).

Con el fin de relevar la apreciación de los usuarios sobre la efectividad del servicio en términos de **aceptabilidad**⁹, encontramos que casi las tres cuartas partes se mostró muy conforme con el servicio. Se observó en:

a) la percepción de buena atención y el trato recibido

"El momento de la entrevista fue excelente, tanto la psicóloga como el psiquiatra me atendieron muy bien" (entrevistada mujer, 34 años, 2023, Buenos Aires).

"La verdad que me sentí muy aliviada y sí me gustó" (entrevistada mujer, 29 años, 2023, Buenos Aires).

b) las gestiones rápidas y prontitud en la atención

"Me ayudaron con mi problema e inmediatamente me pasaron a internación" (entrevistado varón, 19 años, 2023, Buenos Aires).

"Me atendió súper bien, rápido" (entrevistada mujer, 45 años, 2023, Buenos Aires).

c) la posibilidad de orientación respecto de consultas en otros lugares

"Me ayudó en la orientación de dónde debía ir" (entrevistada mujer, 63 años, 2023, Buenos Aires).

d) preferencia del hospital respecto a otras coberturas -obras sociales o privadas

"Funciona muchísimo mejor que en el ámbito privado. La verdad que excelente" (entrevistado varón, 23 años, 2023, Buenos Aires).

Por otro lado, un 19% de los entrevistados se mostró disconforme con el servicio, relacionado con:

a) la indicación de un dispositivo que no fue de su agrado o la orientación a concurrir a otro efector:

"Me ofreció si quería participar en un grupo. Nada que ver. A mí no me gustó porque yo tengo 23 y no había nadie de mi edad" (entrevistado varón, 23 años, 2023, Buenos Aires).

"No esperaba que me digan no. Que me digan no te corresponde, estando tan cerca" (entrevistada mujer, 49 años, 2023, Buenos Aires).

b) la sensación de no haber sido escuchado

"No sé si era por mí, por cómo estaba yo, pero no sentí que me quería escuchar y esas cosas" (entrevistada mujer, 35 años, 2023, Buenos Aires).

Respecto de la **disponibilidad**¹⁰ del servicio, se analizó cómo tomaron conocimiento los usuarios del DESM, encontrando que un 46% lo hizo a través de la recomendación de otro profesional del hospital; un 27% por recomendación de familiares, conocidos o amigos, mientras que, en menor medida, se dieron respuestas respecto de la cercanía al hospital, por atención previa en salud mental en el efector, a través de internet o a través de cartelería.

Con relación a las demoras para acceder al servicio, la mayor parte de los entrevistados refirió haber recibido atención en el día. Un 7% manifestó haber tenido que esperar una semana o menos, y un 11% indicó haber tenido que volver varias veces.

Es importante destacar que casi la totalidad de los usuarios (97,4%) mencionó haber comprendido las indicaciones dadas por el profesional, lo que da cuenta de que la información brindada durante la entrevista contribuyó a la disponibilidad del servicio.

En este mismo sentido, respecto de las sugerencias, en la mayor parte de los casos los entrevistados manifestaron no tenerlas, pero entre los que sí lo hicieron se refirieron a: a) mejorar la agilidad de las respuestas a través del WhatsApp, b) mayor claridad en las indicaciones respecto del lugar donde atiende salud mental (otorgadas por ventanilla), c) atención y turnos, d) el pedido de que se continúe el tratamiento en el hospital a pesar de tener una unidad sanitaria más cercana al domicilio, e) ayudas económicas para mejorar el hospital y f) atención psiquiátrica en el momento.

c. Integralidad en la atención

Para evaluar la integralidad en la atención, se analizaron diferentes aspectos. Encontramos que en el 15.9% de la muestra se incluyó otro profesional en la consulta, siendo en general uno profesional psiquiatra. Respecto de las articulaciones con otros sectores dentro del mismo hospital, estas solo se dieron en un 14.3% de los casos y casi no hubo articulaciones intersectoriales (sólo el 0.8% de los casos). En el 4.8% de los casos se articuló con otras áreas administrativas del sector salud que no correspondían al hospital. En el resto de las situaciones no hubo articulación por fuera del dispositivo.

⁹ La aceptabilidad de los servicios depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros (4).

¹⁰ Se trata de la disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información. "Personas para las cuales los servicios se encuentran disponibles" (4).

En un 17.4% de los casos se incluyó a una referente afectivo como parte de la consulta a través de una entrevista.

d. Trayectoria de les usuaries

Al evaluar la trayectoria de les usuaries, encontramos que cerca del 8% había pasado por alguna internación previa por motivos de salud mental y casi un 60% había realizado tratamientos por salud mental previamente. Esto indica que sólo el 32% de las personas demandantes realizaba consultas a un servicio de Salud Mental por primera vez.

Respecto de les usuaries que tenían antecedentes de consultas previas, fueron realizadas en un 20% de manera privada, ya sea en consultorios particulares o en clínicas, un 11% había consultado por obra social o prepaga y el resto en el sistema público.

En cuanto a quienes se atendían con cobertura privada y esta vez eligieron dirigirse al hospital, los motivos son variados, no encontrándose razones prevalentes. Algunos hicieron referencia a motivos económicos, inconformidad con el resultado del tratamiento, o que el profesional dejó de contestarle los mensajes.

Entre quienes se atendían en centros de salud y decidieron ir al hospital argumentaron renuncias o ausencia de los profesionales y la consiguiente falta de medicación en un 75% de los casos:

"Me habían dejado sin medicación porque decían que la psiquiatra había renunciado" (entrevistado varón, 23 años, 2023, Buenos Aires).

"Solamente lo que hacía era darme recetas hasta que encontrara un nuevo psiquiatra y no me servía de nada" (entrevistada mujer, 35 años, 2023, Buenos Aires).

Algunos recorridos tienen que ver con la falta de guardias.

"Yo conozco todos los hospitales, pero nunca hay guardia. Me fui a todos lados" (entrevistada mujer, 35 años, 2023, Buenos Aires).

Al indagar durante la entrevista respecto de las estrategias previas a la consulta, apareció que el abordaje que se lleva a cabo es mayoritariamente a través de los cuidados formales de la salud (96%). Sólo una persona refirió haber intentado resolver su padecimiento mediante estrategias personales:

"Entrenando, pero no fue suficiente" (entrevistada mujer, 20 años, 2023, Buenos Aires).

Al indagar en las entrevistas acerca de las consecuencias de los itinerarios de les usuaries sobre los tratamientos, los resultados son heterogéneos. Algunos hallazgos son:

- a) dificultad para la continuidad del tratamiento farmacológico:

"Quedé tomando los últimos (comprimidos) que tenía, pero ya después ya no tengo más, no tengo para acceder tampoco" (entrevistada mujer, 29 años, 2023, Buenos Aires).

"No tenía atención desde diciembre del año pasado" (entrevistado varón, 47 años, 2023, Buenos Aires).

- b) dificultad ante los cambios en el plan farmacológico al cambiar de psiquiatra

"Cambiaron todo el plan de medicación" (entrevistado varón, 23 años, 2023, Buenos Aires).

- c) deterioro de la salud general como consecuencia del no inicio de tratamiento:

"Bajé 20 kg en 4 meses desde que falleció mi marido, estoy muy mal" (entrevistada mujer, 49 años, 2023, Buenos Aires).

Se desprende de las entrevistas que un 11% de las personas que se acercaron al dispositivo había realizado previamente consultas médicas (neurólogo, cardiólogo, clínico) antes de pensar que su problemática podría abordarse mediante un dispositivo de salud mental.

"Primero fui al clínico por un problema que tenía, le comenté que estaba abusando del alcohol, tomaba mucho (...) me dijo necesitamos que te vea una psicóloga (...) y me mandó a la psicóloga, y ahí arranqué, gracias al clínico, es un genio" (entrevistado varón, 41 años, 2023, Buenos Aires).

e. Continuidad de cuidados

En relación con las indicaciones otorgadas a les usuaries luego de la consulta, a un 46.8% se le indicó continuar con entrevistas y/ o tratamiento en el mismo hospital; a un 33.3% se lo orientó a consultar en otro efector en el mismo Municipio; a un 17.5% se le recomendó realizar una consulta por su obra social; sólo en el 2.4% de los casos se resolvió la consulta en esa entrevista. Es importante aclarar que, si bien se dieron indicaciones de consultar en otros efectores de salud, no se realizó articulación directamente con esos efectores en ninguno de los casos entrevistados (Gráfico 6).

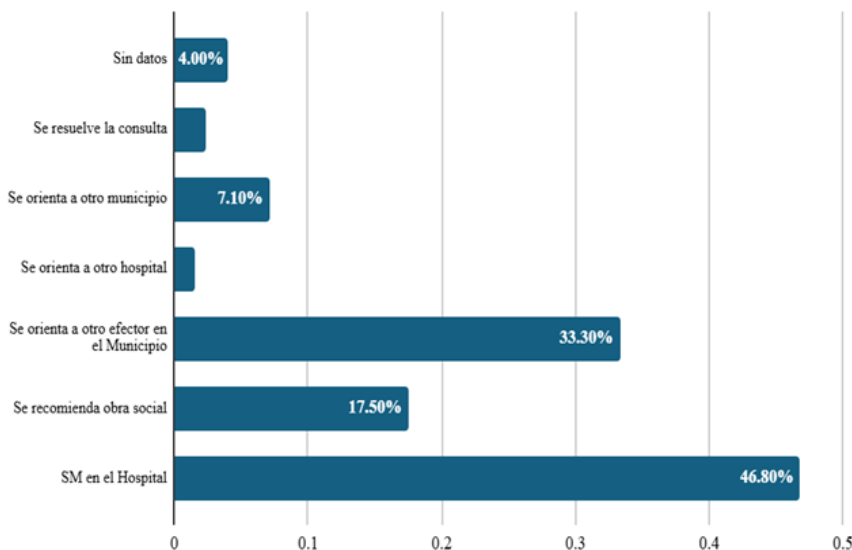


Gráfico 6: Abordajes a partir de la consulta al DESM
Fuente: Elaboración propia.

Respecto del estado actual del proyecto terapéutico indicado (Gráfico 7), el 65,4% de les usuaries refirió que logró llevarlo adelante. Algunes usuaries manifestaron que luego de la consulta iniciaron el tratamiento indicado en otro efector con órdenes de derivación por escrito y con referencias claras de efectores a los cuales podían dirigirse:

"Me hizo la orden para que yo me pueda atender y bueno, y me dijeron que la (clínica privada x) era buena. Pedí turno ahí, llevé todo y me dieron turno con la orden que me dio" (entrevistada mujer, 72 años, 2023, Buenos Aires).

También se destacaron casos de abordaje complejos, donde desde el DESM se logró articular con el área de emergencias del Hospital, se garantizó la internación por motivos de salud mental, así como también la continuidad de cuidados luego de la externación:

"Fui internado dado que se trataba de una emergencia (...) Luego de la internación fui derivado a (Unidad Sanitaria x) y ahora sigo ahí Psiquiatría" (entrevistado varón, 19 años, 2023, Buenos Aires).

Se definió un 15, 4% en la categoría "en proceso", a la que se define como los casos de usuaries que refirieron estar en lista de espera para el tratamiento indicado. Dado que, si bien no se puede establecer el resultado final en cuanto a la continuidad de cuidados, sí podemos referir que la misma se encontraba en proceso de acuerdo con los tiempos de accesibilidad institucional.

Se detectaron casos en los que les consultantes no habían iniciado aún ningún tratamiento y otros que habían podido comenzar el proyecto terapéutico en forma parcial, pero aún esperaban para una de las terapéuticas indicadas y se habían encontrado con dificultades reiteradas al consultar en otro efector de salud:

"Empecé psicología, ahí donde me mandaron, pero psiquiatría ahí no hay. Me mandaron para psiquiatría del otro lado de Lanús (...). Me queda más lejos y tampoco me atendieron, sigo en lista de espera hace más de 2 meses y me dijo la psicóloga que lo necesito, estoy muy mal" (entrevistada mujer, 49 años, 2023, Buenos Aires).

Respecto a les consultantes comprendidos en el 19,2% de les entrevistades que refirieron "No" haber podido acceder al proyecto terapéutico indicado, se desagregan experiencias muy diversas. En algunos casos conllevó la prolongación del sufrimiento sin volver a consultar:

"Me dijeron que no me correspondía ir más ahí, que era la última vez. Que tenía que ir a la sala (x). Pero en esa sala no había ni psicología, ni psiquiatra (...). Ahora no me siento bien, debería volver" (entrevistada mujer, 20 años, 2023, Buenos Aires).

En otros casos, les consultantes no tenían en claro si los motivos de la derivación eran por zona o por su diagnóstico, pero si bien falló la continuidad de cuidados en el proyecto terapéutico indicado, lograron acceso a la atención por otros medios:

“Me dijeron que vaya al Hospital (x), para adictos, no sé qué más (...), me mandaron al (nombre del efector) sabiendo que yo estoy trabajando y no podía asistir obviamente. Además, el (x) me queda muy a contramano, yo no sé por qué no me quisieron atender acá (...). Directamente me comuniqué con una psicóloga (...). Empecé a concurrir ahí, pagando, lamentablemente” (entrevistada mujer, 36 años, 2023, Buenos Aires).

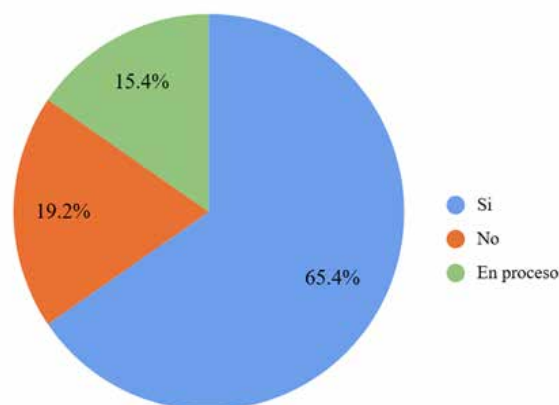


Gráfico 7: Continuidad de cuidados según proyecto terapéutico indicado en el DESM
Fuente: Elaboración propia.

Cn

CONCLUSIONES

En relación con las características de la población recibida por el DESM, ubicamos en primer lugar la feminización de las consultas, dado que el 62.7% de les consultantes fueron mujeres, una proporción mucho mayor de mujeres respecto de la población general. Otra característica importante la da la procedencia de les usuaries del dispositivo, que absorbe a la población local, con mayoría de personas que concurren caminando a la consulta o podrían hacerlo (distancias inferiores a las 15 cuadras). Incluso encontramos que esta población prefiere el dispositivo por sobre los servicios de sus coberturas sociales, si bien no se indagó sistemáticamente sobre las razones de esta preferencia. Así, más de una cuarta parte de les consultantes está cubierto por obra social, siendo mayoritariamente consultantes con PAMI, algo que podría vincularse con el amplio porcentaje de adultes mayores atendidos.

Si bien el dispositivo se nombra como de demanda espontánea, un porcentaje amplio de consultantes resultaron derivades; sobre todo desde tres vías: a) la guardia del mismo hospital, b) les médiqes clíniqes o neurólogos y c) los centros de salud cercanos. Que el dispositivo funcione regularmente facilita la continuidad entre la derivación de otre profesionales y el área de salud mental (muchos consultantes mencionan la posibilidad de haber demandado atención en el DESM en el mismo día de la indicación de otre profesional o en tiempos muy breves).

Respecto de la cobertura efectiva, les usuaries lo identifican como un hospital “que está cerca”. Esta cercanía se expresa en términos geográficos, lo que facilita la accesibilidad a los cuidados requeridos en función de los procesos de territorialización (5). Pero la cercanía también se relaciona con el valor simbólico que se le atribuye al dispositivo y al hospital, expresado, por ejemplo, en el porcentaje significativo de usuaries que llegan al hospital por

recomendación de un amigo, familiar o conocido. Esta podría ser una de las razones por la que aparecen disconformidades cuando se les comunica que tienen un centro de salud más cercano y se orienta a realizar el tratamiento allí o a través de su obra social. El servicio es además percibido como efectivo y esto se ubica en relación con la percepción de buen trato (aparecen palabras tales como “cómodo”, “atienden bien”) y de rapidez en la atención y posibilidad de orientación. En adultes mayores aparecen casos en los que el tiempo dedicado se hace equivalente a “buena atención”; quedará para futuras indagaciones profundizar en esta perspectiva.

Tomando, en los términos de Comes et. al. (10) a la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, que implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos, asumimos que las percepciones de les usuaries sobre cercanía y rapidez tienen alta incidencia en la accesibilidad. Aquellos disconformes con la atención (19% de les entrevistades), lo estuvieron en relación con la derivación a un dispositivo que no era del agrado del usuario, la sensación de no haber sido escuchade, a la orientación a concurrir a otro efector, a fallas en la continuidad de cuidados, o a dificultades para acceder a turnos.

En relación con la integralidad en la atención, no aparece ni en las historias clínicas ni en las entrevistas la inclusión de otre profesionales en el dispositivo que no sean de psiquiatría (la entrevista fue realizada por psicólogas mayoritariamente). También la integración con otras áreas fuera del hospital fue escasa y las orientaciones a consultas se realizan mayormente vía indicación del profesional, sin articular con la institución o área receptora. Esto está en línea con investigaciones previas (5), que señalan que, aunque la circulación de usuaries entre los niveles del

sistema de salud es significativa, en gran medida no existen registros de referencia y contrarreferencia, siendo los mecanismos informales de referencia los que operan frente a las circunstancias de derivación de pacientes. Asimismo, aparece la inclusión de los referentes afectivos con bastante frecuencia, lo que hace pensar que las profesionales a cargo de las entrevistas conciben al entorno de los consultantes como una parte fundamental del tratamiento.

Respecto de la trayectoria de los usuarios, un 35% de ellos consultaban por primera vez en salud mental. Sobre el porcentaje que había consultado previamente, algunas personas lo habían hecho en varios lugares. La consecuencia más común de estas múltiples consultas es la discontinuidad de los planes farmacológicos y los cambios en los mismos. También aparece el deterioro de la salud general.

Como estrategias previas a la consulta aparecen casi exclusivamente consignadas estrategias farmacológicas (toma de medicación recetada o no), sin aparecer otras fuera del sector salud.

En relación con la continuidad de cuidados, un 65% de los usuarios logró llevar adelante el proyecto terapéutico elaborado en la consulta inicial y un 15% se encontraba en proceso, es decir en espera de iniciar el tratamiento

indicado (algunas personas habían iniciado tratamiento en forma parcial con alguna especialidad y no con otra de las indicadas). La prosecución del proyecto terapéutico, en algunos casos, estuvo en relación directa con su flexibilidad, dado que modificaciones en el mismo de acuerdo con las necesidades y preferencias permitieron a las personas sostenerlo. El DESM se configuró en un espacio donde algunas personas pudieron volver para manifestar la necesidad de estos cambios. Por otro lado, la articulación directa con el área de urgencias permitió la intervención en casos complejos y realizar internaciones de manera rápida. Como contrapartida, en algunos casos se verificó incomodidad cuando existieron demoras en la obtención de turnos.

En relación con el casi 19,2% de entrevistados que refirieron no haber podido acceder al proyecto terapéutico indicado, esto estuvo en relación con la inconformidad con el mismo (por derivación a un efector diferente), a orientación a un centro de salud donde no pudieron ser recibidos, o por fallas del dispositivo ("nunca me llamaron" sin especificar el ingreso en lista de espera). En este aspecto, se concluye en que resulta necesario implementar y optimizar acciones para la mejora de la circulación entre niveles de atención de manera de mejorar esta situación y acortar tiempos de espera y disminuir la itinerancia de los usuarios.

Ds y AI

DISCUSIONES Y ALCANCES

Durante el pilotaje se encontró que la historia clínica del hospital tenía pocos datos y algunos de ellos estaban incompletos. Este hallazgo llevó a proponer una modificación de la "Hoja de Admisión de Salud Mental" del hospital que permitiera conseguir datos de mejor calidad tanto para la investigación como para los propios profesionales del dispositivo. Esta mejora posibilitó luego caracterizar mejor las trayectorias de los usuarios, así como los resultados de las intervenciones. Se considera importante esta modificación, así como el cambio en la hoja de registros, que permitieron separar las consultas del dispositivo DESM de otras consultas, como externalidades positivas de la investigación y, por lo tanto, como una contribución del estudio.

Se puede concluir que la hipótesis inicial se comprueba parcialmente, dado que el DESM tiene incidencia sobre la accesibilidad y cobertura efectiva y logra acompañar las demandas de los usuarios en buena medida con una calidad de atención adecuada desde el punto de vista de los usuarios. Asimismo, encontramos un déficit en lo que refiere a la integralidad de los cuidados. Sería pertinente en

futuras investigaciones indagar acerca de cómo opera la fragmentación al interior del equipo de salud respecto de este punto. Por otro lado, serán necesarias futuras indagaciones acerca de los efectos sobre la itinerancia institucional en busca de respuestas al padecimiento psíquico percibido, ya que el período acotado durante el cual se desarrolló la investigación respecto de la consulta inicial no permite arribar a hallazgos en este sentido.

Como saldo de la investigación se define la pertinencia de realizar ajustes en la modalidad de articulación entre los diferentes niveles de atención y/o el registro de la información acerca de las articulaciones realizadas y el efecto que las mismas tuvieron. Dicha modificación sería pertinente a los fines de monitorear el curso que toman las indicaciones realizadas tanto como para evaluar la efectividad de las mismas.

Ag

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las autoridades de la Dirección de Investigación en Salud y Cooperación Técnica de la Escuela de Gobierno en Salud "Floreal Ferrara" del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, ya que este proyecto encuentra su oportunidad de realización en el marco de las primeras becas de investigación de la provincia de Buenos Aires, destinadas a equipos de investigación cuyos profesionales se desempeñen en el ámbito de la salud pública. A las autoridades del Hospital Local General de Agudos "Dr. Arturo Melo" y de la Dirección de Salud Mental del Municipio de Lanús. Al Departamento de Salud Comunitaria y al Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg", ambos de la Universidad Nacional de Lanús. Al Servicio de Salud Mental del Hospital Local General de Agudos "Dr. Arturo

Melo" en general, y a las profesionales a cargo del DESM en particular. Al Comité de Ética e Investigación del Hospital Zonal General de Agudos "Narciso López". Al personal administrativo, siempre dispuesto. A les usuaries que amablemente aceptaron participar del proyecto. A nuestros familiares, amigos y compañeros por haber cedido parte del tiempo habitualmente destinado a compartir con ellos y haber alentado nuestra participación. Finalmente, recíprocamente a quienes conformamos este equipo de investigación, por haber logrado un trabajo solidario, colaborativo y participativo durante todas las etapas requeridas a través del presente proyecto.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caputo, E.L. et al. What changed after two years of COVID-19: the PAMPA Cohort update profile and methodology; *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2023 [acceso Ago. 2025]; volumen 30 (4). Disponible en <https://www.scielo.org/article/csc/2025.v30n4/e06102023/>
2. Saraví, G. Adolescencia, sociabilidad y pandemia: implicaciones en el bienestar socioemocional; *Revista Colombiana de Sociología*, [Internet]. 2023 [acceso Ago. 2025]; 46(1), 93-116. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/683201636/Adolescencia-Sociabilidad-y-Pandemia-Imp>
3. Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 1999 [acceso Ago. 2025]; 15 (2): 345-353. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/>
4. Hirmas Adaury M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhuesa X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 [acceso Ago. 2025] ;33(3): 223-9. Disponible en: <https://journal.paho.org/sites/default/files/09--Arti--Hirmas--223-229.pdf>
5. Gerlero S, et. al. Salud Mental y atención primaria: accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud. *Revista Argentina Salud Pública* [Internet]. 2011 [acceso Ago. 2025]; Vol. 2 (9): 24-29. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/371>
6. Vázquez A, Wilner A. Trayectorias institucionales de pacientes drogodependientes y su determinación en el acceso a los servicios de salud en un municipio del conurbano bonaerense. En: IX Congreso Argentino de Salud Mental y II Congreso Regional de la World Federation for Mental Health. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental -AASM; 2015.
7. Sautu R, Boniolo P, Dalle P, Elbert R. Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Buenos Aires. CLACSO; 2005.
8. Ynoub R. El proyecto y la metodología de la investigación. Buenos Aires. Cengage Learning Argentina; 2011. p110
9. Cohen N, Gómez Rojas G. Metodología de la investigación ¿Para qué? La producción de los datos y los diseños. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Teseo. 2019
10. Comes Y et.al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires [Internet]. 2006 [acceso Ago. 2025]; XIV: 201-209. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Barral M, Greco J, Laplace V, Portaluppi V, Wilner A. Evaluación de un dispositivo de atención a la demanda espontánea en salud mental en un Hospital General de la provincia de Buenos Aires (2022-2023). *Salud Publica* [Internet]. 2025 Sept [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

Dispositivos de enlace comunitario y equipos móviles de salud mental en provincia de Buenos Aires (2019-2025)

Community liasion teams and mobile mental health units in the province of Buenos Aires (2019-2025)

Au

Martín Taramasco **1**
Irma Gabriela Acosta **1**
Noelia Natalia Ferreyra **1**
Ramiro Nicolás Soliani **1**

Lic. en Psicología
Lic. en Trabajo Social
Lic. en Trabajo Social
Lic. en Psicología

1 Dirección de Asistencia, Acompañamiento y Apoyos en Salud Mental y Consumos Problemáticos, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina

martintaramasco@gmail.com

Rs

RESUMEN

Los Dispositivos de Enlace Comunitario en la provincia de Buenos Aires mejoran el acceso a la salud mental y abordan consumos problemáticos. Se centran en poblaciones vulnerables, promoviendo la continuidad de cuidados mediante un modelo comunitario e integración de recursos. Se reconocen como una Buena Práctica para transformar el sistema de salud mental hacia uno más solidario y respetuoso de los derechos humanos, por lo cual se comparte su conformación y puesta en marcha.

Palabras clave: Redes de Salud Comunitarias; Reforma de la Atención de Salud; Salud Mental

Ab

ABSTRACT

Community liasion teams in the province of Buenos Aires improve access to mental health services and address problematic substance use. They focus on vulnerable populations, promoting continuity of care through a community-based model and the integration of resources. Recognized as a Good Practice for transforming the mental health system into one that is more inclusive and respectful of human rights, this document outlines their conformation and implementation.

Keywords: Community Networks; Delivery of Health Care; Mental Health

In

INTRODUCCIÓN

Los Dispositivos de Enlace Comunitario (DEC) nacen con el objetivo primordial de mejorar el acceso a la atención de personas con padecimientos de salud mental y consumos problemáticos, con especial énfasis en situaciones de alta vulnerabilidad, y/o complejidad psicosocial, a fin de garantizar continuidad de cuidados en la red local disponible y contribuir a su sostenimiento en la comunidad. El Enlace Comunitario representa un puente entre la persona usuaria y los diferentes niveles e instancias asistenciales y sociales, y busca articular las estrategias de acompañamiento, atención y cuidados con los recursos disponibles en cada comunidad desde la cercanía, en clave regional.

Otro objetivo central de los DEC es promover y acompañar al cambio de modelo de atención trabajando, desde las situaciones, en el caso por caso, con la Red Provincial de Atención, promoviendo la transformación de las prácticas, enmarcados en la implementación del modelo de atención¹ propuesto en el Plan Provincial de Salud Mental

- PPSM (1) y el Plan Quinquenal del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

- PQS (2). Su estrategia se basa en el trabajo territorial y en la construcción de redes en los lugares donde se desarrolla la vida de las personas, con las instituciones de salud.

Estos dispositivos se encuentran emplazados en las Regiones Sanitarias (RS) de la provincia de Buenos Aires (PBA) y dependen de la Coordinación Regional de Salud Mental.

Los DEC están conformados por distintos trabajadores y trabajadoras que se distribuyen funciones y tareas para intervenir desde un modelo de atención y cuidados con base en las comunidades y el acceso a derechos. Por ello, pueden contener en su organización equipos móviles, equipos de externaciones, acompañantes terapéuticos, equipos de enlace comunitarios con articuladores de atención remota y gestión de turnos para tratamientos ambulatorios, entre otros posibles, y de acuerdo con las particularidades de la Región Sanitaria y la organización interna.

En cada Región Sanitaria estos equipos trabajan situaciones complejas que ingresan como demanda de atención en salud mental y consumos problemáticos desde diferentes espacios, como ser desde la Red Provincial de Atención, Centros Provinciales de Atención (CPA), 0800, Centro de Telemedicina (CETEC), hospitales provinciales, o desde otras áreas y niveles fuera del ámbito de la salud: educación, justicia, desarrollo de la comunidad, órgano de protección de niños, niñas y adolescentes, municipios,

organizaciones sociales o de la comunidad en general.

El sistema de salud argentino se caracteriza por la fragmentación (3, 4), por lo que suele percibirse como caótica e injusta la ausencia de políticas de integración entre subsistemas y la escasa conducción estratégica del subsector estatal entre las distintas jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) que conviven en los territorios, y generan dificultades en el acceso a la salud, e inequidad en la distribución de recursos (1).

A la vez, la complejidad de las problemáticas en salud mental debe ser tomada en cuenta para construir las estrategias de acción de los equipos de salud, que deben ampliar su capacidad de respuesta y superar los obstáculos de trabajo interdisciplinario e intersectorial (5).

Los DEC cumplen una función estratégica en la integración del sistema de salud en su componente de salud mental, y en la superación de las lógicas fragmentarias, ya que uno de sus objetivos es poner en relación partes del sistema de salud que muchas veces no dialogan.

Los Dispositivos de Enlace Comunitario y el modelo de atención y cuidados

Uno de los ejes del PPSM es la "creación y consolidación de un sistema alternativo a las lógicas hospitalocéntricas como única alternativa para la atención de la salud" (1: 31). Esto implica redefinir las prácticas de atención de la salud centrándose en las necesidades de las personas con padecimiento mental y/o consumos problemáticos, para que puedan ser atendidas en su comunidad.

En el marco de la transformación del modelo de atención y cuidados, los DEC son dispositivos flexibles, capaces de generar estrategias complejas enlazando múltiples recursos comunitarios que incluyen desde el vecino hasta el familiar, la escuela, la organización social, el Estado municipal, el Estado nacional, los distintos efectores provinciales; es decir, todos los componentes de un territorio.

Se piensa el modelo de atención y cuidados en cuatro ejes, abordados a través de los DEC.

El primer eje se basa en constituir prácticas centradas en las personas y no en las instituciones. Esto implica concebir a los sujetos desde una perspectiva social, atendiendo a la complejidad de cada situación. Para ello es necesario trabajar desde una perspectiva de clínica ampliada (6), es

¹ Forman parte de la Red: los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) provinciales y municipales, las Unidades Residenciales Provinciales (URP), los hospitales generales provinciales y municipales, los hospitales monovalentes psiquiátricos, en proceso de transformación del modelo de atención, los Centros de Salud Mental Comunitarios y los Centros Provinciales de Atención (CPA)

decir, una clínica basada en los sujetos que padecen, sus circunstancias vitales y las singulares posibilidades de producción de salud. Se busca que los dispositivos se adapten a las personas y no al revés, incluyendo la dolencia y el contexto, además de a los propios sujetos. Gastao Wagner de Sousa Campos (6) sostiene que la clínica se empobrece cada vez que se ignoran estas interrelaciones, perdiendo la capacidad de resolver, incluso, problemas estrictamente clínicos.

A la vez, este foco en las personas, sus posibilidades y recursos, conlleva a dar relevancia a las redes como herramientas de promoción del lazo social y la organización comunitaria, entendidas como una dimensión central de la salud (7). La tarea de los DEC consiste en trabajar con esos recursos, propiciando acciones de articulación interinstitucional. Tal como suelen decir quienes integran estos equipos, se trata de generar los vínculos necesarios entre las personas y las instituciones involucradas o aquellas que puedan aportar a la mejora de la situación, es decir consolidar la red.

El segundo eje es el acceso a derechos. Allí, el marco normativo en materia de salud mental es quien rige las prácticas, junto con el respeto ineludible a los Derechos Humanos. En este sentido, el PPSM (1) enfatiza que la solidaridad, la inclusión y la garantía de derechos son tanto constructoras como indicadoras de la salud mental de las personas y los pueblos.

Por otra parte, un tercer eje está centrado en la continuidad de cuidados, entendiendo, tal como figura en el PQS (2), a los cuidados como modelo, y adoptando la línea de cuidados progresivos que supera la fragmentación del sistema en especialidades, dando por resultado un proceso de salud integral e integrado. Esto, en el caso específico de salud mental, se traduce en la continuidad de cuidados desde la asistencia en el momento agudo en las guardias de los hospitales hasta los dispositivos ambulatorios del Primer Nivel de Atención o la Red de CPA.

El cuarto y último eje orienta la atención con base en las comunidades. Esto implica que sea cercana e inclusiva, que adopte un modelo de redes, enlace y articulación. También implica pensar a la comunidad como un actor de los cuidados de la salud y plantear estrategias colectivas de cuidados, incluyendo a la comunidad como un recurso. De estas estrategias, horizontales e intersectoriales, deberán formar parte los actores e instituciones implicadas. Estos tipos de recursos comunitarios tienen el objetivo de generar vínculos afectivos, de acompañamiento y cuidados, además que contemplan a los distintos actores -institucionales, barriales, familiares- que rodean a las personas. Esto se contrapone con la idea de "recursero", en el sentido de que una lista de instituciones que no están encarnadas, que no tienen vinculación concreta y real en mesas de trabajo, en encuentros por situaciones, en trabajo articulado, en conjunto y no se reconocen entre sí, no pueden trabajar en red. Cuando se mapean instituciones con los modos de este "recursero" estático, se plantean derivaciones burocráticas que terminan no funcionando.

En cambio, desde los DEC se plantea conocer los recursos y trabajar en conjunto para hacer estrategias situadas, concretas y efectivas.

Antecedentes

Si bien los DEC constituyen por primera vez un intento de coordinación de una política con base en la comunidad y la articulación entre efectores y sectores, para toda la PBA, es necesario destacar otras experiencias de algunas regiones o municipios sobre la base de las cuales han sido diseñados. Primeramente, se destaca en 2007, en la RS VI, la creación del Equipo Regional de Intervención en Crisis (ERIC) con el objetivo de brindar apoyatura técnica y capacitación en servicio a los equipos de salud de hospitales generales para garantizar la recepción y atención de las personas con padecimiento mental, y funcionando con una modalidad de guardia itinerante que se trasladaba a realizar evaluaciones. En 2008 y con el objetivo de garantizar la continuidad en el primer nivel de atención de la estrategia elaborada para las situaciones abordadas por el ERIC en el espacio de guardia, se crea el Equipo Regional de Intervención Comunitaria (ERICo) (8).

Posteriormente, en 2014, emplazado en la RS XI, el Programa Provincial de Intervención de Enlace Comunitario (PRIEC) es creado como respuesta sanitaria a la judicialización de las problemáticas de salud mental y adicciones, y tiene efectos en tanto dispositivo de abordaje intersectorial en la reducción de las internaciones innecesarias (9).

Otra experiencia para poner en valor es la nacida en la Subsecretaría del Municipio de Merlo desde 2016 hasta 2018 (10). Se trató del Programa de Asistencia Integral Comunitaria (PAIC), un programa que garantizaba la continuidad y el sostenimiento de los cuidados de la red local disponible en la comunidad y que contaba con un equipo de salud encargado de la evaluación interdisciplinaria e integral de las situaciones.

De un modo similar, en RS VII se crea en 2020 el equipo Red 7 (5), un equipo móvil que daba apoyo a aquellas guardias de hospitales que no contaban con profesionales de salud mental, disponiendo, también, la realización de evaluaciones en domicilio, según las características de cada situación, construyendo una estrategia que muchas veces transcendía la acción hospitalaria.

A partir de la asunción de la gestión actual en la Provincia de Buenos Aires, en 2019 se planteó trabajar en la homogenización de las prácticas, respetando la singularidad y especificidad de cada Región. Y, para lograr cobertura en todas las regiones, se trabajó creando nuevos equipos de enlace comunitarios.

Los Dispositivos de Enlace Comunitario como Buena Práctica en salud mental

Los Dispositivos de Enlace Comunitario (DEC) se proponen como objetivo principal mejorar el acceso a la atención de

personas con padecimientos de salud mental y consumos problemáticos, con especial énfasis en situaciones de alta vulnerabilidad y/o complejidad psicosocial, garantizando continuidad de cuidados en la red local disponible y contribuyendo a su sostenimiento en la comunidad.

Cobertura geográfica

En la PBA existen 12 RS, con la particularidad de contar con una población de más de 17 millones de habitantes, a lo largo de 307.571 Km² y 135 jurisdicciones municipales, configurando un territorio complejo y heterogéneo (1). A grandes rasgos, se puede hacer una primera distinción entre las regiones pertenecientes al Conurbano, cuya extensión territorial no es muy extensa, pero tiene una gran cantidad de población, con las regiones del interior, territorialmente extensas y menos pobladas. Como se desarrollará más adelante, estos dispositivos móviles adquirirán diferencias en cada una ellas.

Sin embargo, y a pesar de esta disparidad, entre los logros de la gestión de salud mental de la provincia (1), se destaca la formalización de espacios cotidianos de reunión con referentes de todas las regiones, lo que ha consolidado los procesos de integración y trabajo entre regiones, y de los efectores provinciales con los municipales y otros actores de la comunidad, favoreciendo el trabajo con base en las comunidades.

Esta diversidad regional se traduce en diferentes grados de implementación de los DEC. Actualmente, se cuenta con equipos móviles DEC en las 5 regiones pertenecientes al Conurbano (RS V, VI, VII, XI y XII), y también se han

conformado DEC sin movilidad propia ² en la RS I, IV, VIII y X del interior. En las RS restantes, los y las referentes regionales de salud mental, se encuentran activamente en el proceso de conformación de los equipos y asumen personalmente las funciones de enlace comunitario, directriz que marca la transformación del modelo de atención en la PBA.

¿Quiénes son las personas destinatarias de la buena práctica?

El Enlace Comunitario se propone como un puente de articulación de posibles intervenciones entre las personas usuarias y los diferentes niveles e instancias asistenciales y sociales, buscando articular las estrategias de acompañamiento, atención y cuidados con los recursos disponibles en cada comunidad desde la cercanía, en clave regional. Por ese motivo, las personas destinatarias directas son quienes tienen algún padecimiento en salud mental y/o consumos problemáticos.

A la vez, en tanto que los DEC se encargan de articular diferentes efectores y equipos, se los puede ver como “dispositivo de dispositivos” (11), en el sentido de que coordina y direcciona actividades. Si nos remitimos al concepto de “dispositivo” (12), podemos decir que el mismo moviliza saberes y crea subjetividades, configurando una identidad en los equipos de trabajo, quienes también se benefician con esta práctica, en el sentido que se crea una identidad, se legitima la tarea y se dispone a la resolución problemas, que, desde cada efector en soledad, no podrían resolverse (11).

Md

ENFOQUE METODOLÓGICO Y PROCESO: DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES, ROLES Y RESPONSABILIDADES

Los DEC están conformados por trabajadores de múltiples disciplinas y saberes, tales como psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, operadores, promotores en salud, acompañamiento terapéutico, entre otras.

La tarea se organiza en la estrategia de Enlace Comunitario, configurándose como un modo de intervención en red, a partir de la articulación de distintos recursos estatales y de la comunidad, con el fin de evitar sobreintervenciones fragmentadas y obstáculos al acceso a derechos, buscando a su vez generar ámbitos donde se puedan establecer estrategias colectivas frente a problemas comunes.

Contemplando la singularidad de cada situación, los DEC realizan una evaluación situacional multidimensional, para luego planificar, coordinar, aplicar y monitorear estrategias de atención y cuidados.

Articulaciones y alcance

Se trabaja de manera coordinada y articulada con efectores de diferentes jurisdicciones - municipales, provinciales y nacionales- en el apoyo a las guardias en hospitales generales y sistemas de urgencias; facilitando el acceso y la integración sociocomunitaria con énfasis en la continuidad

² Sobre la distinción entre DEC con equipo móvil y sin movilidad, volveremos más adelante

de cuidados y externaciones sustentables.

Es así como las visitas domiciliarias y el acompañamiento en la comunidad se convierten en prácticas que resultan oportunas y de calidad en el armado de la red de atención y cuidados para cada situación, como estrategias de intervención centrales.

Asimismo, los equipos de los DEC entre sus capacidades incorporan la posibilidad de moverse para asistir a reuniones de red, mesas de trabajo y evaluaciones en guardias hospitalarias, domicilios o en la vía pública. En algunas localidades esto es posible por cercanía, entonces los DEC coordinan sus recursos territoriales para poder llegar, acompañar y abordar la situación en red comunitaria. Sin embargo, hay regiones del interior de la provincia que tienen mucha distancia entre localidades, razón por la cual un equipo móvil regional no resulta viable, siendo aconsejable que cada localidad tenga su equipo móvil, en articulación con la región sanitaria. Las regiones del interior de la provincia trabajan con recursos de los Centros Provinciales de Atención (CPA) y/o de los municipios, sosteniendo el mismo objetivo. La diferencia principal es que el recurso

del equipo con traslado propio da la posibilidad de organizar una agenda propia de intervenciones y estrategias. Pero, además, la presencia territorial tiene una eficacia simbólica mayor que una estrategia coordinada de forma telefónica.

Acceso a los Dispositivos de Enlace Comunitario

Es importante aclarar que, por una cuestión práctica, los DEC no tienen vías de acceso directo desde la comunidad, sino que siempre dicho acceso es a través de pedidos desde la Red Provincial de Atención. A su vez, una vez que estos equipos entran en contacto con los usuarios quedan comprometidos a acompañar y cuidar y dar respuesta si estas personas lo demandan, desde su vinculación con ellos. Los pedidos de intervención pueden llegar desde cualquier efector de la Red, que al encontrarse con un caso complejo que requiere de la intervención de otros efectores de diferentes niveles, solicita ayuda. Por ejemplo, en el caso de una persona que concurre a una guardia porque ha abandonado un tratamiento, pero no tiene criterio de internación, por lo tanto, es necesario elaborar una estrategia de continuidad de cuidados con efectores cercanos a su domicilio.

Rs

RESULTADOS Y EVIDENCIA

Los DEC han logrado mayor expansión, ampliación, reconocimiento formal y programático en el marco de la reforma del modelo de atención de salud mental iniciada en el año 2019. Son, junto a los CPA, las Unidades Residenciales para Consumos y Salud Mental, los Centros Comunitarios, los Hospitales Generales y los Hospitales Neuropsiquiátricos en reforma, uno de los dispositivos valiosos y definidos como indispensables para avanzar hacia un cambio de modelo de atención en salud mental y consumos problemáticos desde una perspectiva de sistema integrado, solidario y respetuoso de los derechos de las personas.

Sus resultados pueden documentarse haciendo énfasis en varios ejes, a modo de razones que convierten a los DEC en una buena práctica en salud mental:

1. Mejora de la accesibilidad y proximidad

- Acercan el primer contacto terapéutico a barrios y localidades, reduciendo barreras de distancia y tiempo.
- Facilitan que personas con movilidad reducida o sin transporte público reciban acompañamiento cercano.
- Ofrecen horarios flexibles y modalidades mixtas (presencial y telefónica) adaptadas a la rutina comunitaria.

2. Continuidad y coordinación de cuidados

- Actúan como puente entre niveles de atención: centros de salud, hospitales y servicios sociales.

- Garantizan seguimiento constante de casos complejos, evitando deserciones terapéuticas.
- Promueven reuniones regulares de equipo interdisciplinario para afinar planes de tratamiento.

3. Enfoque comunitario y empoderamiento

- Involucran a referentes locales (líderes vecinales, promotores de salud, organizaciones sociales) en la detección temprana.
- Fortalecen la capacidad de la comunidad para autoorganizarse en promoción y prevención de la salud mental.
- Generan espacios de escucha y contención que disminuyen el estigma asociado a padecimientos psíquicos.

4. Intersectorialidad y redes de apoyo

- Articulan con áreas de educación, empleo, recreación y vivienda para abordar determinantes sociales.
- Crean alianzas con ONG, clubes de barrio y centros culturales que amplían la red de soporte.

5. Atención temprana y prevención

- Desarrollan estrategias de intervención precoz ante los primeros brotes de consumo problemático o crisis emocionales.
- Monitorean indicadores comunitarios como alertas tempranas.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

En este momento, el principal desafío en la implementación de los DEC es poder consolidar esta práctica en toda la PBA, y realizar los ajustes necesarios de acuerdo con la realidad de cada RS. Siendo una de sus características la adaptación a la diversidad territorial cuenta con respaldo para su implementación, en tanto: diseñan modalidades móviles o itinerantes en zonas rurales, ajustando recursos y frecuencias según concentración poblacional y estipulan guías de actuación flexibles que contemplan las particularidades culturales de cada municipio.

Sostenibilidad y optimización de recursos

Los DEC aprovechan infraestructuras existentes (salas comunitarias, CAS, CIC) minimizando costos de nuevas obras, a la vez que fomentan la capacitación continua del personal local, creando semilleros de profesionales comprometidos con su territorio.

Consideramos que uno de los principales impactos de la existencia de estos dispositivos es transformar desde las prácticas, promoviendo un trabajo interdisciplinario, intersectorial y de clínica ampliada.

Factores de éxito y replicabilidad

El mecanismo de puesta en marcha de los DEC demostró ser efectivo en términos de organización, escalabilidad, y puede ser replicable. En el sentido que recoge la experiencia de los equipos de los diferentes efectores, poniéndolos en contacto para pensar acciones singulares para la variabilidad y complejidad de las situaciones que se presentan. Son equipos que se alinean y complementan a los ya existentes, por lo tanto, implican una disposición al trabajo en territorial comunitario, pero no necesariamente insumen grandes recursos económicos y humanos en la Red Provincial de Atención.

Una proyección posible y deseable constituye la réplica de dispositivos similares a los DEC en el nivel municipal, con mayor alcance y presencia territorial, que atiendan no sólo la urgencia - que suele presentarse a través de efectores provinciales en guardias hospitalarias - sino también que evalúe y genere estrategias complejas de atención y cuidados. Sin dudas esta proyección se debe pensar de acuerdo a las particularidades y recursos existentes en cada territorio, pero consideramos que la cercanía propia de los efectores municipales es un potencial para intervenir en continuidad de cuidados.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género. Plan Provincial Integral de Salud Mental: hacia un sistema solidario e integrado de salud 2022-2027 [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2022 [citado 12 may. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/plan-provincial-salud-mental/>
2. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Plan Quinquenal de Salud 2023-2027. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2023 [citado el 12 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/planquinquenal/>
3. Rovere M. La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. La Esquina del Sur. 2004;3:1-15.
4. Rovere M. El Sistema de Salud de la Argentina como campo; tensiones, estrategias y opacidades. Debate Público. 2016;6(12):19.
5. Bonilla A, Leanza E, Ramirez G, Servin L. Escenarios dinámicos en clave de accesibilidad. Trabajo libre presentado en la 3º Jornada de Salud Mental y Consumos Problemáticos de la PBA; 2022.
6. Campos GW. Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
7. Taramasco M, Barreiro S. Redes y salud mental: una respuesta a los problemas de la época en el marco de la Ley de Salud Mental. En: Orleans CS, compiladora. I Congreso Internacional de Salud Mental Comunitaria: debates intersectoriales, prácticas, comunidades y política de las políticas públicas. 1a ed. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología; 2019 [libro digital en PDF]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/103187>
8. Bitran R, Canchelara L, Dabrowski G. Trabajo ¿intersectorial? entre Justicia y Salud. En: 1 Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones, Tandil ; 11-13 mayo 2017
9. Belaunzarán L, Herrera N, Molinero C, Rodríguez M. Dispositivo interdisciplinario de intervención domiciliaria en salud mental: una respuesta sanitaria a la judicialización de las problemáticas en salud mental y adicciones. En: Orleans CS, compiladora. I Congreso Internacional de Salud Mental Comunitaria: debates intersectoriales, prácticas, comunidades y política de las políticas públicas. 1a ed. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología; 2019 [libro digital en PDF]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/103187>
10. Barreiro S. El Programa de abordaje integral en la comunidad del Municipio de Merlo y la aplicación de la Ley 26.657. Trabajo presentado en: Seminario Estado, derechos sociales y salud; Rosario, 2017.
11. Barreiro S. El derecho a la salud mental y la implementación de dispositivos de abordaje comunitarios en el Municipio de Merlo. Comunicación personal; 2019.
12. Deleuze G. ¿Qué es un dispositivo? En: Varios Autores, Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa; 1990.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Taramasco M, Acosta IG, Ferreyra NN, Soliani RN. Dispositivos de enlace comunitario y equipos móviles de salud mental en provincia de Buenos Aires (2019-2025). Salud Publica [Internet]. 2025 Sept [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

Talleres de salud mental en escuelas secundarias de la provincia de Buenos Aires: la articulación entre salud y educación como condición de posibilidad

Mental health workshops in secondary schools in the province of Buenos Aires: integrating health and education as a condition of possibility

Au

Joaquín Rotman
Sebastián Holc
Federico Appiani

Sofía Decandia

Natalia M. Fernández
Fernando Maskin
Matías N. Cosentino
Paula Márquez

Cecilia Lorenzo

Mónica Feuer

Doctor en Psicología **1**
Licenciado en Psicología **2**
Licenciado y Profesor en Psicología.
Diplomado en Salud Mental y Derechos Humanos **3**
Licenciada y Profesora en Psicología.
Diplomada en Salud Mental y Derechos Humanos **1**
Licenciada en Psicología **1**
Licenciado en Psicología **1**
Licenciado y Profesor en Psicología **1, 4**
Licenciada en Psicología.
Posgrado en psicoanálisis con práctica clínica en púberes y adolescentes **1**
Licenciada en Terapia Ocupacional.
Diplomada en Políticas Públicas en Salud Mental **1**
Profesora en enseñanza primaria para niños y adultos.
Técnica en Periodismo y producción **1**

- 1** Equipo Central del Programa interministerial "La Salud Mental es entre todas y todos", Dirección de Promoción y Cuidados de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos, Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina.
2 Director de la Dirección de Promoción y Cuidados de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos, Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina.
3 Coordinador del Programa interministerial "La salud mental es entre todas y todos", Dirección de Promoción y Cuidados de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos, Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina.
4 Operador en Intervenciones Institucionales y Comunitarias, ILANUD-Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

psicologo.rotman@gmail.com

Rs

RESUMEN

La buena práctica en salud se vincula al desarrollo de talleres de salud mental en escuelas secundarias de la provincia de Buenos Aires, en el marco del Programa "La salud mental es entre todas y todos", entre 2022 y 2024. En los talleres se propuso crear espacios de confianza con los estudiantes con el fin de propiciar la circulación de la palabra con el objetivo de su apropiación, apropiación necesaria para expresar sus ideas y sentidos asociados a la salud mental y a partir de ello, trabajar sus necesidades y problemas en salud mental desde el marco de la salud mental comunitaria y la prevención inespecífica. La construcción de estos espacios fue posible a partir del armado de un andamiaje interinstitucional que articuló a equipos de educación y salud.

En el recorte temporal presentado, la cantidad de municipios alcanzados fue la siguiente: 13 municipios de 4 Regiones Sanitarias de las 12 Regiones en las que se divide la provincia de Buenos Aires, en 2022; 93 municipios de las 12 Regiones en 2023 y 112 municipios de las 12 Regiones en 2024.

Un análisis preliminar de la aplicación del Programa arrojó que la propuesta generó resultados positivos referidos a: 1. Una mayor articulación entre el sistema de salud y educación (1-2) (alcance de la propuesta), 2. La valoración positiva de los talleres por parte de los estudiantes abordados (evaluación del abordaje) y 3. Una mayor comprensión de las necesidades y problemas en salud mental así percibidos por los estudiantes abordados (análisis de efectos).

Se considera que los resultados obtenidos son una muestra de los impactos de la propuesta, la cual innovó una herramienta disponible hace mucho tiempo: el formato taller. Dicha innovación se centró en el desarrollo de lo que se denomina ingeniería-artesanía de los talleres, y posibilitó el andamiaje interinstitucional.

Palabras clave: Salud mental; Servicios Comunitarios de Salud Mental; Estudiantes; Adolescentes; Padecimiento Subjetivo; Eficacia colectiva.

Ab

ABSTRACT

This good practice in mental health is linked to the implementation of workshops in secondary schools across Buenos Aires Province, within the framework of the program "La salud mental es entre todas y todos" ("Mental Health is Everyone's Responsibility") between 2022 and 2024. The workshops sought to create spaces of trust with students, encouraging them to take ownership of their voices. Such ownership was essential for expressing their ideas and perspectives on mental health and, on that basis, for addressing their mental health needs and problems within the framework of community mental health and nonspecific prevention. The creation of these spaces was made possible through the development of an interinstitutional framework that brought together education and healthcare teams.

In the time frame considered in this study, the number of municipalities reached was as follows: 13 municipalities across 4 Health Regions out of the twelve into which Buenos Aires Province is divided, in 2022; 93 municipalities across all 12 Regions in 2023; and 112 municipalities across all 12 Regions in 2024.

A preliminary analysis of the program's implementation showed that the proposal generated positive results regarding: 1. Greater articulation between the education and healthcare systems (1-2) (scope of the proposal), 2. Positive evaluation of workshops by the participating students (assessment of the approach), and 3. Greater understanding of the mental health needs and problems as perceived by participating students (impact analysis).

The results obtained reflect the impacts of the proposal, which introduced an innovation to a long-standing tool: the workshop format. This innovation focused on the development of what is called the engineering-craftsmanship of the workshops and enabled the interinstitutional framework.

Keywords: Mental Health; Community Mental Health Services; Students; Adolescent; Subjective Suffering; Collective Efficacy

In

INTRODUCCIÓN

Los talleres de salud mental desarrollados entre 2022 ¹ y 2024 se enmarcaron en el Programa “La salud mental en entre todas y todos”, programa que inicia en el año 2022 por Resolución N° 3.246/232 (3) como respuesta a un pedido previo y explícito –en contexto de reciente pos pandemia– de la Unión de Estudiantes Secundarios ² (UES) al Gobernador de la provincia de Buenos Aires, Axel Kicillof. En dicho pedido, la Unión expresa su preocupación por el estudiantado bonaerense en términos de padecimientos en salud mental y la necesidad de que se instrumente alguna forma de abordaje.

De esta forma, se constituye el acuerdo entre la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud y la Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE) provincial de donde surge, luego de múltiples reuniones entre ambas carteras, que el abordaje debía ser promo-preventivo, y en las escuelas. A su vez, se propuso hacer una prueba piloto en 2021 y analizar los resultados a inicios del 2022, de donde surgió la forma final de abordaje y su implementación.

En este sentido, el acuerdo favoreció la articulación entre el sistema de educación y el sistema de salud en dos órdenes: interministerial e interinstitucional. La articulación interministerial, en concreto, permitió establecer la estructura de soporte de los talleres, a saber: 1. habilitación para que los equipos de salud, encuadrados en el Programa, tengan ingreso directo a las escuelas, 2. definición del objetivo, tiempos y lógica de trabajo entre equipos de salud y educación en un marco de corresponsabilidad y construcción de los circuitos de comunicación y 3. desarrollo del encuadre de los talleres según objetivos específicos de la propuesta, en relación a requerimientos institucionales de las escuelas.

La estructura de soporte de los talleres dio lugar al desarrollo –a medida que se fue aplicando la propuesta durante el 2022– de lo que se denominó la ingeniería y la artesanía de los talleres a nivel interinstitucional y es lo que se refiere en el presente trabajo como innovación de un dispositivo ya conocido, como es el taller.

Ds

DESARROLLO

1. Programa, Propuesta, Abordaje: Ingeniería y Artesanía

La articulación interministerial generó una estructura de soporte de los talleres para el vínculo entre salud y educación. Es decir, oficializó, legitimó y encuadró en términos generales un vínculo con fines generales; fines que fueron delineando una estructura de Programa y Programa que, al tener que pensar su implementación concreta, debió materializar, a otra escala, esa articulación interministerial.

En este sentido, la materialización de la articulación interministerial refiere a otro orden de organización, centrado en la articulación interinstitucional regional y la articulación interinstitucional local: la propuesta y el abordaje, respectivamente.

Así, el Programa, la propuesta y el abordaje actuaron como continente –soporte– a distintas escalas ³ pero a su vez, propuesta y abordaje actuaron también como contenido.

De esta forma, la propuesta es continente cuando refiere a espacios de trabajo y circuitos entre equipos (ingeniería de la propuesta), y es contenido cuando refiere a una práctica de vínculos cuidados entre adultos (artesanía de la propuesta) que incide, luego, en el cuidado de las juventudes.

Por su parte, el abordaje es continente cuando refiere a organización y encuadre (ingeniería del abordaje), y es contenido cuando refiere a una práctica de vínculos cuidados con las juventudes (artesanía del abordaje).

¹ El programa específicamente inicia el 6 de junio. Entre septiembre de 2021 y abril de 2022 se sucedieron múltiples reuniones entre ambas carteras (Educación y Salud), una experiencia piloto de los talleres realizada en noviembre de 2021 (centrada en poner en práctica la lógica de abordaje de los talleres como propuesta, llevado adelante tanto en una escuela como en una organización barrial en la ciudad de La Plata), y la formación y capacitación en el desarrollo de los talleres con el Equipo de Talleristas Itinerantes (TI).

² Unión que agrupa a los Centros de Estudiantes de la Ciudad de La Plata.

³ El Programa a nivel “macro” (interministerial), la propuesta a nivel “meso” (interinstitucional regional) y el abordaje a nivel “micro” (interinstitucional local).

2. Propuesta y Abordaje: implementación

2.1. El taller como formato, modalidad, forma de organización y el taller “en sí”

La palabra taller denomina distintos sentidos que se entran dado que funciona, desde el Programa, como formato, como modalidad y como una forma de organización: como formato denomina a un dispositivo grupal creado para propiciar la participación y el intercambio mediante dinámicas propias; como modalidad denomina a la diferencia existente entre la dinámica y el contenido de una “charla/clase” y el de un “espacio de circulación y apropiación de la palabra”; como forma de organización denomina a la estructura de realización.

En este sentido, el desarrollo de un taller (conformado, en tanto estructura de realización, por tres encuentros, uno por semana y en tres semanas sucesivas con cada grupalidad abordada) no responde a una modalidad de “charla/clase”: es decir, no se trabaja con les estudiantes un tema específico de salud mental desde el saber profesional (la depresión, sus síntomas, su prevalencia, etc.). La modalidad propuesta responde a generar condiciones de circulación y apropiación de la palabra, mediante dinámicas de taller, para que sean les estudiantes quienes puedan transmitir sus necesidades, intereses, preocupaciones y problemas en salud mental. A partir de esto se busca problematizar colectivamente lo surgido (qué entienden por salud mental, qué sentidos tienen asociados a problemáticas generales de salud mental y a sus propios malestares, entre otras cuestiones). Esto no se logra sin favorecer la participación, escucha mutua y la toma de la palabra.

De este modo, formato, modalidad y organización apuntan a la construcción de un “espacio de confianza” donde esto pueda suceder. Y, por último, donde eso sucede es en el taller en sí, en el aula con les estudiantes.

Sin embargo, que el taller como formato (dispositivo) tienda, en teoría, a propiciar la participación y el intercambio, no significa ni que eso suceda por el simple hecho de elegir el formato (que realiza su “cómo” a través de dinámicas de taller) ni que el formato obtenga resultados por su mera aplicación (que da cuenta de su “para qué” a partir de generar procesos de participación e intercambio).

El formato de taller es continente (marco) y habilita distintos tipos de dinámicas y contenidos (modalidades) a través de una estrategia (dinámicas de taller) con el fin de lograr procesos de participación e intercambio; pero esto por sí solo no garantiza resultados en el trabajo con juventudes respecto a su salud mental.

De esta forma, si existe innovación con relación al formato (dispositivo), ésta refiere a la creación de un andamiaje

“externo”, que va por fuera del trabajo directo con les estudiantes en el aula, pero que hace al trabajo con ellos: la ingeniería de la propuesta (espacios de trabajo entre equipos y circuitos de comunicación y derivación cuidada) y la ingeniería del abordaje (organización y encuadre de los talleres). Va “por fuera” dado que refiere al trabajo entre adultos de equipos de salud y educación, pero hace al trabajo con les estudiantes dado que es lo que genera las condiciones para que el espacio de confianza, en el aula, sea posible.

Por último, ese andamiaje, a su vez, no refiere solo a una ingeniería (continente), sino también a una artesanía (contenido) que deriva y, a la vez, es sustento de aquella: las prácticas de vínculos cuidados entre adultos derivan y son sustento de la creación de espacios de trabajo y de confianza entre equipos, lo cual redonda en el vínculo cuidado con las juventudes.

2.2. Artesanía de los talleres: el vínculo cuidado con las juventudes

La organización, el encuadre, los objetivos y la metodología de los talleres hacen al contenido de la propuesta y, a su vez, a la materialización y sustento de la lógica de abordaje. Refieren a la artesanía de los talleres dado que no sólo actúan como marco sino también como condición indispensable para la práctica.

Organización. Cada sección o curso abordado (cada grupo dentro de una escuela) representó un taller, y cada taller constó de tres encuentros: un primer encuentro de 1 hora, un segundo encuentro de 2 horas y un tercer encuentro que vuelve a ser de 1 hora. El tiempo de cada encuentro respetó el módulo de hora-clase (40 minutos) como así también los recesos (recreos). En caso del segundo encuentro, éste se pautó para ser desarrollado en dos módulos sucesivos (sin recreo en medio, para no cortar la actividad). Asimismo, los tres encuentros se realizaron en semanas sucesivas. De esta forma, cada taller ocupó tres semanas, favoreciendo un desarrollo procesual en el que se pudieran ir desplegando resonancias en cada grupo. Al respecto, en términos de proceso, cada encuentro tuvo su propio objetivo que, articulados, hicieron al objetivo de la propuesta, a saber: el primero se centró en problematizar las ideas de salud mental instituidas y las propias de la grupalidad y, a su vez, sensibilizar al respecto para que les estudiantes pongan en palabras sus intereses y problemas en salud mental; el segundo se centró en retomar y profundizar dichos intereses y problemas referidos; y el tercero se centró en desarrollar nuevas estrategias y/o fortalecer las estrategias ya existentes en la grupalidad, referidas al cuidado colectivo.

Por otra parte, cada taller fue desarrollado por una dupla de talleristas pertenecientes a diversos equipos de salud. Entre el 2022 y el 2024 los talleres fueron llevados adelante por dos tipos de equipos de salud distintos: 1. Duplas de Equipo

⁴ El Equipo TI es una de las líneas de desarrollo del Programa (otra de las líneas es la denominada “Línea de Equipos de Dispositivos Territoriales”). El Equipo TI está conformado por seis equipos de talleristas que desarrollan los talleres a lo largo y ancho del conurbano bonaerense, Gral. Pueyrredón y Partido de La Costa, itinerando entre localidades o municipios. Su trabajo está enfocado exclusivamente a los talleres (sea en escuelas, en organizaciones, en centro socioeducativos, en grupos pertenecientes al Programa Envión, entre otros).

⁵ Equipos pertenecientes bien a Centros Provinciales de Atención (CPA) o bien a Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM).

de “Talleristas Itinerantes” (TI)⁴ y 2. Duplas de Equipos de Dispositivos Territoriales (DT)⁵. En 2022 fueron los Equipos TI quienes iniciaron la planificación, acorde a objetivos generales y específicos, y el desarrollo de la dinámica de los talleres, en constante retroalimentación según la experiencia. Del 2023 en adelante se sumaron los Equipos DT con una lógica de abordaje, encuadre y dinámicas de taller ya estabilizada a partir de la experiencia previa, sumando a ello el conocimiento territorial.

El abordaje en dupla respondió a facilitar la planificación conjunta con otro profesional, al apoyo mutuo frente a la grupalidad como también una vez terminado cada encuentro y en el proceso en su totalidad, a la distribución de roles dentro del aula –sea para llevar adelante las dinámicas como también para contener y acompañar situaciones emergentes⁶, y a la distribución de roles dentro de la institución –comunicación con directivos, Equipos de Orientación Escolar (EOE), preceptores/as, docentes, auxiliares–.

Encuadre. Refiere a las condiciones mínimas necesarias para que no se desnaturalice la propuesta. Significó: respetar el proceso de tres semanas sucesivas y los días y horarios pautados para los encuentros; dar aviso de la lógica del taller, días y horarios a la grupalidad y docente de curso a cargo previo al primer encuentro; establecer, previo al comienzo del trabajo con la grupalidad, quién sería el referente institucional que acompañaría el proceso⁷; respetar la indicación de que no haya más de tres adultos en el aula en cada encuentro (la dupla + el referente institucional) y si una grupalidad no iba a poder estar presente en el día y horario convenido⁸, dar aviso lo más pronto posible a la dupla para evitar el traslado innecesario y realizar una pronta reorganización.

Objetivos y Método. Los objetivos de la propuesta han sido los siguientes: 1. problematizar y desnaturalizar el sentido común asociado a salud mental, 2. recuperar los sentidos con que les estudiantes la comprenden y transitan, 3. profundizar en sus intereses y problemas al respecto y, por último, 4. comprender, acompañar y/o dar cauce a sus necesidades en salud mental. Sin circulación de la palabra, esto es inviable (4-6). Al respecto, en términos de método, no se trata de “ir a dar una charla” sobre un tema específico, sino de facilitar un espacio de encuentro para el propio grupo y con otras referencias adultas, con el fin de que “la charla” surja de las propias estudiantes: sus ideas sobre salud mental, intereses, preocupaciones y necesidades. De aquí también que tenga sentido la lógica procesual de los encuentros: no solo en términos de dar tiempo a resonancias individuales, vinculares y/o grupales sino también en términos de los objetivos que tiene cada uno, referidos al inicio.

Dicho esto, el **Objetivo General** del Programa se centró en “generar espacios de escucha, diálogo y acompañamiento sin prejuicios ni estigmas, para que las juventudes puedan expresar abiertamente cuáles son sus atravesamientos actuales, sus conflictos, temores, y también sus anhelos” (7).

Justificación y Enfoque Metodológico. Diversos estudios centrados en salud mental y juventudes dieron cuenta, a lo largo del tiempo, de la necesidad de su abordaje (8-9). A partir del agudizamiento de problemas en salud mental durante la pandemia por COVID-19 se puso de relieve la urgencia de profundizar cuidados y acompañamientos en salud mental de esta población entendida como una de las más vulnerable al respecto, tanto en el plano singular como grupal y comunitario (10-11).

En paralelo, la provincia de Buenos Aires se encuentra en un proceso de cambio profundo del modelo de atención y cuidado en salud mental: el desarrollo de un modelo con base en las comunidades (12). Este modelo marca la necesidad de abordajes de salud mental en ámbitos que no sean solamente de salud, sino otros como la Escuela, en el caso de las juventudes.

De esta manera, los talleres fueron pensados como espacios dentro de lo escolar con el fin de promover procesos de tramitación colectiva del malestar y problemas de salud mental asociados (13). Tramitación a través de un dispositivo grupal (4-5-13), dado que es una configuración que permite tanto la identificación del propio impacto subjetivo –vivencia– como la identificación al impacto colectivo –experiencias–, de lo disruptivo –evento– (14), sea a partir de la pandemia y posterior, sea previo a la misma (13-14).

Al respecto, el abordaje grupal se erigió como una herramienta eficiente y pertinente. Eficiente en términos de que posibilita mayor alcance que un abordaje individual. Pertinente en términos de que permite vehicular la tramitación colectiva del padecimiento entendido desde la salud integral y comunitaria. Y por esto representa un abordaje eficaz respecto a problemáticas pre-pandemia –cultura, malestar, vida cotidiana, elaboración y duelo– y de pandemia/post pandemia –catástrofe y trauma–.

En consonancia con lo desarrollado, el **enfoque metodológico** entrama cuatro pilares como marco: 1. La salud integral, 2. La perspectiva de derechos, 3. La perspectiva comunitaria en salud y 4. La prevención inespecífica (6).

Es decir:

1. La salud entendida como proceso multideterminado que contempla componentes históricos, sociales, biológicos y psicológicos; 2. El mejoramiento o bienestar depende, entre otras cuestiones, de la concreción y acceso a derechos

⁶ Cualquier situación emergente que surja, una de las talleristas se queda dentro del aula continuando con la dinámica y el otro sale del aula con el estudiante que se considere que lo necesita o lo requiera.

⁷ El referente puede ser un integrante del Equipo de Orientación Escolar (EOE), un docente, preceptor o quien la institución seleccione. El referente institucional debe cumplir ciertos requisitos que apuntan al objetivo de los talleres en tanto propuesta y Programa. Es conveniente que el referente institucional no sea un directivo, aunque no es excluyente.

⁸ O bien la grupalidad cuenta con un número sustancialmente menor de presencialidad (aunque este factor es excluyente según la configuración mínima para una dinámica grupal).

humanos y sociales; 3. No hay padecimiento subjetivo que no tenga su correlato en la trama social, en el sentido de que el padecimiento actúa como emergente de problemáticas vividas de forma colectiva y, entonces, la pretensión de abordaje individual deja su paso al abordaje grupal y colectivo, favoreciendo la participación, la discusión, lo relacional y el cuidado (15). En este sentido, el abordaje comunitario actúa como vector “que propicia prácticas inclusivas y que apuesta al fortalecimiento de las tramas vinculares” (6); vector que se concreta a partir de una herramienta ya conocida: el taller como dispositivo. Dispositivo que tiende a propiciar “el debate e intercambio de ideas, permite abordar no solo lo relacionado al conocimiento y la información, sino también aspectos ético-normativos vinculados a la convivencia y expresivo-emocionales ubicados en función de la posibilidad de decir qué sucede individual y grupalmente” (6); entonces, 4. Los problemas y necesidades en salud mental de una población no comienzan y culminan ni en un diagnóstico intrapsíquico ni en la gestión individual para su resolución: se trata menos de prevenir problemáticas (el consumo, la ansiedad, la depresión, el bullying, las autolesiones) que de generar condiciones para colectivizar el padecimiento que se expresa de múltiples formas –ansiedad, autolesiones, consumo, desconfianza, destrato entre pares, violencia, entre otras–.

Por último, si la organización, encuadre, objetivos y método contribuyeron al vínculo cuidado con las juventudes, es dado que están en función de generar las condiciones necesarias para lograr un espacio de confianza y, por tal, propiciatorio de la palabra, como así también un cuidado directo de las juventudes: la organización exige una dinámica procesual a la vez que estipula el uso de horas clase respetando los recesos, tan valorados por les estudiantes; el encuadre exige que todos los actores involucrados estén al tanto de la realización de los talleres evitando la vivencia disruptiva de la presencia de los equipos de salud que podría generar resistencia y/o rechazo, a la vez que estipula cantidad y qué roles deben ocupar les adultos en aula en relación al taller y a la grupalidad presente; los objetivos y método apuntan a poner en valor la palabra de las juventudes que exige una posición de les adultos distinta: abiertas a la escucha, no punitiva y que aloje.

2.3. Ingeniería de los Talleres: el vínculo cuidado entre les adultos

Los distintos espacios de trabajo y circuitos de comunicación entre equipos hacen al soporte del vínculo con las juventudes (ingeniería) como al contenido del vínculo entre les adultos de los equipos (artesanía). Lo primero apuntó a crear los espacios y circuitos para que el trabajo entre equipos sea posible en un marco de corresponsabilidad que redundó en el cuidado de las juventudes. Lo segundo apuntó a que en esos espacios se construya confianza entre equipos para no solo hacer efectiva la corresponsabilidad sino también la integración de lógicas, saberes y prácticas entre equipos: un trabajo conjunto que de dos equipos buscó

hacer un solo equipo ampliado.

La ingeniería refiere al vínculo entre el sistema de educación y el sistema de salud en tanto acuerdo interinstitucional. Lo que estaba establecido a nivel macro (lo interministerial) se puso en práctica a nivel meso (lo interinstitucional regional) y micro (lo interinstitucional local) a través de espacios de trabajo y circuitos de comunicación entre equipos. Ambos funcionaron como base sobre la cual comenzó a ordenarse un vínculo histórico y se formalizó la forma de encuentro entre dos pertenencias, lógicas, pertinencias, saberes y prácticas diferentes. Encuentro que, en lo concreto, supuso la oportunidad para que, desde los equipos de salud, se pusieran en articulación propios saberes: formas de comprensión del padecimiento en salud mental, criterios de evaluación y estrategias de abordaje de situaciones de padecimiento, formas y circuitos de derivación, formas de recepción de la demanda. Saberes de salud en articulación a saberes propios de los equipos de educación: su conocimiento de las características, problemáticas y potencialidades de las grupalidades abordadas, las trayectorias escolares, historial de salud y situaciones familiares de cada estudiante, las organizaciones de sostén en la comunidad o los dispositivos de salud con quienes articular.

Al respecto, la **articulación interinstitucional regional** (nivel meso) refiere al vínculo entre inspectores jefes, de nivel y de modalidad **9** y los equipos de Salud. La función de esta articulación inicial fue la de determinar las escuelas y las secciones o cursos a abordar por escuela, aunando criterios estratégicos de selección, sumado a que ha sido el espacio para profundizar el qué, para qué y cómo de la propuesta, abordar dudas y estrechar vínculos.

Por otra parte, la **articulación interinstitucional local** (nivel micro) refiere al vínculo entre directivos, integrantes del EOE y preceptores –por el lado de Educación– y duplas talleristas (en el caso de la línea de Equipos DT) y les coordinadores-articuladores de equipo (en el caso de la línea de Equipos TI) –por el lado de Salud–. La función de esta articulación fue también profundizar el qué, para qué y cómo de la propuesta, su lógica de organización y sus por qué, el encuadre y sus por qué, y compartir información específica sobre las grupalidades abordadas. En este nivel sucedieron los encuentros de co-visión de las problemáticas y posibles abordajes estratégicos, lo cual redundó en fomentar y profundizar el trabajo en co-responsabilidad.

Por último, si los espacios de trabajo y circuitos de comunicación contribuyeron al vínculo cuidado entre adultos es dado que estos últimos dieran previsión a situaciones emergentes, proponiendo un mecanismo concreto y claro de continuidad de cuidados y acompañamiento conjunto buscando evitar la soledad de los equipos en la intervención y que, los primeros, los espacios de encuentro, hicieran parte y partícipes a los equipos de educación de la lógica de abordaje previa, de la información (organización, encuadre) y de las estrategias de abordaje durante y posterior, respetando pertenencias y pertinencias

pero buscando construir una práctica conjunta que arme, del encuentro entre dos equipos, un solo equipo ampliado. Así como la salud mental para las juventudes refiere a que el abordaje de los padecimientos no es en soledad, tampoco lo es el trabajo conjunto entre equipos.

3. Alcances de la propuesta: validación de la ingeniería

Los **alcances** refieren a los resultados de cobertura (16, 17): cantidad de municipios, escuelas, grupos y estudiantes alcanzados. Al respecto, el siguiente cuadro presenta la progresión de alcance del Programa en 2022, 2023, 2024 y el acumulado (no sumatorio) de los tres años referidos:

Cuadro 1. Municipios, escuelas, grupos y estudiantes alcanzados (2022-2024)

	Municipios	Escuelas	Taller/Grupos	Estudiantes
2022 (TI)	13	208	623	15.970
2023 (TI+DT)	93	733	1.541	38.652
2024 (TI+DT)	112	615	1.681	43.825
Acumulado	123	1.080	3.845	98.447

Fuente: Elaboración propia.

La progresión creciente del alcance de los talleres da cuenta de la validación de la ingeniería en tanto y en cuanto no hay aplicación posible de los talleres sin estructura de soporte (espacios de trabajo, circuitos conjuntos, encuadre, organización) y, sobre todo, sin la apropiación de dicha estructura por parte de los equipos de educación y salud.

4. Evaluación del abordaje: validación de la artesanía

A través de la llamada Encuesta Breve a Estudiantes (EBE)¹⁰, desde el Programa se evaluó la validación de los talleres en tanto tales. En la encuesta se consultó a los estudiantes respecto a si les resultaron de interés y utilidad los talleres, si se sintieron cómodos en ellos y si los recomendarían. Los resultados al respecto fueron los siguientes:

Cuadro 2. Valoración de los talleres por parte de los estudiantes

Dimensiones	EBE-2023	EBE-2024
Interés	84,6%	No se preguntó
Utilidad General	68,2%	No se preguntó
Utilidad Individual	No se diferenció	83%
Utilidad Grupal	No se diferenció	82,7%
Comodidad	74,1%	83,8%
Recomendación	88,1%	94,2%

Fuente: Elaboración propia.

En este sentido, los resultados obtenidos muestran en sí mismos la validación de los talleres en tanto resultan de interés/utilidad individual y grupal, comodidad, y son altamente recomendados. También muestran la validación de la artesanía: los resultados

obtenidos dan cuenta de que fue posible crear vínculos cuidados con los estudiantes dado que sintieron el espacio como cómodo y recomendable, lo cual precisó previamente de la construcción de vínculos cuidados entre adultos.

¹⁰ Encuesta de realización propia del Programa. Aplicada en el último encuentro con las grupalidades. Una encuesta autoadministrada y no obligatoria realizada durante 2023 (EBE-2023) y durante 2024 (EBE-2024): "n" (EBE-2023) = 377 (1% de los estudiantes alcanzados en 2023) / "n" (EBE-2024) = 2.434 (5,5% de los estudiantes alcanzados en 2024).

5. Análisis de efectos: validación de los espacios de confianza

Los **efectos** refieren a resultados obtenidos del entrecruzamiento entre un análisis no sistemático de respuestas dadas por los estudiantes en la EBE-2023 y EBE-2024 respecto a por qué recomendarían el taller y por qué les resultó de interés/utilidad y variables armadas a priori denominadas efectos subjetivos, inter-subjetivos y trans-subjetivos.

Las variables construidas a priori surgieron de un análisis preliminar **11** de la aplicación del Programa agrupadas en la categoría de efectos congruentes (18-19), los cuales refieren a efectos esperados a partir de la realización de los talleres. A continuación, se ejemplifican estos efectos con algunas expresiones de los estudiantes.

Cuadro 3. Efectos subjetivos, inter-subjetivos y trans-subjetivos de los talleres

Efectos Congruentes de los talleres	Expresiones de los estudiantes
Efectos subjetivos	<i>"Permite ver las cosas de otro punto de vista"</i> <i>"Ayuda a expresarse"</i>
Efectos inter-subjetivos	<i>"El taller es re bueno porque te ayuda a saber cómo se sienten los demás"</i> <i>"Me ayudó a ver cómo otros se expresaban"</i> <i>"Conocí más a mis compañeros"</i>
Efectos trans-subjetivos	<i>"Creo que en un cierto punto nos unió como grupo"</i> <i>"Me sirvió para entender a los chicos y aprender a llevarnos y hablar de lo que sentimos"</i> <i>"Me entretuve conociendo los gustos de algunos compañeros con los que hablaba poco y me gustaría hacerlo más seguido"</i>

Fuente: Elaboración propia.

De esta forma, los efectos refieren a tres cuestiones: 1. Las variables construidas a priori se vinculan a sentidos propios de los estudiantes (por ejemplo: un efecto subjetivo posible es "aprender a expresarse"), 2. Las expresiones de los estudiantes pueden ser comprendidas como necesidades y/o problemas referidos a salud mental (por ejemplo: necesidad de saber "cómo se sienten los demás" e implicancias de esto en la integración grupal y la integración en el padecimiento subjetivo) y 3. Ha sido posible crear espacios de circulación y apropiación de la palabra, habida cuenta de la existencia de expresiones de los estudiantes en relación a sus necesidades y problemas en salud mental demostrando el establecimiento de confianza en los espacios de taller propiamente dicho. Esto último refuerza la validación de la ingeniería y de la artesanía.

6. Innovación / Factores de éxito, Limitaciones / soluciones, Lecciones aprendidas

Mientras la innovación refiere a 1. La construcción de espacios de trabajo y circuitos entre equipos de salud y educación, como al encuadre y organización de los talleres (ingeniería) y a 2. Vínculos de corresponsabilidad y co-visión entre equipos que hizo al cuidado entre adultes y de adultes a estudiantes (artesanía); esta forma de materialización de la articulación entre ambos sistemas es una ingeniería que termina estableciéndose como un modo creativo de hacer frente a las limitaciones de articulación que se planteaban en territorio (distintas lógicas, circuitos, saberes, pertenencias, pertinencias entre salud y educación), y que emerge como solución de las limitaciones y, a su vez, como corolario de las lecciones aprendidas. En su conjunto, ingeniería y artesanía, han actuado como factores de éxito.

11 El Equipo Central del Programa se encuentra realizando un análisis de los talleres desde 2023. Análisis que, hasta mediados del 2024, no fue sistemático. Desde julio-2024 se desarrolla una investigación en el marco de una Beca Lanteri (2024-2025 / Proyecto nro. 34).

7. Sostenibilidad, replicación y escalabilidad

En términos de sostenibilidad se indica que el Programa ha resultado eficiente debido a que se han utilizado los recursos ya existentes en territorio, pertenecientes a ambas Carteras (Salud-Educación). Al respecto, la ingeniería de los talleres ha permitido una reorganización de lógicas, saberes y vínculos existentes.

Por su parte, la replicación ha sido -y será- posible y exitosa como lo demuestra el creciente alcance de la iniciativa cada año. Si la lógica integral del abordaje no fuera replicable, el mayor alcance hubiera sido inviable. Esto confirma su escalabilidad, sumado a que los efectos positivos cotejados también evidencian la potencialidad de continuar indagando, replicando y ampliando la propuesta en el futuro.

Cn

CONCLUSIÓN

El impacto de la Buena Práctica se evidencia en el análisis de datos que validan la propuesta y el abordaje. Se evidencia en el aumento de municipios abordados, talleres impartidos y alumnos alcanzados, así como en la evaluación positiva de los estudiantes sobre la utilidad y comodidad de los talleres.

Los resultados positivos abarcan lo interinstitucional regional y local (alcance de la propuesta), como la evaluación del abordaje a nivel local. Ambos aspectos validan, respectivamente, la ingeniería y la artesanía propuestas, y una mayor y mejor articulación entre el sistema de educación y el sistema de salud.

Los efectos permiten identificar las necesidades y problemas en salud mental de las juventudes abordadas y, en tanto tales, dan cuenta de la construcción de espacios de confianza donde ha circulado la palabra entre los estudiantes.

En este sentido, el Programa es útil para comprender necesidades y problemas en salud mental percibidos como tales por las juventudes abordadas. Por otra parte, es eficiente y efectivo por obtener resultados no esperados con la utilización de recursos ya disponibles en territorio y con la integración entre sistemas (educación y salud). A modo de ejemplo, el espacio de co-visión entre equipos permitió establecer la forma concreta que adopta el trabajo co-responsable como así también aunar criterios de comprensión y evaluación de padecimientos y estrategias de abordaje-derivación.

Si bien se considera necesario seguir indagando la efectividad y eficacia del Programa en términos de efectos positivos en la salud mental de las juventudes abordadas, está estipulado seguir implementándolo con dos objetivos: 1. Ampliar su cobertura a más municipios y mayor cantidad de escuelas/grupos y 2. Ampliar y profundizar la capacitación en su lógica cuidada y sus estrategias, tanto en los equipos DT como en los Equipos EOE **12**, buscando mayores resultados positivos y escalabilidad.

12 Es una novedad histórica que equipos de Salud hayan sido habilitados por Educación para capacitar a equipos propios. Esto da cuenta tanto de efectos no esperados como de la capacidad de replicación del Programa y su utilidad.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Romar JE, Curbelo E. Sobre el concepto de institución. Ponencia presentada en: Congreso Internacional de la Facultad de Psicología (UBA) 2018. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación y XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; 2018 nov-dic 28; Buenos Aires, Argentina.
2. Brismat NM. Instituciones: una mirada general a su historia conceptual. Revista Guillermo de Ockham [Internet]. 2014 [acceso ene. 2025];12(2):31-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105338606004>
3. <https://normas.gba.gov.ar/ar-b/resolucion/2023/3246/364341>
4. Fernández AM. El campo grupal: notas para una genealogía. 1ed. 11va reimp. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
5. Lewkowicz I, Corea C, De la Aldea E. La comunidad, entre lo público y lo privado. Campo Grupal. 1998; (2): 12-3.
6. Espósito R. Communitas: origen y destino de la comunidad. Buenos Aires: Amorrortu; 2012.
7. Programa "La salud mental es entre todas y todos". Material de Orientación [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2025. [Acceso may. 2025]. Disponible en: <https://nc.ms.gba.gov.ar/index.php/s/Rb99pCp5f9q65Nz>
8. OMS, FNUAP, UNICEF. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes [Internet]. Ginebra: OMS; 1999. [Acceso ene. 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42260/WHO_TRS_886_spa_%28p1-p142%29-spa.pdf?sequence=1
9. OPS. Plan de acción sobre salud mental [Internet]. Washington: OPS; 2014. [Acceso ene. 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/4626/CE154-15-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
10. UNICEF. Salud Mental en tiempos de coronavirus. Estudio sobre los efectos en la salud mental de niños, niñas y adolescentes por COVID-19 [Internet]. Buenos Aires: UNICEF; 2021. [Acceso abr. 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/11051/file/Estudio%20sobre%20los%20efectos%20en%20la%20salud%20mental%20de%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20por%20COVID19.pdf>
11. OPS. Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023. [Acceso abr. 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
12. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema solidario e integrado de salud (2022-2027) [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2022. [Acceso abr. 2025]. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/11/NUEVO_PLAN_PCIAL_SALUD_MENTAL_2022_11_04.pdf
13. Bleichmar S. Psicoanálisis extramuros: puesta a prueba frente a lo traumático. Buenos Aires: Entreideas; 2010.
14. Benyakar M. Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2006.
15. Bang C. Estrategias comunitarias en (promoción de) salud mental: una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Topía [Internet]. 2013, Nov. [Acceso abr. 2025]. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/estrategias-comunitarias-promoci%C3%B3n-salud-mental-una-pr%C3%A1ctica-posible-abordaje>
16. Programa "La salud mental es entre todas y todos". Informe de Gestión Anual. Tolosa: Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud; 2024.
17. Programa "La salud mental es entre todas y todos". Informe de Gestión Anual. Tolosa: Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud; 2023.
18. Rotman J, Appiani F, Fernández NM, Maskin F, Márquez P et al. Talleres de salud mental en escuelas secundarias públicas: efectos congruentes y emergentes. De la utilidad a lo común. Presentado en: Congreso de Salud Provincial (CoSaPro); 2024 May 2-4; Mar del Plata, Argentina.
19. Rotman J, Appiani F, Fernández NM, Decandia S, Feuer M et al. ¿Qué demandan las juventudes cuando demandan salud mental? Avances de investigación/evaluación del Programa "La salud mental es entre todas y todos". Presentado en: 5ta Jornada Provincial de Salud Mental; 2024 Nov 5; Ensenada, Argentina.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Rotman J, Appiani F, Decandia S, Fernández NM, Maskin F et al. Talleres de salud mental en escuelas secundarias de la provincia de Buenos Aires: la articulación entre salud y educación como condición de posibilidad. Salud Publica [Internet]. 2025 May [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

De lo siniestro a lo maravilloso: narrativas juveniles en tiempo de descuidos. Práctica de Cine Comunitario en el partido de La Matanza, Buenos Aires, Argentina, 2012-2024

From the sinister to the marvelous: youth narratives in times of negligence. Community
Cinema Practice in La Matanza district, Buenos Aires, Argentina, 2012-2024

Au

Martín Elsesser 1, 2
Victoria Panelo 3
Hernán Sandoval 3
Julio Arriola 4
Tomás Raskin 4

Magister en Salud Mental Comunitaria
Licenciada en Trabajo Social
Profesor de Ciencia Política
Licenciado en Psicología
Profesor de Arte con orientación en teatro

- 1 Subsecretaría de Salud Mental y Consumos Problemáticos, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina
- 2 Cine Comunitario y Productora audiovisual juvenil matancera en salud "Bardo del Bueno", La Matanza, Región Sanitaria XII, Argentina
- 3 Secretaría de Desarrollo Social, Municipio de La Matanza, Argentina
- 4 Secretaría de Salud, Municipio de La Matanza, Argentina

martinelssesser@hotmail.com

Rs RESUMEN

En 2012 surge la Práctica de Cine Comunitario (PCC) en el partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires, buscando instalarse como una estrategia de abordaje en el campo de la salud mental desde el ámbito del Estado. En 2021 nace la Productora Audiovisual Juvenil Matancera en Salud "Bardo del Bueno", como un nuevo acercamiento que permitió sumar a más actores del territorio.

La Práctica de Cine Comunitario se nutre de una trama conceptual de la Psicología Social Latinoamericana, la promoción-prevención de la salud mental comunitaria, materializada en la comunicación audiovisual comunitaria. Con un encuadre de taller de cine comunitario propone aprehender el uso de la herramienta audiovisual y fomentar la idea de grupalidad centrada en tarea.

Frente a un acontecer de una sociedad mercantilizada, que tiene como correlato el de la medicalización de la vida cotidiana, la práctica de cine comunitario impulsa la generación de prácticas subjetivantes que recuperen el sentir, el pensar y el hacer desde una mirada de las personas con padecimientos en el territorio y situadas en "un estar-siendo". Así, el desafío es generar y producir contenidos en salud que instalen otras narrativas despatologizadas desde los mismos protagonistas, para gestar procesos de salud que inviten a desnaturalizar e interpelar mitos, como así pensar y planificar acciones de políticas públicas en la provincia de Buenos Aires.

La PCC permitió observar cómo transitan las juventudes matanceras el pasaje de lo "siniestro a lo maravilloso", desde las ternuras y las dignidades, creando procesos de transformación y adaptación activa a la realidad en contextos de descuido.

Palabras clave: Participación de la comunidad; Política Pública; Adolescente; Intervención Psicosocial

Ab ABSTRACT

In 2012, the Community Cinema Practice (PCC) emerged in the district of La Matanza, Buenos Aires province, aiming to establish itself as a strategy for addressing mental health within the framework of the State. In 2021, the Youth Audiovisual Production Company "Bardo del Bueno" was created as a new approach that allowed more local actors to join.

The Community Cinema Practice is rooted in the conceptual framework of Latin American Social Psychology, promoting and preventing community mental health through community audiovisual communication. With a community cinema workshop structure, it seeks to teach the use of audiovisual tools and foster a sense of group work focused on a shared task.

In a commodified society, which often correlates with the medicalization of everyday life, the community cinema practice promotes subjective practices that recover feeling, thinking, and doing from the perspective of individuals experiencing challenges, situated in "being-becoming." Thus, the challenge lies in generating and producing health-related content that establishes alternative, de-pathologized narratives created by the protagonists themselves. This approach aims to foster health processes that question myths, encouraging the planning of public policy actions in Buenos Aires province.

The PCC has demonstrated how young people from La Matanza navigate the transition from the "sinister to the marvelous," embracing tenderness and dignity while creating processes of transformation and active adaptation to reality in contexts of neglect.

Keywords: Community Participation; Public Policy; Adolescent; Psychosocial Intervention

In

INTRODUCCIÓN

*"Me levanto temprano,
cero ganas de estar en casa mi vieja anda a los gritos,
qué mierda le pasa papá perdido en su mundo,
quién lo diría podría desaparecer y él no lo notaría.
Las palabras de mi vieja son duras, exigen firmeza y
respeto reclama,
conmigo pierde la cordura mamá te quiero,
pero la estoy pasando mal por favor respóndeme,
por qué mierda no puedo ser normal".*

Rap cortometraje "Historias Cruzadas"¹

*"Los adolescentes son molestos
porque nos muestran el sinsentido
de la vida que les ofrecemos".*

Alan Robinson "Actuar como loco" (1)

Este artículo se enmarca en la descripción de la práctica de cine comunitario (en adelante PCC) que se viene desarrollando con las juventudes, desde el 2012, en diferentes localidades del partido de La Matanza: San Justo, Gregorio de Laferrere, Villa Celina, Ciudad Evita, Virrey del Pino, Ramos Mejía, Villa Madero, González Catán, Lomas del Mirador e Isidro Casanova, y que fue una iniciativa de la RED de Salud Mental de La Matanza. Su objetivo es brindar un dispositivo de abordaje en salud mental y consumo problemático, desde la instrumentalización del cine comunitario, para la producción de narrativas despatologizadas en las prácticas asilares.

Ubicamos a la PCC como Buena Práctica en el sentido que lo plantea Marcela Román "se constituyen en experiencias significativas concretas que son el resultado de factores personales e institucionales y que implican el conocimiento de cómo hacer algo, al mismo tiempo que la capacidad para llevarlo a cabo y lograr así los objetivos propuestos: Saber y Saber Hacer; Conocimiento y habilidad para Actuar" (2, p. 10).

En el cortometraje "La intención de transmitir"², un grupo de jóvenes construye un guion colectivo donde planifica un "robo de abrazos en el barrio". La demanda de abrazos expresada por los jóvenes motivó repensar los abordajes en salud mental y consumo problemático. Se incorporó así la articulación con el arte como estrategia de producción de salud, desde un enfoque de cuidado donde poner el valor al protagonismo de las juventudes matanceras en plena restitución de derechos en el ámbito de la salud. Este hecho fundacional de la PCC interpela hasta el día hoy: promover abordajes para que las voces de las juventudes matanceras sean escuchadas-vistas desde una mirada sensible, amorosa y de cuidado.

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE CINE COMUNITARIO EN LA MATANZA

La Secretaría de Salud del municipio de La Matanza y la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y las Violencias en el Ámbito de la Salud de la provincia de Buenos Aires crean la RED de Salud Mental de La Matanza. Así lo relata la Directora Asociada del Hospital en Red Descentralizada de Salud Mental - Región Sanitaria XII, Mariana Domínguez: "la RED de Salud Mental de La Matanza comienza a gestarse en el año 2013 con la ferviente convicción de llevar adelante en el territorio la Ley de Salud Mental, y por el 2014 logramos el primer acuerdo institucional entre provincia y municipio firmando un convenio de colaboración para crear equipos integrados e integrales en Unidades Sanitarias, Centros de Salud y Hospitales" (3, p. 2).

La RED tomó las recomendaciones del Primer Encuentro Provincial de Salud Mental y Adicciones (4), donde se destacan: deconstruir viejas concepciones arraigadas para cambiar el paradigma vigente y así lograr la restitución de derechos y la modificación de las prácticas en salud mental; integrar recursos formales y no formales en los procesos de salud/enfermedad/atención; promover abordajes interdisciplinarios, grupales, familiares e institucionales en la atención, promoción y prevención de la salud mental y adicciones; fortalecer las políticas sobre la atención, prevención y promoción de la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el marco de las leyes n.º 13.298 y n.º 26.657, y establecer dispositivos comunitarios que respondan a las particularidades de cada región o barrio, considerando las necesidades propias.

En el año 2012 la RED impulsa la Práctica de Cine Comunitario con el objetivo de promover un dispositivo comunitario de abordaje de la salud mental y el consumo problemático desde el arte. El emergente situacional era la dificultad de alojar a las juventudes con los abordajes psicoterapéuticos. La PCC comenzó a realizar talleres en las instituciones de salud del partido: Centro Integrado Comunitario Las Antenas (L. del Mirador), Centro de Salud Dr. Ignacio Ezcurra N.º1 (G. Catán), Centro Integrado Comunitario 2 de Abril (Villa Madero), Centro Comunitario de Salud Mental (Ramos Mejía), Hospital Zonal General de Agudos Dr. Alberto Balestrini (C. Evita), Centro Integrado Comunitario Almafuerte (San Justo), Centro Cívico Dr. Alberto Balestrini (Virrey del Pino), Sala de Salud Virrey del Pino (Virrey del Pino), Centro de Salud N.º8 (Villa Celina), Unidad Sanitaria Villa Rebas (Ramos Mejía), Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Diego Paroissien (Isidro Casanova) y Hospital del Niño de San Justo (San Justo). En cada efector de salud fue necesario conformar equipos

¹ Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=wPw_b-xy_ZY

² G. Laferrere. La Matanza. 2012. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=c99M0PBFn98>

interdisciplinarios con recursos municipales y provinciales.

Previo a cumplir 10 años de implementación de la PCC y en contexto de pandemia COVID-19, se impulsa en 2021 la Productora Audiovisual Juvenil Matancera en Salud “Bardo del Bueno”. A los actores estatales existentes se suma el

Programa Envión, dependiente a la Secretaría de Desarrollo Social de La Matanza. Este último aportó becas para los/as jóvenes con el propósito de acompañar su participación en el espacio de la productora. Compartimos una de las primeras piezas de difusión de la Productora “Bardo del Bueno” (Figura 1).



Figura 1. Flyer de lanzamiento de la Productora Bardo del Bueno, 2021
Fuente: Equipo de Comunicación Bardo del Bueno.

En 2022 se realizó la presentación del Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027, el cual introduce a la Comunicación como uno de los Ejes Transversales. Aquí, el proceso de la PCC encuentra sintonía con los objetivos que se plantean: “a) desarrollar acciones a los fines de mitigar el estigma vinculado a las personas usuarias de los dispositivos de atención y cuidados en salud mental, produciendo cambios en la forma de vinculación entre los equipos de salud mental, las personas usuarias y la comunidad y b) producir material de comunicación para población general que favorezca la accesibilidad a los dispositivos de atención y cuidados en salud mental y consumos” (5, p.28).

La Productora Audiovisual Juvenil Matancera en Salud fue también un actor fundamental en la creación de la Red de Arte y Salud de La Matanza “La Cordonada⁵” en 2022, declarada por el Concejo Deliberante de La Matanza, en 2023, de Interés Municipal.

TRAMA CONCEPTUAL QUE SUSTENTA LA PRÁCTICA

- **a)** Salud mental comunitaria: Entendemos la promoción de la salud mental comunitaria desde una perspectiva de salud integral, en la cual se reconoce la importancia de acciones de prevención y promoción

³ La Plata – Prov. Buenos Aires. 2012

⁴ Redes: IG @bardodelbueno.produ

⁵ Iniciativa desde el ámbito municipal de La Matanza: Secretaría Salud Pública, Secretaría General de Coordinación de Gestión e Innovación, Secretaría de Ciencia, Tecnología y Políticas Educativas, Secretaría de Cultura y Educación, Secretaría de Juventudes, Secretaría de Desarrollo Social, Subsecretaría General de Ambiente y Desarrollo Sustentable, Secretaría de Hábitat, Secretaría de Mujeres, Políticas de Género y Diversidades. Y desde la provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud.

desde el enfoque de APS integral a fin de reincorporar la dimensión subjetiva, generalmente eludida en los modelos de atención, humanizándola (6).

Consecuentemente, Emiliano Galende (7) entiende como principio orientador de la salud mental comunitaria a la organización de la vida de las personas, desde la premisa de que la gente se enferma cuando la vida se les desorganiza, y el curarse debe incluir varios aspectos: tener trabajo, ingreso económico, familia, amigos, inserción dentro de alguna relación social o algún dispositivo social.

Lo expresado por Galende nos permite comprender que la complejidad que caracteriza a las problemáticas sociales supera muchas veces los mandatos profesionales e institucionales que generan procesos de estigmatización que imposibilitan alojar los padecimientos (8). Del mismo modo, los procesos discursivos de estigmatización y exclusión de personas diagnosticadas con problemáticas de salud mental o consumo problemático han tenido consecuencias para las mismas, incidiendo en el cumplimiento de sus derechos, específicamente el de la atención en salud (9-10). De este modo es necesario que los abordajes incluyan necesariamente un enfoque complejo e integral.

- **b)** Problemáticas psicosociales: Abordar las problemáticas psicosociales implica empezar a construir con otros/as respuestas integrales. Para Alfredo Carballeda (11) esto significa pasar de la lógica de la detección de lo patológico o disfuncional hacia la recuperación del sujeto social desde sus propias capacidades y habilidades, orientando la intervención hacia una lógica de reparación de lazos sociales. Según Luciani Conde a los/as profesionales e instituciones les es necesario instaurar una noción de salud mental desde una cosmovisión decolonial y pluriverbal que "(...) implique renunciar a estas tecnologías de no existencia, para ubicar al buen vivir como horizonte trascendental de las prácticas, como proyecto de lo posible, como las vidas que merecen ser vividas acordes a derechos humanos" (12, p. 124).
- **c)** Procesos creativos colectivos: La PCC incorpora al cine (arte) dentro de los procesos de creación colectiva (13) como una posibilidad de encontrarse con otros/as para pensar-pensarse y construir futuros posibles a abordar conjuntamente, conformando un lazo basado en la solidaridad, compromiso con el otro/a y la transformación de la propia realidad, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónomas y conjuntas sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados.

Complementariamente, Pichon-Rivière entiende al artista en el proceso creador "(...) como toda persona de nuestro tiempo, tiene que abordar los problemas que se le plantean a cualquiera de sus semejantes, pero con la diferencia de que él se anticipa y como ser anticipado se le adjudica un

rol de "agente de cambio", situación que favorece el desplazamiento sobre él de todos los resentimientos, fracasos, miedos, sentimientos de soledad e incertidumbre de los demás, como si él fuera el portavoz de todo lo subyacente aún no emergido (...) Se asume como artista, como líder del cambio, para sí y para los otros" (14; p. 25-26).

La Práctica de Cine Comunitario se enmarca en los artículos Nº 2, 3 y 8 planteados en la Declaración de Lima sobre Arte, Salud y Desarrollo (OPS – OMS) (15), donde explicita al arte como herramienta promotora y reparadora de la salud que promueve la reflexión y la proyección de nuevas realidades que impulsan la creación y el sostenimiento de una ciudadanía activa.

- **d)** Cine comunitario: La PCC se constituye en un abordaje comunitario que promueve procesos particulares y singulares donde es posible elaborar estrategias que incluyen lo cultural para sostener, ofertar y apostar a una inserción comunitaria, en el marco del pleno ejercicio de los derechos de las personas. El proceso creador es considerado como un vehículo para crear y recrear nuevos modos de transitar los padecimientos, despojados de estigmatización. La estrategia de posicionarse como agente de cambio y promoción de procesos de transformación social se instala por medio de aprehender la herramienta audiovisual. La posibilidad de trascender implica cambios para sí, para otros/as y su entorno, que aportan a la adaptación activa de la realidad como escenario de la promoción de la salud.

Lo mencionado se complementa con el enfoque del cine comunitario en tanto la potencialidad que brinda el lenguaje audiovisual como lo expresa Alejo García "(...) el objetivo es que (las juventudes) se puedan apropiarse de la herramienta y puedan contar su propia historia. Esa posibilidad de decir de los pibes les permite liberar mucho de lo que les pasa; y liberar significa que después no la tenga que actuar haciendo otras cosas, haciendo cosas que lo puedan poner en peligro; a veces la carga que tienen los pibes, si no se puede expresar donde se tiene que expresar, se termina expresando de otra manera que capaz los pone en peligro ⁶".

Así, la PCC se incorpora como una forma de restituir la palabra, la dignidad y los derechos ciudadanos y humanos en general (7), en contraposición con los discursos médicos hegemónicos.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Nos resulta pertinente mencionar algunos tópicos que se trabajaron con los equipos de salud, previamente al momento de llevar adelante la práctica de cine comunitario.

Una característica troncal de la PCC fue pensarla como una estrategia de intervención en salud mental y consumo

⁶ Canal Encuentro. Buenos Aires. 2014. Disponible en: <https://youtu.be/2GuuXXdhFaE>

problemático para las juventudes dentro del ámbito de las mismas instituciones de salud. Esto generó una movilización interna en el personal de salud que tuvo como correlato problematizar “la urgencia” y repensar el modelo de psicopatologización.

El encuadre de trabajo permitió alojar la angustia que manifestaban los/as profesionales y que se generaba por trabajar todo el tiempo con “la muerte”. Esto implicó que se re trabajaran los mandatos del modelo médico hegemónico (16), como así también que se propiciara una lógica diferente del obstáculo de la “subjetividad heroica” planteada por Elena de la Aldea (17). Al mismo tiempo, puso en juego una sinergia en función de un proyecto conjunto que dio respuesta a los padecimientos que “hacían colapsar el turnero”, lo que demandó una implicancia ética: “poner el cuerpo” para generar espacios donde ese/a otro/a adquiriera un rol de sujeto y no de objeto en los procesos de salud de las juventudes.

De este modo, los/as profesionales incorporaron otras formas de abordajes más relacionados con la construcción de sentidos en las trayectorias singulares-grupales de las personas con padecimientos, de ellos/as mismos/as y de las instituciones de salud.

El proceso que lleva adelante la PCC busca recuperar al sujeto social, desde la pedagogía de las ternuras y las dignidades, en la dirección que lo plantea Aldea “La tarea de cuidado con ellos (jóvenes) será facilitarles que nos aporten lo que traen, lo que les heredamos, transformando en alegría y confianza. Es dejarnos cuidar como adultos a través de sus descubrimientos y firmezas. Permitir que reinventen eso que ya no sabemos cómo hacer. Que nos revitalicen en el espacio que abrimos en la sociedad, en nuestros corazones, en nuestros pensamientos, renovados por su presencia” (17, p.56).

En los talleres de cine comunitario se abordan, con las juventudes matanceras, situaciones de sufrimiento psíquico: autolesiones, intento de suicidio, noviazgos violentos, VHI, conflicto con la ley penal juvenil, falta de escolaridad, consumo problemático de sustancias psicoactivas, violencia en el ámbito familiar, bullying, entre otras. Los/as jóvenes que participan de la PCC luego son invitados/as a formar parte de la Productora Bardo del Bueno. También, tiene la particularidad de que las juventudes invitan a familiares o amigos a participar del dispositivo, sin que tengan alguna problemática de salud mental o consumo problemático. Compartimos los objetivos orientadores de nuestro trabajo:

• a) Objetivo General

Construir un espacio socio-comunitario de producción de contenido audiovisual desde el ámbito de la salud pública para jóvenes de La Matanza, en el marco del pleno ejercicio de derechos.

• b) Objetivos Específicos

- Promover espacios de aprendizaje, discusión y formación audiovisual donde se pongan en juego

las capacidades, potencialidades y deseos de los/as jóvenes.

- Estimular la creatividad en la producción artística, desde una mirada sentipensante que posibilite la elaboración de proyectos de vida.
- Producir material audiovisual que aborde las problemáticas de los/as jóvenes desde sus propias realidades.
- Propiciar con los/as jóvenes, familias y la comunidad barrial espacios comunitarios de reflexión, participación, debate y análisis de todo lo vinculado al pleno ejercicio de los derechos de soberanía audiovisual.
- Fortalecer la articulación Estado-Sociedad Civil, con las organizaciones comunitarias, a fin de trabajar en forma conjunta la problematización y visibilización de las situaciones de los/as jóvenes.

ENFOQUE METODOLÓGICO

La propuesta metodológica que organiza la PCC contiene cinco ejes: 1) conformación del grupo; 2) apropiación de la herramienta; 3) construcción del guion colectivo; 4) producción del cortometraje, y 5) presentación de la obra. Estos ejes se dan independientemente del tiempo de duración del taller. La implementación no conforma una estructura rígida de funcionamiento, sino que, por el contrario, se van retroalimentando permanentemente en todo el proceso grupal de creación colectiva.

En la actualidad, la Productora Audiovisual Juvenil Matancera en Salud “Bardo del Bueno” lleva adelante tres Ejes Programáticos: intervenciones barriales de talleres de cine comunitario que se denominan Entramados, espacios de Asambleas mensuales donde se planifica la agenda de trabajo, y Presentaciones en los distintos eventos municipales, provinciales y nacionales. En este aspecto, mencionamos que la Productora Bardo del Bueno viene participando desde el 2022 en el Congreso Provincial de Salud (COSAPRO) (Figura 2). La participación en este evento provincial es una forma de habitar espacios de salud con el objetivo de visibilizar las miradas-voces de las juventudes matanceras.



Figura 2. Intervención artística de la Productora Bardo del Bueno en el COSAPRO en Mar del Plata, 2024

Fuente: Equipo de Comunicación Bardo del Bueno.

Rs

RESULTADOS

Desde sus inicios la PCC se implementó en instituciones de salud que respondían a las lógicas del modelo médico hegemónico, donde una propuesta de promoción de salud que articulara desde el arte era minimizada al lugar de “un tallercito de cine”.

Un criterio ordenador de la PCC fue el posicionamiento de generar una contracultura de los abordajes de salud mental y consumo problemático en La Matanza. Para tal fin, fue necesario construir una propuesta desde un marco conceptual y metodológico que aportara a un “estar-siendo” como postura ética-estética en la dirección que lo plantea el filósofo argentino Rodolfo Kusch (18) sobre la profundidad de sentido que cargan las experiencias vitales y de este modo promover un protagonismo, donde la centralidad de la tarea sea la restitución de las voces juveniles en torno a los padecimientos que los atraviesan, para que sean vistos y escuchados.

Nos encontramos que la PCC es una experiencia innovadora e incipiente en la provincia de Buenos Aires y en La Matanza. Hasta el momento, no se encuentra un programa específico y similar en los organismos estatales. En este sentido, estamos de acuerdo con el planteo del Plan Provincial Integral de Salud Mental (5), el cual manifiesta la marcada

ausencia de políticas públicas en salud mental para las infancias y juventudes y reconoce, a su vez, la necesidad de una agenda con relación al acceso a la asistencia, los cuidados y el acompañamiento en salud mental, como prioritaria y urgente, y que se debe una profunda transformación del modelo de atención con un fuerte eje en la territorialidad y las comunidades donde transitan su vida las infancias y juventudes.

En tal sentido, la PCC se instaló como un abordaje integral de la salud mental para las infancias y juventudes con padecimientos subjetivos (Figura 3). Pudimos observar cómo transitan las juventudes matanceras en espacios de cuidados, desde las ternuras y las dignidades (19-20), creando procesos de transformación y adaptación activa a la realidad en aquellos contextos que producen enfermedad y contribuyen así a promover un cambio cultural hacia un modelo de atención y cuidados, como lo expresa el Plan Quinquenal de Salud⁷, centrado en las personas, familias y comunidad con una perspectiva de derechos e interseccional. Este horizonte expresado por el Plan Quinquenal nos permite pensar que la PCC puede contribuir a crear trincheras en la producción de salud y así proyectar hacia la soberanía audiovisual no como distopía sino como política pública.



Figura 3. Resultados de la Práctica de Cine Comunitario, 2012-2025
Fuente: Equipo de Comunicación Bardo del Bueno.

⁷ Provincia de Buenos Aires. 2023. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/wp-content/uploads/sites/244/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>

NARRATIVAS AUDIOVISUALES “CONTRAPLANOS DE LAS SOLEDADES”

En una oportunidad un joven, participante de la PCC, expresa que “el cine comunitario es mostrar la parte que no se muestra”. Esta idea, hermosa y enigmática a la vez, nos interpela una y otra vez porque invita a problematizar qué se muestra, quién lo muestra, qué nos están diciendo, cómo nos representan y quiénes lo representan. Ser joven y nacer en La Matanza sostiene una representación social que refiere a lo “malo y feo”, y es aquí donde cada producción audiovisual creada por las juventudes nos permite afirmar que “el cine cura” porque se pone en juego, como lo manifestó Rodolfo Walsh (21), que “la verdad está en los cuerpos”. Y en el “hacer cine” los/as jóvenes producen su propio material audiovisual, que habla de ellos/as mismos/as, de sus barrios, de sus problemáticas, de lo que les pasa. Les permite instalar otros relatos, diferentes a los relatos de los medios de comunicación sobre la juventud, el consumo o la pobreza, y promueven otras narrativas a los discursos de estigmatización y segregación.

Compartimos algunos momentos fundacionales de la práctica de cine comunitario y de la Productora “Bardo del Bueno” que dan cuenta de cambios subjetivos en el proceso de implementación del abordaje de atención-cuidado. Son narraciones de historias particulares de las juventudes que participaron en los talleres, y a cada una la denominaremos “Escenas”, adoptando el lenguaje cinematográfico.

Escena 1: Planificación del robo

Durante el año 2012 se realizó un espacio de taller de cine comunitario en el barrio José Obrero de la localidad de Laferrere. El grupo, conformado por jóvenes que cargaban con la mochila de estigmatización del barrio -“eran los adictos-los chorros”-, proponía ideas para la construcción del guión. Se conformó un equipo interdisciplinario e intersectorial territorial integrado por CPA - Programa Envión-Podés - Sala de salud del barrio y la Asociación Civil El Kiosco. En un momento, uno de los jóvenes dice “parece que hay que salir de caño (robar) para que los vecinos te abracen”. Así fue como surgió el cortometraje “La intención de transmitir” donde un grupo de jóvenes planifica salir a robar “abrazos” por el barrio. A partir de la presentación del film, en instituciones del barrio, se generó una movilización que impulsó la organización de actividades culturales y deportivas para los jóvenes y que, de esta manera, fueran al encuentro de esos abrazos que necesitaban.

El grupo fue invitado por la Cátedra II de Trabajo Social de la Universidad de La Matanza para presentar el corto y contar el proceso del taller de cine comunitario. Ese mismo día, la radio de la Universidad les realizó un reportaje. Compartimos algunos fragmentos de la entrevista:

Periodista: ¿Cómo fue la experiencia de compartir el corto en la Universidad?

Joven: Es la primera vez que vengo, siento mucha

vergüenza, es la primera vez que mostramos algo nuestro frente a tanta gente.

Periodista: ¿Qué quisieron transmitir en ese abrazo?

Joven: ¿Qué quisimos transmitir en ese abrazo? Muchas cosas (pausa), demasiadas (pausa). Vos lo necesitas y no lo pueden ver (pausa). Un poco de afecto a los pibes que se sienten solos y mostrar un poco lo que pasa en el barrio.

Periodista: Para cerrar, ¿qué te gustaría agregar?

*Joven: Saludos a mi mamá y decirle que de acá para adelante*⁸.

Escena 2: ¿Qué otra alternativa hay?

En el año 2016 se llevó adelante un taller de cine comunitario para adolescentes y jóvenes con problemáticas de autolesiones e intento de suicidios. Se hacía los días sábado a la tarde en la Sala de espera del Centro de Salud de Dorrego (G. Catán). Los profesionales que convocaron a hacer el taller planteaban:

(...) La verdad, estamos muy movilizadas, es una temática muy fuerte, estamos todo el tiempo trabajando con la muerte.

(...) nos parece que el espacio puede aportar a producir alguna transformación en la subjetividad (...) poner el cuerpo de otra manera que posibilite producir algo que lo conecte con el proyecto de vida.

(...) salir del modelo de psicopatologización (...) generar un espacio de referencia vinculado a la salud.

Era un sábado de taller que llovía a cántaros. Para nuestra sorpresa, ese día vinieron todos. Para comenzar con el taller les dijimos “Pensábamos que no iban a venir con el día de lluvia” y la respuesta de ellos fue “¿qué otra alternativa hay?”. Una de las jóvenes dijo que el taller le permitía “despejar la mente para no hacer macanas”. Y sabíamos muy bien qué significado tenía esto de “no hacer macanas”.

Escena 3: Hacemos Bardo

En el año 2021, en tiempos de pandemia COVID-19, nace la Productora Audiovisual Juvenil Matancera en Salud por iniciativa de los organismos del Estado municipal y provincial.

Por medio de pantallitas de Zoom nos fuimos juntando todas las semanas para sentir-pensar-nos. En cada encuentro nos dábamos un momento para pensar posibles nombres para la productora.

En un encuentro rondaba el tema de las “clandestinas y los/as jóvenes” (recordemos tiempos de pandemia). Uno, un poco enojado, dijo “pero siempre nos relacionan a los jóvenes con lo malo, que siempre hacemos bardo...pero acá nosotros estamos trabajando y haciendo bardo, pero del bueno”. Sin querer Exequiel estaba anticipando el nombre de la productora; hoy estos jóvenes tienen una productora y su nombre es “Bardo del Bueno”.

Cn

CONCLUSIÓN

Podemos afirmar que la PCC propone un abordaje en el campo de la salud mental que cumple con los criterios de Buenas Prácticas. Dicha afirmación la sustentamos por considerar que:

- a) Se instaura, enraizada en el contexto en La Matanza, como una estrategia de intervención eficaz que va al encuentro de las demandas y necesidades de los equipos de salud mental con las personas con padecimientos, de las instituciones de salud con las comunidades.
- b) Desde su inicio promueve la organización y articulación con los distintos actores estatales, municipales y provinciales, del territorio.
- c) Contiene bases y fundamentos que le permiten consolidarse como un dispositivo eficiente para el campo, por contar con un encuadre operativo pertinente y con resultados observables en las trayectorias de vida de las personas que participan.
- d) Es una práctica innovadora para el campo de la salud mental que aporta a repensar el modelo médico hegemónico, donde la centralidad de la tarea está en restituir la dignidad y los derechos de las personas con padecimientos.
- e) Cuenta con una organización interna nutrida por diferentes prácticas-saberes que promueven la participación de los actores sociales involucrados, con el objetivo de generar procesos de salud con base en la comunidad.
- f) Encuentra su relevancia por aportar narrativas despatologizadas del malestar de la época, en particular desde la producción audiovisual como contracultura a los procesos de estigmatización y segregación de las personas con padecimientos.
- g) Enfatiza la importancia de monitorear y evaluar su proceso y, como resultado de la perdurabilidad y creatividad para pensar las prácticas con las juventudes en La Matanza, organiza la Productora "Bardo del Bueno" en 2021.
- h) Se sitúa como una estrategia de abordaje que puede replicarse en distintos territorios. Si bien se desarrolla en La Matanza y cuenta con el acompañamiento institucional y político de la gestión, un proceso similar puede llevarse a cabo en otros partidos de la provincia de Buenos Aires y del país.

La PCC facilita, en este tiempo, la búsqueda de construcción de otras lógicas al modelo médico hegemónico. Para tal fin, es necesario generar espacios de formación de los profesionales de salud desde un enfoque de APS integral, que incluyan otras prácticas y saberes en la producción de salud.

De este modo, la PCC promueve el "corte cinematográfico" (Figura 4) como acción concreta en la disputa de sentido para la restitución de derecho; se escenifican las corporalidades en una permanente revisión de lo ético-estético como un acto político-cultural de las juventudes invisibilizadas y patologizadas. Así también, se vivencia el pasaje de "lo siniestro a lo maravilloso" en la dirección que lo plantea Enrique Pichon-Rivière, el cual permite, por medio de arte, "(...) crear la vivencia de lo estético, la vivencia de lo maravilloso, con ese sentimiento subyacente de angustia, de temor a lo siniestro y a la muerte..." que -culmina diciendo- "... sirve para recrear la vida" (22, p. 128).



Figura 3. Marcado de escena con la claqueta en el proyecto juvenil "¿Nos damos un minuto?". Participaron 40 jóvenes de distintas sedes del programa Envión-Podés en la localidad de San Petersburgo (La Matanza), 2024

Fuente: Equipo de Comunicación Bardo del Bueno.

Las juventudes matanceras asumen el carácter de ser emergentes y portavoces de las estructuras sociales que enferman; de este modo, invitan con sus producciones a repensar los modelos de salud y posibilitan la construcción de una mirada crítica de la comunidad. Proponen preguntas que originan la ruptura de conductas estereotipadas que alienan; las deconstruyen actuándolas en los cuerpos. La cámara es el vehículo para que esos cuerpos, cronistas de su tiempo, puedan dialogar con los/as profesionales, las instituciones de salud y su comunidad. De esta manera, pueden generar transformaciones donde esos cuerpos sean cuidados, valorando la belleza de aquello que se muestra, aunque duela lo que se mire.

⁷ Provincia de Buenos Aires. 2023. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/wp-content/uploads/sites/244/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robinson A. Actuar como loco, experiencias del teatro y la locura. Buenos Aires: Los Hermanos; 2014.
2. Román M. Manual de buenas prácticas en ciclos de mejora continua ¿Qué son?, ¿Cómo se reconocen?, ¿Para qué y cómo sistematizarlas? Bogotá: FLACSI; 2019.
3. Domínguez M. ¡La Red! Territoria [Internet]. 2022 Ene [acceso enero 2025]; 1: 2-4. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1amFLNaY1wut7WTUzEWL2QSj6Pe03Wart/view>
4. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Consenso de la Provincia de Buenos Aires [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2012. [acceso ene. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/consenso/>
5. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Provincial Integral de Salud Mental: hacia un sistema solidario e integrado de salud [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2022. [acceso ene. 2025]. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PCIAL_SALU_MENTAL_-2022_07_13.pdf
6. Stolkner A, Solitario R. Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. Buenos Aires: Paidós; 2007.
7. Galende E. El conocimiento y prácticas de salud mental. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2015.
8. Stolkner A. Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: actores y escenarios. Buenos Aires: Novedades Educativas; 2013.
9. Romaní O. ¿Qué son las drogas? Algunas definiciones básicas. En: Las drogas: sueños y razones. Barcelona: Ariel; 2004. p. 11-24.
10. Vázquez A. Procesos de estigmatización y exclusión en salud: articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. Anuario de Investigación Facultad de Psicología, UBA. 2009; 17: 329-37.
11. Carballada A. Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad. Buenos Aires: Espacio editorial; 2004.
12. Luciani Conde L. Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental. Buenos Aires: FEDUN; 2019.
13. Bang C, Wajnerman C. Arte y transformación social: la creación artística colectiva, entre lo colectivo y lo comunitario. Rev. Argent Psicol. 2010;48. –
14. Pichon- Riviére E. El proceso creador: el psicoanálisis a la psicología social (III). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1987.
15. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Lima sobre arte, salud y desarrollo. Primer Foro Internacional: Arte, Puente para la Salud y el Desarrollo. Perú, 17-20 de agosto 2009.
16. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
17. De La Aldea E. Los cuidados en tiempos de descuido. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2019.
18. Kusch R. América profunda. Buenos Aires: Biblos; 1999.
19. Ulloa F. Presentación en las Jornadas de reflexión de Abuelas de Plaza de Mayo. En: Novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica. Buenos Aires: Paidós; 1988.
20. Wainstock C. Diálogos Sur: pedagogías descolonizadoras. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA; 2013.
21. Walsh R. Carta Abierta a la Junta Militar [Internet]. Buenos Aires: Sin editorial; 1977. [acceso ene. 2025]. Disponible en: https://www.espaciomemoria.ar/descargas/Espacio_Memoria_Carta_Abierta_a_la_Junta_Militar.pdf
22. Zito Lema V. Conversaciones con Enrique Pichon-Riviére: sobre el arte y la locura. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1997.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Elsesser M, Panelo V, Sandoval H, Arriola J, Raskin T. De lo siniestro a lo maravilloso: narrativas juveniles en tiempo de descuidos. Práctica de Cine Comunitario en el partido de La Matanza, Buenos Aires, Argentina, 2012-2024. Salud Publica [Internet]. 2025 Jun [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.

Creación del Centro comunitario de salud mental y consumos problemáticos de la ciudad de Colón, provincia de Buenos Aires: hacia la integración del sistema de salud y la conformación de una red de atención territorial

Creation of the Community Mental Health and Substance Use Center in Colón, Buenos Aires province: towards the integration of the health system and the development of a territorial care network

Au

Leticia Casi **1**
Mariana Resa **1**
Andrea Anriquez **1**

Licenciada en Psicología
Licenciada en Psicología
Licenciada en Trabajo Social

1 Centro comunitario de salud mental y consumos problemáticos, Colón, Buenos Aires, Argentina

casileticia@gmail.com

Rs

RESUMEN

El Centro comunitario de salud mental y consumos problemáticos (CCSMycP) de Colón, Buenos Aires, busca integrar el sistema de salud desde una perspectiva de derechos, a partir de la creación y fortalecimiento de dispositivos de continuidad de cuidados con anclaje comunitario, fortaleciendo la red de atención local mediante acciones intersectoriales, talleres y proyectos inclusivos, y buscando lograr avances en la atención integral y la inclusión social de personas con problemáticas de salud mental y consumo. En este documento se presenta el modelo de atención comunitaria del Centro, resaltando su propósito, su alineación con las políticas públicas, sus componentes esenciales y sus actividades. Su impacto cualitativo se ejemplifica con la presentación de un caso, y se comparten las principales lecciones aprendidas junto con recomendaciones para replicar esta experiencia en otros territorios.

Palabras clave: Atención de la Salud Comunitaria; Derechos Humanos; Integración Social

Ab

ABSTRACT

The Community Mental Health and Substance Use Center (CCSMycP) in Colón, Buenos Aires, seeks to integrate the health system from a rights-based perspective, through the creation and strengthening of community-based, continuity-of-care devices, reinforcing the local care network by means of intersectional actions, workshops, and inclusive projects, while aiming to achieve progress in comprehensive care and the social inclusion of people with mental health and substance use problems. This paper presents the community care model of the center, highlighting its purpose, alignment with public policies, essential components, and activities. Its qualitative impact is illustrated by a case study, and the lessons learned are shared along with recommendations for replicating this experience in other territories.

Keywords: Community Health Services; Human Rights; Social Integration

In

INTRODUCCIÓN

El Centro comunitario de salud mental y consumos problemáticos (CCSMycP) se inaugura en la localidad de Colón, el 6 de septiembre del 2022. Se trata de un dispositivo dependiente de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública, del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Colón es una localidad ubicada al norte de la Provincia, al límite con la provincia de Santa Fe, compuesta por alrededor de 25.000 habitantes, cuenta con un sistema de salud con jerarquía del sector público ya que en la actualidad el Hospital Municipal es el único efector de atención a la comunidad con internación, guardias 24 horas y atención de especialistas.

En el año 2023 se aprueba un convenio interno de colaboración para el fortalecimiento del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires y el Municipio de Colón. A partir de ese momento se establece un esfuerzo mancomunado entre ambas jurisdicciones para llevar a cabo las acciones necesarias para la integración y la conformación de una red de atención local acorde a las necesidades de la comunidad. Entre las acciones previstas está la creación del Centro, con la incorporación de los profesionales y los recursos materiales necesarios para su funcionamiento, y que se inicia a partir de la reconfiguración del Centro Provincial de Atención (CPA) que funcionaba en la localidad desde el año 1998 y que desde el año 2018 se encontraba sin espacio físico y utilizaba diversos lugares que el municipio cedía para la atención. Actualmente, el CCSMyCP ya cuenta con un espacio propio, ubicado dentro del predio del Hospital Municipal, con accesos internos y, a su vez, con entrada independiente. Desde su creación se incorporaron recursos humanos de la Subsecretaría y de otros organismos municipales, provinciales y nacionales, y en este momento el equipo está conformado por una coordinadora de profesión psicóloga, dos psicólogas, una trabajadora social, dos enfermeras, una acompañante terapéutica y personal administrativo y de limpieza, además de talleristas y pasantes de la Tecnicatura superior en acompañamiento terapéutico que se dicta en una institución de educación pública provincial de la ciudad.

Desde su inauguración se trabajó en la articulación con sectores y actores de la comunidad, del ámbito público y privado, propiciando reuniones de intercambio para dar a conocer el nuevo dispositivo y la modalidad de abordaje de la salud mental en la cual se sostienen los lineamientos planteados en el Plan provincial integral de salud mental 2022/2027 (1). Con distintos sectores como Cultura, Educación, Salud y Desarrollo Social se establecieron acciones de trabajo conjunto que dieron lugar a la creación de diversos espacios. Con la Secretaría de Cultura se acordó la incorporación de talleristas de la Escuela Municipal de Bellas Artes dentro del Centro Comunitario; con la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y

Violencias en el Ámbito de la Salud, junto al Ministerio de Educación, se implementaron talleres de salud mental en el marco del programa La salud mental es entre todas y todos; y con el Servicio de Salud Mental del Hospital se diseñó de manera conjunta la estrategia de externación y continuidad de cuidados de las personas internadas, complementando los dispositivos clínicos tradicionales. Actualmente funcionan en la sede del CCSMyCP talleres recreativos abiertos a la comunidad de arte, cocina, canto y guitarra, teatro, educación física, costura y estimulación cognitiva, así como espacios de atención, orientación, grupo para familias, grupo de mujeres y dispositivo de primera escucha, todas prácticas articuladas con la Dirección Municipal de salud mental de la Secretaría de Salud, el Servicio de salud mental del Hospital y los Centros de atención primaria de la salud.

Desde febrero del 2023 se suma un proyecto de inclusión socio laboral consistente en el armado y funcionamiento de un gallinero, con el objetivo de la producción y venta de huevos, que funciona en otro predio municipal y en el cual participan usuarios del centro y de los distintos servicios de salud, y que ha tenido un crecimiento exponencial en el último año, llegando a tomar gran visibilidad en la comunidad y habilitando la socialización de los usuarios por fuera del dispositivo. Se han destinado presupuestos de programas municipales que permitieron su sostenimiento a lo largo del tiempo y la sistematización de las tareas y actividades que allí se realizan.

Desde la creación de la Secretaría de Salud de la Municipalidad en el año 2024 que engloba, entre otras direcciones, la Dirección de Salud Mental, se fue reforzando la articulación entre los servicios de salud y salud mental a través de reuniones periódicas y de la creación, en forma conjunta con el Centro, de la Mesa local intersectorial de salud mental.

Objetivos del Centro Comunitario de Salud Mental y Consumos Problemáticos

Su objetivo general es consolidar las políticas integrales de salud y salud mental desde una perspectiva de derechos, y la creación y fortalecimiento de dispositivos de continuidad de cuidados con anclaje comunitario.

Sus objetivos específicos son:

- Favorecer prácticas de cuidado de la salud y continuidad de cuidados.
- Facilitar la accesibilidad de la población a los servicios de salud, y fortalecer la red de atención.
- Integrar los distintos niveles de atención en la variabilidad de efectores existentes en la comunidad.
- Elaborar estrategias de cuidado intersectoriales en

relación a las singularidades en las trayectorias de vida.

- Realizar acciones de promoción de la salud.

Actividades y roles

Cada objetivo específico se operacionaliza a través de acciones concretas que permiten su implementación en el territorio. En este sentido, la continuidad de cuidados se garantiza mediante la generación de espacios cotidianos de escucha en el marco de las actividades del Centro Comunitario y a través de la articulación con el Servicio de Salud Mental del Hospital Municipal para la administración de medicación y el sostenimiento de los tratamientos. La accesibilidad se favorece mediante la organización de jornadas móviles en barrios y localidades rurales, con el fin de acercar dispositivos de atención e información a sectores poblacionales alejados de los servicios tradicionales. La integración con los niveles hospitalarios se materializa en la derivación a dispositivos especializados, la realización de interconsultas con psiquiatría y la gestión de turnos para espacios de atención psicológica individual, tanto en el Hospital como en los CAPS. Por su parte, las estrategias intersectoriales de cuidado se despliegan en el marco de las mesas locales de Salud Mental y de mesas de trabajo específicas que se constituyen para el abordaje de situaciones de mayor complejidad. Finalmente, las acciones de promoción de la salud mental se expresan en actividades comunitarias abiertas, tales como la Jornada de Salud Mental que se desarrolla en octubre y las jornadas comunitarias organizadas en articulación con el municipio, orientadas a la difusión de recursos e información en la materia.

En síntesis, la articulación entre objetivos específicos y actividades clave evidencia una estrategia integral que combina continuidad de cuidados, accesibilidad territorial, integración de niveles de atención, abordajes intersectoriales y acciones de promoción comunitaria. Este entramado de prácticas contribuye no solo a garantizar la atención y el seguimiento de los tratamientos, sino también a fortalecer la red de cuidados en salud mental desde una perspectiva comunitaria y de derechos.

Modelo de atención

El dispositivo se asienta en un modelo de atención con base en la comunidad y continuidad de cuidados. Desde su inauguración hasta la actualidad la dinámica institucional se ha ido construyendo en función de las características de la comunidad, las demandas de la población y las necesidades de los usuarios que fueron configurando la especificidad territorial.

La particularidad de su ubicación (en la misma manzana del hospital y con acceso interno a la sala de internación) ha permitido la transformación de las prácticas en salud mental durante las internaciones, las cuales son llevadas adelante por el Servicio de salud mental del hospital, con quienes se articula permanentemente para establecer las estrategias de continuidad de cuidados. Esta particularidad favorece la implementación de la Ley nacional de salud mental (2) reforzando las herramientas sociocomunitarias en el acompañamiento de los sujetos en su contexto comunitario y con estrategias ambulatorias, lo cual fue permitiendo desarmar algo de las lógicas tradicionales de atención, y apuntar a construir una mirada integral del sujeto desde la interdisciplinariedad.

Lo interdisciplinario (3) interpela o rompe un discurso unidireccional de salud, entrando en juego cuestiones de poder. El discurso médico siempre ha sido hegemónico y de alguna manera es una cuestión unidireccional, lo cual dificulta poder pensar en redes. La importancia de trabajar en red implica la construcción de una contención que permite al usuario circular con seguridad por los distintos espacios y dispositivos, siendo las redes, redes de personas, como dice Rovere (3), las que se encuentran en disponibilidad y disposición para el acompañamiento.

Asimismo, el Centro cuenta con una entrada independiente, un Salón de usos múltiples (SUM) y distintos espacios con privacidad para realizar entrevistas y consultas, permitiendo la consolidación de actividades y propuestas abiertas a la comunidad, siendo así un lugar de tránsito de múltiples sujetos, con distintos grados de acompañamiento e interacciones. Las trayectorias incluyen desde participación en talleres, atención y acompañamiento hasta administración de medicación, orientación en ámbitos educativos y laborales, entre otros.

El recorrido de una persona usuaria

A continuación se presenta la situación de un usuario, a modo de ejemplo de cuáles han sido los efectos de las prácticas llevadas a cabo desde la existencia del Centro.

Fer¹, de 33 años, comienza a concurrir apenas se inaugura el Centro, cuando aún las propuestas estaban conformándose. Es "traído" por un guardia de seguridad del hospital y la secretaria de turnos de dicha institución preguntando si podíamos ayudarlo. La situación es la siguiente: con un diagnóstico de esquizofrenia sin continuidad en los tratamientos y una situación problemática de consumos de sustancias, Fer venía hace varios años transitando los pasillos del hospital y también de otras dependencias municipales (como Desarrollo Social y Discapacidad) teniendo distintos tipos de requerimientos, como por ejemplo medicación o ayudas

¹ Se utiliza este seudónimo a fin de respetar la identidad y privacidad de la persona.

económicas, y generando conflictos permanentes que derivaban en situaciones de agresión de su parte. Tiene antecedentes penales y ha crecido y vivido en un contexto de vulneración de derechos, transitando distintos ámbitos sin encontrar “un lugar”. Podemos afirmar que pertenecía a esos usuarios que componen las “listas negras”, personas que ya no son recibidas en ningún ámbito y son expulsadas por los servicios y las instituciones que se han sentido, luego de varios intentos, impotentes para ayudarlo.

A lo largo del tiempo se fue construyendo con él un vínculo, que actualmente podemos interpretarlo como lo que Barembli (4) describe como transferencia institucional (ya que sucede con todos los miembros del equipo y no con un recurso en particular, es decir que es colectiva y no bilateral), que permitió que sus demandas pasen de exigir ayudas y resoluciones a encontrar un lugar en donde estar; se trató de una transferencia amistosa o positiva que fue permitiendo modificar la posición del sujeto, moviéndose de la repetición de lo igual. Actualmente Fer concurre a diario. Suele desayunar, interactuar con otros usuarios y concurrentes, participar en talleres, tomar su medicación diaria y recibir la vianda gestionada por la Dirección de Salud Mental. Ha tomado conciencia de la importancia de realizar su tratamiento, hasta el punto de aceptar recibir todos los meses una medicación inyectable indicada por su psiquiatra tratante del hospital, algo a lo que históricamente se había negado. Se hace muchas preguntas, tales como si su esquizofrenia le impide trabajar, o si podrá conformar una familia (tiene tres hijos con los cuales desde hace mucho tiempo no tiene relación, por intervenciones judiciales), e incluso piensa en los cambios que ha tenido desde que lo conocemos, expresando frases tales como “si no hago el tratamiento me vuelven las voces”, “acá realmente me escuchan”, “no sabía dónde ir y vine para acá”, entre muchas otras expresiones y vivencias cotidianas que se presentan con Fer como con otros usuarios. Sigue consumiendo y presenta muchas dificultades en poder sostener un proyecto personal, por lo cual se trabaja permanentemente en reforzar su autonomía recibiendo los apoyos necesarios para llevar su vida adelante. Actualmente se está trabajando en conjunto con una acompañante terapéutica perteneciente a la Dirección de Salud Mental, con el objetivo de que él pueda hacerse responsable de cuestiones económicas relacionadas a las pensiones que recibe, promoviendo la organización de su cotidiano y la reconfiguración de su proyecto de vida. La articulación con la Dirección de Discapacidad es permanente, no contando actualmente con una red de apoyo familiar.

A partir de este caso podemos observar cómo el centro y la red que se articula a partir del mismo favorece la inclusión y contención de una persona que no contaba con recursos propios para garantizar la continuidad de cuidados. El centro se conforma como un espacio intermedio entre las intervenciones hospitalarias y la comunidad, siendo referencia afectiva y espacio de intervenciones de clínica ampliada (5).

En nuestra experiencia, la existencia de un lugar que antes

no había en la ciudad, que promueve encuentros, permite poner en palabras vivencias, simbolizaciones, proyectos, tareas, y que devuelve en muchos casos a los sujetos padecientes su condición de seres humanos, más allá de los estigmas y de la etiquetas, es un proyecto innovador y de inclusión que beneficia a toda la comunidad en su conjunto y a aquellos a quienes en algún momento de su vida requieren acompañamiento de los equipos de salud por estar atravesando distintas situaciones de crisis y problemáticas.

Principales lecciones aprendidas y recomendaciones para replicar la experiencia en otros territorios

Entre las principales lecciones aprendidas se considera subrayar:

La **Importancia del espacio físico propio**: disponer de una sede articulada con el hospital pero con acceso independiente favorece la continuidad de cuidados, la accesibilidad y el sentido de pertenencia de las personas usuarias, al permitirles transitar sin rupturas entre la atención ambulatoria y la hospitalaria.

El **Trabajo interdisciplinario e institucional**: la transferencia institucional colectiva del equipo resultó clave para construir vínculos de confianza, restituir la dignidad a personas estigmatizadas y sostener procesos terapéuticos.

La **Articulación intersectorial sostenida**: la colaboración con Cultura, Educación, Desarrollo Social y Atención Primaria enriqueció la propuesta con talleres, proyectos socio-laborales y mesas de trabajo, mostrando que los procesos de promoción, prevención y continuidad de cuidados de la salud mental se fortalecen al salir del ámbito exclusivamente clínico.

El **Modelo comunitario con continuidad de cuidados**: la cercanía con el hospital y la inserción territorial del centro facilitaron el pasaje de la internación a la atención ambulatoria y territorial, desarmando lógicas tradicionales y favoreciendo estrategias comunitarias en línea con la Ley Nacional de Salud Mental.

La **Innovación socio-laboral**: proyectos como el gallinero comunitario demostraron que la inclusión laboral y social impacta en la autonomía de las personas usuarias y en la visibilización de los dispositivos comunitarios.

La **Sostenibilidad ligada a la continuidad de las políticas públicas**: el funcionamiento estable requirió la asignación sistemática de recursos humanos y materiales, además de la capacidad de adaptación a las necesidades cambiantes del territorio.

Como parte de las recomendaciones para replicar la experiencia para promover la experiencia en otros territorios se sugiere:

Realizar un diagnóstico participativo inicial, que permita mapear recursos locales, brechas de atención y actores clave de cada territorio.

Formalizar acuerdos interinstitucionales entre niveles de gobierno, hospital, APS y organizaciones sociales, con definición clara de roles y protocolos de derivación/contrarreferencia.

Implementar sistemas de monitoreo y evaluación con indicadores de accesibilidad, continuidad de cuidados e inclusión social, involucrando a las personas usuarias y sus trayectorias de vida, que garanticen una mejora continua. Promover la corresponsabilidad intersectorial, generando mesas locales de trabajo que aborden las problemáticas complejas y fortalezcan la red de cuidados.

Asegurar la sustentabilidad mediante políticas públicas sistematizadas, con asignación estable de recursos materiales y humanos, así como flexibilidad para adecuarse a la singularidad del territorio.

Respetar la diversidad territorial, adaptando el modelo a las condiciones sociales, culturales, económicas y sanitarias locales, siempre desde una perspectiva de derechos y de inclusión.

Para concluir podemos decir que la sustentabilidad de un proyecto como este, con la creación de dispositivos y áreas que fortalezcan la integración del sistema de salud y atención integral sobre un modelo de continuidad de cuidados, es posible con la ejecución de políticas públicas sistematizadas, sostenidas en el tiempo, que destinen recursos materiales y humanos y estén atentas a las necesidades de la población, adecuando las políticas rectoras a las especificidades del territorio.

Creemos que esta experiencia es transferible, respetando las particularidades de las instituciones presentes en los territorios, a otras comunidades en tanto sea posible establecer acuerdos que permitan conformar una red, identificando la función de cada área e institución, pero a su vez realizando un trabajo corresponsable, desde una perspectiva de derechos. Esto implica estar atentos a todas las variables - sociales, económicas, culturales, biológicas, psicológicas - que entran en juego en la producción de las subjetividades y de los padecimientos. Como plantea Stolkner (6) las formas de padecimiento subjetivo, con sus determinaciones sociales, obstaculizan la vida de las personas y su necesario aporte a una sociedad inclusiva.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género. Plan provincial integral de salud mental: hacia un sistema solidario e integrado de salud 2022-2027 [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2022 [citado 12 may. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/plan-provincial-salud-mental/>
2. Ley Nacional de Salud Mental SALUD PÚBLICA Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
3. Rovere M. Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad. 2.ª ed. corr. y aum. Rosario: El Ágora; 2006.
4. Barembliitt G. La concepción institucional de la transferencia. En: Barembliitt G. 5 lições sobre la transferência. São Paulo: Hucitec; 1991.
5. Campos GW. Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
6. Stolkner A. Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En: Tesler L, compilador. ¿Qué hacer en salud: fundamentos políticos para la soberanía sanitaria. Buenos Aires: Colihue; 2015.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Casi L, Resa M, Anriquez A. Creación del centro comunitario de salud mental y consumos problemáticos de la ciudad de Colón, provincia de Buenos Aires: hacia la integración del sistema de salud y la conformación de una red de atención territorial. Salud Pública [Internet]. 2025 Oct [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.