

Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini

Director: Juan Carlos Junio



**Colección “Tesis de investigadores e  
investigadoras del CCC”**

Ileana Grisel Adissi

*“La individualización de problemas sociales en contextos de labilidad estatal: el  
área de Salud Mental de los CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria)  
como punto de mira”*

Tesis para optar por el Título de Magister en Investigación en Ciencias  
Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos  
Aires, año 2010

Directora: Silvia Faraone

*Ediciones “El Pilpintu”*  
ISBN: 978-987-28788-0-1

Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini  
Av. Corrientes 1543 (C1042AAB) - Ciudad de Buenos Aires - [011]-5077-8000 - [www.centrocultural.coop](http://www.centrocultural.coop)

**Director del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini:** Prof. Juan Carlos Junio

**Subdirector:** Ing. Horacio López

**Director Artístico:** Juano Villafañe

**Secretario de Ediciones y Biblioteca:** Jorge C. Testero

**Secretario de Investigaciones:** Pablo Imen

**Secretario de Comunicaciones:** Luis Pablo Giniger

Publicado en la Biblioteca Virtual del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini

Av. Corrientes 1543 (C1042AAB) - Ciudad de Buenos Aires - [011]-5077-8000 -

[www.centrocultural.coop](http://www.centrocultural.coop)

Año de publicación 2012

Algunos derechos reservados.

El presente trabajo se publica bajo una licencia Creative Commons Atribución - Share Alike 2.5

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.5/ar/>

## **Resumen**

Este trabajo comienza señalando una laguna en la bibliografía existente: existe una brecha entre los supuestos acerca del Estado manejados por los autores que han abordado la Salud Mental desde una perspectiva social o sociológica, y lo que muestra la literatura cuyo objeto es indagar las características concretas que asume el Estado en la Argentina. Entendemos que, más allá de sus diferencias, quienes han tomado la Salud Mental como objeto de indagación han partido de considerar la presencia real o potencial de un Estado con capacidad de manejarse de forma homogénea y uniforme, ofreciendo políticas al conjunto de la población. Contrariamente a lo anterior, las investigaciones que toman como objeto al Estado en nuestro país muestran que su funcionamiento concreto es particularista y fragmentario.

Debido a la falta de consenso respecto de cómo denominar a este Estado colonizado por intereses particulares, cuyas definiciones presentan lagunas y superposiciones, hemos acuñado el concepto de *Estado lábil*. Nos propusimos indagar cómo se pone de manifiesto este funcionamiento estatal en la cotidianeidad de las instituciones, y qué productividad específica da como resultado -hipotetizando que al no tener la capacidad de referenciar e incluir al universo de la población, ni contribuye a garantizar derechos ni a un ordenamiento social.

Complementando aquello, sugerimos el interés de observar las características específicas que en tal contexto asume la *individualización de problemas sociales* (Conrad y Schneider, 1992), entendiendo por tal a la acentuación de los factores individuales por sobre los sociales en la definición y resolución de problemáticas. A tal fin seleccionamos como punto de mira al área de Salud Mental de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La justificación de esta selección se debe a que tal área ocupa un lugar subalterno al interior del sistema de salud, no cuenta con definiciones formales respecto de sus injerencias, y la práctica más frecuente en su interior es ofrecer tratamiento psicológico a sujetos pertenecientes a sectores sociales empobrecidos. Entendimos que en la configuración de tal oferta se pondría de manifiesto el deslinde entre la esfera de lo subjetivo y la de lo social. Al mismo tiempo, se haría palpable el modo en que realizan aquellas definiciones en un contexto de *labilidad estatal*. Dada la primacía que adquiere en ambos términos de este problema lo particular e informal, supusimos que nos encontraríamos con alguna suerte de acoplamiento que convertía al objeto en un punto de mira estratégico.

Nos propusimos primeramente indagar los modos concretos en que se realiza tal deslinde, qué atributos se le suponen a cada una de las esferas así delimitadas y qué características adquiere de tal manera la *individualización de problemas sociales*. En segundo lugar, analizar qué rasgos de *labilidad*

*estatal* pueden encontrarse en tal proceso, a fin de arrojar elementos que permitan entender la productividad específica de esta modalidad de funcionamiento institucional.

En la Primer Parte de esta tesis detallamos una serie de dimensiones que hacen a la construcción del objeto de estudio. De esta manera, nos remitimos tanto al Estado de la Cuestión en términos teóricos, como a las particularidades históricas que fueron sedimentando el área en estudio y así contribuyendo a delinear sus características fundamentales. Asimismo, se detallan decisiones de orden teórico-metodológico junto con los condicionantes del trabajo de campo, enfatizando aquel carácter construido que es inherente a toda investigación social. En la Segunda Parte exponemos los resultados del proceso de indagación empírica, ordenados según criterios de claridad expositiva. Así, subdivididos en cinco Capítulos, los datos de campo se organizan de modo tal de describir primeramente usos y argumentos de la oferta en Salud Mental que nos permiten deducir los modos concretos en que se produce el deslinde entre lo subjetivo y lo social -en los primeros dos Capítulos- para luego analizar qué elementos de *labilidad estatal* operan como condicionantes de aquel -en los últimos tres.

En las Conclusiones, retomamos las inquietudes que habían orientado la construcción del objeto, sugiriendo líneas de análisis según lo recabado en la indagación empírica. Señalamos el acoplamiento específico encontrado entre dos procesos que tienen por referente fundamental a los sujetos particulares: la *individualización de problemas sociales* y la *labilidad estatal*. En ambos procesos, lo social es entendido a modo de escenario en el que suceden las prácticas, invisibilizando su carácter constitutivo. De modo concomitante, se acentúa el carácter autónomo de los individuos y la afinidad intersubjetiva como únicos condicionantes. Esta acentuación, sostenida además en base a argumentaciones democratizantes, funciona como ideario que orienta las prácticas y las legitima.

Planteamos en consecuencia una serie de preguntas en torno a la existencia posible de un proceso de *psicologización de problemas sociales*. Este proceso, deducible tanto de los usos como de los argumentos, sería a la vez medio y resultado del particularismo como modo de funcionamiento cotidiano de las instituciones. Nos encontraríamos, así, ante instituciones que permiten una expresión de autonomía inusitada a los sujetos que las conforman. No obstante, esto sería al precio de perder su autonomía relativa como institución. La *labilidad estatal* se manifestaría así capilarmente en la escasez de usos y argumentos que tomen como referencia al conjunto de la población. De tal manera, su productividad específica resulta diferente tanto a la garantización de derechos como al control social. Si esta tesis parte de mostrar la configuración de la oferta en Salud Mental, es necesario articular esto con la perspectiva de la demanda. Dejamos con esto sentadas las bases para la futura tesis doctoral, de la cual esta tesis de Maestría constituye un avance.

## **Abstract**

This work begins pointing a hole in the existing bibliography, related to the assumptions about State that are used by the authors that had approach Mental Health from social or sociological perspectives. These assumptions don't match up with what is shown by literature that had look for local State features. We understand that, behind their differences, the bibliography about Mental Health tends to consider a real or potential State that has the ability of offer policies to the population as a whole, being able to handle in an homogeneous and uniform way. Contrary to this expectation, the researches about State in our country show that its real operation assumes particular and patchy modes.

Given the lack of consensus about how to call that State settled by particular interests and whose definitions show lacks and overlaps, we have coin the term *labile State*. We had intended to investigate which demonstrations of state running exist in the ordinary life of institutions. Also, which specific outputs it gives as a result. Our hypothesis is that, given its lack of universality, it doesn't guarantee rights nor tends to a social control.

Complementing that approach, we are interested in observe the specific characteristics that in that context assumes the *individualization of social problems* (Conrad & Schneider, 1992). We call in that way the emphasis of individual features in spite of social features in problems defining and solutions proposing. In order to get to that point, we have select as a point of sight the Mental Health area of the Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs -Health and communitarian action Centres), institutions that belong to the Buenos Aires City Government. This selection finds justification in the fact of standing this area in a subaltern place inside of the Health Care System, of lacking of formal definitions about which their assignment is, and also of supplying in its main part psychological treatment to poor people. We understood that in order to configure that supply they must delimit subjective and social spheres. At the same time, that we could observe how that definitions take place in a *labile State* context. Given the pre-eminence that in both terms of this problem has the particular and on official element, we supposed we'll find a sort of linkage that makes this research object in an strategic point of sight.

We intend first to investigate the concrete ways in which that delimitation is produced, which qualities are supposed to each of the spheres in that way delimited, and which characteristics gets the *individualization of social problems*. Secondly, to analyse which demonstrations of the *labile State* can be found in that process, in order to get some elements that allow us to understand the specific outputs of this institutional running.

In the First Part of this thesis we describe a series of dimensions involved in the construction of

investigation object. In this way, we take account to the theoretical context as much as to the historical features involved in the sedimentation of the area in sight, the ones that give it its main characteristics. We although detail theoretical and methodology decisions aside to field working conditions, stressing the constructed way in which every social investigation is produced.

In the second part we show the empirical research results, organized in order to keep a clearly exposure. We subdivide in five Chapters the field data, describing in the first ones the ways of doing and of arguing referenced to supply of Mental Health that allow us to deduce how the delimitation between the subjective and the social sphere takes place. In the remaining three Chapters we analyse which features of the *labile State* are conditioning that specific delimitation.

In the conclusions we take up again our initial interests, suggesting possible analysis in account of what we had collected. We point out the specific linkage we found between two process refereed mainly to particular people: the *individualization of social problems* and the demonstrations of a *labile State*. In both process the social dimensions are understood as a stage of the practices, remaining invisible their constitutive character. In connection to that, appears a stress on the individual autonomy and the interpersonal features as the one determinant. This stress, along to democratic topics arguing, works as a guide and legitimate factor of particular actions.

We finally ask ourselves about the possible process of a “psicologización” of social problems. This process, that can be deduced of the ways of doing and of arguing, would be at the same time a mean and the result of stressing the particular in the ordinary running of institutions. We would be in front a sort of institutions that empowers people at the price of losing the institutional power in itself. The *labile* running of the State would be appearing in a capillary way through the lack of ways of doing and of arguing that take account of the population as a whole. In that way, its specific outputs are different to rights guarantee and also to social control.

While this thesis intends to approach the supply configuration of Mental Health, it is necessary to link this to the demand perspective. In this way we ground bases to continue this Master thesis in a next Doctoral thesis.

## Índice

<b>Agradecimientos</b>	8
<b>Introducción</b>	9
<b>Primera Parte: “La construcción del objeto”</b>	
Presentación del problema y marco de referencia	12
Antecedentes generales	16
Antecedentes específicos	20
Presupuestos teórico-conceptuales	22
Justificación del interés del recorte	25
El área de Salud Mental en los CeSACs como objeto subalterno	29
Los CeSACs como efectores subalternos y <i>lábil</i> es (breve presentación histórica)	31
Implicancias metodológicas del recorte	37
La propia posición investigativa como determinante	39
Selección de unidades de análisis restantes y modo de abordaje	41
Reflexiones metodológicas	42
Dimensiones relevadas y estructura expositiva	43
Aclaraciones finales: decisiones en la presentación de resultados	47
<b>Segunda parte: lo recolectado en campo</b>	
<i>Capítulo I- Prácticas del área de Salud Mental en los CeSACs</i>	
Las instancias formales de socialización como primer manifestación de una laguna normativa	49
Terrenos de lo indefinido: las injerencias del área de Salud Mental en los CeSACs	50
La asistencia	50
Derivaciones	58
Derivaciones provenientes del sector educativo	59
Derivaciones provenientes del ámbito Judicial	61
Bordes ¿internos o externos? de la jurisdicción: adicciones y pacientes psiquiátricos	66
Otras actividades como específicas del área de Salud Mental en los CeSACs: la promoción de la Salud y la prevención de enfermedades	70
<i>Capítulo II- Usos organizativos: el punto de contacto con la población</i>	
El contacto con la población desde una pluralidad de usos discrecionales	79
Tácticas de organización de la asistencia	80
De cómo se accede a la atención (y cómo se arman las listas de espera)	82
Concepciones sobre deserción y tratamiento, ofertas correlativas	87
<i>Capítulo III- La ocasión: El deseo como detonante de las prácticas</i>	
Condicionantes sociales del “deseo”	93
La ocasión como resultado del interés personal	95

La ocasión como lectura: definiciones de la situación (de trabajo)	99
Cuando el azar es una característica estructural	101
Plataformas de interacción	104
Plataformas coyunturales	105
Plataformas instituidas	107
Modalidades de inserción profesional	109
Arquitectura institucional	114
<i>Capítulo IV- El lugar de lo informal: la afinidad como condicionante de la oferta de atención</i>	
La informalidad como forma de organización del trabajo	119
Implicancias de derivaciones e interconsultas con base en el vínculo interpersonal	121
Explicando sociológicamente la afinidad: las trayectorias y redes como emergente de un sistema lábil	123
¿Es sólo una cuestión personal? La vincularidad en el marco de relaciones de poder	126
<i>Capítulo V- Legitimación de lo posible: la lógica cristalizada de un campo</i>	
A falta de reglas formales, prevalencia de reglas informales: el saber práctico	132
“La” Salud Mental	133
Lo local como argumento	134
(Deconstruyendo) el imaginario progresista	136
Valoraciones divergentes del funcionamiento <i>astillado</i>	139
Cuando la lógica del sistema es funcionar mal	141
La falta de información como dato de la pertenencia	142
La (declaración de) productividad como único lineamiento	145
<b>Conclusiones</b>	149
<b>Bibliografía</b>	156
<b>Anexo</b>	162

## **Agradecimientos**

Debo agradecer en primer lugar a Daniela López, Cintia Rodrigo y Nuria Yabkowski, quienes me han hecho de sostén con sus aportes y su apoyo incondicional, en la intención de suplir informalmente las arbitrariedades y vacíos de lo formal -en un sutil juego de espejos para con lo que fui descubriendo a lo largo de mi tesis.

Mis agradecimientos también a Rocío Vázquez, quien tuvo la generosidad de poner a mi disposición la calidez de un ambiente de trabajo en momentos críticos.

Agradezco profundamente al CONICET, puesto que fue gracias a su beca que he podido abocarme al trabajo que esta presentación ha requerido.

Quiero agradecer también a Alma Idiart y a Daniela Soldano, cuyas contribuciones puntuales resultaron determinantes a fin de reorientar mi propuesta analítica. También debo mis gracias a una larga lista de investigadores y académicos que me han brindado con amabilidad un espacio de encuentro, colaborando al modo en que se fue configurando esta tesis.

Debo mencionar también a Magdalena La Porta, Denise Adissi, Valentín Chocobar, Silvia Guiard, Graciela Klein, Victoria Soler, Martín Tornay, Valeria Porten, Lisandro Martínez, Olga Adissi, a mis padres, y a todos quienes con su confianza y afecto me brindaron el estímulo necesario para que cada dificultad se convirtiera en sólo un escollo de este largo camino. Mi más sincero agradecimiento para quienes supieron demostrarme su cariño lanzándose con paciencia y sin vacilaciones -desde su ajenidad a "lo académico"- a acompañar los múltiples problemas de orden práctico involucrados en el armado y presentación de una tesis.

Finalmente, me resulta necesario agradecer a todos los profesionales que han facilitado mi acceso al campo, aun sabiendo que mi mirada no sería condescendiente. A todos quienes han contribuido con sus relatos y apreciaciones a mi conocimiento del mismo. Y, entre ellos, principalmente a quienes me han ido mostrando la importancia de ocupar los lugares institucionales con responsabilidad y actitud ética. Sumo a mi agradecimiento un profundo respeto por el compromiso que manifiestan en su quehacer cotidiano.

## Introducción

*“La realidad, aun la más macrosocial, sólo puede ser pensada y, sobre todo, practicada por los sujetos y grupos desde lo local, dado que es allí donde los sujetos viven/trabajan/esperan/comprenden los procesos” Eduardo Menéndez (2002)*

*“(…) Así, en la noche de su ilimitación, los cuerpos sólo se distinguen allí donde los “toques” de su lucha amorosa o guerrera se inscriben sobre ellos. Paradoja de la frontera: creados por los contactos, los puntos de diferenciación entre dos cuerpos son también puntos en común. La unión y la desunión son indisociables. De los cuerpos en contacto, ¿cuál de ellos posee la frontera que los distingue? Ni uno ni otro. Es decir: ¿nadie?” Michel De Certeau (1996)*

En la búsqueda de entender dinámicas contemporáneas, resulta un desafío investigativo aproximarse a los modos en que operan localmente fenómenos de orden global. Lo anterior actualiza una serie de problemas fundantes de la Sociología como campo disciplinar, entre ellos el del vínculo conflictivo entre procesos de nivel macrosocial con aquellos que tienen lugar en los ámbitos microsociales, así como entre sociedad e individuo.

La presente tesis se funda en la intención de arrimarse a la descripción de procesos que operan en la tensión de tales vínculos, según tienen lugar en la actualidad en la Ciudad de Buenos Aires. Acordamos con Menéndez (2002) cuando plantea que los procesos de salud/enfermedad/atención constituyen un punto de mira estratégico a fin de comprender la articulación entre distintos niveles de análisis. Por ello, hemos seleccionado como punto de mira al área de Salud Mental de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs), establecimientos de salud pertenecientes al subsector público bajo la órbita del Gobierno de la Ciudad. Tal selección se basó en considerar que en este área convergen aspectos tanto históricos como coyunturales, al tiempo que se trata de un área con características específicas y que, pese a su magnitud, no han sido suficientemente analizadas.

Hemos seleccionado, además, establecimientos pertenecientes al subsector público de Salud puesto que nos interesa indagar cómo se manifiesta concretamente en lo local un proceso ampliamente mencionado por la literatura ensayística aunque caratulado de distintos modos. Nuestro interés radica en observar las características locales que asume el proceso de *individualización de problemas sociales*, entendiendo por tal al énfasis que adquiere lo individual cuando se lo recorta como nivel de análisis e intervención en problemas que también podrían ser abordado desde dimensiones sociales. Y entendemos que para observar la manifestación de este proceso en nuestro país, es necesario partir de conceptualizar al Estado tal como este se presenta concreta y cotidianamente en las instituciones que de él dependen.

Partimos así de caracterizar al Estado en Argentina como institución *lábil*, discutiendo con los modos de entender al Estado que tienden a primar en la literatura existente en el campo de intersección

Salud/Ciencias Sociales. En este sentido, cabe señalar un hiato en la bibliografía encontrada: los autores que han investigado acerca de los modos concretos en que funcionan las instituciones estatales en Argentina muestran un panorama distinto al que se da por supuesto en los estudios sociales sobre Salud en general y sobre Salud Mental en particular. Tomando como punto de partida la caracterización del Estado como *lábil*, se intentará aportar elementos respecto de cómo tal labilidad opera en los procesos definidos como *individualización de problemáticas sociales*, tomando como referencia la gestación de la oferta en Salud Mental para sectores empobrecidos.

En esta tesis describiremos usos y argumentos presentes en la oferta de atención profesional. Nuestro interés en realizar tal descripción estriba en que dado que la población destinataria de estos establecimientos pertenece a sectores empobrecidos, resulta necesario realizar un deslinde entre los problemas sociales y los subjetivos a fin de dedicarse a la atención de estos últimos. También, nos abocaremos a analizar cuáles son las condiciones de producción y reproducción de los deslindes efectivamente encontrados.

En la Primer Parte de esta tesis detallamos una serie de dimensiones que hacen a la construcción del objeto de estudio. De esta manera, nos remitimos tanto al Estado de la Cuestión en términos teóricos, como a las particularidades históricas que fueron sedimentando el área en estudio y así contribuyendo a delinear sus características fundamentales. Asimismo, se detallan decisiones de orden teórico-metodológico junto con los condicionantes del trabajo de campo, enfatizando aquel carácter construido que es inherente a toda investigación social.

En la Segunda Parte exponemos los resultados del proceso de indagación empírica, ordenados según criterios de claridad expositiva. Así, subdivididos en cinco Capítulos, los datos de campo se organizan de modo tal de describir primeramente usos y argumentos de la oferta en Salud Mental que nos permiten deducir los modos concretos en que se produce el deslinde entre lo subjetivo y lo social -en los primeros dos Capítulos- para luego considerar elementos de *labilidad estatal* que operan como condicionantes de la emergencia de aquella -en los últimos tres.

En las Conclusiones, retomamos las inquietudes que habían orientado la construcción del objeto, sugiriendo líneas de análisis según lo recabado en la indagación empírica. Señalamos el acoplamiento específico encontrado entre dos procesos que tienen por referente fundamental a los sujetos particulares: la *individualización de problemas sociales* y la *labilidad estatal*. En ambos procesos, lo social es entendido a modo de escenario en el que suceden las prácticas, invisibilizando su carácter constitutivo. De modo concomitante, se acentúa el carácter autónomo de los individuos y la afinidad intersubjetiva como únicos condicionantes. Esta acentuación, sostenida además en base a

argumentaciones democratizantes, funciona como ideario que orienta las prácticas y las legitima.

Planteamos en consecuencia una serie de preguntas en torno a la existencia posible de un proceso de *psicologización de problemas sociales*. Este proceso, deducible tanto de los usos como de los argumentos, sería a la vez medio y resultado del particularismo como modo de funcionamiento cotidiano de las instituciones. Nos encontraríamos, así, ante instituciones que permiten una expresión de autonomía inusitada a los sujetos que las conforman. No obstante, esto sería al precio de perder su autonomía relativa como institución. La *labilidad estatal* se manifestaría así capilarmente en la escasez de usos y argumentos que tomen como referencia al conjunto de la población. De tal manera, su productividad específica es distinta a la garantía de derechos tanto como al control social -modos en que la literatura existente supone bien que funcionan o bien que deberían funcionar las intervenciones de Salud Mental destinadas a poblaciones empobrecidas.

Si esta tesis parte de mostrar la configuración de la oferta en Salud Mental, es necesario articular esto con la perspectiva de la demanda. Dejamos con esto sentadas las bases para continuar la indagación en una futura tesis doctoral, de la cual esta primera tesis de Maestría es un avance.

Finalmente, en el Anexo pueden encontrarse no sólo los detalles que han sido tenidos en cuenta a fin de seleccionar las unidades de recolección, sino también fragmentos de entrevistas y del Diario de Campo, que muestran el modo en que se fue elaborando la tesis que aquí se presenta.

## -Primera parte: la construcción del objeto-

### **Presentación del problema y marco de referencia**

La presente tesis constituye la primer parte de un trabajo doctoral más amplio, cuya intención es proporcionar elementos iniciales que contribuyan a la comprensión de cómo opera y qué efectos específicos produce el particularismo como modo de funcionamiento estatal, tal cómo puede encontrárselo en nuestro país. Para ello, hemos seleccionado como punto de mira un área a su vez caracterizada en la Argentina por el lugar central que en ella cobra lo particular: la Salud Mental.

A tal fin utilizamos como concepto sensibilizador al de *individualización de problemas sociales* (Conrad y Schneider, 1992). Se entiende por tal a aquel proceso en el cual problemáticas sociales complejas tienden a ser explicadas recortando el nivel de lo individual, esto es, ubicando como causas a los sujetos implicados, tras lo cual las soluciones propuestas refieren a la sanción o corrección (terapéutica, en muchos casos) de aquellos individuos más visibles. Se dejaría así de lado la posibilidad de comprender a estos últimos como emergentes de niveles institucionales y sociales sobre los cuales también podría intervenir.

El concepto de *individualización de problemas sociales* (Conrad y Schneider, 1992) posee un desarrollo escaso en la literatura. No obstante, consideramos que admite ser utilizado como condensación de desarrollos teóricos provenientes de las obras de distintos autores, que no remiten a una única conceptualización. Se conjetura entonces que es posible referir al proceso descrito como *individualización de problemas sociales* (Conrad y Schneider, 1992) suponiéndole puntos de conexión múltiples con otros procesos que han sido descritos principalmente por la literatura de corte ensayístico. Es que existen una serie de ensayos en los que se toman por objeto fenómenos contemporáneos de orden civilizatorio, descritos bajo el nombre de globalización o de postmodernidad generalmente, ubicando distintas dinámicas o niveles en los que los individuos se perciben a sí mismos como autónomos o desamparados, ajenos al destino de lo ocurre en sus contextos. Esta atomización de lo social operaría tanto en relación con las prácticas como con los modos de entender al mundo, y tendría como resultado el recorte de los individuos de sus respectivos contextos. Esto tiende aparecer en cada una de las obras asociado a distintos tópicos, desde la ideología neoliberal (Giroux, 2009), la tendencia a la despolitización (Bauman, 2001 (a) y 2001 (b)), el auge de las biociencias (Rose, 2006), hasta las modificaciones producidas en el campo del trabajo (Beck, 1998), entre otros. Pese a esta recurrencia dentro del género ensayístico, hasta el momento resulta difícil encontrar indagaciones

empíricas sistemáticas que analicen modos concretos y situados en que se produciría o presentaría aquel proceso.

Siendo la intención del proyecto doctoral rastrear en un contexto inmediato -Ciudad de Buenos Aires en la actualidad- elementos que permitan realizar aportes en tal sentido, estimamos pertinente tomar como área de observación a la Salud Mental considerando las características particulares que reviste aquí tanto su composición y su magnitud así como los roles que ha desempeñado a lo largo de su historia. Se consideró que abriría una vía posible a fin de acercarse a la comprensión de la dialéctica real de los procesos, en los que dinámicas de orden global se manifiestan en contrapunto con características locales, históricas y situadas.

Dentro del área de Salud Mental, a su vez, seleccionamos como recorte de indagación empírica aquellos establecimientos que toman como destinatarios a sujetos pertenecientes a sectores empobrecidos. En tal marco, la relación profesional/paciente se produce a partir de abordar de modo individual a sujetos que padecen una serie de problemas asociados con sus condiciones de vida y trabajo. Entendemos que el rastreo de los modos en que se deciden las intervenciones al respecto, esto es, en que se define la oferta de atención en Salud Mental, implica acercarse a los modos concretos en que se deslinda lo individual de lo social, a fin de intervenir sobre lo primero. Esto permitiría comprender qué sentidos y funciones adquiere localmente aquel proceso global de *individualización de problemas sociales* (Conrad y Schneider, 1992).

Siendo la intención realizar un abordaje relacional (Menéndez, 2002), tal propuesta investigativa consiste inicialmente en explorar los modos en que se configura la oferta de servicios en el área de Salud Mental destinada a sectores empobrecidos, para luego complementar este análisis desde un enfoque relacional, articulándolo con la perspectiva de la demanda, considerando los procesos de conformación de repertorios de conocimiento mutuo (Giddens, 1987). De tal manera este primer avance, que cobra la forma de Tesis de Maestría, se propone *describir usos y argumentos existentes en el área de Salud Mental que toma como destinatarios a sujetos pertenecientes a sectores empobrecidos, junto con los procesos institucionales de producción y reproducción que determinan su emergencia.*

En aras de contribuir a dilucidar los sentidos y las funciones concretos del área de Salud Mental en sectores empobrecidos, esta primera exploración parte de entender a las acciones en Salud -esto es, tanto a las consultas por parte de la población como a las propuestas de intervención profesional- como prácticas sociales (Almeida Filho y Silva Paim, 1999). Esto implica la comprensión de que no se trata

meramente de intervenciones de orden técnico, sino que en ellas existe una serie de dimensiones sociales factibles de indagar a fin de comprender las acciones en Salud. De tal modo, conlleva la necesidad de situar lo descrito en el marco del contexto sociohistórico -localizado y datado- en que se producen y reproducen prácticas y significados.

En Argentina, los sectores empobrecidos<sup>1</sup> toman mayormente contacto con el sistema de salud a través del Subsector Público<sup>2</sup>. Es por ello que para hacer referencia a las modalidades concretas que podría estar asumiendo el proceso de *individualización de problemas sociales* (Conrad y Schneider, 1992), se considera aquí ineludible hacer referencia a la órbita de lo estatal como condición estructural de producción y reproducción de estas acciones en Salud. De tal manera, y otorgando a este condicionamiento una gravitación decisiva, el problema que orienta la presente tesis consiste en *explorar qué rasgos del funcionamiento estatal se ponen de manifiesto en las pautas y mecanismos de funcionamiento que definen la oferta de Salud Mental para sectores empobrecidos*.

Se acuña aquí el constructo *labilidad estatal* en alusión a un tipo de institucionalidad gubernamental caracterizada por la primacía del particularismo en detrimento de los componentes universalistas del Estado. Esta colonización por parte de intereses particulares da como resultado la falta de racionalidad técnico-burocrática. Coincidimos con Perelmiter (2010) en el sesgo que imprime la concepción de este Estado como “débil”, al impedir ver su productividad específica; por ello preferimos pensarlo como difuso, permeable, inestable, voluble.

Tal modalidad estatal es la que aparece descrita en profundidad en los trabajos donde Belmartino, junto con otros autores (1996; 1999; 2003; 2005; 2006; 2010) describen qué mecanismos y pautas de funcionamiento operan en el Subsector Público de Salud. En tales investigaciones se pone de manifiesto la existencia de lagunas y superposiciones normativas, junto con un déficit en la capacidad de implementación de políticas públicas. A su vez, el modo en que tal dinámica estatal contribuye al enquistamiento de intereses particulares en el seno de las instituciones públicas.

Este modo de funcionamiento estatal, que se manifiesta en la existencia de una multiplicidad de aparatos y agencias descoordinados entre sí, y cuya lógica de funcionamiento responde más a la

---

<sup>1</sup> Sin entrar en discusiones respecto de factores de estratificación social, se entenderá aquí por “sectores empobrecidos”, de modo circular, esto es tomando por tales a los que consultan en los establecimientos que son objeto de indagación. Lo anterior se deduce del hecho de que el no tener cobertura de salud puede ser indicativo de la condición laboral y el nivel de ingresos, así como del hecho de que dada la ubicación geográfica de los efectores, de ello se deducen condiciones de hábitat. Esto se clarificará más con la descripción que más adelante se haga de los CeSACs.

<sup>2</sup> En Argentina el Sistema de Salud se encuentra dividido en tres subsectores, entendiéndose por tales a sistemas con normas diferenciales, distintas lógicas de financiamiento y modalidades de gestión, en estrecha correlación con distintas delimitaciones de beneficiarios, a saber: estatal (o público), de obras sociales (también llamado de seguridad social) y privado (crecientemente, de medicina prepaga).

sedimentación de prácticas que a la planificación estratégica (Andrenacci y Soldano, 2005), ha sido largamente descrito, también, en la literatura sobre políticas públicas. En ella, tal funcionamiento es atribuido en algunos casos a la retracción del Estado de Bienestar que habría tenido lugar en las últimas décadas (Lo Vuolo y Barbeito, 1998; Castellani, 2002; Sidicaro, 2002; Thwaites Rey, 2003; Thwaites Rey y López, 2005; Vilas, 1997). Otros autores, en cambio, lo visualizan como un proceso endémico de los regímenes democráticos en Latinoamérica (Bertranou y otros, 2004; Cardoso, 1972; O'Donnell, 1982 y 2004; Oszlak y O'Donnell, 2001). Más allá de esta diferencia, existen coincidencias respecto de entender que, al desdibujarse el interés general tras el interés particular de los funcionarios de gobierno, se propende a una mirada cortoplacista de las funciones y recursos públicos. Los autores coinciden también en que esto afectaría de modo particular a las instituciones propias del Estado Social, dado que, al volverse irracionales por la falta de una instancia que otorgue coherencia al conjunto, se vería afectado de modo directo su carácter de equidad.

Dada tal divergencia en la imputación causal histórica de esta modalidad institucional es que se acuña aquí el término de *labilidad estatal* para hacer referencia a este funcionamiento del sector público, bajo la pretensión de evitar una toma de posición en la discusión acerca de sus orígenes. En tal sentido, debe mencionarse que es indiscutible el hecho de que en los últimos años se han implementado una serie de mecanismos descentralizadores que han afectado particularmente al Sector Salud, desmantelando prácticamente su componente universal (Lo Vuolo y Barbeito, 1998). No obstante, esto se estaría montando, a su vez, en la segmentación histórica de este Sector.

El Sistema de Salud en Argentina fue desde sus orígenes fragmentario, al carecer de una instancia que operara como ordenadora del sector en su conjunto. Esto derivó en su estratificación, bajo la tendencia del subsector público a abocarse a la atención de las capas poblacionales más pobres. En los últimos años, a medida que esto es permeado cada vez más por la lógica de mercado, los déficits constitutivos de tal fragmentación tienden a profundizarse (Isuani, Tenti y otros, 1989). Belmartino (1993) analiza que en tal contexto cualquier formulación de objetivos sanitarios se vuelve prácticamente imposible de ser alcanzada, al no existir entre los funcionarios de agencias estatales la cohesión suficiente que es necesaria para llevarlos a cabo. Según esta autora, aquellos objetivos tienden a basarse en diagnósticos de situación falaces, puesto que tienden a desconocer este aspecto sustancial -reproduciendo el diseño de propuestas que volverán a resultar impracticables. Como resultado, la dinámica del Sector Salud adquiere una dinámica propia, que los decisores sanitarios sólo pueden -en el mejor de los casos- seguir a destiempo, intentando soluciones parciales ante sus rasgos más

distorsivos.

Considerando entonces que la capacidad reguladora de las autoridades públicas es irregular y poco efectiva, la oferta de atención responde a reglas informales, fragmentarias y locales. El resultado es una accesibilidad diferenciada, sin atributos de racionalidad técnica, que a su vez provoca profundas secuelas en términos de desconfianza generalizada hacia el manejo de lo estatal (Belmartino, 1993; 1999; 2003; 2005; 2006; 2010). Es a este modo de organización y funcionamiento que se hace referencia con el constructo *labilidad estatal*, al que nos proponemos observar en el subsector público de Salud.

Considerando entonces en este trabajo al Subsector Público de Salud como exponente de tal *labilidad estatal*, interesa aquí ubicar qué rasgos de esta se ponen de manifiesto en las pautas y mecanismos de funcionamiento que organizan la oferta de Salud Mental para sectores empobrecidos. De tal manera, se construye el vínculo analítico entre la comprensión del modo en que los procesos de *individualización de problemas sociales* tienen lugar en los contextos locales, y aquella *labilidad estatal* de la que no pueden ser divorciados sin afectar su comprensión.

### **Antecedentes generales**

Dado que el problema que da origen a esta tesis se funda en desarrollos teóricos específicos acerca de los modos concretos que asumen las instituciones estatales en Argentina, resulta conveniente señalar la concepción implícita del Estado que orienta gran parte de la literatura existente en torno al pensamiento social sobre el campo de la Salud. Es que en la mayor parte de las investigaciones acerca del proceso salud/enfermedad/atención existen supuestos respecto del Estado que difieren con lo que aquí se denomina *labilidad estatal*.

Podría entonces conjeturarse la existencia de una suerte de hiato entre los campos de análisis, debido a que quienes han focalizado en distintos aspectos específicos del campo de la Salud han tendido a desconsiderar el modo funcionamiento estatal que se describe en las investigaciones empíricas que tienen como objeto al Estado. De tal manera, no se han desarrollado categorías de análisis que permitan pensar problemas relativos al proceso salud/enfermedad/atención que incorporen como supuesto un funcionamiento estatal caracterizado por el particularismo. En cambio, se ha tomado como referencia un Estado uniforme, tanto al considerar que la atención en salud puede cumplir funciones de control social como al interpelarlo como garante de Derechos. Esto es, se ha dado por supuesto un Estado que posee la capacidad de referirse en sus acciones al conjunto de la población, mientras que

esto no sucedería en los contextos locales.

A fines de simplificar la exposición, aun a sabiendas de que esto implica forzar algunos planteos teóricos<sup>3</sup>, ubicaremos aquí en dos grupos diferentes a la literatura que ha tematizado el campo de la Salud. Consideraremos que esta diferenciación, si bien fuerza un poco la categorización de los estudios existentes, permite comprender las concepciones implícitas sobre el Estado que han tendido a organizar la literatura surgida en la convergencia del Campo de la Salud y el de las Ciencias Sociales. Pese a que las perspectivas así diferenciadas no necesariamente se excluyen en términos conceptuales, en la práctica investigativa han tendido a seguir cursos distintos.

Desde una serie de estudios (véanse autores en el cuadro que sigue), se ha tomado como objeto al denominado *proceso de medicalización*, entendiendo por tales a los modos en que un determinado tipo de saber experto -la medicina- ha ido absorbiendo los modos de entender e intervenir sobre distintas problemáticas que anteriormente eran abordadas desde otras esferas y por otros actores. Este proceso, creciente, iría de la mano con la gestación de un modo de dominación contemporáneo en los que la apelación a la ciencia y al resguardo de la vida brindaría la legitimidad necesaria para someter a una vigilancia constante a las poblaciones, así como para aislar elementos potencialmente disruptivos que podrían existir dentro de ellas. Dentro de la *medicalización* como modo de dominación, un lugar particularmente fuerte lo ha ocupado el proceso a su vez definido como de *psiquiatrización* (Conrad y Schneider, 1992). Se ubicará aquí a estos desarrollos como pertenecientes a la “Perspectiva de Control Social”.

Por otro lado, existe una serie de estudios (véanse autores en el cuadro que sigue) cuyos objetivos giran en torno a ubicar falencias en el funcionamiento de la atención en Salud, así como desigualdades presentes en los procesos de enfermar y sanar. Desde estas investigaciones se apunta a denunciar dinámicas de marginalización y/o exclusión al tiempo que brindar elementos para el diseño de políticas públicas inclusivas. De tal manera, lo que opera como supuesto en tales indagaciones es la deseabilidad de un Estado integrador, y no su evitación como aparato de dominación. Simplificando a fines expositivos, se englobará a este último cúmulo de autores diversos bajo lo denominado como “Perspectiva de Derechos”.

En el área específica de Salud Mental, mientras que la “Perspectiva de Control Social” -en la que tienden a predominar autores provenientes de las Ciencias Sociales- posee un punto de vista crítico acerca de su emergencia y consolidación, desde la “Perspectiva de Derechos” se hace hincapié en la

---

<sup>3</sup> Véase Gráfico N° 1 en Anexo

necesidad de que la atención considere el impacto de dinámicas de orden social en el nivel de lo subjetivo. Esta última perspectiva retoma sus planteos del movimiento desmanicomializador surgido en Europa (Basaglia, 1976), así como de propuestas provenientes de organismos internacionales (Desjarlais, 1997), y constituye en Argentina el cúmulo de bibliografía más reconocida respecto del área de Salud Mental (Bauleo, 1992; Bialacowsky y Rosendo, 1998; Bialacowsky y otros, 2001(a), 2001(b), 2001(c) y 2001(d); Galende, 1997 y 1998; Stolkiner, 2005; Stolkiner y otros, 1993, 2003, 2004 (a) y 2004(b)). Generalizando, podemos ubicar a los autores que escriben en esta línea bajo el objetivo de generar debates en torno a las políticas públicas, lo cual explica el carácter sustantivo de sus análisis. Dicho de otro modo, el apuntar al diseño de políticas públicas trae implicado en estos trabajos el suponer un Estado capaz de llevar a cabo tales políticas al tiempo que suponer determinado modo de actuar en el área de Salud Mental como deseable.

Intentando resumir lo anterior, aun a riesgo de presentarlo de modo demasiado esquemático, se han incluido algunos puntos básicos de aquella distinción en el siguiente cuadro:

Cuadro N°1- Líneas de trabajo en la literatura de referencia en la intersección Ciencias Sociales/Salud

	<b><i>Perspectiva de Control Social</i></b>	<b><i>Perspectiva de Derechos</i></b>
<i>Qué las distingue</i>	El foco está puesto en denunciar el poder médico como intromisión compulsiva a la singularidad, subjetividad, privacidad, de la población o de sectores de ella (los considerados desviantes). Toman a la biomedicina -incluyendo al sector profesional- como grupo de poder con intereses creados, que hace de pantalla bajo el auspicio de "lo científico" a distintas modalidades de dominación social surgidas principalmente en la modernidad <sup>4</sup> .	Tienden a tomar como referencia de sus trabajos la necesidad de una presencia fuerte y sistemática de políticas públicas de Salud, sea denunciando su ausencia o bien otorgando elementos que permitan luchar por su mejora o concreción, señalando aspectos no resueltos, carencias y dificultades. Subyace implícita o explícitamente en estos trabajos la demanda de equidad en el acceso a los servicios.
<i>Cómo entiende cada una lo que la otra plantea</i>	Tiende a caer por fuera del análisis todo aspecto que pueda considerarse como positivo en términos de mejora de condiciones de salud para las poblaciones	Se considera que los modos opresivos e invasivos de atención en salud constituyen una desvirtuación de los objetivos del sistema -implican que este no está cumpliendo con sus objetivos

<sup>4</sup> Cabe señalar el lugar de difícil ubicación que ocupa aquí Talcott Parsons, pese a lo cual se lo incluye en esta columna dado que fue un ícono en la consideración de la medicina como agente de control social

<i>Concepción subyacente del Estado</i>	Referencia a un orden social respaldado por los distintos monopolios que posee el Estado -tanto de violencia legítima como de nominación oficial a través del sistema legal.	Referencia a un Estado Social que debe constituirse como garante de la integración social.
<i>Concepción de los procesos de enfermedad, muerte y atención</i>	Enfatiza la relatividad de las definiciones de salud/enfermedad, junto con la relatividad de los procesos de etiquetamiento. Denuncia la estigmatización de quienes resultan etiquetados. No obstante, tiende a considerar a la atención como monolítica en tanto grupo cohesionado de intereses -si bien disputado por distintos sectores y definiciones.	Suele dar por supuesto un núcleo duro en los procesos de enfermedad y muerte, ocupándose muchas veces de denunciar su desigual distribución. Lo mismo suele extenderse a la bondad de la atención -muchas veces a fin de reclamar el Derecho a ella- pero no obstante está alerta a considerar su heterogeneidad y la existencia de prácticas alternativas a las prevalecientes.
<i>Intereses básicos que las orientan</i>	Tiene un interés cognitivo o “sesgo intelectualista” (en términos de Bourdieu, 2007)	Tiene un sesgo eminentemente práctico, en el sentido de tender a elaborar propuestas para mejorar la atención
<i>Contextos donde han surgido y cobrado preeminencia</i>	Pregnancia teórica en países desarrollados (Estados Unidos, Francia, Italia, Alemania)	Fuerte impulso en América Latina principalmente a través de la Medicina Social, la Epidemiología Crítica y las distintas corrientes de Salud Colectiva.
<i>Autores de referencia</i>	Talcott Parsons, Elliot Freidson, Iván Illich, Michel Foucault, Erving Goffman, Conrad y Schneider, entre otros.	Gastao Wagner Sousa Campos, Naomar de Almeida Filho, Jaime Breilh, Cristina Asa Laurell, Celia Iriart, entre otros.

El punto de partida de la presente investigación es contribuir a una mirada diferencial respecto de las perspectivas presentadas. Siguiendo a O'Donnell (1978), podemos ubicar que mientras la “Perspectiva de Control” describe al Estado su faz de coacción, la “Perspectiva de Derechos” lo toma en su faz de conciliación. Aquí se considerará, entonces, a ambas como facetas propias del Estado, siempre que este funcione como órgano tendiente al ordenamiento o integración de la población en un determinado territorio. Ahora bien, cuando lo estatal opera más que desde mecanismos totalizantes, desde otros particularizantes, partimos de hipotetizar que posee una productividad específica que al no dar cuenta

de este funcionamiento permanece invisibilizada.

Aportar elementos que permitan conjeturar qué funciones cumple y qué sentidos adquiere la *individualización de problemas sociales* en un *Estado lábil* constituye la piedra de toque de la presente propuesta investigativa. Es que si bien no se puede desconocer la riqueza de los estudios existentes en la convergencia de los campos de la Salud y las Ciencias Sociales, aun se carece de categorías específicas para pensar qué efectos concretos producen las intervenciones estatales cuando no son capaces de considerar al conjunto de la población. Entendemos que este modo de operar no se comprende totalmente cuando se lo considera como un desvío de lo esperable, por lo que amerita indagarse en su cariz de productividad específica. Dicho de otro modo, se entiende que la función y el sentido asumidos por la atención en Salud Mental a sectores empobrecidos, en el marco de un Estado regido por intereses y perspectivas particularistas, es algo que no puede darse por supuesto y que debe ser indagado.

Finalmente, siguiendo la intención de comprender a las acciones en Salud como prácticas sociales, que tienen lugar en el seno de instituciones históricamente configuradas, resulta pertinente mencionar un rasgo asociado tanto a la *labilidad estatal* como a la *individualización de los problemas sociales* en el contexto particular de referencia. Partiendo de entender que tanto una como la otra no pueden aprehenderse sin aludir a las relaciones de poder constitutivas, cabe señalar que el área de Salud Mental en los CeSACs ocupa un lugar subalterno al interior del Sector Salud. Lugar subalterno que posiblemente contribuya a otorgar matices propios a lo aquí definido como *labilidad estatal*.

### **Antecedentes específicos**

En el estado de la cuestión respecto del objeto específico que aquí se propone indagar, esto es, el área de Salud Mental en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs), existen al menos dos investigadoras contemporáneas -Rosendo (2007, 2009 (a) y 2009 (b)) y Díaz Arana (2008)- que han abordado previamente este campo de análisis.

No obstante, ambas lo han hecho desde una problematización que difiere de la que aquí se propone: lo arriba planteado respecto de la literatura existente resulta orientativo a fines de ubicar a ambas autoras bajo lo que arriba fue definido como "Perspectiva de Derechos". En consonancia con tal perspectiva, en sendas investigaciones -si bien con un nivel de análisis diferente dado el marco de cada una de ellas<sup>5</sup>- se toma como referencia nodal en la construcción del objeto de investigación a la Ley de Salud Mental

---

<sup>5</sup> En el caso de Rosendo se trata de avances de su tesis Doctoral, mientras que en el de Díaz Arana la investigación se origina con motivo de su tesis de Maestría. Esto da leve cuenta, a su vez, de la trayectoria diferencial de las autoras.

actualmente en vigencia en Ciudad de Buenos Aires (Ley 448<sup>6</sup>).

Al margen de partir de aquella perspectiva, estas investigaciones constituyen un antecedente valioso para el planteo que aquí se estructura. Es que en ambas pueden encontrarse referencias que completan y convalidan lo que en la presente tesis se pone en consideración: el lugar subalterno de estos establecimientos y, junto con aquel, la indefinición de la misión específica a cumplir por parte de los profesionales del área de Salud Mental que en ellos se insertan. Como resultado de lo anterior, describen la existencia de una miríada de prácticas diseminadas, heterogéneas y sin conexión entre sí en el área de Salud Mental. Miríada de prácticas caracterizadas por la preeminencia de las redes informales, la precariedad y volatilidad de las actividades desarrolladas y de las inserciones profesionales (Díaz Arana, 2008). Asimismo, mencionan la permeabilidad de las instituciones de Salud hacia las disputas corporativas, junto con la falta de un poder arbitral que pueda imponerse por sobre los intereses sectoriales. Derivada de aquella pugna existiría una indefinición normativa, la cual no obstante convive con una valoración positiva del marco legal vigente -la Ley 448- considerada por los actores como “progresista” (Rosendo, 2009).

Con diferencias en términos de profundidad de los abordajes, interesa señalar que, pese a considerarse ambas investigaciones antecedentes fundamentales, el acento que ambas ponen en un contenido sustantivo de lo que entienden como función de los psicólogos en los CeSACs las lleva a concluir que aquello que sería deseable no se corresponde con lo existente. Es aquí, cuando se pone de relieve la deuda de estos enfoques para con una “Perspectiva de Derechos”, que aparecen como incuestionados los aspectos que se pretende indagar en la presente tesis.

Si bien la crítica de ambas autoras -particularmente, de Rosendo- al marco legal es rigurosa, ocupándose de poner de manifiesto el modo en que fue redactada y sancionada, al tiempo que se realizan además una serie de señalamientos respecto de las autoridades sanitarias que debieran efectivizar tal legislación, el foco puesto en los déficits de implementación tiende a imprimir a estos análisis un sesgo normativo. Este sesgo se desprende de atribuir un contenido sustantivo a aquello que se consideraría deseable que suceda en el marco de estas instituciones. En tal sentido, tanto Rosendo como Díaz Arana suponen esperable que el Sector Salud aborde los modos subjetivos en que

---

<sup>6</sup> En julio del 2000, siguiendo con el impulso de la nueva legislación correspondiente a la flamante Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se sancionó la Ley de Salud Mental N°448, dentro de cuya matriz discursiva la apelación a los Derechos Humanos resulta un dato ineludible, fundamentalmente en lo que a la internación respecta. De modo similar a lo sucedido con otras leyes, pasarían algunos años para que la reglamentación de la 448 fuera completada. A pesar de que esto último fue concluido en el 2004, hasta la actualidad se considera que esta ley, pese a su vigencia, se encuentra incumplida. El principal foco de resistencia se ha relacionado con el hecho de que aquellos efectores especializados, por sus características de incluir períodos prolongados de internación, cuentan con una de las asignaciones presupuestarias más altas dentro de la totalidad de efectores de Salud. (Rosendo, 2007 y 2009)

impactan las problemáticas de índole social, reconfigurándose en pos de adecuarse a contextos atravesados por la desocupación y la precariedad ocupacional, la violencia y la exclusión social, y, en definitiva, la falta de perspectivas de futuro. De tal manera, estos trabajos comparten un componente valorativo respecto de lo que debiera suceder en el área de Salud Mental de los CeSACs, desprendido de una toma de posición respecto de la etiología y naturaleza de los padecimientos subjetivos a los que sería necesario dar atención en ella. Propugnar, entendiéndola como una necesidad democratizante, el que desde las instituciones públicas de Salud se incorporen estos aspectos, ubica a las autoras en una toma de posición que es la que aquí se quiere evitar. A diferencia de lo anterior, e intentando un descentramiento respecto de aquella “Perspectiva de Derechos”, se pone en esta tesis entre paréntesis toda hipótesis personal respecto de las problemáticas de Salud Mental y de las funciones que, de modo correlativo, sería conveniente que cumplieran los profesionales que trabajan en este área<sup>7</sup>.

Nos interesa entonces insistir en que el interés que orienta este trabajo es indagar qué funciones y sentidos específicos adquiere la atención en Salud Mental brindada en el marco de los CeSACs la *labilidad estatal* entendida como condición de producción y reproducción de estas prácticas. A tales fines es que describiremos y analizaremos las acciones en Salud Mental, entendiéndolas como resultado de un proceso de deslinde entre lo individual y lo social que se produce sin totalizar una mirada de conjunto o poblacional.

### **Presupuestos teórico-conceptuales**

Dada la caracterización del Estado de la que aquí se parte, se entiende a la atención en Salud como un fenómeno plural. Pluralidad que no remite a una simple variación de prácticas de un mismo género, dado que los mecanismos institucionales por los que se producen y reproducen tales prácticas heterogéneas no determinan un sustrato común que habilite apropiaciones singulares, sino más bien una dispersión de acciones producidas sin conexión entre sí. Un Estado *lábil*, colonizado por intereses particulares (O’Donnell, 1978) y en el que lo normativo opera de modo errático, con superposiciones y lagunas, sería el modo en que se producen y reproducen, entonces, tales prácticas.

Este punto de partida teórico trae como corolario un posicionamiento investigativo respecto de la perspectiva de los actores. Si bien existe un interés fundamental en reconstruirla, dado que esto implica

---

<sup>7</sup> Valga también hacer mención al hecho de que subyace en los planteos anteriores el hecho de que la autorización conferida a sentar posición respecto de la causalidad atribuida a los padecimientos subjetivos así como respecto de los abordajes que resultan pertinentes es algo más propio de aquellas investigadoras -provenientes ambas del campo de la psicología- que de quien suscribe, que considerará conveniente no extralimitarse en tal sentido y focalizar en la dimensión propiamente sociológica del objeto abordado.

reconstruir las concepciones particularistas que orientan la producción y reproducción de una dispersión de prácticas, también resulta importante distanciarse a través de imprimir a tal particularismo una mirada de conjunto. En otras palabras, el interés de esta tesis implica un nivel de análisis que excede a la perspectiva de los protagonistas, desbordándolas. Esto plantea una paradoja cuando se remite de modo circular a la primera afirmación: mientras se intenta no considerar a la atención en Salud como algo monolítico, también es necesario sostener la tensión entre la pluralidad de lo manifiesto -según la perspectiva de los actores- y el carácter analíticamente unitario de las condiciones estructurales.

Este equilibrio inestable entre pluralidad y unicidad encuentra un sustento teórico en el enfoque relacional (Menéndez, 2002). Eligiendo, entonces, posicionarnos desde este enfoque, surge la necesidad de ceñirse a distintas implicancias desprendidas de tal elección. Es entonces que retomamos aquí la recomendación de incluir tanto al punto de vista de los actores como al del investigador, utilizando criterios de verdad que no siempre coincidan con la visión de los sujetos en estudio<sup>8</sup>. Asimismo, seguimos también la precaución de relevar tanto representaciones como prácticas planteada por este enfoque.

El enfoque relacional (Menéndez, 2002) plantea así la inclusión en el análisis de elementos prerreflexivos al tiempo que otros que responden a la decisión autónoma y racional de los agentes. De modo correlativo, de acciones singulares tanto como de estructuras que habilitan y condicionan su emergencia. Siendo las transacciones entre agentes aquello privilegiado en pos de acceder al entramado real de las dinámicas histórico-sociales, estas pueden ser observadas tanto de modo inmediato -en los encuentros cara a cara- como mediato -a través de pautas de acción y modalidades de vinculación institucionalizadas. Estas consideraciones estuvieron presentes en la formulación de dimensiones a ser consideradas en esta tesis.

Un presupuesto que se sobreimprime a lo anterior es la comprensión de la atención en salud y, de modo correlativo, de la prerrogativa de su jurisdicción sobre determinadas problemáticas, como fenómenos distintos a la mera ejecución de criterios técnicos o científicos. Se parte así de entender a las actividades profesionales en contrapunto con un contexto institucional que las habilita y condiciona. Adhiriendo a quienes discuten las concepciones tradicionales de actividad científica (Belmartino, 2006; 2010), entendemos que una práctica profesional no se define de modo autónomo por criterios de validación internos, sino en contrapunto con circunstancias y procesos de orden institucional, colectivo,

---

<sup>8</sup> Esto implica además el desafío teórico-metodológico planteado por las advertencias de Bourdieu (2007) respecto de no caer en las posiciones convencionales de los abordajes objetivista y subjetivista.

social y, por ende, histórico. La actividad profesional en el campo de la Salud, entonces, está estrechamente ligada a la definición de una jurisdicción sobre el espectro de lo existente (Freidson, 1978; Danziger 2005; Conrad y Schneider 1992). Admite por tanto una lectura de orden sociológico que, para ser rigurosa, debe incluir en su análisis la dimensión del poder, considerando las relaciones como sociales e históricamente constituidas, y basadas en el acceso diferencial a distintos tipos de recursos (Menéndez, 2002; De Certeau, 1996; Giddens, 1987; Bourdieu, 2007). Por ello nos resultará importante insistir transversalmente, a lo largo de esta tesis, en el hecho de que el área de Salud Mental en los CeSACs posee un carácter subalterno al interior del campo de la Salud. Iremos mostrando cómo en el marco de un *Estado lábil* las posiciones subalternas tienden a caracterizarse por su mayor indefinición, derivada de una menor visibilidad.

De tal modo, buscaremos en primer lugar acercarse a las prácticas cotidianas de los actores, en tanto los modos en que se atiendan desde el área de Salud Mental a sujetos pertenecientes a sectores empobrecidos implican un deslinde entre aquello que es social y aquello que es individual o subjetivo. Este deslinde es tanto lo que permite a los agentes proponer un abordaje individual de sujetos que padecen problemáticas sociales. Junto con lo anterior, se buscarán los modos en que implícita o explícitamente se conjetura la articulación entre ambas esferas.

A fin de acercarse a este deslinde, se indagarán tanto los usos como los argumentos brindados al respecto. El concepto de *usos* -plural por definición- remite en los desarrollos de De Certeau a las apropiaciones que se producen en el interior de un sistema, “prácticas microbianas y silenciosas” en las que “el orden es deshecho y burlado” (1996: 24). Esta conceptualización posee implicancias en términos de la definición que aquí se hace de los actores. En primer lugar, puesto que calificarlos de “usuarios” -en términos del mismo autor- implica comprenderlos desde la dimensión de lo cultural, dejando por fuera del análisis el aspecto técnico de estas prácticas. En segundo lugar, puesto que entender que todo uso ejerce una suerte de resistencia a lo establecido permite problematizar qué sucede cuando, paradójicamente, el orden imperante se distingue por la falta de un ordenamiento de conjunto. Finalmente, considerando que los profesionales del área de Salud Mental en los CeSACs ocupan una posición subalterna, visualizar sus acciones en términos de *usos* implica observar cómo sus prácticas se basan en utilizar de distintos modos la particular estructura de poder en que se insertan.

En cuanto a la decisión de presentar los relatos obtenidos en campo como argumentos, se encuentra aquí la intención de dar cuenta tanto de su carácter intersticial. Dicho de otro modo, al tratarse de

declaraciones que no fueron producidas de modo espontáneo, sino a través de un artificio investigativo (Joutard, 1996), resulta necesario subrayar el carácter situado de su emergencia. Esto implica, por un lado, que no necesariamente se trata de tópicos que preexistan en la perspectiva de los actores. Por otro lado, de que difícilmente tengan la consistencia o perdurabilidad de lo que habitualmente se analiza utilizando la categoría de discurso, dado que no se trata de enunciaciones que circulen con la impronta con que lo hacen las declaraciones con que los actores discuten entre sí, como parte de su mundo de vida cotidiano.

Entonces, usos y argumentos serán descriptos aquí como modo de acercarse a la delimitación de las acciones que resultan pertinentes efectuar desde el área de Salud Mental de los CeSACs, según la perspectiva de los actores. A fin de compensar tanto el carácter intersticial de los argumentos, como la imposibilidad de una observación directa de los usos<sup>9</sup>, recurrimos como a la descripción de los modos prácticos en que se organiza aquello que de forma más directa se constituye en un punto de contacto con la población (Ménendez, 2004): el sistema de entrega de turnos<sup>10</sup>. Entendemos que esto nos posibilitará acceder a aquellas definiciones que son de carácter eminentemente práctico, y que se encuentran implícitas en los *principios de visión y división* con los que se caracteriza al mundo circundante (Bourdieu, 2007).

La perspectiva de los actores -deducida tanto de los usos como de los argumentos- será descripta entonces para pasar a analizar qué elementos de aquella nos brindan pautas respecto de las condiciones estructurales en que se producen y reproducen. Hemos entendido como condiciones estructurales, según se desprende del enfoque relacional adoptado (Menéndez, 2002) a aquellas reglas y recursos (Giddens, 1987) que de modo dinámico determinan modos específicos -*lábiles*- de estructuración. Ocupará aquí un lugar central el rastreo de aquellas condiciones materiales que posibiliten o impidan el intercambio y la negociación de experiencias, criterios e información.

### **Justificación del interés del recorte**

Considerando lo hasta aquí expuesto, resulta ineludible comprender mínimamente cómo se fue configurando la Salud Mental en Argentina. Tal configuración local, es otra de nuestras hipótesis, otorga

---

<sup>9</sup> En este sentido, resulta imposible observar -al menos, hacerlo sin consecuencias en el plano de la ética- la intervención misma de un profesional de la Salud Mental al momento de atender.

<sup>10</sup> Considerando que aquellos bajo estudio son efectores polivalentes, observar el sistema de entrega de turnos para el área de Salud Mental implica una inversión de tiempo un poco desproporcionada. Sin embargo, el resultado de inquirir por esta dimensión a los actores se presume representativo de las prácticas, puesto que apareja las implicancias de toda pregunta por lo aquellas acciones que para los actores revisten un carácter de obviedad -el hecho de ignorar que es lo que se considera deseable manifestar en una situación de entrevista.

características específicas a este área.

En primer lugar, se debe señalar que resulta distintiva en nuestro país la conformación del área por un sector mayoritario y creciente de profesionales provenientes de la Psicología<sup>11</sup>. Así, mientras la literatura proveniente de otras partes del globo tiende a asimilar “Salud Mental” a “Psiquiatría”, en la Argentina esta equivalencia no resulta a priori tan sencilla. Pese a la evidencia de esto último, los discursos locales tienden a operar tal deslizamiento, asimilando la Salud Mental a las prácticas propias de profesionales médicos y/o que toman como destinatarios a los categorizados como pacientes psiquiátricos. Este deslizamiento no hace otra cosa que poner de manifiesto el lugar hegemónico ocupado por la medicina como disciplina al interior del campo de la Salud<sup>12</sup>.

El rol subalterno ocupado desde los mismos comienzos de su profesionalización por la Psicología en nuestro país (Balán, 1991; Visacovsky, 2002), propició el hecho de que su disputa por la legitimidad se conjugara históricamente con una amplia gama de perspectivas políticas que tenían como eje común el considerarse tendientes al cambio social, o bien a la denuncia de las condiciones de opresión. Un rol protagónico en este devenir fue jugado por las apropiaciones locales de la teoría psicoanalítica -la cual se fue convirtiendo a su vez en hegemónica, más allá de sus múltiples versiones.

Por otro lado, los abordajes clínicos más comunes en psicología plantean algunas diferencias fundamentales en relación con los abordajes médicos. En primer lugar, debido a que escinden el tratamiento de la atribución de enfermedad: no es necesario considerarse enfermo para seguir un tratamiento. En segundo lugar, debido a que su propuesta terapéutica se basa en el ofrecimiento de un espacio que, dado el lugar atribuido a la escucha y a la singularidad, plantea una relación profesional/sujeto bien diferente a la relación médico/paciente. Es por estas características que muchas veces los profesionales provenientes de la psicología pueden jugar un rol crítico y dinamizador en las instituciones (Visacovsky, 2002; Carpintero y Vainer, 2004).

De tal manera, este área autodenominada -si bien de modo conflictivo y contradictorio, dado que no

---

<sup>11</sup> Para ilustrar lo que sigue con algunas magnitudes, consultar Cuadros 1 y 2 en el Anexo

<sup>12</sup> Los resortes de poder que poseen los psiquiatras en tanto médicos se encuentran legalmente reglamentados, como sanción de aquella pertenencia disciplinar. Así, pese a que históricamente la psiquiatría ha a su vez ocupado un rol subalterno dentro del campo de la medicina, frente a los psicólogos ella exhibe una serie de prerrogativas que la ubican claramente como la representación en el área de la Salud Mental del sector hegemónico. Muchos de los recursos diferenciales de poder manejados se relacionan con la posibilidad -legalmente sancionada- de poder prescribir medicamentos y, a través de ello, entrar en relación con los laboratorios. Pero nótese que también las licencias otorgadas por los ámbitos laborales y educativos debido a problemas de Salud Mental no en vano llevan el nombre de “psiquiátricas”, dado que son sólo los profesionales de esta disciplina quienes pueden cumplir la función dentro del área de lo mental una de las funciones básicas que Parsons atribuye a la medicina: autorizar el rol del enfermo. De modo concomitante con lo anterior, no desresponsabiliza a quien se encuentra bajo tratamiento ni constituye al hecho de estarlo como algo indeseable -principalmente, desde una perspectiva psicoanalítica, que es la que en Argentina se conformó, a su vez, como corriente hegemónica.

quedan claros sus límites- como “psi”, se fue sedimentando a partir de una serie de marcos discursivos y valorativos que, si bien no pueden considerarse homogéneos, tienden a distinguir su conformación local cuando se la compara con el área de la Salud Mental en otros contextos.

Respecto de los corolarios de esta configuración local a los fines de la presente tesis, es que cabe indagar las particularidades que un proceso de *individualización de problemas sociales* podría revestir al ser protagonizado por actores cuya posición institucional es subalterna. Lejos de suponer consecuencias mecánicas desprendidas de lo anterior, cabe estar alertas respecto de la dinámica conflictiva en la que podría redundar, considerando que toda relación de hegemonía/subalternidad implica por definición que quienes ocupan una posición subalterna tienden a reproducir los valores hegemónicos (Menéndez, 2002)<sup>13</sup>. Algo similar cabría decirse respecto del rol potencialmente crítico y dinamizador que plantea la particularidad de sus abordajes y perspectivas.

De tal modo, la *labilidad estatal* tiende a acoplarse en este área con el hecho de que tanto las leyes como las dependencias ministeriales tienden a englobar bajo el nombre de “Salud Mental” a aquello cuya relación con la enfermedad mental constituye sólo una parte. Esta asimilación no es casual, dado que los actores definen como “psiquiátrico” es la dimensión más visible debido a su relación con la medicina y por ende su vinculación con la internación como medida y las terapias medicamentosas como modo de tratamiento. Esto trae aparejado que “lo psiquiátrico” convoque en torno suyo una miríada de grupos de interés (Adissi, 2009(a) y 2009(f)).

Contrariamente, la jurisdicción de los psicólogos así como su modo de trabajo, permanecen como una esfera indefinida, constituida en base a sobreentendidos. Es decir, lo que en la cotidianeidad de las instituciones queda delimitado como jurisdicción de los psicólogos no sólo reviste un carácter borroso y heterogéneo<sup>14</sup>, sino que además su rastreo debe hacerse de modo fragmentario. Esto se debe a que tales definiciones no alcanzan la arena pública de disputas que permite investigar con otro tipo de abordajes aquellas temáticas presentes en el diseño de políticas sociales (Grassi, 2003, Petracci y otros, 1998). Se resalta así la particularidad local del área, subrayada en estos establecimientos: a

---

<sup>13</sup> Un indicador de esto mismo puede encontrarse tal como se mencionó párrafos arriba en la perspectiva de los actores del área de Salud Mental en Argentina -y en Ciudad de Buenos Aires, particularmente- donde la especificidad de la atención brindada por psicólogos suele quedar vedada en las mismas nominaciones que ellos dan al área. Por otra parte, cabe mencionar que la Ley que en Ciudad de Buenos Aires lleva este nombre incluye, además, una serie de profesiones junto a las tradicionalmente denominadas como “psi” y que suelen considerarse al hacer referencia al campo de la Salud Mental (Véase Carpintero y Vainer, 2004)

<sup>14</sup> Si bien la mayoría se define como analista, eso no implica una convergencia en la práctica sino un mismo bagaje de conceptos con los que argumentar modos bien distintos de comprender -teórica y prácticamente- el objeto que aquí interesa que es la inserción en contextos empobrecidos. En tal sentido, el psicoanálisis opera como aglutinador frecuentemente conflictivo y contradictorio de propuestas notoriamente disímiles

diferencia de las indagaciones clásicas sobre la delimitación de jurisdicciones profesionales de psiquiatras y psicólogos, en donde los contextos son relativamente estructurados (Freidson, 1978; Danziger 2005; Conrad y Schneider 1992), la presente propuesta investigativa se inscribe en un contexto institucional fragmentario e indefinido.

Considerar lo anterior resulta ineludible puesto que a fines de esta investigación hemos decidido conservar como objeto al área de Salud Mental, tomando como referencia su delimitación por la existencia de leyes específicas tanto como de marcos administrativos propios -según se desprende de los organigramas de las agencias de gobierno. Esta decisión se fundamenta en que su carácter indefinido vuelve particularmente interesante la observación de cómo se definen en ella las acciones.

El carácter borroso que la jurisdicción de los psicólogos constituye al interior del campo de la Salud Mental es amplificado en la presente selección del universo bajo indagación, los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs). Estos pequeños establecimientos, de carácter polivalente y conformados por especialidades básicas poseen en sí mismos una misión difusa, consistente en complementar sus actividades asistenciales y a demanda con otras tareas de orden interdisciplinario, extramural, grupal, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad -no existiendo especificación ninguna respecto de qué implica lo anterior. Si bien su particularidad es que son considerados como responsables de la aplicación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud<sup>15</sup> (APS), y esto de alguna manera debería redundar en un abordaje sanitario de carácter integral y con baja complejidad tecnológica, lo que por aquella estrategia se entienda es algo que ha recibido un sinnúmero de interpretaciones disímiles y que, si bien ha suscitado amplios debates (Stolkiner, 2007), estos han tendido a permanecer ajenos a la definición de políticas públicas.

En la actualidad existen en Ciudad de Buenos Aires 40 CeSACs<sup>16</sup> con distintos perfiles y capacidad resolutive. El grueso de estos establecimientos se localizan en el Sur de la ciudad, debido a ser éste el

---

<sup>15</sup> En los '70, organismos internacionales entre los que se encuentran principalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), comienzan a promover formas territoriales desconcentradas como modelo de gestión en los sistemas de salud. Lo que se propugna como deseable es la articulación de establecimientos con distinto nivel de complejidad en un modo de organización que incluya una estrategia poblacional y preventiva junto con la tradicional práctica de atención individual y a demanda. Un lugar fundamental en este sentido lo ocupó, ya casi al finalizar la década, la reunión de Alma Ata (1978), en la cual se consagró a la Atención Primaria de la Salud (APS) como enfoque bajo el cual promover aquella reestructuración. Se abrieron a partir de esta instancia un sinnúmero de debates en relación con lo que debía o no ser entendido como APS, así como con las implicancias que promover un mismo núcleo de preceptos entre países cuyas posiciones relativas en el panorama internacional eran claramente desiguales.

<sup>16</sup> Si bien llegaron a ser 41, en los últimos meses del 2009 se habría cerrado uno de ellos, el que lleva el número 23, que funcionaba en lo que fue una fábrica recuperada, cuyo cambio de estatuto legal llevó a la desaparición de este efector. Este número también fue afectado por el hecho de que gran parte del año estuvo cerrado el CeSAC N°32, debido a conflictos relativos a su inserción edilicia (que reflejaban a su vez disputas políticas de otra índole).

sector en donde se concentra la población con peores indicadores sociosanitarios. Tal inserción geográfica -en gran parte, al interior de barrios precarios, complejos habitacionales o “villas miseria”- lleva a que tengan como destinatarios privilegiados a las poblaciones más empobrecidas de la Ciudad. Los CeSACs ocupan, tanto por tal localización como por la desjerarquización de las tareas calificadas como “de APS”, un lugar subalterno dentro de la misma esfera del subsector público. Nuevamente, nos encontramos ante un universo en el cual los rasgos de *labilidad estatal*, dado su carácter subalterno, se vinculan con la indefinición normativa.

De tal manera, cuál es la función específica que deberá cumplir un profesional del área de Salud Mental -más aun, si se trata de un psicólogo- en un CeSAC no remite a definiciones preestablecidas, ni respecto de sus prácticas y modos de abordajes, ni respecto de las problemáticas que le compete atender. Más aun: dado el tamaño reducido de los CeSACs, estos no poseen una división interna que los organice en Servicios, tal como la que existe en los Hospitales. Se refuerzan así los límites borrosos del área de Salud Mental y sus injerencias específicas, existiendo un margen particularmente amplio de acción para cada uno de los profesionales que allí se inserten. Es por ello que consideramos que las lagunas normativas que hemos atribuido arriba al *Estado lábil* encuentran un punto de observación privilegiado.

### **El área de Salud Mental en los CeSACs como objeto subalterno**

Cabe considerar que en este espacio donde se configuran tanto posiciones hegemónicas como subalternas también existen prestaciones que son valoradas en mayor medida que otras. La hegemonía de la biomedicina en el sector salud resulta una arista constitutiva de cualquier acontecimiento que tenga lugar al interior de aquel espacio de posiciones y status.

La formación de pre y posgrado de los profesionales médicos en nuestro país, y especialmente en la Ciudad de Buenos Aires, se define de acuerdo a un modelo asistencial tradicional y al mismo tiempo funcional a la dinámica del mercado de la salud, según el cual se prioriza la superespecialización y la atención de patologías complejas, con incorporación de tecnología instrumental de alta complejidad. En este contexto, la atención ambulatoria en el sector público, y en especial la de los problemas más comunes de salud, es tenida como una práctica menor. Esto incide, por un lado, en que los cargos en los CeSACs sean ocupados bien a modo estratégico según implica esto el ingreso a la carrera municipal, o bien bajo una impronta ideológica que tiende a asimilar el trabajo en estos efectores a una

“*militancia*”<sup>17</sup>. Inicialmente, además, el pase de profesionales a los CeSACs cumplía la función de un aleccionamiento o “*castigo*” (GCABA, 2002). Como consecuencia lógica, nos encontramos ante una posición que corre con desventaja en términos de negociar espacios de poder dentro del sistema.

Aquella asimetría ha sido a su vez reproducida por dinámicas vinculadas al modo en que aquel es leído por la población asistida. Vale hacer referencia a que, al no tener el Ministerio de Salud sistematizados los diferentes niveles de complejidad -lo cual ordenaría los flujos de consulta y derivación- la consulta espontánea de baja complejidad suele resolverse en el marco de los Hospitales Generales y no de los CeSACs, dado que a los ojos de la misma población los primeros gozan de mayor prestigio que los segundos. Resulta de lo anterior el hecho de que es la misma población la que se autofocaliza, reforzando el lugar subordinado de los CeSACs (GCABA, 2002).

Por otra parte, pueden sumarse a lo anterior algunos datos de otro orden que, no obstante, contribuyen a delinear con más detalle los mismos caracteres. Datos del 2002 (GCABA, op.cit.) indican que los CeSACs contaron en ese año con la asignación de recurso físico más baja del sistema sanitario, con el 2% del total de la superficie cubierta y produciendo el 7% de las consultas, aun bajo la aclaración de que esas cifras presentaban subregistro de sus prestaciones. Las consultas de los CeSACs representaban para ese año el 9,4 % de la totalidad de la producción de los Hospitales Generales de Agudos. De tal modo, esto cobra rasgos que difieren con aquellos que serían deseables en un “sistema” de salud propiamente dicho o formalmente establecido (Maceira, 2007). Dicho de otro modo, la atribución de sistematicidad tiende a reificar la realidad verdaderamente operante.

Una última cuestión transversal a considerar -aquí brevemente, puesto que esto será abordado en profundidad a lo largo del presente trabajo por ser el área específica del recorte- es la relación de hegemonía/subalternidad que ostensivamente existe entre profesionales médicos y no-médicos. Sin entrar aquí a los modos cotidianos en que emerge aquella desigualdad, cabe mencionar la existencia de actores con un monto diferencial de poder, donde la corporación médica (Belmartino, 2005) juega un rol destacado. En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, esta encuentra en núcleo fuerte de poder en la Asociación Médicos Municipales (AMM), más allá de que esta no es un todo homogéneo sino que presenta fracciones en su interior. Agrupando a los profesionales denominados genéricamente no-médicos, la Federación de Profesionales del Gobierno de la Ciudad ha tenido una incorporación tardía en el sistema de salud, empezando recién hace pocos años a pujar por su incidencia en algunas definiciones. En el caso particular de la Salud Mental, la agrupación gremial que nuclea a los

---

<sup>17</sup> En palabras de los actores

psicólogos es la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, aunque no sólo con poco peso a nivel sanitario sino también en términos de representatividad. Es que este campo particular se ha caracterizado por la proliferación de asociaciones rivales, donde las perspectivas teóricas tienden a amalgamarse con posicionamientos al interior de los ámbitos de trabajo -conformando un mapa de conjunto aun mucho más abigarrado que en el caso de los médicos.

### **Los CeSACs como efectores subalternos y *lábil*s (breve presentación histórica)**

A fin de justificar la afirmación respecto de que el área de Salud Mental de los CeSACs constituye un punto de mira privilegiado para observar mecanismos propios del funcionamiento de un *Estado lábil*, según la definición que de esta se ha realizado, presentaremos algunos datos básicos respecto de la génesis de estos establecimientos de salud. Cabe señalar que puesto que las fuentes secundarias utilizadas para la construcción de esta breve historización son textos provenientes de la propia esfera sanitaria. Es esta proveniencia, que hace que se presenten los datos que reproducimos a continuación junto con una descripción de lo que debería hacerse en un CeSAC, la que informa el problema de investigación. Vale decir que la lectura de estas fuentes ha llevado a preguntarnos hasta qué punto se puede deslindar el modo de funcionamiento del Subsector Público de Salud de la atención brindada a la población, como si esta última sólo tuviera un carácter técnico y no se viera afectada por el modo en que se toman las decisiones y se originan las iniciativas en tal Subsector.

Caracterizar a los CeSACs a partir del modo en que fueron gestados permite ubicar una serie de rasgos distintivos, propios de aquella *labilidad*. Es desde aquí que se han construido como dimensiones relevantes a ser observadas, a fin de dar cuenta de los rasgos estructurales de *labilidad*, a las acciones en Salud como resultado de una superposición de movimientos tácticos -realizados sin una estrategia de conjunto que los oriente- surgidos al calor de lo ocasional, condicionado por la posición jerárquica de los actores que intervienen y la movilización que estos puedan hacer de distintos resortes de poder. Por otro lado, el imaginario “progresista” (Rosendo, 2009) de estos efectores se superpone al enarbolamiento de esta tradición ideológica por parte del área de Salud Mental.

El origen de los CeSACs puede ser ubicado en distintos hitos de un mismo proceso. No obstante, estos efectores se encuentran asociados, como se dijo, a la implementación local de los planteos atinentes a la APS. En un contexto de reapertura democrática, una serie de países otorgaron impulso renovado a los principios de la Declaración de Alma Ata, según la cual se promovía desde la Organización Mundial de la Salud la jerarquización de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Entre estos

países se encontraba la Argentina. Si bien la Declaración había sido suscripta por funcionarios del gobierno dictatorial de Videla, ella quedó asociada en nuestro país a experiencias y conceptualizaciones de corte progresista, sentando así las bases de un campo con suficiente amplitud y polifonía como para dar cabida a una serie amplia de perspectivas. Estando en nuestro país el sistema de salud dividido en tres subsectores -Público, Privado y de Seguridad Social- el desarrollo de la estrategia quedó limitado al funcionamiento del subsistema público. De tal modo, se lo ligó a la atención de los estratos sociales más vulnerables, reforzando aquellas versiones de la APS que la asocian con un mecanismo de asistencia a la pobreza.

La instauración de efectores descentralizados, puntapié inicial de aquella estrategia, quedaría así asociado con el abordaje sanitario de aquellos grupos delimitados como “poblaciones de riesgo” (Lemus, 1995). En el formato local de APS gestado de este modo, las autoridades de la Capital Federal decidieron asignar a cada Hospital General de Agudos (HGA) un área geográfica. Tal asignación implicaba que aquel Hospital, constituido así en Hospital de Base o cabecera, tenía a partir de ese momento la responsabilidad de programar actividades para aquel territorio<sup>18</sup>. Tomando un nombre ya utilizado, aquellos territorios fueron denominados “Áreas Programáticas”<sup>19</sup>. Esta modalidad de gestión – que inicialmente se habría pensado como transitoria- traería aparejado el sesgo de considerar a los establecimientos descentralizados y de baja complejidad como “periféricos”, aislándolos del conjunto de la red asistencial al supeditarlos por separado a las respectivas dependencias hospitalarias al tiempo que se reproducía la centralidad de los HGA.

En la Ciudad de Buenos Aires, el año 1984 marcó la firma del decreto que cambiaba la estructura de la llamada entonces Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente municipal, incorporando una “Dirección General Adjunta de Áreas Programáticas” (Lemus, 1995). Los que pasaban así a llamarse Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs), fueron en gran parte montados sobre Centros de Salud que ya funcionaban. De tal manera, salvo en cuatro casos donde los nuevos CeSACs se constituyeron en base a Gabinetes Psicofísicos dependientes del Programa de Salud Escolar, el resto de los efectores heredaba los modos de atención preexistentes en las zonas más carenciadas de la Ciudad. Esta herencia implicaba la continuidad de las acciones desarrolladas en establecimientos que, creados por Decreto en el año '67 con la intención manifiesta de apoyar las actividades de salud “en

---

<sup>18</sup> Un arquetipo de estas actividades lo constituyeron las campañas de vacunación y los controles de embarazo y primera infancia, esto es, las acciones poblacionales de bajo costo y alta incidencia estadística -en términos de mejora de indicadores de salud.

<sup>19</sup> Esta denominación, si bien pareciera haberse acuñado en la década del '60 (Lemus, 1995), era un concepto en boga a principios de los '70 –lo cual nuevamente jugaba en pos de asimilar este tipo de gestión sanitaria para con procesos políticos considerados como democratizadores.

zonas de riesgo social o villas de emergencia” (Lemus, 1995), habían tenido la impronta de constituirse en establecimientos precarios de atención básica, desligados del acceso a servicios de mayor nivel de complejidad<sup>20</sup>.

El primer problema que se presentó en la Ciudad al momento de crear las Áreas Programáticas fue cómo realizar la división geográfica. Es que existía en aquel momento una diversidad de parcelamientos que no coincidían entre sí (el de los distritos escolares –y electorales por añadidura-, el relativo a códigos postales, el establecido por las jurisdicciones policiales, etc.), a la vez que los barrios de la Ciudad carecen de delimitación clara y, dato no menor, no se disponía de datos epidemiológicos que brindaran fundamento sanitario a tal división. La solución práctica que se encontró ante este dilema fue utilizar como criterio demarcatorio la zonificación del sistema de emergencias y catástrofes (CIPEC, que luego sería SAME), cuyo fundamento remitía a las arterias de circulación vial que agilizaban los recorridos por parte de las ambulancias. La ventaja que esto presentaba era que permitía rápidamente conformar tantas Áreas Programáticas como HGA existían<sup>21</sup>. Algunos autores han considerado lo anterior como gesto a través del cual se sentaban las bases de un modo de gestionar la salud que admitía un grado alto de arbitrariedad en sus medidas (Lemus, 1995).

Otras decisiones respecto del modo en que se gestionarían los CeSACs siguieron el mismo derrotero conflictivo. En vistas de que la creación de Áreas Programáticas implicaba la re-distribución de una serie de recursos, entre ellos principalmente cargos públicos, se produjeron una serie de disputas por parte de grupos de interés fuertemente organizados. Estando estos grupos de interés conformados por las mismas autoridades hospitalarias, se pone de manifiesto el modo en que estas jerarquías se comportan como actores interesados con capacidad de veto o dilación de las políticas públicas (GCABA, 2002). La discusión principal estribaba en si el lugar que cada una de ellas ocupara al interior de la estructura de cada hospital equivaldría jerárquicamente al rango de un Servicio hospitalario, o si bien se trataría de una instancia coordinadora de actividades extramurales. La diferencia fundamental de lo anterior es que aquello que tenga rango de Servicio le corresponde tener asignados recursos físicos y humanos. Tales disputas fueron demorando cada uno de los pasos requeridos tanto para la sanción inicial de legislaciones atinentes a estos establecimientos como para las normativas subsiguientes que las reglamentaran. Tan conflictivo resultó el panorama que la creación de las Áreas

---

<sup>20</sup> Cabe señalar que, estando los Centros de Salud asociados a asentamientos que se tenía como meta erradicar, una característica prácticamente general era la de estar contruidos con materiales fácilmente desmontables, y sin presupuesto para tareas de refacción o mantenimiento. Pese a aquellas características, la creación de los Centros de Salud en Ciudad de Buenos había sido recibida dentro de algunos grupos médicos como una medida progresista.

<sup>21</sup> La única modificación que debió incluirse se debió a la postrera transformación del Hospital Tornú, hasta aquel momento, Hospital Especializado de Neumotisiología y a partir de entonces HGA

Programáticas tiende a ser ubicada en distintos años, según cuál sea el evento que se tome como referencia de la misma<sup>22</sup>.

Más allá de aquellas diferencias, en el año '89 se eslabona el último hito normativo que crea a las Áreas Programáticas bajo la figura de un Servicio Hospitalario. Tal estatuto -que obedece a razones de índole política y no a motivos técnicos<sup>23</sup>- posee cierta ambigüedad, puesto que equipara las actividades asistenciales intramurales, fácilmente diferenciables por especialidad médica, a la responsabilidad sobre un área geográfica, sobre una serie de establecimientos polivalentes, y sobre una serie de acciones en salud dentro de las cuales la asistencia intramural es sólo una entre otras posibles.

Los ejes principales de disenso remitían a la interdisciplinariedad y la intersectorialidad como principios rectores de las actividades propias de los CeSACs, puesto que esto era percibido como una amenaza al poder médico. Mientras aquellas disputas tenían lugar, los CeSACs se multiplicaban en base a luchas de poder locales, sin responder a un criterio de conjunto<sup>24</sup>. Siendo un hecho su creación, lo que

<sup>22</sup> El último año considerado, esto es, desde el cual puede hacerse coincidir a toda la literatura en la existencia de Áreas Programáticas efectivamente integradas a cada HGA y con el objetivo de incorporar la estrategia de APS al funcionamiento del sistema de salud municipal (Maceira, 2007) es 1988, año en que se dictan los decretos que ponen en funciones a los Jefes de División de Áreas Programáticas en la mayor parte de los Hospitales. Inicialmente, las Áreas Programáticas quedarían conformadas no sólo por CeSACs, sino también por los que fueron denominados como UnASaDs, Unidades de Atención de Salud Desconcentradas (caracterizadas por estar ubicadas ediliciamente en escuelas pertenecientes a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, con estructuras aun menores a la de los CeSACs -con el correr del tiempo estas segundas irían ampliándose hasta convertirse en aquellos primeros

<sup>23</sup> Refiere Lemus (1995) que se trataba de una solución de compromiso que venía a compensar consecuencias de políticas efectuadas en otras áreas. Principalmente, al hecho de que habiéndose municipalizado el área educativa en la ciudad -que anteriormente estaba bajo la injerencia de la Nación- había comenzado a implementarse el Programa de Salud Escolar, a cargo de los Departamentos de Pediatría y Consultorios Externos de cada Hospital. Al crearse la figura de Áreas Programáticas, los jefes de estas habían quedado a cargo transitoriamente -aunque no de forma clara- de los profesionales de ejecución de este programa. Ante la falta de personal para responder a las exigencias de la tarea, principalmente en lo que a profesionales no-médicos respecta, se le habían empezado a asignar sobre la marcha a las Áreas Programáticas una serie de recursos humanos flexibles -instructores de residentes, residentes y becarios de programas especiales. Dada la discrecionalidad de la que gozaba cada Hospital, y la particular constelación de poder que se formaba en su interior en base a las correlaciones de fuerza entre los que ocupaban cada puesto jerárquico, en algunos casos estos recursos humanos habían sido asignados ya al desarrollo de actividades por fuera de aquel programa. De tal modo, en el momento de sanción definitiva de las Áreas Programáticas (fines del '88) estas ya se encontraban manejando recursos propios, si bien existía gran confusión sobre su real alcance, su continuidad y sus responsabilidades. Fue así que hubo que consagrar esto de algún modo y así obtuvieron el rango de Servicio, bajo el supuesto de que en un futuro próximo estas desaparecerían al crearse los distritos de salud -redes que articularían los subsectores público, privado y de seguridad social- y allí se abriría la ocasión de pensar un modo más racional de organización jerárquico-administrativa.

<sup>24</sup> Si tras la demolición sufrida durante la dictadura por el programa de erradicación de villas, la democracia se había inaugurado en una Ciudad que poseía 8 Centros de salud, en el '89 ya había 17. Es en este año donde se publica una resolución (SCV 811/1989) que establece un protocolo sobre las denominadas actividades de APS. A medida que transcurre el tiempo, es un lugar cada vez más común asimilar APS a estos efectores -pese a que la mayoría de las interpretaciones sanitarias entienden que esta es una estrategia que debe atravesar a todo el sistema de salud dado que se basa en el buen funcionamiento de los caudales derivatorios. En el '90, con los primeros resultados de un incipiente sistema de vigilancia epidemiológica, se asignan por decreto más funciones a las Áreas Programáticas; es mediante este mismo que se consagra finalmente la dependencia de los CeSACs a aquellas. El argumento a través del cual se reafirma esta estructura es el de "establecer una mejor y más intensiva comunicación en el medio social circundante, tendiente a integrar acciones conjuntas vinculadas con el proceso salud-enfermedad y su incidencia en el

se veía obstaculizado era el concurso abierto de cargos jerárquicos<sup>25</sup>, contribuyendo a fortalecer el margen de discrecionalidad con la que de hecho se operaba al interior de los establecimientos. Se configuraban así estos efectores respondiendo a una serie de compromisos tomados según sus orígenes, heterogéneos<sup>26</sup>.

Reflejando lo anterior, al tiempo que contribuyendo a reproducirlo, la serie de decretos sucesivos (Lemus, 1995) que fue dando marco legal al sistema de CeSACs iba haciendo referencia a ítems separados, careciéndose de planes globales. Como resultaba frecuente, dada la dinámica descrita, que tales decretos consagraran decisiones ya tomadas, se fue descuidando la implementación de mecanismos para efectivizar el cumplimiento de las normativas. El carácter de irrelevancia que permeó la concepción del marco escrito se plasma en algunos descuidos de la letra oficial, que hacen que esta tenga contradicciones ostensivas.

Los CeSACs se iban sedimentando, así, como establecimientos con un margen amplio de autonomía. Autonomía que al mismo tiempo era defendida desde instancias centrales como respondiendo a necesidades y saberes locales de cada una de las poblaciones atendidas -respecto de las cuales, no obstante, no existían estudios sistemáticos. Se fue así rehusando la definición de una oferta básica y promoviendo en su lugar un trabajo en red que surgiera de la vocación y afinidad recíproca de quienes ocuparan los distintos peldaños del escalafón sanitario.

La Dirección Adjunta de Áreas Programáticas fue disuelta en el año '91, tras un cambio de estructura en la Secretaría de Salud Pública. Cambio de estructura que incorporaría por primera vez una Dirección de Salud Mental, subiendo la jerarquía de lo que anteriormente fuera el Departamento de Salud Mental –dependiente de la Dirección de Atención Médica. No ajenas a la dinámica del Sector, también estas decisiones en términos de organigrama se dirimían según los resultados provisorios de

campo poblacional”. Según este Decreto, una de las funciones de los servicios de Área Programática es intervenir junto con cada CoDel (Comité de Docencia e Investigación perteneciente a cada uno de los Hospitales) en la selección, distribución, capacitación, asignación de actividades y evaluación del recurso humano que le sea asignado “a través de becas, residencias, concurrencias, visitancias, pasantías o cualquier otro sistema de formación de recursos humanos”. Cabe recordar que en el sistema de salud, como en cualquier otro organizado verticalmente, la cantidad de personal a cargo determina la jerarquía de los puestos de conducción.

<sup>25</sup> De hecho, este recién tiene lugar en el año '87, aunque incluyendo sólo a 8 de los 12 HGA.

<sup>26</sup> A priori, podrían clasificarse los CeSACs según el modo en que fueron gestados. Mientras que cuatro de ellos fueron consagrados como tales a partir de la transformación anteriormente aludida de los antiguos Gabinetes Psicofísicos de Sanidad Escolar (CESACs 10, 11, 12 y 13), otros cinco comenzaron siendo UnAsADs y luego ampliaron su estructura - pese a lo cual, como el convenio inicial no fue actualizado, se producen muchas veces conflictos con los establecimientos educativos en los que se insertan (CESACs 17, 25, 26, 27 y 28) Algunos CeSACs surgieron de algún espacio utilizado a modo de “salita”, cedido por distintas Asociaciones Vecinales, donde concurría algún médico del Área Programática (CeSACs 8, 29 y 30). La mayoría de los restantes fueron creados a instancias de demandas barriales, en algunos casos respondiendo a “favores” vinculados con lealtades partidarias (CeSACs 1, 16 y 35), en otros casos por convocatorias autogestionadas de los vecinos (CeSACs 7, 20, 32). Algunos de ellos tienen una estructura funcional aprobada por ordenanza, pero otros administrativamente “no existen” (GCABA, 2002) .

la puja por la distribución presupuestaria. La Dirección de Salud Mental quedaba a partir de ese momento a cargo de los efectores monovalentes (Hospitales Neuropsiquiátricos). Por otra parte, el contexto histórico ampliado imprimía a aquello una nueva impronta: debido a la pauperización de sectores medios de la población, al deterioro de los servicios sociales y, fundamentalmente, al impacto de la recesión sobre los crecientes índices de desempleo y precarización laboral, se iba produciendo un incremento de la demanda sobre el subsector público de salud. La precipitación de aquel marco confería otra eficacia a la disputa por la asignación de recursos: nuevos sectores tomaban así contacto con los efectores estatales<sup>27</sup>.

Pero más allá del plano económico, el contexto político también iría acercando nuevas definiciones. La Ciudad de Buenos Aires se declaró como Autónoma a través de la sanción de una Constitución propia, en octubre de 1996. En consonancia con el enfoque de aquella, febrero de 1999 vio alumbrar la sanción de la Ley Básica de Salud N° 153, actualmente en vigencia. Ambas normas otorgan un lugar clave a la propuesta de descentralización y descongestión de unidades administrativas. La Ley Básica de Salud fue reglamentada parcialmente por el Decreto N° 208-01, con una cláusula transitoria según la cual, en vistas de la demora que se está dando en sancionar la Ley de Comunas de la cual saldrán los límites de las futuras áreas de salud<sup>28</sup>, se avanzaba en tal descentralización implementando áreas de salud en relación con los actuales Centros de Gestión y Participación de la ciudad. Estos cambios incluyeron a su vez una nueva modificación del organigrama según la cual se creó la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud (DGAAPS), que incorporaba nuevas líneas presupuestarias bajo el concepto de diferentes programas de APS. La DGAAPS fue disuelta al subir la última gestión en febrero del 2008, quedando sus atribuciones subsumidas por la actualmente denominada Dirección de Redes y Programas.

Es en tal contexto definido como propio de un *Estado lábil* que nos interesa indagar qué aspectos del deslinde entre lo individual y lo social -y, dado que se trata de abordar lo primero de modo recortado,

---

<sup>27</sup> Esto estaría en la base, a su vez, de otras medidas sanitarias, como la creación en 1997 del Plan Médicos de Cabecera, el cual también se propone como un primer nivel de atención pero que sólo funciona asistencialmente y a demanda en especialidades básicas (médica, pediátrica y ginecológica, inicialmente; más tarde también odontológica). Luego se sumarían a esta propuesta, que se caracteriza por brindar las comodidades de la atención en consultorios particulares en forma gratuita merced a convenios por fuera del sector público, los Centros Médicos Barriales. Pese a depender del Área Programática, estas modalidades no llegaron a articularse con los CeSACs debido a diversos motivos –ninguno vinculado a una motivación estratégica (GCABA, 2002)

<sup>28</sup> Áreas geográficas que prevén una descentralización político administrativa, según lo establecido en el Título Sexto de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Aun no implementadas, pero reafirmando el carácter provisorio de las instancias decisorias existentes, las Áreas de Salud se plantean como sedes administrativas de las competencias locales en salud, con la responsabilidad de analizar las características socioepidemiológicas locales, pudiendo proponer cantidad y perfil de los servicios de atención.

aislándolo de lo segundo aun en poblaciones empobrecidas, de *individualización de problemas sociales*- pueden atribuirse a modos de funcionamiento característicos de aquel Estado. Operando como base de tal problematización, nos proponemos abordar la atención en Salud Mental desde una perspectiva no técnica.

### **Implicancias metodológicas del recorte**

El abordaje intersticial que hemos anticipado, relativo a la formulación del problema y de su objeto empírico, representó un desafío en términos de diseño metodológico. Se entiende aquí por intersticial a un abordaje supeditado a un fenómeno de orden fragmentario y soterrado -en el sentido de que no alcanza la arena pública de debate. Este abordaje se encuentra en relación directa con el carácter borroso e impreciso del objeto seleccionado -el área de Salud Mental de los CeSACs. De modo circular, este carácter -junto con los motivos que justifican la selección de un área que no constituye un objeto discreto. Vale decir que hemos elegido aquí a la indefinición misma del área como objeto de indagación.

Dado tal carácter, además, y la propiedad de baja representatividad de cada circunstancia que se deriva de esto, el abordaje se consideró que debía incluir una cantidad suficiente de unidades de recolección. Corresponde señalar brevemente algunas dificultades y limitaciones del mismo.

Un primer punto de tensión remite a la intencionalidad de construir el objeto como resultado conflictivo de la agencia y sus condiciones estructurales. Ante tal propósito, se presentó la dificultad de que la perspectiva de los actores, que aquí pretende ser en parte retomada, se encuentra configurada -en un grado indeterminable a priori- por marcos de intelección propios de su pertenencia profesional, en los que se otorga una centralidad nodal a la agencia<sup>29</sup>. Por ende, siguiendo la recomendación del enfoque relacional, al poner en contrapunto la perspectiva de los actores con consideraciones derivadas del marco teórico-conceptual que aquí se suscribe, un deslizamiento ostensible del análisis fue en todo momento la tendencia a enfatizar las condiciones estructurales, quizás en desmedro de la agencia. Así, mientras el marco teórico-metodológico aquí suscripto pone de relieve la articulación entre sujetos y estructura, entre acción y determinantes, quizás esta tesis haga un énfasis mayor en sólo uno de estos polos -aquel traído a fin de contrapesar la univocidad de la perspectiva de los actores a este respecto. No obstante, dado que gran parte de los datos de campo fue recogido a partir de entrevistas, se incluyen en el Anexo los fragmentos de aquellas que permiten observar cómo se fue construyendo el

---

<sup>29</sup> Se utiliza aquí este concepto en términos de Bourdieu, 2007

deslinde entre los relatos de los entrevistados y los elementos objetivables que en ellos aparecían.

En segundo lugar, dado que hemos construido al objeto indagado en tanto punto de mira de dinámicas más amplias, según se ha definido al presentar el concepto de *labilidad estatal*, resulta difícil muchas veces sostener el recorte de objeto. En otras palabras, esta tesis se construye con el fin de explorar las formas locales que asume la *individualización de problemas sociales* y para ello toma un objeto, pero estas formas locales parecen excederlo, tal como se irá mostrando.

Confluye con lo anterior el hecho de que objeto e hipótesis nos llevaron a considerar pertinente la observación de una pluralidad de manifestaciones singulares, a fin de rastrear las condiciones estructurales de tal dispersión. Nuestra decisión fue entonces relevar una serie de CeSACs, siguiendo distintos niveles de profundidad en su abordaje. En el curso de tal indagación, según se iban saturando tanto las categorías de aquella pluralidad como confirmando (o rectificando) los rasgos estructurales conjeturados, se seleccionaron catorce establecimientos distribuidos en tres niveles de análisis (véase Anexo). Se sumó a lo anterior, siguiendo nuevamente los lineamientos de un enfoque relacional, un abordaje que tomó como unidad de recolección a quienes iban apareciendo como actores significativos: los funcionarios intermedios y las autoridades sanitarias<sup>30</sup>. El haber decidido un recorte empírico que no poseía un carácter discreto contribuyó a volver particularmente visible su continuidad con otras áreas.

En tercer lugar, debemos señalar que intentando estar a la altura del desafío que implicaba la selección de objeto y método, se eligió no ceñirse a un marco teórico único sino conformar a fines del análisis de lo recogido en campo una batería de conceptos provenientes de distintos autores. De tal manera, a fin de aprehender aquello que se considera que aun no se poseen categorías suficientes para conceptualizarlo, como son los rasgos de *labilidad estatal* presentes en el área de Salud Mental en los CeSACs, se recurrió al armado de una *caja de herramientas* conceptuales. Herramientas que esperamos ir articulando en el recorrido mismo de la presentación de los resultados de campo, puesto que el interés central estuvo puesto en el ensamblaje de dimensiones y conceptos.

Finalmente, cabe señalar como limitación de la elección de abordaje el hecho de que, pese a que la referencia teórica que aquí se hace de modo continuo al carácter histórico del objeto abordado, el recorte metodológico dejó por fuera el análisis puntual de acontecimientos concretos y el modo en que han ido impactando en el tiempo, esto es, el eje diacrónico de lo descripto. Un posible sesgo, derivado de lo anterior, es que lo que aquí se describe pueda parecer estático, cuando se parte de suponer lo

---

<sup>30</sup> La inclusión de estos actores, se supuso, posibilitaba ver las transacciones constitutivas del objeto en estudio.

contrario. La intención es contrarrestar este efecto del recorte cuando, en la segunda etapa de esta investigación, se la complementa con el análisis de trayectorias de sujetos que han entrado en contacto con profesionales de Salud Mental en los CeSACs.

### **La propia posición investigativa como determinante**

A fin de complementar lo expuesto, el enfoque relacional obliga finalmente a incluir la situacionalidad histórica del investigador respecto de su objeto -dado que él mismo es un actor significativo en relación con lo recogido. Hacer referencia a los procesos de producción institucional y laboral del conocimiento permite conjurar el riesgo de cosificar la información obtenida (Menéndez, 2002). Se consignarán entonces, en primera persona, una serie de datos respecto de la propia posición investigativa.

Antes de obtener la beca de investigación que posibilitó la indagación que informa esta tesis, y durante los años en que cursé la Maestría en Investigación que la motiva, estuve realizando un posgrado de capacitación en servicio ("Residencia") en el Área Programática de un Hospital dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ello implicó mi inserción durante tres años en un CeSAC, además de actividades realizadas también en el marco de o en conjunto con otros Centros, además de la vinculación para con profesionales de otros efectores sanitarios. En el marco de esta formación elegí orientarme en la temática de uso de drogas. La finalización de mi residencia coincidió con la conformación de un equipo de trabajo en la problemática de adicciones en otro de los CeSACs del mismo Área. Se trataba de un efector inserto en una "villa miseria" y uno de los más antiguos en el sistema de salud, y este nuevo equipo se encontraba conformado mayormente por psicólogos. Considerando este hecho como una oportunidad en términos de la presente investigación, se acordó con los miembros del equipo y con la Jefatura de este CeSAC mi inserción bajo una figura existente en el sistema de salud -la de "Adscripta Ad-Honorem". Esta inserción se pactó a modo de observación participante y tuvo lugar entre junio del 2008 y agosto del 2009, oscilando su frecuencia entre una y dos veces por semana.

El registro sistemático y minucioso de tal participación fue dialogando con las categorías que surgían asimismo de los otros "cortes de datos" (Glasser y Strauss, 1967) -entrevistas en profundidad y análisis de documentos. Asimismo, esta inserción fue utilizada a fin de ir convalidando hipótesis y completando información contrastando lo obtenido por otras vías con conversaciones informales sostenidas tanto con la autoridad del CeSAC como con el resto de los profesionales. Sumado a lo anterior, esta pertenencia posibilitó asistir a reuniones -también exhaustivamente registradas- a las que

no hubiera podido acceder de otro modo, principalmente aquellas destinadas a autoridades y referentes<sup>31</sup>, además de facilitar la gestión de entrevistas en niveles jerárquicos a los que pude franquear así el acceso. Cabe aclarar como corolario que mucho de lo relevado se encuentra mediatizado por aquella inserción -que puede sugerir en quienes hayan interactuado conmigo, aun presentándome como investigadora, tanto una mayor confidencialidad como algún tipo de recelo.

Dadas estas circunstancias, se sopesaron una serie de características distintivas de este Área Programática -el encontrarse en uno de los sectores más vulnerables de la Ciudad, el tratarse de una de las que mayores CeSACs posee en su interior, el incluir entre sus múltiples efectores una heterogeneidad de contextos (tanto una de las “villa miseria” más grande como un complejo habitacional, un barrio formado históricamente por migrantes de países limítrofes, un barrio de hoteles e inquilinatos, dos barrios residenciales que podrían considerarse como de sectores medios), la particularidad de ser el Área que mayor número de efectores monovalentes de Salud Mental tiene en su interior, además de cubrir una serie heterogénea de CeSACs en términos de tamaño, tipo de plantel profesional y antigüedad. La decisión resultante en términos de diseño fue incluir este Área como un todo, incluyendo como unidad de recolección a distintos niveles jerárquicos -los cuales hubieran quedado sin considerar de haber tomado sólo a CeSACs para la recolección de datos.

Esta decisión también se desprendió del enfoque relacional (Menéndez, 2002), desde el cual se postula tomar como fuentes a los distintos actores significativos implicados en el proceso descripto. Considerando que el interés estaba puesto en rastrear emergentes e indicadores de lo definido aquí como *labilidad institucional*, así como el modo en que aquellos operan en la configuración de la oferta en Salud -tomando a la Salud Mental como un área dentro de lo anterior- el incluir en entrevistas y a través de la observación los modos cotidianos de operar de los distintos niveles de autoridades revestía un carácter estratégico. Fue así que este área se tomó como informantes a profesionales de distintos niveles jerárquicos, tanto provenientes del área de Salud Mental como ajenos a ella [Ver Recuadro N°1 en Anexo], realizando entrevistas en profundidad no sólo en los CeSACs sino también en la División “Área Programática” del Hospital de Base, así como a antiguas autoridades de aquella División e incluso a un ex-Director del Hospital que habían sido figuras clave en la configuración de los CeSACs pertenecientes a su órbita. También se analizaron documentos producidos por distintos agentes y grupos de agentes vinculados con este Hospital y sus CeSACs, según fueron provistos por los mismos

---

<sup>31</sup> Ya que a los pocos meses quedé yo misma como referente del Equipo de Drogas, al irse este desmembrando y quedar sólo la línea de trabajo que había yo empezado -reducción de daños con usuarios de pasta base en situación de calle.

entrevistados<sup>32</sup> [Ver Recuadro N°2 en Anexo]. En esta misma línea fueron tomados los registros surgidos a raíz de acompañar a la Jefa del CeSAC en que se realizó la observación participante a distinto tipo de reuniones (con autoridades de otros organismos de gobierno, con redes locales, con organizaciones barriales, con autoridades del Hospital y del Ministerio de Salud de la Ciudad, y reuniones de Región Sanitaria), en estos casos, a modo de observadora no participante.

### **Selección de unidades de análisis complementarias y modo de abordaje**

La inserción en profundidad realizada en aquel Área Programática prefiguró inicialmente las categorías y dimensiones a ser relevadas en el resto de los CeSACs. Asimismo, sentó la necesidad de realizar entrevistas en profundidad en distintos ámbitos centrales del Ministerio de Salud. La intención de controlar el sesgo implicado por la propia inserción, junto con aquel desprendido de la singularidad que pudiera tener el manejo de ese Área Programática, guió la decisión de realizar una serie de entrevistas en profundidad en otros CeSACs.

La selección intencional de estos tuvo dos momentos. En el primero, se consideró pertinente tomar otras dos Áreas Programáticas con características similares a la de inserción en profundidad, tomando en cuenta cantidad de CeSACs del Área y características del territorio en términos de indicadores sociosanitarios. Se tomó así dos CeSACs en cada una de ellas, seleccionado como informantes a profesionales de Salud Mental con características disímiles entre sí, al tiempo que priorizando a aquellos que ocuparan el cargo de Jefatura [según variables que se muestran en el Recuadro N°3 del Anexo]. En el segundo momento de recolección complementaria fueron seleccionados otros dos CeSACs, cada uno de ellos perteneciente a un Área Programática distinta. En estos casos, se eligió dirigirse a CeSACs insertos en zonas residenciales de sectores medios o acomodados. Cabe aclarar que si bien a los CeSACs recurre también en estos casos población empobrecida (trabajadores no calificados que se desempeñan allí, a población en situación de calle, en casas ocupadas o en hoteles familiares, incluyéndose eventualmente población de algún asentamiento), la diferencia que se

---

<sup>32</sup> Lo anterior no estuvo exento de dificultades, desde el haber tenido que asistir a un curso en la Facultad de Medicina cuyo contenido no se vinculaba a la presente investigación pero quien lo daba, al haber sido consultada acerca de la posibilidad de entrevistarla, insistió en que allí iba a exponer lo que yo necesitaba; también por corrección se tuvo que entrevistar a algunas personas que se plantearon a sí mismas como informantes clave y no lo eran. Otras complicaciones de campo se relacionaron con la dificultad de contactar a los entrevistados o bien su ausencia en el momento previamente acordado para el encuentro, principalmente cuando se trataba de autoridades del Ministerio de Salud. Las dificultades implicadas por la intención de rastrear "literatura gris" merecería un capítulo aparte: ellas fueron tomadas como documentando la falta de accesibilidad a la documentación escrita en el área, en caso de que esta existiera –cuando no, su inexistencia o la más pura ignorancia acerca de si existe o no. Se ha profundizado esto último en Adissi, 2009 (c)

encontraba aquí era que esta remite a la autofocalización en mayor medida que la población que concurre a CeSACs que se encuentran en barrios vulnerables. Tal decisión respondía, en este caso, a controlar el posible sesgo existente en CeSACs dependientes de Hospitales Generales de Agudos que podrían ser más deficitarios dado que se encuentran enclavados en barrios pobres de la Ciudad, como los elegidos anteriormente. Dada dicha intencionalidad -controlar un posible sesgo, más que recoger información novedosa- el número de entrevistados se redujo a la mitad, considerándose así obtenida la saturación teórica<sup>33</sup> [las características de estos dos CeSACs y los respectivos entrevistados pueden verse en el Recuadro N°4 del Anexo].

Finalmente, toda la información fue corroborada y validada, en el sentido de aquella misma saturación, a través de la observación de reuniones mensuales de profesionales de Salud Mental de los CeSACs, realizadas en la Dirección del mismo nombre<sup>34</sup>. Lo anterior fue además complementado con la lectura y análisis de material escrito proporcionado por algunos de los profesionales entrevistados (ponencias presentadas en Jornadas, material de ateneos clínicos y capacitaciones). En cuanto a lo recabado en las entrevistas realizadas a autoridades y personal jerárquico [véase Recuadro 5 en el Anexo], también las dimensiones objetivables que pueden extraerse de ellas fueron utilizadas a fin de tal validación.

### **Reflexiones metodológicas**

La recolección empírica motivada por este trabajo de tesis tuvo lugar durante un cambio de autoridades del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La gestión entrante respondía en principio a una base social distinta que la saliente, y era mirada con recelo desde gran parte de los actores con los que se tomó contacto. Este clima atravesó el trabajo de campo, configurando posibilidades y limitaciones que constituyen la condición de posibilidad de lo que aquí se presenta. Pueden encontrarse en los fragmentos seleccionados que se presentan en el Anexo distintas manifestaciones de aquel recelo. En tal contexto, la Salud Mental llegó a ocupar la agenda pública de la mano con el cuestionamiento al cierre de Hospitales Monovalentes y la renovación de discusiones respecto de la internación -asociada con aquellos- pareció haber reforzado la tendencia a asimilar la totalidad del área a las problemáticas ligadas a la enfermedad mental -a “lo psiquiátrico”: precisamente aquello que gran parte de los

---

<sup>33</sup> En otras palabras, dado que la tensión entre variabilidad -de usos y apropiaciones singulares- y similitud -que permitiera visualizar los puntos objetivables donde se manifiestan las condiciones estructurantes- se consideró que ya estaba suficientemente relevada, no se consideró que arrojara mayor novedad a la presente tesis el continuar indagando en nuevos CeSACs.

<sup>34</sup> Esto pudo hacerse sólo durante el año 2009 -anteriormente el acceso había sido denegado por parte de quien coordinaba, alegando motivos institucionales relativos al cambio de gestión.

profesionales dice que no le corresponde a su jurisdicción en un CeSAC<sup>35</sup>. Definido en ocasiones de modo tautológico como “no-psiquiátricas”, las prácticas de los CeSACs tienden a caer por fuera de lo legible.

Mientras se hacía ostensivo aquel rasgo de invisibilidad de lo abordado, se fue optando por convertir la indefinición del área que ello implicaba en objeto mismo de la indagación. Esto implicó una serie de desafíos, sumados al que ya implicaba indagar al área de Salud Mental evitando atribuir contenidos sustantivos que trasuntan visiones normativas de algún deslinde más correcto que otro. En primer lugar, un desafío metodológico, debido al carácter intersticial que debió tener la indagación. En segundo lugar, el desafío de flexibilizar la estrategia de recolección a fin de poder dar cuenta de aquello que iba apareciendo como nodal.

De tal modo, en un principio nos interesaba observar qué sentidos y funciones adquiriría en tal contexto el deslinde entre lo subjetivo y lo social, analizando si existía un proceso de *individualización de problemas sociales*, y en tal caso, de qué tipo. Entendíamos que en contextos empobrecidos era necesaria la existencia de tal deslinde a fin de intervenir sobre lo subjetivo. Con el correr de la investigación, se iba poniendo de manifiesto la presentación radicalizada de aquello que se quería indagar: los modos informales y particularizados en que emergían las prácticas, propios de un Estado lábil, llevaron a poner el foco en otros deslindes entre lo subjetivo y lo social, distintos al implicado por la atención en Salud Mental de población perteneciente a sectores empobrecidos. El deslinde realizado a fin de intervenir sobre lo individual era interesante, y podían apreciarse rasgos de psicologización de problemas sociales en aquel, tal como se irá mostrando. Pero aparecía como aun más definitorio el deslinde realizado a fin de orientarse en un Estado lábil: la esfera de lo público aparecía leída en clave individual.

### **Dimensiones relevadas y estructura expositiva**

Mientras que en esta Primer Parte hicimos referencia a una serie de decisiones teórico-metodológicas que incidieron en la construcción del objeto de investigación, presentaremos en la Segunda Parte los resultados de la indagación empírica. Dividiremos la exposición en cinco Capítulos surgidos del ordenamiento y reordenamiento -sistemático y en términos analíticos- de lo recogido en campo<sup>36</sup>. Estos cinco capítulos, a su vez, admitirían ser ubicados en torno a dos ejes: los dos primeros son de índole

<sup>35</sup> Deslizamiento y asimilación equivalentes a aquel más amplio que opera entre “campo de la salud” y “medicina”

<sup>36</sup> El término “tomar contacto” se utiliza de modo inclusivo, para dar cuenta tanto de los abordajes más intensivos (observación participante), como de los intermedios (entrevistas en profundidad) y los más superficiales (conocimiento a través de los relatos de profesionales participantes en reuniones de la Dirección de Salud Mental).

más descriptiva y ligados a las ofertas de atención en Salud Mental que pueden encontrarse en los CeSACs, mientras que los tres últimos tienden a ser de índole más analítica relacionando la dispersión presentada en los primeros con características atribuibles a un *Estado lábil*.

Los primeros dos Capítulos se focalizan en torno al entramado de usos y argumentos presentes en el deslinde entre lo subjetivo y lo social, presentes en la delimitación de injerencias realizada por los profesionales, que permite intervenir sobre lo individual en contextos fuertemente signados por problemáticas de orden social. Presentamos en ellos las prácticas cotidianas desempeñadas por los profesionales de la mano con las argumentaciones acerca de lo implicado por la inserción específica en un CeSAC -esto es, por tener como destinatarios a sujetos pertenecientes a sectores sociales empobrecidos. Focalizamos en observar cómo de tales usos y argumentos se deduce un entre la esfera de lo social y la de lo individual, y se atribuye un contenido a la articulación que a estas esferas se les supone. El primer Capítulo constituye asimismo un punto de partida básico para comprender el campo al cual se hace referencia, delineando las características fundamentales de la oferta en Salud Mental existente en los CeSACs con los que se tomó contacto. El desafío que presentó su redacción constituiría un anticipo de lo que sigue: presentar la dispersión de modo tal de hacerla comprensible, seleccionando ejes en torno a los cuales ordenarla. Tales ejes nos conducen, al mismo tiempo, a ubicar regularidades.

Si en aquel Capítulo se da cuenta de que la actividad fundamental de los profesionales del área es la asistencia individual a demanda, en la búsqueda por encontrar un organizador básico de la relación cotidiana para con la población -que permitiera de algún modo salvar el hecho de que las prácticas eran relevadas a través del relato de los actores- el segundo Capítulo parte de entender el rol fundante de la asignación de prioridades para la atención. A tales fines, se describen usos y argumentos que orientan los modos concretos en que tiene lugar el vínculo con la población a partir del sistema de entrega de turnos. De este modo, reconstruimos los *principios de visión y división* (Bourdieu, 2007) que estructuran el área de Salud Mental en los CeSACs. Mostraremos cómo esta dimensión conlleva una manifestación capilar de las lagunas normativas, obligando a una transacción entre las concepciones de los profesionales y los requerimientos de la práctica. Nos acercamos, así, a los modos cotidianos en que se dirimen, atomizadamente, las indefiniciones. Los modos de gestionar el contacto con la población, por otro lado, poseen para los profesionales el carácter de lo rutinario además de, en muchos de sus aspectos, el de lo obvio, lo cual vuelve su indagación un campo privilegiado de acceso a las definiciones en estado práctico o cristalizadas en el sentido común (Menéndez, 2002).

Los últimos tres Capítulos enfocan la manifestación de rasgos de *labilidad estatal* en el funcionamiento y organización del área de Salud Mental de los CeSACs. A través de lo analizado en ellos, nos acercamos a los modos concretos en que se presenta una institucionalidad *lábil*, como condición estructural que ubicamos detrás de la aparente autonomía de las prácticas y definiciones descritas en los primeros capítulos. Estos rasgos de *labilidad* son deducidos, así, de las reglas y recursos (Giddens, 1987) que condicionan la producción y reproducción de tal aparente autonomía. Tales condicionantes objetivos emergen cobran preeminencia a través de los modos en que se generan y circulan tales reglas y recursos. Hemos analizado estos modos acuñando el concepto de *astillamiento*, en referencia al carácter fragmentario de la puesta en común. Dado que la interacción juega un rol fundamental cuando el devenir de las prácticas queda atado casi de modo exclusivo a lo informal, este *astillamiento* es medio y resultado de la conformación de circuitos paralelos y sin conexión entre sí, surgidos al calor de afinidades personales. Continuamos de este modo nuestro análisis desde un enfoque relacional y articulando usos y argumentaciones, al tiempo que sumamos la tensión de incorporar factores estructurales sin por ello perder la perspectiva de los actores.

El tercer Capítulo fue tejido en base a ejemplos empíricos vinculados a actividades distintas a la atención, a fin de obtener un panorama más amplio sobre la cotidianidad de los CeSACs. Al mismo tiempo, esto permitió observar más a fondo las condiciones de producción y reproducción, dado que la *labilidad* tendía a ponerse más de manifiesto en estas prácticas, subalternas, cuya continuidad queda más atada a los factores personales que lo que sucede con la atención convencional. Junto con lo anterior, y en el afán de constituir otro observable de lo relacional, se incorporan dos dimensiones relativas a la asistencia individual, a saber, los circuitos de derivación y la interconsulta. Esto nos permite eslabonar la *individualización de problemas sociales* con la *labilidad estatal* puesto que en tales prácticas se ponen de manifiesto tanto la vulnerabilidad de las poblaciones atendidas como la falta de un campo compartido por todos los actores. Proponiendo para aquello que según la perspectiva de los actores remite al deseo y la iniciativa personal una lectura en clave sociológica, acudimos en este Capítulo al concepto de *ocasión* formulado por De Certeau (1996)<sup>37</sup>. Este habilita comprender la contingencia como producto de una serie de elementos estructurantes que habilitan su emergencia. Entre tales elementos, subrayamos en primer lugar la conformación de un *saber práctico* (Bourdieu, 2007) compartido por los actores, que les sirve para orientarse en un marco a priori ininteligible,

---

<sup>37</sup> Excedería los límites de este trabajo comentar las implicancias de esta conceptualización: De Certeau ubica a los usos tácticos como aquellas prácticas “propias de los débiles” -esto es, de quienes no cuentan con una base propia sobre la que acumular beneficios al tiempo que desde la cual sostener aquella mirada totalizadora que es la que habilita al diseño de estrategias.

definiendo situaciones (Goffman, 2006) como oportunas -y convirtiéndolas así en una *ocasión* (De Certeau, 1996). En segundo lugar, recurrimos al concepto de *plataformas de interacción* (Laraña, 1999), para a través de él hacer visible la presencia de aquello que se va presentando como *astillamiento institucional*. Complementamos lo anterior considerando aspectos de corte netamente objetivo, como son las modalidades de inserción profesional y la *arquitectura institucional* (O'Donnell, 1978). Estos últimos aspectos, imbricados con lo que se fue describiendo, subrayan la pertinencia de conceptualizar al contexto estatal donde emergen usos y argumentos como *lábil*. Incluimos, siguiendo con el enfoque relacional (Menéndez, 2002) los resultados de una serie de entrevistas con autoridades sanitarias para corroborar la primacía del particularismo, la informalidad y la discrecionalidad en el manejo de los recursos en el Subsector Público de Salud.

Insistiendo con leer en clave sociológica aquello que desde la perspectiva de los actores aparece como mera decisión personal, el Cuarto Capítulo concurre a complementar al anterior, tomando en consideración la vincularidad -otro de los aspectos determinantes en la consecución de recursos. Recurrimos a las categorías de *trayectorias* y *redes sociales* (Deaux y Martin, 2003; Della Porta, 2006; Pizarro, 2000), para comprender a través de ellas cómo se refractan las pertenencias tanto previas como simultáneas, ajenas al área en análisis. Así, carreras personales y recursos materiales y simbólicos acumulados como *capitales* (Bourdieu, 2007) permiten observar regularidades en los modos en que profesionales y funcionarios recurren a movilizarlos. El poder como recurso (Giddens, 1982) es algo de lo cual intentamos dar cuenta a lo largo de todo el análisis. Como pista fundamental de cómo se dinamiza aquel, hemos retomado consideraciones de Elias (1982) respecto de la emergencia de lo singular como correlato de un campo estructurado jerárquicamente. Nos vamos así acercando cada vez más a comprender los condicionantes -y junto con estos, los límites y las potencialidades- de aquello que los profesionales ven como su capacidad de autonomía.

Finalmente, el Quinto Capítulo -quizás, el más desprendido del área particular bajo estudio y de las prácticas concretas- se basa en la presentación de tópicos recurrentes en la argumentación de los actores, motivo por el cual se los considera como ideario compartido. Se trata de valoraciones que orientan las prácticas, al predisponer a los actores a actuar según lo que consideran deseable. Vemos así como la preeminencia de los individuos, ahora en el marco de un *Estado lábil*, es valorada como democratizante. La falta de perspectiva del conjunto se vuelve así medio y resultado de la legitimación de las prácticas "autogestivas". La valoración de lo particular y lo informal resulta parte constitutiva del *saber práctico* (Bourdieu, 2007) que permite habitar las instituciones anticipando su lógica de

funcionamiento. En el área de Salud Mental de los CeSACs, además, se produce un particular acoplamiento, donde distintas valoraciones en juego tienden a reforzarse al concurrir todas ellas a subrayar el valor de la singularidad, la autonomía y el pluralismo. En este Capítulo se incluyen, además, dos tópicos recurrentes que si no son legitimantes en sí mismos, tampoco deslegitiman el funcionamiento lábil del Estado aun cuando este se vuelve más ostensivo. Nos referimos a la invisibilización de la desigual responsabilidad jerárquica -subyacente en aquella mirada que sólo ve sujetos y no instituciones- y al rol que juegan las estadísticas como único elemento pretendidamente común que unificaría al área. Se naturaliza así la atomización, habilitando la visualización de líneas de continuidad entre el fenómeno puntual aquí abordado y un campo institucional más amplio del que se ignoran los límites (¿El subsector público de salud? ¿El Sector Salud en su totalidad? ¿El Estado Social? ¿El Estado?). Intentamos de este modo mostrar la relevancia del tema en relación con su posibilidad de hacer extensivas las conclusiones a contextos más generales.

#### **Aclaraciones finales: decisiones en la presentación de resultados**

Resta aquí hacer algunas breves precisiones respecto del modo en que se presentarán los resultados de campo en la Segunda Parte, para terminar de hacer comprensible lo que allí se describe y analiza.

Dado que en las reuniones de profesionales de los CeSACs convocadas por la Dirección de Salud Mental han participado profesionales pertenecientes a aproximadamente diez CeSACs distintos -algunos, ya relevados a través de otra técnica- en la presentación de datos de campo resulta difícil precisar numéricamente de cuántos CeSACs se habla en cada caso (dificultad a la que se agrega el hecho de que muchos profesionales se han insertado en más de uno de ellos). Esto se relacionará con la imprecisión en términos cuantitativos de aquello que se irá presentando como resultado.

Por cuestiones de espacio las citas que ilustran y fundamentan las afirmaciones vertidas se encuentran en el Anexo. En él se incluyen tanto fragmentos de entrevistas como del Diario de Campo. Esto, no se desconoce, puede quitar veracidad a lo analizado al desprenderlo retóricamente de sus manifestaciones empíricas. Sólo se incluyen algunas breves frases al comenzar cada subtítulo, que se seleccionaron por condensar lo que abajo iba a ser dicho de modo conciso; también se retoman términos utilizados por los actores, para distinguir los cuales se han utilizado comillas y cursivas en todos los casos.

Cabe además señalar algunas cuestiones de estilo. En primer lugar, que con el término *actores* se hace referencia a quienes participan del campo sanitario, principalmente para incluir en este tanto a

profesionales insertos en efectores como a autoridades del área. El término *profesionales* suele ser utilizado por *profesionales de la Salud Mental*, a meros fines de no volver engorrosa la lectura. Las referencias a lo recogido en campo salvo excepciones intentan evitar cuantificar los casos relevados puesto que en ellos se incluyen distintos grados de toma de conocimiento de aquellas circunstancias -desde la propia inserción, siguiendo por las entrevistas en profundidad, hasta aquellos efectores de los que se tomó conocimiento por relatos recogidos en las reuniones presenciadas en la Dirección de Salud Mental. Finalmente cabe señalar que, dada la dificultad implicada por la falta de archivos y de información escrita, sistemática y centralizada a la cual acceder, si bien aquí se consigna sólo aquello que ha sido convalidado a través de distintas fuentes, los datos pueden poseer un margen de error que resulta indeterminable.

## Segunda parte: lo recolectado en campo

### **Capítulo Uno- Prácticas del área de Salud Mental en los CeSACs**

*“Entonces, cuando uno llega a un centro de salud –y esto nos pasa a la gran mayoría- eh...decís ‘bueno, y qué se hace en un centro de salud?’ y empezás a atender igual que si atendieras en cualquier otro lado, digamos... eh...ahí con el tiempo empezó como un...un movimiento adentro mío, un... estee... por un lado, por ver, en el otro centro de salud, digamos –los centros de salud están adentro de un barrio, entonces la relación es muy distinta (...)”*  
(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N)

*“vamos por distintas etapas: en un primer momento, hacíamos asistencia como venía, lo que pedían, lo que nos parecía”* (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)

*“(...)y cuando mandás pedir, porque cuando llegan vos tenés que mandar una nota ‘les pido por favor que se me informe por qué se requiere tratamiento psicológico para fulano’, la respuesta es ‘que siga tratamiento psicológico’ y listo: es obligatorio”* (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSACs B y C)

*“(...) Habría que dejar un poco la asistencia cosa que es medio complicada porque la gente viene, viene y viene. En principio yo no lo veo como posible”*(fragmento de entrevista, psicólogo de CeSAC G)

*“(...) Aunque sea su terapeuta, a mí no me importa: hay cosas que yo se las digo así ‘vos tenés que ir a la escuela’”* (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)

#### **Las instancias formales de socialización como primer manifestación de una laguna normativa**

Danziger (2005) plantea que a fin de comprender cómo se construye una jurisdicción profesional, se encuentra un indicador clave en la estrategia de socialización que las instituciones oficiales proponen. Si siguiendo sus indicaciones nos acercamos al Sistema de Salud, encontramos que este se maneja formando profesionales a través de un sistema de “Posgrados de Capacitación en Servicio”<sup>38</sup>, al que se accede por concurso una vez obtenido el título de grado. Bajo modalidades rentadas y no rentadas, estos posgrados llevan por nombres “Residencias” y “Concurrencias”, respectivamente. Residencias y Concurrencias consisten entonces en la inserción temporaria en el Sistema de Salud, bajo un programa de formación que se propone articular las prácticas con contenidos teóricos.

Dentro del Subsector Público de Salud en la Ciudad de Buenos Aires, el programa de formación de Residencias y Concurrencias en el área de Salud Mental posee al menos un punto ciego: no se encuentra precisión respecto de qué compete realizar a quienes deben insertarse en los CeSACs. Este

<sup>38</sup> Según el nombre que se le da a este sistema en el campo

punto ciego aparece por momentos naturalizado para los actores: la delimitación de las prácticas a desempeñar en tal contexto depende de la particularidad del establecimiento, del momento en que se produce tal inserción, de la población y sus demandas, de las autoridades locales, etcétera. Nos encontramos así ante un indicador de una regla más amplia. Regla que consiste en la falta de reglas, si se permite la paradoja: no existen normas o lineamientos que precisen las injerencias del área de Salud Mental en los CeSACs. Tampoco existen otras instancias en las que pueda encontrarse establecido lo que resulta pertinente realizar y lo que no, en tales inserciones, para los profesionales que permanecen en el Sistema con un cargo o designación.

### **Terrenos de lo indefinido: las injerencias del área de Salud Mental en los CeSACs**

En términos de planificación sanitaria, se sostiene que la naturaleza descentralizada de los CeSACs vuelve deseable que estos tuvieran un perfil diferencial, adaptándose a las distintas realidades barriales o comunitarias (Diaz Arana, 2008). No obstante, al no existir una normativa de conjunto, no cabe hablar de “adaptación”, en sentido estricto: la pertinencia se va definiendo de modo aislado en cada uno de los contextos locales. El resultado es una dispersión de actividades y concepciones. Prácticas y argumentos se organizan así a modo de diáspora, sin conexión entre sí.

Ahora bien, pese a lo que sostiene gran parte de los actores, esto no deriva en que tal dispersión de cabida a propuestas singulares o acordes a las necesidades de la población. La irracionalidad en términos del conjunto convive con la preeminencia de actividades que por distintos motivos resultan hegemónicas. Así, a falta de definiciones en sentido contrario, lo que prevalece son las acciones investidas de un mayor número o una mayor fuerza de intereses por parte de los actores e, incluso, de otras instituciones aledañas al campo de la salud.

#### **\*La asistencia**

En los CeSAC con los que se tomó contacto durante el trabajo de campo, la actividad predominante para los profesionales de Salud Mental es la asistencia. Se entiende en el campo por tal a la atención individual, a demanda, y con un encuadre que plantea su sostenimiento sistemático a lo largo del tiempo.

En principio, esta predominancia puede vincularse a dos grandes razones. En primer lugar, la inclinación de la mayoría de los profesionales hacia este tipo de actividad, tanto por su formación de grado (Rosendo, 2009) como por ser esta la que suele ejercerse de modo paralelo en el ámbito privado. De tal modo, la realización en distintos ámbitos de una misma práctica puede contribuir tanto a

capitalizar lo aprendido de modo rentable, como a hacer menos costoso el trabajo profesional, al tiempo que también tratarse de un proceso de reificación que hace aparecer como natural y esperable tan sólo una modalidad entre muchas otras posibles.

En segundo lugar, la pregnancia de la asistencia individual sostenida en el tiempo tiene que ver con la gran cantidad de demandas recibidas. Demandas solicitando este tipo de atención, aunque en la mayor parte de los casos tal solicitud no proviene directamente de los sujetos que serán atendidos. Es este el terreno de las derivaciones -el cual se abordará más abajo.

¿Qué es lo que se asiste?, se convierte entonces en una primer pregunta fundamental<sup>39</sup>, cuya respuesta puede empezar a obtenerse echando una simple mirada a las “Guías de Recursos” -aquellos compendios oficiales donde se presenta la oferta de atención en salud. Así, en tanto primer construcción de injerencias, las especificaciones responden a criterios de base biológica: los equipos o profesionales ofrecen atención particularizada según etapas del ciclo vital. La primer respuesta se vuelve entonces casi un lugar común: se asiste a niños, adolescentes, adultos y gerontes -según se encuentre en cada efector algún profesional que se dedica a alguno de estos grupos poblacionales. Lo psicológico encuentra entonces un anclaje fundamental recurriendo al campo de la biología.

Si bien existen casos en los que algunos profesionales atienden indistintamente a distintas franjas de edad, algunos parámetros del campo colaboran con aquella primera delimitación. Entre estos, encontramos que las Residencias y Concurrencias son estructuradas respondiendo a aquella misma división; como consecuencia, extienden el certificado de especialización en niños, adolescentes y adultos para ejercer en el resto del Sistema, y resulta por tanto frecuente encontrar que los concursos para cargos de planta se ordenan siguiendo la misma especificidad. Cabe señalar no obstante que tal estructuración marca sólo una propensión, dado que -como se detallará más adelante- ni todos los profesionales que se encuentran insertos en el Subsector Público de Salud están concursados, ni todos ellos ha pasado previamente por una Residencia o Concurrencia. En consecuencia, la auto-atribución de un grupo etario al cual atender no necesariamente se relaciona con la especificidad de formación del profesional o con la especificación del puesto que ocupa, sino que muchas veces se debe meramente a una elección personal. Es esto último lo que habilita el que un mismo profesional que trabaja en dos CeSACs atiende en cada uno de ellos a grupos de edad distintos, según factores que analizaremos en otros capítulos. Como corolario de lo descripto, el hecho de que en cada CeSAC se encuentre o no cubierta la atención de las distintas franjas etarias es algo azaroso, dado que depende

---

<sup>39</sup> Cabe insistir en lo mencionado en la primer parte: estas preguntas obedecen a motivos expositivos, y fueron reconstruidas retóricamente. No reflejan, por tanto, el modo u orden en que se preguntó concretamente a lo largo del trabajo de campo.

de la voluntad de los actores locales. Dicho de otro modo, las razones que llevan a dividir la atención en franjas etarias son ajenas a la intención de dar respuesta al conjunto de la población.

Los criterios biológicos parecieran operar a priori cual *principio de visión y división* (Bourdieu, 2007), esto es, como categorías que estructuran la percepción del mundo y determinan prácticas estructuradas según aquella distinción. Este principio se complementa con lo detallado por los actores al profundizar la respuesta respecto de qué es aquello a lo que se asiste, lo cual es definido de modo general como “problemáticas neuróticas”. En este caso, lo psicológico pareciera explicarse por lo psicológico mismo. Ahora bien, esto entraña una suerte de paradoja, cuando los actores postulan que “lo psi” equivale a fenómenos de orden singular -lo cual implicaría la imposibilidad de una clasificación. Ahora bien, pese a que los profesionales hacen hincapié en que lo asistido varía, respondiendo a un criterio al que denominan como “de caso-por-caso”, lo engloban vinculándolo a una serie de categorías no excluyentes. Así, se han recogido referencias a duelos (pérdidas, muertes); conflictos familiares (conyugales, con los hijos) y otras problemáticas vinculares; dificultades en la crianza de niños y púberes (principalmente en lo que respectaría a la puesta de límites); trastornos entendidos como típicos de la adolescencia o del pasaje de la adolescencia a la adultez -sin especificar-; padecimientos actuales o pasados de situaciones de abuso o violencia; dificultades para sostener obligaciones (estudio, trabajo, familiares a cargo); problemas en relación con diferentes consumos; soledad y aislamiento (principalmente en relación con adultos mayores). También fueron mencionados ataques de pánico y depresión.

Desprendido de lo anterior, se encuentra en segundo lugar que -respondiendo a los mismos resortes de creación que la existencia o no de atención a determinados grupos etarios- existe a lo largo de los CeSACs una variedad de equipos especializados en temáticas no necesariamente vinculadas a la edad de los pacientes. Debido a que su creación y sostenimiento no responde a criterios de planificación central o a diagnósticos poblacionales, tales equipos especializados se distribuyen a lo largo de los establecimientos de modo azaroso. Se ha encontrado así particularizada la atención en “adicciones”, “violencia”, “terapia familiar”, “pareja”, como también propuestas más disímiles -“psicoanálisis aplicado en intervención en crisis”<sup>40</sup>, por ejemplo.

Dado el problema que orienta la presente investigación, cabe entonces considerar que tales especificaciones de la oferta, según se describe, no contemplan una particularidad que haga referencia al contexto social -o dicho de otro modo, que parecieran excluir una explicación de lo psicológico o

---

<sup>40</sup> Las comillas hacen referencia a que se trata de la misma denominación con que se difunde esta oferta. En adelante, las comillas serán usadas para presentar de modo literal los términos utilizados por los actores.

individual pareciera a través de lo social. Entonces, una segunda pregunta es ¿puede ubicarse alguna especificidad respecto de atender tales problemáticas en estos sectores poblacionales?

Ante este interrogante, algunos profesionales optan por enfatizar que, por definición, las problemáticas neuróticas tienen lugar en todos los sectores sociales. Así, existen profesionales que aseguran no encontrar diferencias al realizar asistencia en distintos contextos. Algunos de ellos argumentan que, dado que la clave de definición es la angustia que siente un sujeto ante tales problemáticas, no puede considerarse que sea esta privativa de algunos sectores sociales ni que se presente de modo distinto en distintos grupos poblacionales. La mayoría de las veces, se argumenta lo anterior al tiempo que se hace una advertencia: considerar lo contrario -esto es, que reviste algún carácter específico atender a poblaciones empobrecidas- implicaría un gesto estigmatizador. Esta estigmatización, según los profesionales, sería similar a aquellas afirmaciones prevalecientes en la opinión pública -según plantean- que ubican los problemas de violencia, abuso o adicciones, por ejemplo, como propios de los sectores más vulnerables.

Complementando esa igualación entre sectores sociales, sin embargo, quienes sostienen este tipo de argumentos suelen recurrir a una aclaración: si bien se trataría de idénticos problemas, dado que lo neurótico es transversal a la pertenencia social, las condiciones de vida no son indiferentes sino que inciden, aunque en términos de volver dificultoso un abordaje “psi”. ¿En qué consiste tal dificultad? Muchas veces, según describen los profesionales, en sus propias condiciones de trabajo -principalmente, en relación con la falta de espacio físico adecuado (consultorios individuales) pero también por estar aquí el trabajo mal remunerado o ser directamente gratuito. Algunos ubican también la dificultad en lo costoso que para un profesional resulta escuchar sujetos que refieren modos de vida tan precarios. Este costo sería tanto en términos de afectar emocionalmente a los profesionales como de obstaculizar el deslinde de su tarea específica -prestar atención a lo singular y subjetivo [F.1]<sup>41</sup>.

En relación con la dificultad implicada por tal deslinde, no sólo se encontraron profesionales que la mencionaran como un inconveniente propio. Otros, ubican la complicación en el hecho de que llegarían a la clínica problemáticas que son sociales [F.2]. Cabe señalar por fidelidad metodológica que no pudieron recogerse relatos acerca del deslinde entre qué se entiende por problema psíquico y qué por problema social: todos los entrevistados consideraron la pregunta explícita al respecto como algo del orden de lo obvio. Dicho de otro modo, si bien resulta frecuente recoger la afirmación categórica de que “lo propiamente psi”<sup>42</sup> aparecería entremezclado con lo social, tal categorización -que remite a órdenes

---

<sup>41</sup> En adelante: [F.x] remite al Anexo donde “x” es el número de fragmento al que se hace referencia

<sup>42</sup> En palabras de los actores

diferentes y distinguibles a aquellas problemáticas que harían a la especificidad de la Salud Mental y a aquellas otras que complicarían el manejo de las primeras- resulta de orden netamente práctico. Ahondando en la precisión del deslinde, sólo han podido recogerse ejemplos; como ser que en caso de problemáticas familiares presentadas en el marco de trayectorias migratorias de los consultantes, el trabajo “propiamente psi” remite al abordaje de la configuración vincular y no de la condición migratoria. Según se desprende de los ejemplos, la finalidad de un abordaje “psi” sería abordar qué le sucede a cada uno de los sujetos y cómo se posiciona singularmente ante tal situación.

Quienes, a diferencia de los profesionales anteriores, partieron de considerar que sí existe una particularidad en asistir en Salud Mental a poblaciones empobrecidas, coincidieron no obstante en señalar la dificultad de aquel deslinde como lo específico del contexto. Ahora bien, en estos casos, el ubicar tal dificultad como inherente a la tarea de un profesional “psi” en estos contextos tiende a derivar en una búsqueda de reformulación de la oferta -que evite ofrecer idéntico dispositivo a estos sujetos que los ofrecidos en poblaciones acomodadas. Cabe considerar que los sentidos atribuidos a tal consideración de dificultades inherentes a la atención en Salud Mental de sectores empobrecidos pueden diferenciarse en tres tipos de afirmaciones: quienes sostienen que dada la precariedad en las condiciones de vida, los padecimientos psíquicos serían más frecuentes o más graves; quienes defienden la idea de que la particularidad estriba en que los padecimientos y conflictos son más visibles que en otros sectores pero idénticos en tipo y cantidad; y quienes argumentan que lo distintivo de los sectores empobrecidos es contar con menores recursos de distinta índole para hacer frente a los sufrimientos y conflictos típicos de cualquier sujeto -sin distinción de clase social.

Si bien no existe una correspondencia mecánica entre la definición dada a la particularidad de atender a sectores empobrecidos, y las prácticas concretas llevadas adelante [F.3], tienden a ser este tercer tipo de lecturas las que propician una mayor adaptación de las propuestas de atención. Adaptación que muchas veces consiste en mantener un vínculo habitual para con el Servicio Social a fin de dar respuesta a los distintos “casos”<sup>43</sup>. Sea en pos de realizar una asistencia conjunta, o bien se trate de una derivación o una interconsulta, el vínculo suele (re)presentar una tensión relativa a la delimitación de qué corresponde atender a cada uno de los profesionales. El deslinde entre lo subjetivo y lo social pareciera ser resuelto de modo práctico, en el “caso por caso”. No obstante, pueden presentarse algunas generalidades, según las concepciones argumentadas por los profesionales.

Para algunos lo “propiamente psi” consiste en recibir pacientes derivados desde el Servicio Social, a fin de trabajar con ellos el que se involucren subjetivamente con aquello que han venido a solicitar, o,

---

<sup>43</sup> En palabras de los actores

dicho de otro modo, que se impliquen en el desarrollo de una respuesta a sus propias necesidades. Entre quienes sostienen esto, resulta frecuente apelar a la consideración de que siempre existe algo del orden de lo vincular y lo afectivo en juego y que es allí en donde se trabaja la dimensión “psi”. Una entrevistada profundizó esto argumentando que la pertinencia de trabajar casos en conjunto con el Servicio Social es evitar, al sumar este abordaje “psi”, la repetición de un posicionamiento subjetivo que es el que incide en la repetición o profundización de una problemática cuya atención corresponde al Servicio Social. Como ejemplo de lo anterior, pueden aparecer relatos sobre casos de violencia conyugal, de falta de vivienda, de falta de trabajo, etcétera. Para otros profesionales, la especificidad de la atención en estos contextos estaría, en sentido contrario, en tener que convocar la intervención del Servicio Social en casos recibidos desde el área de Salud Mental. La solicitud de tal intervención tendría como fin el despejar problemáticas de orden material para poder abocarse al trabajo de lo subjetivo. Un supuesto que subyace a la intervención compartida es que canalizando la resolución de problemáticas puntuales vía Servicio Social se allanaría el camino que permitiría comprometerse con tratamientos que no brindan un resultado rápido y ostensible -aunque estos no siempre se produzcan. Entre aquellos que entienden la atención en Salud Mental destinada a sectores empobrecidos como diferenciable de aquella que se ofrece a otros sectores poblacionales, no sólo se han encontrado referencias a la intervención conjunta con el Servicio Social. También se han recogido relatos respecto a la necesidad que en estos sectores aparecería de trabajar siguiendo abordajes denominados por los actores como “complejos”. Esta denominación genérica tiende a vincularse a casos donde lo definido como deficitario es la totalidad de una unidad doméstica o familia ampliada, diagnóstico al cual se sigue una intervención desde distintas disciplinas articuladas que también puede incluir a operadores comunitarios (no profesionales) y/o a profesionales ajenos al sector Salud [F.5]. Algunos profesionales han referido, tanto en relación con el trabajo conjunto con Servicio Social -sea cual fuere su origen- como en relación con tales abordajes “complejos”, la necesidad de estar atentos -generalmente, mediante el recurso a supervisar su tarea- para trabajar lo específico de su rol y no correrse de él. No pocos subrayaron lo anterior afirmando que sí sería necesario en ocasiones desdibujar el rol “psi”, ubicando como ejemplos de esto el aconsejar, acompañar personalmente o el ofrecer un recurso concreto [F.4]. Otros varios enfatizaron que un abordaje “psi” se distingue de cualquier otro por su herramienta fundamental, “la escucha”<sup>44</sup> -cabe aquí sí considerar que la mayoría se define como analistas- pero no se pudieron recoger evidencias de que esta especificidad de lo “psi” sea compartido por el resto de los actores, incluyendo a los profesionales del Servicio Social.

---

<sup>44</sup> En palabras de los actores.

Nuevamente, cabe enfatizar que tal deslinde de áreas tiene carácter práctico y es referible sólo haciendo alusión al “caso por caso”. En otras palabras, según los actores, no existe un modo de delimitar a priori un problema subjetivo de uno social, aunque sí en cada caso esto sería no obstante aprehensible.

Si “la escucha” aparece como un factor distintivo de la atención en Salud Mental, cabe señalar que en los distintos relatos ella compite a su vez con otra característica considerada inherente, que es la *deseabilidad*<sup>45</sup> que para los profesionales tiene un abordaje sostenido en el tiempo. Como ejemplo de lo anterior, poniendo incluso en entredicho lo entendido por “escucha”, se han recogido relatos respecto de pacientes que concurren a lo largo del tiempo sin saber hablar castellano; el argumento que considera pertinente el abordaje desde una perspectiva “psi” no es en este caso el escuchar en sentido estricto, sino el considerar que si tales pacientes continúan acudiendo es porque el hecho de sostener el encuadre presentaría en sí mismo efectos subjetivantes [F.6]. Muchas veces es aquí -en relación con lo que desde una perspectiva sanitaria ampliada podría definirse como adherencia (Martín Alfonso, 2004)- donde varios profesionales ubican la especificidad de trabajar con sectores empobrecidos: en la dificultad de sostener los tratamientos<sup>46</sup>. De tal modo, la especificidad es leída en términos de déficit para cumplir con las pautas terapéuticas, es decir, en relación con el ser atendido más que con el origen o modo de presentación de los padecimientos. Y es en estrecha relación con lo anterior que los dispositivos requieren, para varios de los profesionales, características flexibles a fin de adaptarse a este contexto de inserción (lo cual será abordado en profundidad en el próximo capítulo).

De modo transversal a los argumentos que se vienen mencionando, y dibujando una serie de tintes sutiles en las afirmaciones, existen grupos poblacionales explícita o implícitamente comprendidos como diferencialmente vulnerables. Así, el criterio de evaluar “caso por caso” presenta matices, dado que existe el preconceito de que algunos sujetos se encuentran más expuestos que otros a situaciones desfavorables fruto de las condiciones de vida. El primer criterio presente en tal delimitación -muchas veces solapada- de grupos con mayor vulnerabilidad es nuevamente etario: niños, adolescentes y adultos mayores. En torno a ellos sí pueden aparecer -y con frecuencia, lo hacen- alusiones al impacto de lo social en lo subjetivo: esta vez no como algo que se agrega y complica el tratamiento, sino como algo constitutivo de las problemáticas. Esta concepción puede llevar incluso al planteo excepcional<sup>47</sup> de

---

<sup>45</sup> No para todos es algo estrictamente necesario, como se mostrará más adelante, pero sí consiste en algo deseable.

<sup>46</sup> Consistente -en términos observables- en encuentros que generalmente tienen una frecuencia semanal y que pueden estar limitados por un tope institucional preestablecido -que puede oscilar entre los 5 meses y los 2 años, según lo recabado en campo- o bien carecer de él.

<sup>47</sup> Dado que no sucede con todos los sujetos, y de hecho no ha podido relevarse ninguna situación en que esto aparezca respecto de un adulto

algún “caso” no requiere una intervención “psi” sino de otro orden. Es que frente a tales grupos sí aparecen eventualmente referencias a otras esferas de causación, sea las instituciones educativas a las que asisten, una sociedad que no ofrece perspectivas de futuro (en cuanto a niños y adolescentes) o un hábitat que dificulta optar por algo distinto al aislamiento (en cuanto a los adultos mayores). Para los sujetos ubicados en tales grupos, suelen plantearse acciones en términos de paliativo [F.7]; también en lo que a la asistencia respecta, es en estos casos donde esta tiene más permeabilidad a flexibilizarse -como se irá profundizando. La única mención recogida a algún grupo poblacional adulto como vulnerable ha sido en referencia a mujeres víctimas de violencia.

Interesa resaltar que es ante a tales grupos particularmente diferenciados, y no frente a la población en general, donde tienen a aparecer preguntas respecto del propio rol, acerca de su sentido y relevancia -preguntas que, enténdalo así o no los profesionales, refieren a su inserción en contextos empobrecidos [F.8]. Dicho de otro modo, lo distintivo de atender a sujetos empobrecidos tiende a ponerse de manifiesto únicamente en relación con grupos considerados a priori como vulnerables. El hecho de que así sea pone en entredicho tanto la afirmación de que se trabaja exclusivamente con la singularidad del “caso por caso” como los supuestos que refieren la necesidad de adaptarse a la población -entendiéndola como un conjunto.

Salvo excepciones, siempre relacionadas con la pertenencia de un sujeto a alguno de aquellos grupos definidos a priori como vulnerables, las injerencias del área se van definiendo en íntima correspondencia con aquello planteado por quien ocupa el lugar de paciente. Por definición, pareciera ser que toda demanda amerita atención. De modo correlativo, suele considerarse indeseable anteponer algún tipo de criterio respecto de la jurisdicción. Así, salvo que se trate de un equipo especializado, que explicita en consecuencia desde el inicio la problemática que atiende, los profesionales del área tienden a creer que “negar asistencia”<sup>48</sup> a cualquiera que lo solicite resulta un acto injustificado: toda demanda debería ir seguida una oferta terapéutica [F.9]. De tal modo, el área de Salud Mental queda configurada como potencialmente omniabarcativa: correspondería ofrecer un tratamiento individual y sostenido en el tiempo a todo sujeto que se acerque a ella.

Cabe aquí mencionar que la inmensa mayoría de los profesionales con los que se tomó contacto distingue entre quien consulta y quien inicia un tratamiento propiamente dicho<sup>49</sup>. Uno de los indicadores de esto último es el sostener las consultas en el tiempo, lo cual lleva a que varios profesionales comenten la dificultad de que se inicien tratamientos propiamente dichos en contextos empobrecidos.

---

<sup>48</sup> En palabras de los actores

<sup>49</sup> Si bien es un criterio técnico, se hace mención a esto porque en torno a otros asuntos que podrían asimismo calificarse como tales, las disidencias son múltiples

Sea por la particularidad que presenta quien se acerca, o bien quien consigue sostener los encuentros, pareciera ser entonces que la jurisdicción del área queda delimitada de modo contingente y a posteriori. El deslinde tiende a ser empírico: se atiende en el área de Salud Mental a aquellos que se hayan acercado (sea por el motivo que fuere) y consigan luego sostener el tratamiento.

Haciendo una breve referencia complementaria a la contingencia implicada por el acercamiento a un profesional “psi”, debe señalarse que el contenido específico de la atención “psi” es algo que se da por supuesto: no se han encontrado especificaciones respecto a la función del área<sup>50</sup>. De tal manera, puede presuponerse, quien se acerca lo hace guiado meramente por un preconcepto, por sus ideas previas.

Finalmente, a fin de completar lo hasta aquí descripto, es preciso mencionar que no todos los sujetos que llegan a demandar la asistencia en Salud Mental lo hacen por propia iniciativa (lo que en términos sanitarios se denomina como “demanda espontánea”), sino que un número importante de ellos se presenta “por derivación”<sup>51</sup>, esto es, debido a que desde alguna institución se ha recomendado la asistencia en Salud Mental. Esta recomendación puede tener un carácter más o menos compulsivo según cuál sea su origen. Si bien se han recogido afirmaciones respecto de la pertinencia de toda derivación recibida [F.10], resulta frecuente escuchar referencias a la derivación como un hecho problemático [F.11]. Tal carácter problemático vuelve de interés el describir qué sucede en estos casos, dado que es desde aquel que los actores ensayan distintas respuestas posibles. Pese a esto último, se han recabado afirmaciones más o menos generalizadas en torno a la posibilidad de que una vez habilitado un espacio caracterizado por el encuadre “psi” (principalmente “la escucha” y el sostenimiento en el tiempo), y generándose afinidad (“transferencia”) para con el profesional, lo que comienza como una “derivación” -algo de orden impuesto- termine derivando en una “demanda” por parte del sujeto -una pregunta sobre algún aspecto que convocaría a quien así ocupa el lugar de paciente a continuar con su tratamiento en la búsqueda de respuestas.

### **Derivaciones**

No existe un consenso entre los profesionales acerca de lo entendido por “derivación”, pudiendo esta incluir tanto modalidades informales como formales de recomendación de asistencia [F.12]. Utilizaremos aquí el sentido más estricto del concepto, es decir, el que hace referencia a la remisión

---

<sup>50</sup> Por ejemplo en los casos donde se han encontrado carteleras promocionando la asistencia, simplemente aludía a las disciplinas -psicología, psiquiatría- pero no pudo encontrarse ningún material informativo o de difusión que explicitara a la población cuál es exactamente la injerencia.

<sup>51</sup> En palabras de los actores

formal de un paciente por parte de alguien al que se le supone algún tipo de competencia. Tal suposición de competencia, formal en el sentido aquí suscripto, legitima en principio la pertinencia de consultar al área de Salud Mental. Las derivaciones formalmente recibidas, provenientes principalmente de establecimientos educativos y judiciales<sup>52</sup> [F.13] denotan en sí mismas el carácter relacional del área. Esto es, hablan de que los sentidos y funciones que esta cumple -sentidos y funciones que sólo logran ser asequibles si son analizados en el marco de aquel escenario ampliado<sup>53</sup>. Según los relatos de los profesionales, los sujetos derivados constituyen un porcentaje importante de la totalidad de consultantes, si es que no su mayor parte. Esto resulta verosímil si se toman en consideración las escasas estadísticas existentes para otros efectores de salud -dado que no existen estadísticas que releven este dato para los CeSACs. En el marco de los CeSACs pareciera correr en paralelo la falta de registro de derivaciones pese a su magnitud, junto con la naturalización que considera “normal” que esto suceda. No obstante, debería hacerse una distinción. Y es que si bien resulta cierto que las derivaciones provenientes de escuelas son tomadas como algo esperable, las provenientes de Juzgados parecieran constituir un tema que hasta el momento ha recibido escasa atención por parte de los actores. Es decir, parecieran estar en cierto modo invisibilizadas.

### **Derivaciones provenientes del sector educativo**

Existe cierto consenso en torno a que el principal caudal de demandas de tratamiento pareciera recibirse por parte de establecimientos educativos -lo cual atañe de modo exclusivo a los profesionales que atienden población en edad escolar, claro está. “Mal comportamiento” o “fracaso escolar”<sup>54</sup>, aparecen como algo evidente en sí mismo al tiempo que como los motivos más frecuentes de derivación. Dado que, según refieren, el énfasis predominante de los profesionales de Salud Mental está puesto en el “caso por caso”, resulta frecuente encontrar una falta de preocupación respecto de qué podría esconderse detrás de aquellos sobreentendidos: interesa al área “psi” develar qué significa tal derivación o qué lugar ocupa para cada sujeto en particular. Como resultado, quedan sin tematizar los criterios implícitos que orientan estos circuitos, si consideramos que el gesto derivatorio implica la mediación de un proceso de etiquetamiento [F.14].

---

<sup>52</sup> Cabe señalar que en el caso de las derivaciones por Juzgado, además, esto sería algo que distingue a la atención en Salud Mental en el ámbito de las instituciones públicas.

<sup>53</sup> De tal modo, el recortar de modo aislado al Sector Salud obturaría comprender los modos en que se forjan los criterios de pertinencia jurisdiccional en relación con el área de Salud Mental. Sobre todo, considerando lo que se viene mostrando en términos de indefinición del área o bien permeabilidad respecto de las demandas recibidas -lo cual ameritaría la pertinencia de una indagación de la interfase Salud/instituciones derivadoras.

<sup>54</sup> En palabras de los actores

De tal modo, mientras pueden recogerse cuestionamientos respecto de que quienes derivan ubican al problema en los niños y no en sus familias o maestros, esto no pone en duda el hecho de que aquello detectado por la institución refleje, efectivamente, un “mal comportamiento”. Como ejemplo de lo anterior, puede mencionarse que varios profesionales comentaron estar recibiendo cada vez más derivaciones por casos de violencia y abuso intrafamiliares; tal aumento de derivaciones se atribuye por lo general, sin más, al incremento en la cantidad de casos -sin poner en cuestión la capacidad de detección por parte de los establecimientos. La única excepción al respecto se encontró, en los discursos de los profesionales, respecto de la existencia de un mayor número de varones derivados que de mujeres (se trate de niños o de adolescentes). De tal modo, lo biológico aparece nuevamente como aspecto que convoca la atención -corroborando con ello su carácter de *principio de visión y división* (Bourdieu, 2007) del mundo. Si bien la mayor parte de quienes hicieron este señalamiento consideró que los varones presentan como característica propia mayores dificultades para adaptar su conducta a las normas, dos de los profesionales entrevistados sugirieron que aquella diferencia podría tener que ver con preconceptos relacionados con el género: mientras se deriva a los problemas de conducta que resultan más molestos a fin de mantener el orden de una clase, quedan por fuera de consideración los problemas de conducta por inhibición -que serían más frecuentes en las mujeres. Podemos deducir, entonces, que el carácter de transparencia que se le supone a las problemáticas, junto con la apelación al orden de lo biológico cuando se considera algún evento propio de una esfera distinta a la “psi”, tiende a excluir la consideración de procesos interpretativos (de orden institucional, cultural o social).

Como se mencionó arriba, mientras que la existencia de los problemas que motivan la derivación tiende a no ser cuestionada, sí se llega a cuestionar el supuesto de que la etiología sea individual, y por lo tanto, que la respuesta correcta sea tratar al sujeto derivado [F.15]. En este sentido, se han obtenido relatos acerca de propuestas terapéuticas contra-ofertadas al recibir a un niño por derivación. Entre estas, se encuentran terapias familiares, tratamiento para algún miembro adulto de la familia, o bien abordajes institucionales que tomen por objeto a la escuela que realiza la derivación; en un caso se relató el armado de un grupo de reflexión para padres cuyos niños acudían a una escuela que derivaba gran cantidad de casos. Las escuelas aparecen así como prácticamente las únicas instituciones que llegan a pensarse como objeto de intervención profesional. No obstante, según el relato de los profesionales, la mayor parte de los establecimientos educativos muestra una fuerte resistencia ante lo que tiende a ser visto como una intromisión en su desempeño -como sería el caso de una propuesta de intervención “psi”. De tal forma, se coincide en señalar que las derivaciones son pedidos de asistencia

clínica individual, y que debido a la renuencia a ser canalizadas de otro modo, tienden a sobredeterminar el hecho de que el área de Salud Mental se dedique total o mayormente a dar respuesta a este tipo de demandas [F.16].

Cabe considerar que dentro del sistema escolar, quienes realizan las derivaciones no son los maestros sino los Equipos de Orientación Escolar (EOE), los cuales se encuentran bajo la órbita de los Distritos Escolares y están compuestos mayormente por psicólogos. En consecuencia, aquello que pueda interpretarse a modo de desautorización a un colega -como la desestimación de un tratamiento por él aconsejado- puede resultar costoso en términos institucionales. Salvo en raras ocasiones donde la apertura por parte de las autoridades escolares es particularmente amplia, la excepción más habitual a la reticencia institucional viene dada cuando la contrapropuesta está respaldada por un vínculo preexistente entre los profesionales implicados desde cada uno de los sectores -Educación y Salud<sup>55</sup>. Así, siempre dependiendo de las voluntades de quienes se vieren involucrados, se han recogido algunos relatos sobre intervenciones realizadas en estos establecimientos con distintos destinatarios -alumnos, docentes, padres, directivos.

Si el vínculo Salud/Educación al no estar predefinido puede ocasionar conflictos institucionales, mayor es la posibilidad de equívocos cuando los niños llegan con un itinerario más largo, habiendo sido derivados por la Escuela hacia un efector de Salud Mental hospitalario y de allí luego a un CeSAC. En los casos donde estos niños llegan con un diagnóstico con el que no se coincide<sup>56</sup>, se vuelve necesaria toda una cadena de diplomacias para tomar al niño en tratamiento -siendo la opción más sencilla el no recibirlo alegando falta de turnos disponibles.

Finalmente, debe mencionarse -a fin de profundizarlo en el próximo capítulo- que las derivaciones escolares representan el mayor punto de estrangulamiento en cuanto a la conformación de listas de espera [F.17].

### **Derivaciones provenientes del ámbito Judicial**

Según han relatado los profesionales, la intervención por parte de los Juzgados puede tener lugar de distintos modos. Puede suceder que un paciente que estaba en tratamiento tenga un problema legal y tras ello llegue al efector un pedido de informe; también, que al comenzar a atender a un paciente que se había presentado por cuenta propia este solicite un informe para llevar él mismo a un Juzgado. Sin

---

<sup>55</sup> Véase el cuarto capítulo

<sup>56</sup> Tal es el caso prototípico de los niños que fueron diagnosticados anteriormente como padeciendo síndrome de déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) -categoría nosológica que suele no ser compartida al interior de los servicios de Salud Mental, sobre todo en estos ámbitos

embargo, la forma más habitual es que se presenten de modo conjunto un sujeto que pide asistencia por primera vez y un Oficio Judicial -traído por él mismo o bien enviado desde el Hospital de referencia<sup>57</sup>.

En líneas generales, según lo recabado, podría decirse que se desconocen los motivos que guían a los Juzgados en su derivación a tratamiento en Salud Mental: esta pareciera más bien ocupar el rol de un requisito administrativo a fin de conceder la libertad [F.18]. De modo espejado, al no saber cuál es la solicitud en términos concretos, se desconoce qué es lo que resulta pertinente consignar al elevar los informes correspondientes. En el marco de tal vacío, puede suceder que un profesional tenga la iniciativa de comunicarse con el Juzgado que deriva el caso, y que en este último tengan buena predisposición para recibir tal llamado, resultando de tal coincidencia de voluntades una puesta en común de criterios. Sólo un entrevistado ha ofrecido relatos en tal sentido; la mayoría, por el contrario, ha relatado grandes dificultades para comunicarse con los Juzgados y la consiguiente imposibilidad de establecer criterios comunes. La mayor parte de los entrevistados coincidió en que la primera vez que tuvieron que responder a un Oficio se encontraron desconcertados, puesto que no sabían nada en relación incluso con la posibilidad de que esto ocurriera. De modo correlativo, comentó haber aprendido cómo redactar un informe tras varios intentos, “por prueba y error” -puesto que no resultó sencillo, según han referido, encontrar a alguien que supiera hacerlo y que estuviera dispuesto a asumir o transmitir tal conocimiento.

Algunos profesionales han afirmado que el desconocimiento -generalizado- se debe a que cada Juzgado manejaría sus propios criterios. De tal modo, un Juzgado puede esperar que un informe consigne simplemente si una determinada persona asiste a tratamiento, o también pretender saber cuántas veces asistió una persona y en qué fechas, o tal vez, incluso, recibir sugerencias y orientaciones respecto de cómo manejarse ante el sujeto en cuestión. Tres de los entrevistados dijeron haber tomado conocimiento alguna vez de la existencia de protocolos en los que se define qué datos deben constar en un informe, pero saber que al no cumplirse de hecho su vigencia es cuestionable. Lo anterior equivale a decir que existirían presumiblemente protocolos, aunque de carácter no vinculante

---

<sup>57</sup> En realidad, pareciera ser que los oficios llegan a las Divisiones de Área Programática de los Hospitales Generales de Agudos -esto es, a las oficinas que dentro del Hospital representan al área y se encargan de su manejo administrativo en sentido amplio. En el Hospital donde se hizo el trabajo de campo de mayor profundidad, sucedía esto luego de que tales Oficios pasaban por la División de Asuntos Legales del mismo Hospital. No obstante, no se ha podido aun determinar con certeza si tal circuito obedece a una normativa y afecta a todos o se trata de una modalidad propia de este efector particular. En el Área Programática profundizada, el hecho de que el Hospital los mediatice antes de que lleguen a los CeSACs pareciera estar operando como factor determinante en la distribución heterogénea tanto de Oficios en general como de temáticas y organismos derivadores en particular. Cabe subrayar que dada la invisibilidad de esta temática, toda estimación al respecto -así como todo intento descriptivo- conlleva un carácter de provisoriedad aun mayor que en otros casos.

[F.19].

La falta de información respecto de cómo actuar y por qué, junto con el desconcierto resultante, puede generar conflictos en torno a distintos ejes. Un ejemplo de esto ha podido encontrarse en los CeSACs que se manejan con Historias Clínicas Únicas, es decir, con documentos sobre los pacientes en los que se consignan datos por parte de los distintos profesionales que lo han atendido (estrategia recomendada por Organismos Internacionales y la literatura sanitaria para efectores de Atención Primaria de la Salud). En tales circunstancias, resultó un error frecuente la remisión de todo el documento al Juzgado, desconociendo que mientras en Salud en general el acceso a la Historia Clínica es legítimo, siendo incluso un derecho adquirido por los pacientes, en el área de Salud Mental las Historias Clínicas se encuentran amparadas bajo el secreto profesional. Se ponía así de manifiesto la diversidad de criterios en juego, y la falta de coordinación en una política de conjunto.

Pero los problemas legales que las derivaciones de Juzgados parecieran habilitar pueden alcanzar implicancias más profundas en términos de seguridad de las personas involucradas. Así, otro de los ejes que genera conflictos también remite a un criterio propio de la APS, como es el la accesibilidad, entendida como la facilitación de la asistencia merced entre otras cosas a la cercanía geográfica. Aquella ventaja de que los efectores sean cercanos al domicilio de la persona para facilitar su concurrencia, en estos casos opera de modo contrario: en situaciones de conflicto con la Ley, los profesionales consideran estar corriendo un riesgo al atender a los acusados en un lugar cercano a su vivienda y, en consecuencia, de alta visibilidad [F.20]. Es que debido a situaciones de este tipo, algunos profesionales relataron haber sido trasladados temporaria o definitivamente, mientras que otros manifestaron sentirse atemorizados respecto a la atención de personas con causas judiciales [F.21]. Cabe aclarar que esto puede relacionarse tanto con la asistencia de un implicado en causas penales de mayor o menor envergadura -muchas veces, sobre los cuales se presume la relación con redes de tráfico enquistadas en contextos locales, sea de armas, sustancias ilícitas, o incluso trata de personas- como de pedidos realizados por Juzgados de Familia a fin de definir la tenencia de una criatura [F.22]. Estas dificultades pueden motivar la reticencia de los profesionales a denunciar delitos o maltratos de los que toman conocimiento en el marco de la clínica individual -lo cual ha generado más de un dilema ético personal o, luego al ser conocido el hecho, institucional, principalmente cuando se vinculó a situaciones de abuso y violencia sufridas por niños.

Por último, otro punto de tensión aunque quizás menor se encuentra al yuxtaponerse la obligatoriedad emanada por la derivación judicial con las concepciones “psi” de la demanda. En la gran mayoría de los casos esto se resuelve bajo el supuesto de que un tratamiento debe por definición ser voluntario,

primando la voluntad de apropiarse del espacio -o no- de quien haya sido derivado, sea cual fuere el caso [F.23]. Es decir que la obligatoriedad del tratamiento propuesto por los Juzgados entra en contradicción con la perspectiva de los profesionales, siendo tal contradicción resuelta más bien de modo inercial.

La escasa visibilidad de las derivaciones realizadas por Juzgados puede incidir en la falta de estadísticas al respecto, pero también en una deficiencia más general de información que permita reconstruir la lógica de estos circuitos. La forma de manejarse en estos casos responde entonces a criterios atomizados. Como ejemplo de lo anterior, mientras algunos profesionales sostienen con convicción que por una cuestión de jurisdicción no corresponde atender casos que no estén asentados en Ciudad de Buenos Aires, esta práctica es habitual en otros efectores. En el marco de tal atomización, la discrecionalidad emerge -y las intenciones de equidad, aunque puedan ser loables, toman como referencia sólo a casos particulares. Se encontró un CeSAC cuya Jefatura ordenó, en base a criterios éticos propios, informar a los Juzgados, cuando se trata de derivaciones de menores de edad, que están bajo tratamiento psicológico en todos los casos, sea esto cierto o no, dado que tal informe es un requisito en estos casos para obtener la libertad. Profesionales de otros CeSAC comentaron, también respecto de este grupo etario, haber informado que no tenían turno pero que se comprometían a atenderlos próximamente -para así destrabar el que sean liberados- con resultados variables según el Juzgado a cargo.

Por otra parte, se ignoran los motivos que llevan a distribuir los oficios entre CeSACs, dado tanto que esta distribución no siempre responde al domicilio de quien debe asistir a tratamiento, como el hecho de que algunos CeSACs no reciben prácticamente ninguna derivación de este tipo. No faltaron profesionales que, por su parte, al ser entrevistados respondieran enfáticamente que no llegan casos judicializados a los CeSACs porque a estos corresponde atenderlos en los Servicios de Salud Mental de los Hospitales. Tampoco se conoce si obedece a una mera contingencia el hecho de que mientras algunos CeSACs reciben como pacientes a quienes ocupan el lugar de víctimas (sea de violencia, abuso, etc.) a otros llegan casi exclusivamente quienes son obligados a realizar tratamiento en calidad de victimarios (hombres violentos o abusadores, personas acusadas de delitos, etc.) y a otros, ambos. Pero la falta de información respecto de las derivaciones judiciales no sólo atañe a los profesionales que se desempeñan en los CeSACs. Las autoridades del Sistema de Salud, incluyendo en ellas también a las autoridades de Salud Mental, tienden a minimizar lo problemático del asunto. Al ser indagadas al respecto, han mencionado como única dificultad a este respecto la existencia de profesionales aislados que no querrían responsabilizarse por su rol -lo cual implicaría atender a

quienes son derivados por Juzgados, desde este punto de vista. En una entrevista grupal realizada en una dependencia del Ministerio de Salud relacionada con los CeSACs, se armó una discusión acerca de si le correspondería al Poder Judicial o al Ministerio de Salud establecer una normativa en este sentido, lo cual dejó en claro que tal normativa bien no existe o, en caso de existir es completamente desconocida. A otras autoridades el tema les parece natural, y no consideran que haya necesidad de ninguna normativa al respecto [F.24] (tal carencia de información será retomada como eje de análisis en el Capítulo Cinco de esta tesis).

Según se podido recabar en campo, la mayor cantidad de casos judicializados correspondería a delitos menores y a situaciones de violencia y abuso intrafamiliares. En la Ciudad de Buenos Aires, la Ley 114 (“de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”) confiere a los casos que atañen a menores de edad la particularidad de caer, cuando las causas son civiles, bajo la esfera del Consejo de Derechos y de las Defensorías Zonales que de él dependen. Es desde tal Consejo y desde las Defensorías que se producen las derivaciones de niños y adolescentes victimizados hacia los CeSACs. Resulta frecuente escuchar quejas por parte de los profesionales hacia algunas sedes de estas últimas, que parecieran funcionar de modo deficiente. También es habitual escuchar referencias al desconcierto que les provoca el trabajar con instituciones que “pierden” los casos -que no tienen personal suficiente o que no están organizados de modo tal de tener la capacidad de realizar un seguimiento, aun en aquellos casos definidos como de gravedad y urgencia. Cabe nuevamente señalar cómo la temática de niñez despierta una sensibilidad particular -dado que no se han podido relevar tales planteos en lo concerniente a otros grupos poblacionales.

Se han recogido referencias, además, a dos programas del sector Justicia que se manejan en algunos casos con la derivación a CeSACs. Pese a tratarse de programas -lo cual supone por definición que han surgido de manera planificada- también en ellos el azar de que la derivación resulte en un trabajo conjunto -o no- depende de la voluntad de los profesionales a cargo. Así, no se han podido recoger datos provenientes del Sector Salud acerca de los acuerdos intersectoriales que sustenten la colaboración, así sea en relación con el Programa Prevención del Delito, del Ministerio de Justicia del Gobierno de la Ciudad, o con el de Libertad Asistida, dependiente del Ministerio de Justicia Nacional.

### **Bordes ¿internos o externos? de la jurisdicción: adicciones y pacientes psiquiátricos**

Tal como fue mencionado, en los CeSACs pueden existir eventualmente equipos especializados en la atención de alguna problemática particular. En todos los casos relevados, de ser así esto obedece al interés personal de los profesionales allí insertos. Este modo atomizado en que se originan las

prácticas se pone de manifiesto cuando, al preguntar por alguna temática que se sabe está siendo atendida en uno o más efectores, la respuesta que dan quienes lo ignoran es que esto no corresponde a las incumbencias del área de Salud Mental en los CeSACs. Este no es un dato anecdótico sino que expone la falta de consensos acerca de lo definido como complejo o, en otras palabras, de aquello que requeriría de atención especializada. Como contrapartida, siendo que los CeSACs son establecimientos cuyo mandato formal es atender patologías simples y prevalentes, la falta de explicitación sobre lo que debe entenderse por tales deriva nuevamente en una dispersión de usos y argumentos, sostenidos todos en base a sobreentendidos.

Ahora bien, aun en casos en que se le suponga cierta complejidad a una temática específica, puede ser divergente el criterio según el cual definir que resulta o no pertinente atenderla. El recurso a principios éticos es utilizado para argumentar tanto la atención de estas problemáticas, como el no hacerlo. Así, hay quienes argumentan que no es correcto dejar sin respuesta a una demanda que permanecería insatisfecha -dada la escasez de instituciones de salud, según plantean. Pero también, quienes consideran que no es una actitud profesional el trabajar como si se tuviera un saber del cual carece. Se tomarán aquí dos temáticas que resultan ilustrativos a fin de mostrar lo anterior, dado que pese a haber sido ambos temas de agenda pública durante el transcurso del trabajo de campo, no se encuentran normativizados. Nos referimos a los problemas que tienden a aparecer englobados bajo los rótulos de “adicciones” y “enfermos psiquiátricos”.

En primer lugar referiremos las problemáticas asociadas al uso de drogas. Es este un tema frente al cual resulta habitual encontrar argumentaciones que defienden el requerimiento de profesionales especializados para su atención. Varios entrevistados -entre los que se incluyen autoridades del área- han afirmado que dado este motivo, no es algo que pueda atenderse en el marco de un CeSAC, y que de hecho esto no se hace [F.25]. Unos pocos entrevistados dijeron que no llegan pacientes adictos a los CeSACs -desestimando toda pregunta al respecto. Otros, conocían la existencia en algún CeSAC (incluido el de la propia inserción) de equipos especializados -de hecho, incluso uno de estos efectores posee un Centro de Día<sup>58</sup>- creyendo que en caso de existir especialistas, resulta pertinente atender la temática. Finalmente, algunos manifestaron atender adictos sin especializarse en ello. Entre estos últimos, están quienes discutieron la necesidad de una formación específica para atender estos casos, y quienes sostuvieron que al implicar la asistencia “psi” un abordaje de la singularidad pierde sentido toda generalización, quedando el consumo de sustancias ubicado como un aspecto más que si bien

---

<sup>58</sup> Si bien a medida que corría el 2009 iba siendo cada vez más reducido por conflictos internos e institucionales así como a consecuencia de recortes salariales efectuados por la gestión entrante -tal Centro de Día estaba sostenido fundamentalmente por profesionales con módulos de guardia (Véase el tercer capítulo)

puede aparecer en la clínica no determina a los sujetos.

Ahora bien, más allá de que los profesionales manifiesten atender a quienes presentan esta problemática o elijan derivarlos, existe un factor fundamental e independiente del grado de afectación del problema, que prefigura el itinerario de estos sujetos. Se trata de un factor que no sólo atañe a la consulta profesional -sea a la inicial o a las subsiguientes- sino también al primer espacio con que se suele tomar contacto al ingresar a un CeSAC a fin de ser informado sobre el sistema de turnos: la Administración. Estamos haciendo referencia a la *presentación de sí mismos* (Goffman, 2006) por parte de los quienes consultan. Según lo relevado, cuando un sujeto se acerca a un CeSAC y refiere que su problema se relaciona con el uso de drogas, lo habitual es que se lo derive a una institución o equipo especializado; cuando este problema, contrariamente, emerge a lo largo de las consultas, es posible que no se lo derive salvo en caso de que él así lo solicite [F.26]<sup>59</sup>. Cabe señalar que si bien esto no sucede de modo exclusivo en el campo de las adicciones -se ha hecho referencia durante las entrevistas también a casos de intento de suicidio y de violencia familiar bajo las mismas condiciones- sí tiene lugar en él continuamente. Pese a lo anterior, los profesionales entrevistados se mostraron molestos cuando, durante el transcurso de la entrevista, se insinuó en algún momento posibilidad de que resulte definitorio aquello que el sujeto cree conveniente decir al profesional -más que aquello que efectivamente le pasa. Esta molestia pareciera derivarse de entender como única posibilidad de divergencia entre lo manifestado por el paciente y la problemática que lo afecta al haber sido engañados por el paciente.

Finalmente, interesa aquí insistir en que la existencia o no de equipos especializados en la problemática de adicciones se corresponde -tal como se profundizará en los capítulos Cuatro y Cinco- con el interés de los profesionales de dedicarse a ello. Si esto sucede así respecto de todas las prácticas en general, se pone particularmente de manifiesto en aquellas que -como en lo que al uso de drogas respecta- son vistas por los actores como particularmente “difíciles”<sup>60</sup> de atender.

En segundo lugar, cabe hacer referencia a lo que desde la perspectiva de los actores aparece bajo el rótulo de problemáticas psiquiátricas. En torno a la definición de lo que se entiende por tales problemáticas, tiende a subyacer un supuesto bajo el cual se asimila de modo tautológico

---

<sup>59</sup> La instancia de “Admisión”, a la que se hará referencia en el próximo Capítulo, juega un rol clave dado que los profesionales tienden a definir itinerarios según lo que en ella emerja.

<sup>60</sup> El intento de ahondar en esta caracterización se aproximó a concluir que, en opinión de los profesionales, la dificultad radicaría en que los pacientes definidos como adictos no suelen sostener los tratamientos, al tiempo que “recaen” una y otra vez en su problemática. Una mirada más crítica, no obstante, podría encontrar motivos de otro orden que se relacionan de modo más estrecho con el imaginario social al respecto (He profundizado lo anterior en Adissi, 2008 (h), (i) y (j))

“problemáticas psiquiátricas” a “atención psiquiátrica”, delimitando a las primeras según requieren de aquella segunda. Este deslinde profesional tiene como elemento clave la necesidad de los pacientes de ser medicados: sólo los profesionales médicos están legalmente habilitados para prescribir medicamentos. La medicación configura así el tercer componente de aquella tautología [F.29]. Así, la inserción de psiquiatras en los CeSACs aparece en los relatos como concomitante a la (reciente) distribución de medicación psiquiátrica en estos efectores, y a la correlativa posibilidad -según plantean- de incluir en la atención a pacientes psiquiátricos.

No obstante, debe mencionarse que también, aunque en menor medida, otro de los factores que algunos profesionales ubicaron como obstáculo para que los psicólogos atiendan en los CeSACs a pacientes psicóticos es la eventualidad de un brote. Lo anterior se menciona dado que al indagar con mayor insistencia en torno a la categoría de “pacientes psiquiátricos”, lo primero que se obtuvo fue la remisión a sujetos que padecen lo denominado como psicosis. Algunos profesionales mencionaron en segundo término a lo que denominaron como perversiones -dando cuenta con ello de la difusión de concepciones psicoanalíticas en el campo- y sólo en escasas ocasiones se incluyeron en esta categoría lo definido como autismo o trastornos severos de la infancia.

Junto con la necesidad de medicación -requerida a fin de atender tales problemáticas- convive una implícita atribución de gravedad. Atribución que por momentos llega a deslizarse de tal modo que termina ubicando a los psicólogos como autorizados sólo a intervenir en casos leves, bajo una impronta jerárquica de inferioridad. Los psiquiatras serían así los encargados de atender casos graves; los casos graves estarían a su vez identificados por la necesidad de medicación -y por la eventual posibilidad de un brote. Entonces, nos encontramos nuevamente ante la tautología: la misma definición de una determinada problemática como psiquiátrica implica la atribución de una gravedad tal que requeriría por definición una atención especializada, al tiempo que una complejidad tal que ameritaría una experticia particular.

Reforzando lo recogido en las entrevistas, en al menos dos de las reuniones de red de CeSACs de la Dirección de Salud Mental observadas circularon de modo insistente quejas en torno a las derivaciones efectuadas por distintos motivos desde Hospitales Monovalentes de Salud Mental hacia los CeSACs. Esto fue valorado -con indignación- como un despropósito y como muestra de lo mal que funcionan aquellas instituciones o bien, de la intención de desmantelarlas [F.27].

Pese a la casi generalidad con que se han encontrado tales supuestos, se han podido relevar dos CeSAC cuyos equipos profesionales sostenían otra perspectiva. En estos, consideraban pertinente atender pacientes psiquiátricos, argumentando el carácter integral y cercano al domicilio de los

CeSACs tanto como su misión de atender problemáticas prevalentes [F.28]. Si bien hace relativamente poco ambos CeSACs cuentan con sendos psiquiatras designados, la atención a este tipo de pacientes los antecede, siendo realizada por psicólogas. Dicha atención se articulaba con la supervisión que de la medicación realizaba un clínico o un enfermero, o bien se intentaba que esta sea administrada por el Hospital de Base. En tales experiencias, la posibilidad de que los pacientes tengan un brote era considerada como “muy eventual” y no recurrente, y se confiaba en la posibilidad de realizar una derivación a un hospital monovalente (neuropsiquiátrico) en caso de que tenga lugar.

Resulta evidente que estas experiencias no han circulado lo suficiente como para ser conocidas, de modo de siquiera propiciar el debate al respecto. Mientras sobreviven en los márgenes aquellos usos y concepciones, y resulta hegemónica la equivalencia entre paciente psiquiátrico/medicación psiquiátrica/médico psiquiátrico -tres términos que tendieron a aparecer unificados en casi todos los relatos- la escasa existencia de psiquiatras en los CeSACs<sup>61</sup> lleva a que el destino más habitual que sigue a la catalogación de un paciente como psiquiátrico sea su derivación a un efector de mayor complejidad.

Ahora bien, como término que posee alguna autonomía relativa dentro de aquella trilogía, los psiquiatras que se desempeñan en alguno de los CeSACs cuentan -como cualquier otro profesional- con la posibilidad de elegir realizar otras tareas además de prescribir y controlar medicación, según sus propios intereses e iniciativa. Como dato impresionista, podemos señalar que el único psiquiatra entrevistado sostuvo que el contar con psiquiatras en los CeSACs, y brindar la concomitante atención a problemáticas psiquiátricas, remite a la necesidad de fidelizar o retener a los pacientes: esto es, al contar con medicación en el mismo efector, se facilitaría la adherencia a los tratamientos en general -no sólo a los de Salud Mental [F.30]. Esta lectura en clave de accesibilidad no coincidió con la mayoría de las argumentaciones de los psicólogos, pero no cabría aquí hacer generalización ninguna al respecto.

Finalmente, debe señalarse que el trabajo de campo fue realizado en un contexto que seguramente condicionó los relatos a los que aquí se hace referencia: la movilización colectiva contra el presunto cierre de los Hospitales Monovalentes, autoconvocadas esgrimiendo la defensa de la Ley 448 de Salud Mental. En tanto contexto discursivo, cabe señalar que aquí aparecía con insistencia la asimilación de la Salud Mental a lo definido como problemáticas psiquiátricas [F.31] [Véase Documentos de convocatoria en el Anexo]. El hiato existente entre aquel contexto discursivo y la realidad de la atención en Salud Mental de los CeSACs, da cuenta de la invisibilización que posee el objeto recortado a fin de

---

<sup>61</sup> Se han obtenido distintas versiones acerca de cuántos serían por parte de los distintos actores consultados al respecto; Datos proporcionados por funcionarios del Ministerio de Salud, correspondientes al año 2008 consignan 12, no obstante este documento no puede citarse puesto que está en formato digital y no hace referencia a sus fuentes.

la presente tesis. Invisibilización presente incluso en los mismos profesionales con los que se tomó contacto, dado que muchos de ellos participaron de las movilizaciones o manifestaron adherir a ellas. Si bien aquí no se pretende más que señalar de modo somero ciertos sobreentendidos que atraviesan a aquella Ley, y que ponen en entredicho la apelación que la Ley hace a los CeSACs a fin de evitar la internación de pacientes psiquiátricos, cabe señalar que lo psiquiátrico tiende a poner sobre el tapete, real o imaginario, toda otra serie de cuestiones de índole legal. Dicho de otra manera, pareciera ser que el marco legal de esta problemática presenta lagunas o bien resulta confuso en sus propios términos.

En este sentido, se han recogido interpretaciones desde las cuales se sostenía que al existir un faltante de medicación (hecho que se ha agravado en la última gestión ministerial), el atender a un paciente que la requiere implicaría correr el riesgo de ser acusado legalmente por mala praxis. Un argumento similar ha sido recogido respecto de lo que es planteado como la imposibilidad de realizar una derivación a un efector de mayor nivel de complejidad -dado que en los últimos meses estos han estado reduciendo su cupo. De tal manera, el temor por parte de los profesionales -fundado o no- a recibir una sanción penal pareciera motivar el desaliento a atender estas poblaciones.

#### **\*Otras actividades como específicas del área de Salud Mental en los CeSACs: la promoción de la Salud y la prevención de enfermedades<sup>62</sup>**

Tal como fue hasta aquí descripto, en la mayoría de los CeSACs lo que predomina es la asistencia denominada “clínica” (individual, intramural y a demanda). Tal tarea en sí misma -según se ha recabado- no sólo ocupa la mayor parte del tiempo a la mayor parte de los profesionales: también incluye actividades aledañas realizadas en pos de cualificarla. Capacitaciones, supervisiones y ateneos son así los nombres otorgados a instancias compartidas en donde repensar tal actividad clínica. Hasta donde se ha podido indagar al respecto, los contenidos de estas instancias remiten a conceptualizaciones en torno al psiquismo, al análisis de la obra de autores en términos específicos, y a la singularidad de cada paciente atendido, tomado a modo de “caso”. Sólo se han encontrado referencias ocasionales y aisladas a la inclusión de temáticas referidas al contexto de los pacientes o consultantes (se trate de contexto social, económico, cultural, institucional, etc). Lo mismo puede decirse respecto de los contenidos presentes en proyectos autogestivos<sup>63</sup> de docencia o investigación,

<sup>62</sup> Antes de adentrarnos en este subtítulo, cabe aclarar que no son ingenuos su nombre ni su ubicación; de hecho en las versiones iniciales de esta tesis se insistió con la intención de que esta categoría fuera la primera y que tuviera un nombre por derecho propio -intentos que sólo dificultaban la exposición de resultados y que debieron finalmente ser suplantados por esta versión.

<sup>63</sup> Siempre que se consiga el aval de las autoridades inmediatas, cualquiera de estas iniciativas puede tener lugar de

según se ha podido tomar conocimiento.

Más allá de que, tal como se mencionó arriba, tal predominancia de la tarea clínica y sus instancias aledañas se vincula con la formación profesional, con las actividades desempeñadas en el ámbito privado y con la magnitud con que se la demanda, algunos profesionales suscriben además la pertinencia de abocarse sólo a esta actividad. En los argumentos utilizados para sostener esto, cobra cuerpo la construcción del par asistencia/prevención, como finalidades posibles de la tarea en un CeSAC. Así, por un lado se encontró quienes sostienen que es en la asistencia donde se encuentra la especificidad del área definida como “psi”, dado que por definición aquello entendido como neurosis no podría prevenirse. En un sentido casi inverso, también hubo quienes manifestaron que toda asistencia es inherentemente preventiva<sup>64</sup> [F.32]. Sólo en un caso el argumento se colocó por fuera de aquel par: un profesional refirió su rechazo a la realización de actividades comunitarias argumentando que ello implicaría asimilarse al contexto cotidiano de los sujetos cuando el rol específico se vincularía, por el contrario, a permanecer en el lugar de la diferencia, que es justamente el que posibilitaría alojar la singularidad.

Sumado a lo anterior, muchas veces los profesionales entienden que los dispositivos clínicos cumplen en estos sectores poblacionales una función paliativa, a la cual se agrega eventualmente su funcionalidad habitual. Si bien no lo plantean de este modo, esto es lo que puede deducirse de sus argumentos. Es que, según tales argumentos, la propuesta de base del dispositivo clínico consistiría en brindar espacios en los que se produce una escucha atenta al deseo y a la singularidad de cada sujeto. En tanto vivencia, la posibilidad de ocupar tal posición -de ser “escuchado”- es algo de lo cual los sujetos pertenecientes a sectores empobrecidos carecerían aun más que otros sujetos. Así, el dispositivo clínico sumaría a su eficacia intrínseca el beneficio de proveer una situación a la que, dadas sus condiciones de vida, no resulta frecuente que tales sujetos accedan. Dicho de otro modo, si los dispositivos clínicos pretenden con lo que se denomina su “enquadre”<sup>65</sup> representar un distanciamiento respecto del fluir de la vida cotidiana, esta diferencia sería aun más pronunciada para quienes son atendidos en un CeSAC. Volveremos más adelante a mencionar otras aristas de esta función, a la que denominamos en este trabajo como *paliativa*.

---

modo autónomo, tal como será profundizado en los próximos capítulos.

<sup>64</sup> Como ejemplo del carácter controversial de los argumentos, se ha relatado que cuando hubo en un momento una fuerte bajada de lineamientos en la que se conminaba al trabajo comunitario -en las primeras épocas de la apertura democrática- un equipo profesional, germen del que actualmente se encuentra en un CeSAC realizando exclusivamente atención clínica, sostuvo que la terapia familiar al tener carácter preventivo y grupal suplantaba de modo apropiado a lo comunitario.

<sup>65</sup> En palabras de los actores

Ahora bien, no es otra la finalidad que puede encontrarse orientando otras intervenciones en el área de Salud Mental, distintas al dispositivo clínico. De hecho, es uno de los fundamentos más encontrados en torno a intervenciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, también denominadas como “actividades comunitarias”<sup>66</sup>: propiciar que los sujetos puedan elegir -lo que fuere, pero que puedan experimentar el hecho mismo de hacerlo, algo a lo que se supone que estos sectores tienen poco acceso [F.33]. En un lugar al que, entonces, podríamos calificar de subalterno, la asistencia tradicional se combina con algún otro dispositivo de trabajo comunitario, aunque no siempre ni todos los profesionales combinan ambas actividades. Es decir, en el marco de los CeSACs puede no haber ningún profesional que realice estas tareas, o bien existir uno sólo o un grupo de ellos que las lleven adelante a tiempo parcial.

Sólo se han recogido relatos sobre dos excepciones a aquella predominancia. Resulta llamativo el hecho de que tales excepciones estaban fundadas en la defensa de que sería esta la injerencia específica del área de Salud Mental en los CeSACs -el realizar actividades de Promoción y Prevención, dejando la asistencia para otros niveles de atención. En un caso se encontró un grupo de profesionales de Salud Mental (que no incluía a la totalidad de ellos en el efector) actualmente dedicado, y desde hace unos años, de modo exclusivo a actividades comunitarias; en otro caso, los únicos dos profesionales de un efector habían suspendido la asistencia durante algunos años en el pasado, según se recogió en los relatos.

Existe, entonces, el despliegue de una oferta de promoción y prevención en los CeSACs, que por lo general ocupa un lugar subalterno respecto de las actividades vinculadas a la atención clínica. Esta oferta se encuentra conformada principalmente por talleres y charlas, brindados en su mayoría a poblaciones cautivas -en salas de espera o en establecimientos educativos- sobre una variedad de temáticas que incluyen tanto problemas de orden biomédico (dengue, tuberculosis, rubéola, diabetes, entre otros) como otras más ligadas a lo vincular (entre las más frecuentes, Salud Sexual y Reproductiva y prácticas de crianza -estas últimas, tendientes a promover la facilitación del proceso evolutivo de los niños). Tanto en un caso como en el otro, el destinatario privilegiado -de modo explícito o implícitamente delimitado- son las mujeres en su rol de madres.

Pueden encontrarse además espacios de consejería o consultoría, consistentes en entrevistas individuales que pueden repetirse aunque sin comprometer a quien consulta en su sostenimiento. Estos espacios se abocan mayormente temáticas puntuales, entre las que también posee un lugar importante lo referido a Salud Sexual y Reproductiva, estando muchas veces tales espacios de

---

<sup>66</sup> En palabras de los actores

consejería vinculados de distinto modo a la entrega de métodos anticonceptivos o al testeo de VIH. Asimismo, se han referido distintos grupos coordinados interdisciplinariamente, destinados a pacientes que padecen distintas problemáticas de corte biomédico (tuberculosis, diabetes, hipertensión, tabaquismo, etc).

Por otra parte, se han encontrado referencias a espacios de mayor inespecificidad principalmente ofrecidos a los grupos que arriba hemos señalado como considerados más vulnerables. Nos referimos a los poblacionales más jóvenes pero que también -en el otro polo- tienen a los adultos mayores como destinatarios. Se trata de espacios donde las propuestas son de índole lúdico-recreativa (juegotecas, espacios de promoción de lectura, encuentros de recreación, entre otros). La finalidad de estos espacios es claramente ubicada en brindar oportunidades que se encontrarían presentes en otros sectores sociales y no aquí, y que se asociarían a un modo de vida saludable. Estas oportunidades tienen que ver con el desarrollo de la imaginación, la creatividad y el divertimento, en líneas generales. Cuando las poblaciones son adolescentes, la motivación de los profesionales -según han relatado- orientada hacia la compensación -dentro de lo posible- de las deficitarias condiciones de vida, lleva a que la mayoría de estas ofertas incluya la orientación vocacional y la prevención de la deserción escolar.

Finalmente, también dentro del orden de lo inespecífico, resulta frecuente encontrar que se participa de actividades barriales (tanto puntuales como en el caso de algún festejo o conmemoración como sostenidas en el tiempo, relativas a la gestión de algún espacio compartido -un parque, por ejemplo) generadas desde redes locales, ONGs u otras instituciones cercanas.

Si en cuanto a la clínica individual existen una multiplicidad de atribución de sentidos posible, esto quizás se multiplique aun más para cada una de aquellas intervenciones, tan escasamente sistematizadas. Aunque a diferencia de lo que sucede con la tarea clínica -realizada casi siempre por los profesionales en otros ámbitos, de modo simultáneo- los sentidos atribuidos a las intervenciones comunitarias suelen estar en relación directa con lo que cada profesional considera como injerencia específica vinculada a su inserción en el marco de un CeSAC. Como resultado y causa a la vez de esta dispersión de sentidos, debe mencionarse que no sólo no se encuentra (tampoco) normatizado lo que a actividades de promoción y prevención respecta, sino que tampoco resulta sencillo encontrar material escrito (sea planificaciones, ateneos, presentaciones a Jornadas o Congresos, u otros géneros) en el que los profesionales conceptualicen este tipo de prácticas. De tal modo, los criterios no sólo surgen de modo atomizado, sino que también circulan de la misma manera.

La contrapartida de aquella indefinición llega a convertirse, para los profesionales, en una virtud de

estos espacios: cualquier profesional puede insertarse en ellos puesto que poseen la capacidad de albergar casi cualquier inquietud personal. Cabría la hipótesis respecto de hasta qué punto esta flexibilidad no se encuentra reforzando la incomunicabilidad de estas experiencias -lo cual se refleja en la dificultad de indagar acerca de ellas: se ha encontrado con frecuencia que los distintos profesionales que participan de una misma actividad posee cada cual una versión completamente distinta acerca de usos y argumentos relativos a tal actividad. Esto se pondría de manifiesto con el déficit de transmisión de estas experiencias: por lo general, los profesionales conocen sólo las actividades en las que se han involucrado personalmente.

Aun entre la dispersión de sentidos es posible, sin embargo, hallar un núcleo común presente en los distintos argumentos. Nos referimos a la remisión a la asistencia como instancia central y determinante. Podemos colegir que este lugar se debe a lo inicialmente planteado: distintos intereses de los profesionales derivan en ello -su formación previa, el hecho de ser el tipo de práctica capitalizable de modo privado. También, a la cantidad de demandas por derivación recibidas: ante la falta de explicitación respecto de su misión, quienes derivan otorgan al área de Salud Mental sus propios sentidos, volviéndola funcional a otras instituciones. Además, cabría quizás preguntarnos si ello no se debe en parte por la fuerte gravitación que sobre un espacio indefinido posee otro cuyo contorno y sentido se encuentra mejor delimitado. El resultado es la propensión a atribuir un carácter periférico a las actividades comunitarias [F.34].

Tan es así que en ocasiones algunos profesionales llegan a realizarlas con el sólo objetivo de obtener visibilidad en su presentación ante la población como profesional de Salud Mental. Dicho de otro modo, se las considera como medio de generación de demanda, más que teniendo un fin en sí mismas<sup>67</sup>. Se han recogido también relatos donde, tras entender que la gente no se acerca al CeSAC por desconocer que se trata de un Centro de Salud (principalmente, en aquellos casos donde este funciona en una edificación que anteriormente tuvo otra finalidad), se promueven actividades comunitarias para hacerlo conocer como efector en términos generales, además de presentar a cada uno de los profesionales -aunque sin explicitar a qué se dedica cada uno. La recurrencia con que han sido recogidos este tipo de relatos, en los que se da por supuesto que la población conoce exactamente qué realiza un profesional de la Salud Mental y, junto con aquello, en qué encuadre, podría llevar a hipotetizar la existencia de un hiato en el vínculo con la población -o, en otros términos, a problematizar cuánto de aquel supuesto tendrá asidero en la realidad de estos sectores. Nuevamente, nos encontramos con un terreno invisibilizado por los actores: el interpretativo (sea tomado en su aspecto social, cultural, u

---

<sup>67</sup> Tal como comentó un psicólogo que cuando no tiene pacientes, sale a jugar con los adolescentes al fútbol

otros).

Consagrando así su lugar subalterno en el mismo gesto de promoverlas, no sólo se defiende la pertinencia de las actividades comunitarias como modo de alentar la consulta. También han podido encontrarse en esta línea una variedad de argumentaciones según las cuales resultarían espacios óptimos a fin de realizar una detección temprana de problemáticas atinentes a la Salud Mental. Así, por ejemplo, la realización de una juegoteca permitiría detectar niños con problemáticas varias a los que derivar a tratamiento psicológico, psicopedagógico o eventualmente psiquiátrico. El corolario de este modo de concebir las actividades es que, al ser ellas un medio para favorecer la asistencia, se convierten en dependientes de la disponibilidad de aquella. Así, mientras se tiende a promover el despliegue de actividades comunitarias cuando existen turnos disponibles -al inaugurarse un nuevo efector o insertarse un nuevo profesional- varios profesionales son contrarios a realizarlas cuando ya existe lista de espera, argumentando que ello da como resultado la generación de una demanda insatisfecha. Otra de las implicancias de este lugar periférico es la supeditación de las temáticas abordadas a la existencia de profesionales especializados en ellas, lo cual deriva en que por más que alguien demande la realización de talleres sobre violencia o drogas, estos temas -en los que se suele considerar que es necesaria una experticia particular- tiendan a ser evitados.

En una línea similar respecto de las actividades de promoción y prevención como medios y no como fin en sí mismas, resulta común encontrar profesionales que ubiquen como objetivo de aquellas el facilitar la accesibilidad al Sistema de Salud como un todo. En este caso, dado que la referencia es la atención en general, y no un área específica dentro de ella, las actividades comunitarias poseen un mayor margen de libertad respecto de los equipos asistenciales del área de Salud Mental. Hay quienes incluso argumentan que tales actividades derivan en una accesibilidad ampliada a las instituciones públicas, puesto que se vinculan a lo denominado como “empoderamiento” de las poblaciones, que debería redundar en pos de exigir que se cumplan sus derechos. Desde esta perspectiva -ligada mayormente a las propuestas comunitarias de tipo inespecífico arriba mencionadas- se abriría así la posibilidad de oficiar a modo de red, entre sectores “desenganchados” y recursos disponibles, sean estos del área de Educación, Justicia, Desarrollo Social, o incluso recursos barriales no dependientes de la órbita estatal. Incluso en algunos de ellos se habría sistematizado la información sobre recursos del Estado disponibles, siendo el armado de tales enlaces y recomendaciones parte fundamental de aquellos. Así, aprender a gestionar una vacante en una escuela para sus hijos, o a realizar una denuncia en una Defensoría, o conocer que existe una murga en el barrio o un taller de oficios, serían potencialidades derivadas de la participación en estos espacios. De tal modo, y nuevamente desde un

rol *paliativo*, las actividades comunitarias cumplirían una función de integración social que se encontraría vacante. Integración que tiene la particularidad de poner en contacto no sólo a los sujetos entre sí, sino también para con actores dotados de cierto margen de poder en términos de acceso a recursos, como son los profesionales. Cabe señalar que este modo de concebir la funcionalidad de las actividades comunitarias lleva a desacreditar a estas por parte de muchos profesionales que eligen mantenerse al margen de ellas, argumentando que lo que se provoca, dado que no existen respuestas concretas a las problemáticas de estas poblaciones -sea en términos de trabajo, vivienda, oportunidades educativas, etc- es reproducir el “peloteo institucional”<sup>68</sup> que suelen padecer estos sectores poblacionales. Dicho de otro modo, estos espacios trabajarían -según tales argumentos- en base a la ilusión de la existencia de unos recursos de distinta índole que en realidad no están disponibles, desalentando aun más a las poblaciones al multiplicar trámites y decepciones.

Volviendo a los sentidos atribuidos a las actividades de promoción y prevención, dentro de la dispersión se encontró también cierta coincidencia respecto de que la especificidad de estar inserto como profesional en un CeSAC es la participación en actividades interdisciplinarias. Cabe recalcar, no obstante, que lo entendido por “interdisciplina”<sup>69</sup> es también un sobreentendido. De tal modo, hay quienes argumentan que esto implica aportar su saber profesional en torno a dimensiones específicas cuando otros profesionales intervienen -frecuentemente, para los profesionales de Salud Mental, las particularidades de cada etapa vital al realizar charlas o talleres para padres sobre crianza y puesta de límites, o actividades lúdico-recreativas con niños o adolescentes. Pero también, quienes sostienen que la interdisciplina consiste en trascender el aporte profesional llegando a ocupar un rol indiferenciado como muestra del abordaje integral de las problemáticas, participando en actividades barriales o comunitarias inespecíficas tanto como específicas en temáticas biomédicas -prevención del dengue, campañas de vacunación, etcétera [F.35]. Ambas concepciones poseen también sus detractores. En el caso de las primeras, hay quienes se niegan a participar en espacios de esta índole generados en el CeSAC donde se inserta sosteniendo que se trata de una mera yuxtaposición y no de interdisciplina. En el caso de las segundas, varios profesionales argumentan su inconveniencia dado que -sostienen- implica ello fundirse perdiendo la especificidad “psi” y por tanto, negando a la población el plus que como profesional debería aportarse. Por otra parte, algunos sostuvieron además que lo interdisciplinario es algo que va de suyo en un CeSAC, dado que la asistencia individual tiene por destinatario a poblaciones que se comparten con otros profesionales y que toman a estos efectores

---

<sup>68</sup> En palabras de los actores

<sup>69</sup> En palabras de los actores

como lugar de referencia a lo largo de los años sosteniéndose en ellos. Para este último grupo de argumentos, el tamaño de los CeSACs y la cercanía de la población atendida favorecería per se la interconsulta continua y el intercambio sobre casos conocidos hace años, implicando un abordaje que necesariamente se volvería integral sin precisar de otros artificios<sup>70</sup>. Finalmente, cabe mencionar que se han encontrado profesionales que desisten de participar en actividades de prevención y promoción en base a sostener que el rol necesario para una buena atención clínica, esta no resulta conciliable con el hecho de que los pacientes -reales o potenciales- tomen contacto con el profesional cuando este desempeña otras actividades, o bien cuando este se vincula con otros miembros de su misma familia (lo cual tiende a suceder en las actividades de promoción y prevención)<sup>71</sup>.

*Para cerrar este capítulo, cabe resumir lo expuesto comentando el carácter indeterminado que la inserción de cada uno de los profesionales adquiere, dependiendo sólo de su exclusiva decisión el cómo ocuparlo. El resultado es una dispersión de sentidos y usos entre los cuales, no obstante, pueden encontrarse algunas regularidades, que no obstante ponen de relieve el rol de actores y agentes sociales en la configuración de la oferta de atención en Salud. Como se profundizará en los próximos capítulos, esto conlleva la volatilidad de las prácticas, de modo concomitante a la alta permeabilidad que los espacios poseen respecto de intereses particulares. La inexistencia de instancias coordinadoras se pone así de manifiesto en una dispersión de ofertas en salud y concepciones que no refiere a una polifonía, a una variedad de apropiaciones hechas en un terreno común, sino que -según la hipótesis que configura esta tesis- sólo se vuelve inteligible al vincularla con*

---

<sup>70</sup> Lo anterior puede ser dicho a fin de englobar de algún modo la diversidad de lo recogido en campo. Ahora bien, hemos elegido mencionar aquí sólo uno de los argumentos singulares, esto es, sostenido sólo por un entrevistado. Esta mención excepcional se basa en el hecho de que este profesional, que fue quien argumentó con mayor sistematicidad acerca de la especificidad de la inserción en estos contextos, diseñó y gestionó por propia iniciativa una cátedra optativa en una Facultad pública de Psicología acerca del rol de los psicólogos en actividades comunitarias e interdisciplinarias. Desde dicha cátedra, este psicólogo postula su concepción de la jurisdicción específica del área de Salud Mental en los CeSACs. Según este profesional, lo específico de estos ámbitos sería abordar la Salud Mental en tanto calidad de vida. En este sentido, problemas que van desde la falta de escolaridad, pasando por los abortos mal realizados, o la dificultad de soportar soportar la adherencia a tratamientos largos y difíciles por efectos colaterales (como en el caso de la tuberculosis), al ser abordados desde cualquier intervención en salud se estaría contribuyendo a la prevención del padecimiento psíquico. Por ende, el rol estaría vinculado a una dimensión transversal presente en las intervenciones cuando se las piensa desde la Salud y no desde la enfermedad -lo cual según él coincidiría con la misión de los CeSACs. Cabe señalar el hecho de que pese a tal argumentación, este profesional destina parte importante de su tiempo de trabajo a la asistencia clínica, entendiéndola como necesaria debido a la gran cantidad de demandas recibidas en tal sentido y al ínfimo plantel profesional existente para darles curso, mientras que plantea dificultades para conciliar el tiempo que dedica a esta con aquel en que se aboca a actividades de tipo comunitario.

<sup>71</sup> Hay quienes atribuyen esta dificultad a la degradación de las condiciones de trabajo, que llevarían a prácticas reñidas con los principios disciplinares entre las que no sólo se incluye el ser referentes de ofertas de variada índole -como coordinar una juegoteca y después atender en el consultorio- sino también asistir personas con algún tipo de vínculo entre sí -familiares o allegados.

*la falta de una estructura que otorgue coherencia al conjunto.*

## **Capítulo Dos- Usos organizativos: el punto de contacto con la población**

*“Desde el momento en que el jefe del CeSAC está controlando el horario, también controla si vos cumplís o no con tu función, o sea, si atendiste o no la cantidad de personas que vienen y están citadas” (entrevista a funcionario del Ministerio de Salud)*

*“Abrí la asistencia a quien lo necesitara...ehhh... sin tope, sin límite, hasta el momento que me vi desbordado. A partir de allí, cerré la... la asistencia, y acepté sólo derivaciones de los distintos profesionales del Centro de Salud, entendiendo que quien ya había entrado por alguna ventanilla, a nuestro sistema y a nuestra institución, merecía alguna asistencia diferencial en relación a otros (...) Lo hice porque se me ocurrió hacerlo así. Nadie me dijo ni que sí, ni que no...” (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)*

*“(...) con esta cuestión de “voy al centro de salud, hago esto y ya que estoy acá...pido, pido, pido”... estee... “ya que estoy”... Entonces la idea es ‘voy al psicólogo como voy al médico, total es gratis, voy una vez y ya está’, cuando hay una cuestión de que ir al psicólogo implica un costo, digamos, o sea que... tiene que poner algo de uno ahí.. y entonces lo que pasa es que después no continúan el tratamiento (...)” (fragmento de entrevista, psicólogo de CeSAC C)*

### **El contacto con la población desde una pluralidad de usos discrecionales**

La Declaración de Alma Ata establece que la APS debiera ser el primer punto de contacto con la población. Podría resultar entonces interesante observar, más allá de lo normativo, cuál es el primer punto de contacto real de la población con los efectores. Es a ello a lo que se intentó acceder, tomando contacto con la productividad efectiva de las prácticas, antes que suponerlas a priori como homogéneas. Dado que en el Capítulo anterior se sugirió la existencia de una paradoja respecto de que a lo singular sólo se accede mediante una serie de conjeturas respecto de la categorización de los consultantes, interesa observar prácticas que den cuenta de los *principios de visión y división* (Bourdieu, 2007) de la población perteneciente a sectores empobrecidos, a través de los cuales lo individual es recortado de lo social en pos de brindarle asistencia -dicho de otro modo, a través de los cuales se eslabona el proceso de *individualización de problemáticas sociales*.

Los argumentos pueden alejarse de las prácticas, dado que presuponen la comprensión que de ellas tienen los sujetos además de otros puntos de escisión entre lo que se dice y lo que se hace (entre ellos, lo que se cree conveniente manifestar en una situación de entrevista). No obstante, existen algunas dimensiones cuyo correlato en términos de prácticas es más directo que en otras, es decir, que son más fácilmente objetivables pese a acceder a ellas a través del relato. Se trata precisamente de aquellos accionares que, de tan cotidianos, aparecen como obvios. Este carácter de obviedad tiende a

implicar que aparezcan, para los actores, como desligados de toda valoración sobre lo correcto o incorrecto, al tiempo que sorprende la pregunta por ellos. Al solicitar la descripción de los usos concretos que tienen lugar ante situaciones específicas, nos encontramos en un terreno que linda más con el accionar de los sujetos que lo que sucede al inquirir por cuestiones de orden más general o globalizante. En otras palabras, si bien se accede a través del discurso, no es lo mismo preguntar por prácticas concretas que por representaciones, y en esto estriba parte del desafío de un abordaje cualitativo.

Mientras el foco de los profesionales suele estar puesto en los contenidos específicos de sus prácticas, en los sentidos que ellos les atribuyen, resulta menos habitual encontrar la misma tematización respecto de cuestiones aledañas de aquellas. Entenderemos aquí a aquellas cuestiones aledañas como bordes de la práctica, esto es, como aquello que distingue y delimita un accionar al marcar su frontera. Es en uno de esos bordes que ubicaremos entonces al punto de contacto con la población. Llamamos punto de contacto a aquellos gestos mínimos, básicos, que probablemente contribuyan a sentar, ante los ojos de los legos, algún tipo de criterio orientativo respecto a cómo funciona este área, cómo manejarse y qué esperar de ella. En otro de esos bordes, quizás menos perceptible, ubicaremos a los modos en que se gesta y define este punto de contacto: entre quiénes, de qué forma, en base a qué lineamientos, con qué intenciones. Ambos bordes implican priorizar a quién se asiste y proponerle un determinado tipo de vínculo de modo más o menos explícito: cuestiones de orden cotidiano que hacen a los modos concretos en que funciona la oferta de atención en Salud Mental en los CeSACs. De tal manera, este Capítulo tiene como meta el contribuir a desustancializar lo que bajo el concepto de atención de la Salud pareciera connotar un acto técnico y monolítico. Se trata, entonces, de observar la discrecionalidad con que son usados los espacios institucionales, a través de comprender los modos en que el particularismo configura la cotidianeidad de las instituciones. En otras palabras, de observar cómo a falta de criterios preestablecidos, emerge una pluralidad de criterios particulares.

### **Tácticas de organización de la asistencia**

Una circunstancia conflictiva al organizar la atención en Salud -característica del Subsector Público, según han referido los entrevistados- es de qué modo responder cuando la demanda supera a la posibilidad de respuesta. Si este estrangulamiento cobra materialidad en los Hospitales bajo la forma de largas hileras o “colas” en la espera de obtener un turno, en los CeSACs en cambio se materializa en las listas de espera. Cuando lo que se oferta, por definición, implica la necesidad de dedicar un

tiempo considerable a la singularidad de cada paciente atendido, no sólo en cada encuentro sino a lo largo del tiempo, como suele ser lo distintivo en el caso de la Salud Mental, las largas listas de espera aparecen como un dato ineludible de la práctica. Resulta esperable que entonces se encuentre algún tipo de preocupación respecto de cómo resolver la entrega de turnos. Aunque no siempre esto se convierte en un tema preocupante para los profesionales.

Algo similar podemos decir, en otro orden, respecto del sostenimiento de las propuestas terapéuticas. La adherencia a los tratamientos es por derecho propio un rubro problemático al interior del campo de la Salud (Martín Alfonso, 2004). Cuando lo propio de una modalidad de asistencia consiste en sostener un encuentro semanal durante un lapso de tiempo más o menos prolongado, como es el caso mayoritario de los abordajes asistenciales en Salud Mental, podría resultar lógico que la deserción o abandono de aquel encuadre sea vista como un problema. No obstante, esto no siempre resulta problemático para los profesionales.

Entenderemos aquí a la organización de la entrega de turnos y al manejo de la adherencia al tratamiento como modos de organización de la asistencia. En la caracterización que se viene haciendo de los CeSACs se ha insistido sobre la convivencia de distintos argumentos y prácticas no sólo entre efectores, sino también al interior de ellos mismos. En lo que a la organización de la asistencia respecta cada CeSAC, cada Equipo o bien cada profesional -según el grado de cohesión que exista en cada caso al interior del establecimiento- suele tener una concepción distinta respecto del modo considerado conveniente. Esto incluye a su vez el que puede ser que un CeSAC, un equipo o un profesional aislado ensaye distintas respuestas a lo largo del tiempo, según va modificando su criterio de conveniencia. Como resultado de lo anterior, pueden encontrarse profesionales o efectores probando estrategias que otros ya han descartado por ineficientes. También, la población puede encontrar una variedad amplia de modos en que se le solicita u ordena que acceda a un turno. Se considerará entonces lo que se describe a continuación como dato del funcionamiento de un conjunto de instituciones cuya institucionalidad, paradójicamente, es precaria.

Cabe aclarar que, dado que la intención de este capítulo es presentar lo anterior ordenándolo de algún modo, lo que se expone en él pese a hacer alusión de modo casi exclusivo a lo que sucede con la demanda espontánea de asistencia, se considera como punto estratégico desde el cual acercarse a los usos a través de los relatos.

### **De cómo se accede a la asistencia (y cómo se arman las listas de espera)**

Cada establecimiento tiene un sistema diferencial de entrega de turnos; muchas veces, incluso, más de un sistema puesto que –como se irá describiendo- puede haber varios equipos de Salud Mental o bien varios profesionales trabajando en un mismo efector pero sin articulación entre sí. Dentro de estos sistemas de entrega de turnos, suelen incluirse distintas formas de aliviar la congestión de la demanda. Dicho de otro modo, mediante tamizajes iniciales, muchas veces no visualizados como tales, se acota el número de la población que accede a una primera entrevista. Siendo que los profesionales consideran que la necesidad de un tratamiento sólo puede ser conocida merced a una entrevista inicial, y que aquí lo que está en juego es la posibilidad de acceder a un primer encuentro, el tamizaje inicial no responde a criterios técnicos. De hecho, el criterio técnico aconseja atender a cualquiera que así lo demande. En consecuencia, el primer modo de acotar la demanda es según variables como el domicilio y la cobertura de salud: en algunos efectores se ha tomado la decisión de no atender a quienes no pertenecen al área asignada al CeSAC, o a quienes se acercan desde la Provincia de Buenos Aires, o a quienes tienen obra social. Pero los criterios son dispares, con lo cual la población no tiene una regla general sobre la atención a la cual atenerse. Cabe aquí hacer una aclaración con implicancias de orden metodológico, y es que la legislación vigente en Salud en la Ciudad (Ley Básica N°153) plantea explícitamente la impertinencia de tales sesgos en la oferta de turnos, sosteniendo el deber de atender a todo aquel que lo solicite sin necesidad de considerar otras variables. De hecho en los casos en que los entrevistados han mencionado estos mecanismos, han insistido en aclarar su conocimiento de que aquello constituye una infracción, al tiempo que señalado que para responder al marco normativo existente serían necesarios una cantidad de recursos con los que se está lejos de contar [F.36]. De tal modo, existe la posibilidad de que aquel tamizaje sea aun más frecuente de lo que ha podido recolectarse en campo. Retomando este hecho, pero ahora no en sus implicancias metodológicas, debemos señalar que lo que aquí se enumera está haciendo referencia a las prácticas que se construyen a fin de suturar la premisa de una Ley que en los hechos resulta incumplible.

Una vez traspasado aquel primer tamiz por parte de la población, mientras en algunos casos los turnos se entregan en la Administración o Mesa de Entradas (esto es, se entregan del mismo modo que para el resto de los profesionales del CeSAC), en la mayoría de los CeSACs con que se tomó contacto estos eran otorgados directamente por los profesionales. A fin de salvar la contradicción que esto pudiera implicar, resulta frecuente encontrar preestablecido un día -semanal o mensual, en su mayoría- en el cual hay que acudir para obtener por parte de los profesionales un turno. Así, siendo la instancia de

entrega de turnos el primer momento en que se toma contacto con los profesionales, esta puede o no coincidir con la primera entrevista, llamada de “Admisión”<sup>72</sup>.

Siendo que la denominación de “Admisión” pareciera en principio resultar clave a fin de comprender de la delimitación de jurisdicción profesional -y con ella, el deslinde entre lo individual y lo social que opera en la asistencia “psi”- esta instancia fue particularmente indagada. Por tanto, si bien la “Admisión” interesa aquí en términos de organización de la asistencia, se vuelve necesario aludir brevemente a lo que los actores pueden entender por ella. Así como cabe señalar que algunos profesionales prefieran no utilizar tal instancia, cabe también hacer la aclaración de que existe la posibilidad de que el nombre de “Admisión” sea asimismo utilizado para hacer alusión a distintos tipos de entrevistas [F.37]. Intentando ubicar puntos en común a fin de describir aquello pese a tal pluralidad -y evitando entrar en un nivel de análisis técnico o disciplinar- puede señalarse que la Admisión suele cumplir dos funciones básicas: la misma entrega de turnos y, en el caso de tratarse de un equipo de profesionales, el sopesamiento de cada consultante para asignarlo a un determinado miembro de aquel equipo -lo cual muchas veces se vincula con la disponibilidad o no de turnos por parte de cada uno de ellos [F.38]. Más allá de esto, resulta frecuente encontrar que algunos profesionales atribuyen a esta instancia un plus, desprendido de aquellas mismas acciones: producir cierto alivio a los consultantes por el hecho de ser escuchados. Una virtud agregada es, según algunos profesionales, la potencialidad de esta instancia de ser el espacio en donde valorar el caso en términos de urgencia [F.39].

Aminorar y detectar la urgencia serían así, para muchos profesionales, las otras dos funciones de este espacio. Ahora bien, según otros profesionales, por el contrario, la “Admisión” sería una instancia desalentadora del acercamiento [F.40]. Pivoteando entre ambas lecturas se encuentra una tercera, desde la cual se sostiene que la Admisión permitiría diferir el momento de la asistencia en relación con el momento de la demanda, sentando las bases de una atención que requeriría un costo y un compromiso en el tiempo por parte de quien decida ocupar el lugar de paciente. En esta tercer lectura, no se trataría de un desaliento a secas, sino de la posibilidad de que el consultante evalúe qué tanto le interesa ser allí atendido, de la mano con lo que esté dispuesto a poner en juego -en principio, la espera [F.41].

Finalmente, en lo que al sentido estricto del término “Admisión” respecta, sólo diremos aquí que salvo casos puntuales donde la *presentación de sí mismo* (Goffman, 2006) lleva a que se considere necesaria la intervención de un equipo especializado -esto es, cuando alguien se presenta diciendo

---

<sup>72</sup> En palabras de los actores

que su problema es específicamente “ser adicto” o “ser mujer golpeada”<sup>73</sup>- la admisibilidad como criterio es potencialmente omniabarcativa. En otras palabras, no se han obtenido relatos de situaciones en donde la admisión concluya en que no se considera necesaria la asistencia: siempre ella resulta en tomar al paciente a fin de intentar un tratamiento –sea dándole un turno en la lista de espera o no- o bien en derivarlo a otra instancia<sup>74</sup>.

Sea cual fuere el sentido que se le atribuya, la instancia de “Admisión” es referida como un dispositivo en estrecha correlación con la existencia de listas de espera, así como con el -siempre latente- abandono de la decisión de realizar una consulta, por parte de los sujetos [F.42]. Esto es así incluso para quienes entienden que las inasistencias son algo esperable, puesto que implicarían que el consultante bien no está dispuesto a comprometerse con una terapia o bien no tuvo suficiente empatía para con el profesional que lo atendió. Ahora bien, para quienes consideran como un problema la asociación entre las listas de espera y el abandono de la consulta, el ensayar intentos de resolución de la entrega de turnos [F.43], junto con el moldeado (o desaparición) de la instancia de Admisión, se vuelven el punto clave donde probar mecanismos que contribuyan a favorecer el sostener la consulta en el tiempo. Como resultado de tales ensayos, existen efectores en los que se propone una instancia de Admisión periódica (semanal, quincenal, mensual, etcétera) en la cual se entregan turnos en base a la consideración del “caso por caso”, mientras que también hay CeSACs donde la entrega de turnos es por vía administrativa, o que no se atiende -temporaria o permanentemente- a la demanda espontánea sino que sólo se trabaja con casos llegados por derivación. También hay efectores en los que, dada la convivencia de distintos equipos o profesionales de Salud Mental trabajando de modo aislado, convivan distintos sistemas de entrega de turnos. Como efecto de conjunto podemos plantear que existen CeSACs donde se superponen mecanismos, que en cada CeSAC existen modos de organizar la entrega de turnos que es necesario inquirir -y no es posible anticipar- y que al mismo tiempo, como se pasará a describir, existen profesionales y equipos que combinan más de un criterio. Lo anterior configura, cabe insistir, un área *poco inteligible* (Goffman, 2006) con los efectos de disruptividad que esto puede traer aparejado desde la perspectiva de la población.

Complejizando lo anterior, debe agregarse que mientras algunos profesionales y equipos consideran que un “encuadre” estricto –esto es, el sostener una misma condición inamovible para entrevistar tanto

---

<sup>73</sup> Ambas expresiones, en palabras de los actores

<sup>74</sup> En relación con la *presentación de sí mismos* (Goffman, 2006), se ha sabido de pacientes que han acudido a administración diciendo o que estaban deprimidos o que querían suicidarse y fue la administrativa quien decidió la derivación. Una psicóloga que pertenecía a un Equipo de Urgencias Subjetivas comentó que al empezar este equipo se dio a conocer en los distintos efectores y recibió algunos de estos casos por tal vía.

la primera vez como las sucesivas a quien consulte- es aquello que garantiza la calidad de la asistencia, otros consideran que la especificidad misma de trabajar en estos contextos es lograr la flexibilidad sin por ello perder rigor profesional. En estos últimos casos, resulta habitual encontrar que si bien se recurre a una lista de espera o la “Admisión”, al mismo tiempo se exceptúa a algunos consultantes de atenerse a ellas. Tal excepción puede producirse siguiendo distintas valoraciones. Uno de los criterios más frecuentes resulta de tomar en consideración la trayectoria institucional reciente del consultante -pese a que esto no sea aludido de este modo por los profesionales. Es aquí que entran a jugar un rol definitorio las derivaciones, tanto aquellas formales comentadas en el capítulo anterior, como aquellas de carácter más bien informal -principalmente las provenientes de otros profesionales del CeSAC. En consonancia con lo anterior, se ha encontrado, por ejemplo, que en algunos CeSACs se otorga prioridad a aquellos sujetos que vienen con una “derivación interna”<sup>75</sup> (realizada por otro profesional del mismo establecimiento) [F.44], o bien a alguien que viene derivado por un Equipo de Orientación Escolar (y que de este modo se considera estando bajo el programa de Salud Escolar). También se pueden encontrar CeSACs o profesionales que otorgan prioridad en la atención a aquellos que llegan por derivación de alguna institución local (por ejemplo, una Defensoría), o a aquellos que se acercan a través de un Oficio Judicial. Más de una vez existen una serie de criterios desarticulados que se ponen en funcionamiento de modo aleatorio. Si lo anterior configura un mapa abigarrado, cabe agregar a aquello que también en la Administración o Mesa de Entradas del CeSAC en cuestión pueden a su vez tener criterios propios, surgidos de modo autónomo, respecto de qué decir en cada caso cuando alguien se acerca a preguntar. Es decir que muchas veces estas instancias no profesionales operan en sentido estricto el primer contacto de la población con el efector.

La falta de criterios compartidos corre en paralelo con la poca visibilidad de estos mecanismos. Dicho de otro modo, los profesionales no logran visualizar el carácter definitorio de los circuitos derivatorios, alegando manejarse según el “caso por caso”. La consecuencia no buscada de tal valoración diferencial -explícita o no- de los circuitos derivatorios es la conformación de un recorte poblacional que debido a la alta vulnerabilidad que le es supuesta, se constituye en destinatario privilegiado de atención. Así, al tiempo que se desconsideran variables relativas a la trayectoria institucional de los sujetos atendidos<sup>76</sup>, el modo de abordaje en la clínica -singular- tiende a confundirse con el modo de organizar la asistencia.

---

<sup>75</sup> En palabras de los actores

<sup>76</sup> No se han podido recoger tematizaciones de esto -de hecho los profesionales tienden a desconsiderar este nivel de análisis- y sólo en un caso uno de los profesionales llevaba un registro del modo de llegada del paciente en la misma ficha en que anotaba sus datos básicos, dando así cuenta de su consideración como relevante.

A estos recortes poblacionales priorizados según los *principios de visión y división* (Bourdieu, 2007) que vienen siendo mencionados, se le suele superponer otro criterio. Es este el que posibilita la inclusión, entre los sujetos con atención preferencial, a quienes no se encuentren vinculados con otras redes institucionales. Se trata de la categorización de un caso como grave o urgente, siempre que tal gravedad o urgencia no llegue al límite de lo aceptado según la concepción de las injerencias de un CeSAC -tal como se describió en el capítulo anterior respecto de lo delimitado como psiquiátrico. Pese a lo determinante que resulta esta valoración, no se han podido recoger en campo referencias explícitas que hagan suponer que aquello que se entiende por gravedad o urgencia surge de algún tipo de consenso u obedece a un criterio técnico en sentido estricto. Tampoco, preocupación por una puesta en común que permita generar criterios compartidos al respecto. Por el contrario, ante la pregunta en tal sentido, la respuesta que sin excepción ha aparecido por parte de los profesionales es que lo anterior sólo puede valorarse en el “caso por caso”. Nuevamente nos hallamos en el terreno de la paradoja puesto que se trata, precisamente, de atribuir un calificativo de modo previo a la posibilidad de conocer exhaustivamente al sujeto. Así, la primera decisión acerca de si corresponde o no priorizar la atención de quien consulta queda sujeta a valoraciones particulares y discretas, dependientes de procesos interpretativos etiquetantes pese a que los actores los vean como respondiendo a la singularidad de los consultantes.

Sumado a lo anterior, la priorización cobra además características particulares en cada uno de los grupos delimitados por aquellos *principios de visión y división* (Bourdieu, 2007) que categorizan inicialmente la atención -según se describió en el Capítulo anterior. Se tiende en tal sentido a generar listas de espera diferenciadas para cada grupo etario -niños, adolescentes, adultos, adultos mayores. Ahora bien, mayormente tales listas diferenciadas se relacionan de modo directo con la agenda de cada uno de los profesionales -dado que, por lo general, cada profesional atiende sólo uno de aquellos grupos etarios. De tal modo, la valoración de gravedad y su priorización consiguiente se convierten en categorizaciones relativas, dado que dependen estrechamente de la disponibilidad del profesional.

No se han podido obtener relatos acerca de cómo se prioriza a los sujetos que demandan ser asistidos en aquellos equipos donde la oferta de atención implica, según su misma definición, la valoración de una problemática como urgente -“psicoanálisis aplicado en intervención en crisis” o “violencia familiar”<sup>77</sup>, por ejemplo.

Respecto de las listas de espera, cabe mencionar finalmente que en algunos CeSACs -o algunos

---

<sup>77</sup> Nombre que los actores dan a estos dispositivos

profesionales de modo individual- han elegido, tras evaluarlo como el mecanismo más satisfactorio, la suspensión de toda entrega de turnos una vez colmada la oferta, rehusando el armado de una lista de espera [F.45]. En estos casos, vinculados a lecturas que sostienen que la espera desalienta toda consulta ulterior, cuando alguien de la población se acerca de modo espontáneo pidiendo un turno y estos están todos cubiertos, se le dice directamente que debe dirigirse a otra institución. En un CeSAC se encontró que para estas circunstancias habían armado los profesionales por propia iniciativa un folleto con las direcciones y teléfonos de los efectores cercanos que cuentan con servicios de Salud Mental. En relación con qué cantidad de profesionales o de CeSACs han optado por este mecanismo, cabe también aquí aclarar que es posible que sean más que los relevados, puesto que por lo general esto es algo inconveniente desde la perspectiva de los actores.

Por último, debe subrayarse lo mencionado en el Primer Capítulo: así como es frecuente que existan listas de espera -tanto generales como particularizadas según ofertas específicas- cuya dilación puede oscilar entre uno y seis meses, también es habitual encontrarse con la situación opuesta. Según lo recabado en campo, al inaugurarse un CeSAC, insertarse un profesional o incorporarse una nueva oferta (sea novedosa por su temática o por el grupo etario al que se dirige), no existe una demanda anterior, siendo necesario idear en cada caso formas de generarla.

### **Concepciones sobre deserción y tratamiento, ofertas correlativas**

Volviendo a poner como punto de mira el deslinde y la articulación de las esferas individual y social, mencionaremos que mientras que en la perspectiva de los profesionales las condiciones de vida no suelen aparecer vinculadas a los detonantes de la consulta [F.46], sí suelen hacerlo en relación con las causas que podrían subyacer a una inasistencia o bien llevar a la deserción. Es decir que si bien para la mayoría la consulta inicial en caso de ser espontánea se produce de acuerdo con un umbral subjetivo, esto es, según una significación atribuida por el sujeto consultante a su contexto, esto no siempre es así en cuanto a la finalización del acercamiento a un profesional. De tal modo, para muchos profesionales el cese de la consulta no se vincularía -o al menos, no de modo único- con una significación subjetiva del consultante sino que estaría motivado por el contexto socioeconómico. Nuevamente en estos casos, de la atribución de un signo deficitario a tal contexto se sigue una serie de acciones orientadas en términos de paliativo.

Existen distintos criterios acerca de cómo manejarse ante la inasistencia de alguien que tenía un turno. Sólo tres de los profesionales con los que se tomó contacto refirieron llamar por teléfono –siempre que

quien consulte lo tenga- ante la primer inasistencia; fue mayor el número de quienes sostuvieron hacer lo propio sólo en caso de haber valorado que quien consultaba se encontraba atravesando una situación de urgencia. Si bien esto se refiere al accionar ante una sola inasistencia -y no ante su carácter reiterado- suele exceptuar a las inasistencias ocurridas luego de la entrevista de Admisión, cuando existe tal instancia. Es que quienes se manejan con tal espacio suelen considerar que este opera como instancia en la cual quien consulta puede evaluar si lo que busca coincide con lo ofertado por el área de Salud Mental, con lo cual el no concurrir a la cita inmediatamente posterior no tendría carácter de problemático.

Varios profesionales marcaron la segunda inasistencia consecutiva como momento a partir del cual intentar comunicarse con los pacientes o consultantes. Cabe señalar que muchos profesionales distinguen su respuesta según se trate de uno u otros, es decir, según considere que el sujeto se encuentra o no bajo tratamiento. Aquel intento de comunicarse puede ir desde llamarlo por teléfono o mandarle un mensaje de texto -dependiendo de los recursos con que cuente el sujeto- hasta el ir a buscarlo personalmente en su domicilio. Considerando que las condiciones de vida de gran parte de la población que se atiende en los CeSACs tienden a ser bastante precarias (hoteles o inquilinatos en los que existe alta rotación de habitantes, viviendas en pasillos de una villa miseria, etcétera), el derrotero de buscar a un paciente puede incluso llevar a una suerte de rastreo, incluyendo el pedido de referencias a vecinos o conocidos. Considerando que este rastreo es lo habitual, es decir, lo que típicamente sucede a la intención de tomar contacto con los sujetos, es que muchos profesionales rechazan la idea de ir a buscar a alguien por considerarlo invasivo<sup>78</sup>. Quienes así lo sostienen relatan optar sólo por la vía telefónica en caso de haberla, considerando que si el sujeto no ha dejado un número telefónico que oficie a modo de contacto es porque ha decidido que llegado el caso de inasistir, no se lo busque.

Nuevamente, lo anterior posee matices según los grupos etarios y la correlativa imputación de vulnerabilidad. Así, resulta más frecuente encontrar que se intente buscar a los niños que están en tratamiento aunque más no fuere a fin de tener alguna información o dejarles dicho que su turno era conservado. En estos casos, se tiende a considerar que si no asisten es debido a la decisión o imposibilidad de sus padres [F.47]. Igual consideración se repite respecto de aquellos casos donde niños en tratamiento en el CeSAC han pasado a encontrarse institucionalizados -sea internados en un Hospital, un hogar de tránsito, o incluso en un instituto de menores. Algo similar tiende a suceder con

---

<sup>78</sup> Habiendo llegado a compararlo incluso con una requisita policial

los adultos mayores, en quienes la inasistencia suele ser leída como potencialmente debida a algún deterioro de su salud física convertido en imposibilidad de trasladarse. También en los casos donde la problemática asociada a la consulta es definida como “de violencia”<sup>79</sup> –generalmente, de tipo doméstico- se encontró que -más allá de que eventualmente se considerara conveniente derivar el caso- se entiende pertinente emprender la búsqueda de quien no asiste. Lo contrario sucedería con aquellos pacientes caratulados como adictos: según se deduce de los relatos, tal definición traería aparejado el concebir como esperable la inasistencia o el abandono del tratamiento -en caso de estar bajo tal. De tal modo, nuevamente encontramos criterios diferenciales según imputación de vulnerabilidad a grupos particulares.

Cabe aquí introducir una distinción realizada por muchos de los profesionales, respecto de que no siempre ameritaría calificar a las inasistencias reiteradas o al abandono de la serie de entrevistas como “deserción”<sup>80</sup>. Si bien para algunos este concepto es aplicado en la totalidad de los casos, la mayoría de las veces este apelativo se reserva para aludir al cese de aquellos pacientes que ya se encuentran sosteniendo alguna regularidad en la consulta o bien para quienes se considera que son “pacientes”<sup>81</sup>. En estos últimos casos, la pertinencia del término no se define por cantidad de veces que se ha concurrido sino que remite a una delimitación estrictamente técnica, vinculada al considerar que la otra persona se encuentra efectivamente en tratamiento o, en otras palabras, que ya ha establecido una “transferencia”<sup>82</sup> para con el profesional que lo atiende -esto es así sólo para aquellos profesionales que se presentan como psicoanalistas, aunque no para todos ellos. La calificación de una ausencia o de su reiteración en clave de “deserción” resulta determinante en tanto algunos profesionales refirieron no contactar a los consultantes ni ante una inasistencia ni ante un abandono, pero sí ante una deserción -lo cual implicaría que se trata ya de un “paciente”.

No todos los profesionales y equipos conciben a la deserción como un problema. Para quienes no lo es, ante la inasistencia reiterada simplemente se da de baja al paciente. Quienes se manejan de este modo argumentan entender que la única manera de lograr que un tratamiento produzca efectos es poniendo a los sujetos en situación de utilizar su margen de autonomía a fin de superar los obstáculos que pudieren dificultarle el concurrir al CeSAC en un horario pre pactado, dando con ello cuenta del compromiso tomado consigo mismos [F.48]. Como contrapartida, afirman que cuando existe un compromiso con el ámbito terapéutico, cualquier dificultad en el acceso puede ser sorteada. A lo que

---

<sup>79</sup> En palabras de los actores

<sup>80</sup> En palabras de los actores

<sup>81</sup> En palabras de los actores

<sup>82</sup> En palabras de los actores

suelen agregar que, en caso de que el impedimento no sea sorteable, esto es un indicador de que el tratamiento no tiene posibilidades concretas de llevarse a cabo -se trate de un niño o de alguien impedido físicamente, por ejemplo.

Para los profesionales que sostienen tal perspectiva, el hecho de que un tratamiento logre sostenerse se basaría de modo fundamental en la afinidad que el sujeto cree encontrar en el profesional -"transferencia"- lo cual es algo del orden de lo impredecible [F.49, F.50]. En estas lecturas, por tanto, el hecho de reasignar el turno a otra persona ante la inasistencia reiterada obedece a un principio de equidad, que obliga a priorizar la atención de aquellos que tengan más posibilidades de concretar un tratamiento. Se suma a lo anterior el hecho de que con frecuencia, según este cúmulo de perspectivas -englobadas aquí a fines analíticos y expositivos- lo que tendería a prevalecer en estos contextos es el sentido de la inmediatez ligado a lo apremiante de la necesidad. En consecuencia, la falta de sostenimiento de un encuadre semanal se derivaría de la mera reproducción de un modo de estar en el mundo o modo de vida -reproducción que, precisamente, sería un objetivo terapéutico fundamental discontinuar. Junto con aquel sentido de la inmediatez, se encontraría una posición desligada del propio deseo, la cual algunos imputan no tanto a la precariedad de la existencia sino más bien al asistencialismo o al clientelismo. Tales argumentos confluyen en reafirmar que la propuesta de un abordaje cuya característica básica es el sostenimiento en el tiempo es inherentemente terapéutica, y que, siguiendo la lógica, para operar como tal no podría ser de otro modo [F.51]. Cabe señalar que todos los argumentos coinciden en apelar a alguna valoración del orden de la ética o de lo políticamente correcto -entendiendo estos profesionales que se trata de avatares a los que se encuentra sujeta la democratización de los espacios "psi".

En una clave de lectura prácticamente opuesta a la anterior (y, según lo relevado, mayoritaria), aunque no por ello desligada de apelaciones valorativas similares, existe una pluralidad de argumentos en los que se vincula a la inasistencia y la deserción con las condiciones de vida de los sectores poblacionales atendidos en los CeSACs. Por un lado, puede englobarse a quienes sostienen -si bien con matices- que en contextos donde existe una multiplicidad de problemáticas ligadas a la supervivencia cotidiana, el que alguien consiga sostener un tratamiento es más una excepción que la regla. Esto puede ser argumentado tanto en relación con el no poder concretamente distraerse de las tareas vinculadas con la supervivencia en el sentido más estricto del término -esto es, no poder permitirse sentir angustia-, por tener naturalizado el sufrimiento, o bien por no poder materialmente dedicar el tiempo y la constancia que un tratamiento "psi" requeriría. Para quienes así lo conciben, no

obstante, siendo lo deseable que tal tratamiento tenga lugar, la apuesta que orientaría los dispositivos sería el intento de lograrlo -pese a que luego se concluya que la mayoría de las veces, lamentablemente desde esta perspectiva, la asistencia queda ceñida a orientar en la superación de situaciones críticas o la resolución de temas puntuales [F.52]. Debe subrayarse la impronta de resignación que suele acompañar a tales relatos acerca de la imposibilidad de sostener en estos ámbitos un tratamiento tal como se lo concibe<sup>83</sup>. Sólo en un caso se encontró un equipo profesional que, considerando lo anterior, habría decidido de antemano plantear como oferta una serie acotada de entrevistas, abocadas a la resolución de asuntos puntuales, y no ofrecer tratamientos. Cabe aclarar sin embargo que este último equipo consideraba que su modo de resolver la asistencia no podía calificarse como deseable, sino que respondía más bien a lo que resultaba viable en estos contextos -sosteniendo sus miembros realizar tratamientos sostenidos en el tiempo en el ámbito privado.

Se encuentra entonces una nueva tensión en los planteos mayoritarios del área de Salud Mental en los CeSACs: los tratamientos son sostenidos en el tiempo (en tanto argumento con que se define la oferta), aunque no sean sostenidos en el tiempo (puesto que, en principio, esto tendría lugar en una minoría de los casos -aunque el porcentaje en que esto se produce varía según el relato de cada profesional) [F.53]. Suturando esta tensión, se recurre nuevamente a aquellos *principios de visión y división* (Bourdieu, 2007) de la población que, no obstante, aparecen invisibilizados tras la pregnancia argumentativa de la singularidad -el “caso por caso”.

*Se desprende de lo descrito en este Capítulo la falta de criterios que explícitamente refieran a la población en su conjunto, otorgándole una mínima racionalidad a la asistencia. Ante tal carencia, emergen tensiones fundamentales: el estrangulamiento de la capacidad de atención clínica, la falta de sostenimiento de las propuestas. Estas tensiones son suturadas de modo precario por profesionales y equipos de modo aislado. A fin de realizar tal sutura, cobran vigencia una serie de principios de visión y división (Bourdieu, 2007) que los profesionales utilizan de modo práctico. De tal modo, los problemas cotidianos a los que se enfrenta cada profesional o efector no aparecen conceptualizados como problemas de índole colectivo, ni institucional o sectorial (sanitario).*

*Así, la dimensión de organización de la asistencia da cuenta de una transacción entre las*

---

<sup>83</sup> Resignación que puede llegar incluso a atribuirse a aquel entrevistado que en la interpretación de la relación subjetividad/condiciones de vida afirmó que la pobreza se produce a causa de determinadas estructuras subjetivas cuya característica sería, precisamente, la imposibilidad de sostener espacios. Pero que también se hace presente con los relatos que refieren sorpresa al haberse enterado de que alguien que alguna vez asistió a alguna entrevista repetía lo dicho por el profesional respecto de alguna situación que él ya ni puede recordar.

*concepciones de los profesionales y los requerimientos de la práctica, acercándose a los modos cotidianos en que se ponen en juego la materialidad de las conceptualizaciones. Materialidad que cobra vigencia, en este caso, al aplicar los principios de visión y división (Bourdieu, 2007) de la población en la priorización de asistencia y para la flexibilización de lo ofertado. Nos acercamos así a una manifestación capilar de las lagunas normativas, donde se pone de manifiesto la atomización que rige las decisiones de los profesionales, tomadas de modo aislado.*

*Los ensayos de resolución dan cuenta, entonces, del modo en que tiene lugar y es experimentada su práctica cotidiana: de modo atomizado, y bajo el doble cariz de la autonomía, por un lado, y la soledad, por el otro. Las respuestas a su vez no circulan, quedando confinadas al ámbito de lo local sin ser capitalizadas más allá de quienes las definen personalmente. La ininteligibilidad del área resultante es, de tal modo, un rasgo constitutivo de los modos, discrecionales, en que tiene lugar el primer contacto entre los efectores y la población perteneciente a sectores empobrecidos. Un rasgo al que cabría hipotetizar como efecto de un Estado lábil.*

### **Capítulo Tres- La ocasión: El deseo como detonante de las prácticas**

*“(...) El Jefe de área lo que quería era... como que te daba libertad de trabajar, y era como que ‘bueno, no se maten’. Eso era: ‘no se maten’, ‘no se metan en quilombos’” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N)*

*“(...) O sea, cuando uno va con el proyecto está “Bárbaro, genial!” Ahora, cuando empieza a aparecer lo que un proyecto conlleva ahí ya no estás tan bárbaro ahí hay que empezar a defenderlo y se han caído proyectos por eso, se han caído mucho proyectos que funcionaban y le pensás otra vuelta y...pero es trabajoso, es cansador. Y a veces uno tiene más ganas y otras veces... descanso....*

*-Una licencia...*

*-Nooo...más consultorio, que es donde nadie se mete. Ahí está todo bien, digamos, todo el mundo entiende que es lo que estás haciendo y está todo bien”. (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC A)*

*“(...) de los que estamos trabajando solo 3 tenemos ficha, el resto no, y para firmar una historia clínica necesitás ficha, entonces siempre con los que no tienen ficha municipal estamos trabajando de a dos”.(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)*

#### **Condicionantes sociales del “deseo”**

Dada la dispersión de usos existentes, un interés fundamental durante el trabajo de campo fue indagar cuáles eran los condicionantes de tal pluralidad. De tal manera, al obtener cada referencia respecto de prácticas profesionales, espacios de capacitación o supervisión, de participación en reuniones colectivas o de la asistencia a reuniones convocadas por autoridades ministeriales, se solicitaba un relato de su génesis.

En el origen de prácticamente todo accionar en el área de Salud Mental en los CeSACs, los actores ubicaron como causa a la iniciativa personal. Si bien en los relatos quedaba claro que no siempre es considerada la propia iniciativa como causa suficiente, es indiscutible que ocupa un rol protagónico en cuanto a causa necesaria. A esta causa originaria y que explicaría todo uso la mayor parte de los profesionales, tomándose de un discurso disciplinar, la denominan “deseo”.

En los relatos acerca de cómo un “deseo” devino en acción, podemos decir desde una óptica sociológica, lo que cobra primacía es la contingencia. Si bien en algún sentido toda situación es contingente, se iba poniendo de manifiesto una suerte de contingencia radical, fruto de la indefinición del área de Salud Mental en los CeSACs tanto como del carácter abigarrado de sus condicionantes externos, incluyendo a aquellos más materiales. En contrapunto con tal contingencia, y sólo de esta manera, es que podemos analizar que cobra un protagonismo nodal la agencia personal de cada profesional -y a través de ella, su “deseo”.

Este Capítulo se propone subrayar lo anteriormente afirmado, respecto de que la diversidad de usos y sentidos no obedece en el área de Salud Mental de los CeSACs a apropiaciones singulares de una misma regla, sino más bien a aquello que emerge ante la ausencia de reglas formales. Y aquello que emerge ante la ausencia de reglas formales, obedece a una dinámica distinta que lo desprendido de interpretar una norma. Intentaremos aquí entonces dar cuenta de cómo se manifiesta en la cotidianeidad de las instituciones de Salud la *labilidad estatal*, tomando como referencia al origen de las prácticas. No obstante, cabe señalar que si bien se trata de una ausencia de reglas no por ello deja de estar obediendo a otras reglas, de carácter informal.

Así, si en los dos primeros Capítulos hicimos alusión a distintos elementos de deslinde -y posterior articulación, eventualmente- entre la esfera de lo social y la de lo individual, que son los que permiten colegir si es que existe y hasta qué punto un proceso de *individualización de problemas sociales*, aquí comenzaremos a complementar la descripción al dar cuenta del contexto en el que emerge aquel deslinde, con su respectiva atribución de sentidos. Sólo entonces es que podemos ir acercándonos a sus implicancias.

Como herramienta en tal recorrido utilizaremos el concepto de *ocasión* (De Certeau, 1996). Las *ocasiones* son aquellos escenarios que constituyen una oportunidad a fin de que emerja algo novedoso, es decir, algo no contenido en lo anterior ni -por tanto- previsible. Así entendidas, las *ocasiones* son por definición imposibles de ser generalizadas. Pero más allá de esta imposibilidad, si pueden analizarse los elementos que concurren a conformarlas. Y es en tales elementos que aquí postularemos, encontramos los determinantes materiales de la contingencia y, por tanto, del “deseo”. Se trata entonces de un esfuerzo por entender cómo opera el azar desde una lectura sociológica, intentando señalar algunos rasgos que aparecen estructurando las múltiples situaciones particulares.

En la búsqueda de condicionamientos materiales de la ocasión buscamos, de tal modo, regularidades subyacentes que permitieran acercarnos a la *“lógica operativa o a aquellos modos de operación o esquemas de acción, y no directamente al sujeto que es su autor o vehículo”* (De Certeau, 1996: 63). Al mismo tiempo, tomamos en consideración la advertencia de que un modo *táctico* de vincularse con los espacios institucionales, tal como lo es aquel ligado a las *ocasiones*, poseen como corolario su *“docilidad respecto de los azares del tiempo”* (De Certeau, 1996: 43), a la que aquí denominaremos *volatilidad*.

En este Capítulo, entonces, se describe en primer lugar a qué aspectos del campo se hace referencia cuando se habla de *ocasión*. En segundo lugar, se analizan los condicionantes materiales de tales aspectos. Para facilitar la lectura, dejaremos para el Capítulo Cuatro el focalizar en uno de los

elementos fundamentales de toda *ocasión*: el vínculo entre las personas que en ella intervienen.

### **La ocasión como resultado del interés personal**

Asistir a mujeres víctimas de violencia, hacer charlas en sala de espera acerca de la hepatitis, armar una juegoteca, dedicarse solamente a la atención clínica: a qué abocarse es una decisión que pareciera responder sólo a la iniciativa de quien realiza la propuesta correspondiente. De tal modo, el que exista alguna de esas prácticas, o no, pareciera desde la perspectiva de los actores ser fruto del mero azar. Ahora bien, según aquí sostendremos, es necesario advertir que por lo general el azar no opera en el vacío: existe un *saber práctico* (Bourdieu, 2007), según el cual se delimita el sentido de oportunidad y se calculan de modo aproximativo las posibilidades de que alguna práctica prospere. Ese *saber práctico*, considerado aquí como primer elemento que concurre a configurar la *ocasión* (De Certeau, 1996) como tal, incluye el sopesamiento de la red de alianzas a la que se puede apelar a fin de lograr lo pretendido -que abordaremos en el Cuarto Capítulo. Y también, la existencia de algunos tópicos legitimantes de lo propuesto -lo cual trataremos en el Quinto y último.

Si se siguiera el derrotero de cómo se van gestando las iniciativas, podrían encontrarse tres niveles analíticos que estructuran su concreción. Primero, una ocurrencia personal -la idea de alguien en particular. Segundo, el advenimiento -más o menos casual- de un encuentro interpersonal en que tal idea se pone en circulación, generándose la propuesta. Tercero, la circunstancia institucional que define que aquella propuesta sea o no viable. Desde ya que, según analizamos aquí, aquellos niveles se influyen recíprocamente -no pretendemos desconocer que el *saber práctico* (Bourdieu, 2007) según el cual se define una oportunidad institucional está también embebido de intereses personales, sino por el contrario, señalar el lugar determinante que estos últimos ocupan. Pondremos primero el acento en la circunstancia institucional que determina la viabilidad de una propuesta.

Así, en varios casos relevados se ha encontrado que el proponer una actividad a partir de una demanda proveniente de una organización barrial [F.54] o cuyo núcleo problemático se encuentra en la agenda pública brinda mayor posibilidad de conseguir avales a fin de gestarla y sostenerla en el tiempo. O bien, por el contrario, su visibilidad disminuye tal probabilidad, si se encuentra configurado de modo distinto el escenario local de actores. Es entonces que existe un cálculo -realizado de modo práctico mayormente- que toma como criterio la conveniencia o no de que un efector aumente su visibilidad. De tal modo, puede resultar más o menos apropiado trabajar con alguna institución según redes informales de simpatía y alianza, así como proveer mayor o menor visibilidad al CeSAC trabajando con temas en agenda -o dejando de hacerlo. De fondo y en última instancia, lo que está en

juego es cuánto pueda contribuir tal propuesta a que las autoridades del Hospital de base estén en mejores condiciones para solicitar recursos ante el Ministerio.

El cálculo de viabilidad incluye no sólo a propuestas en términos de actividades, sino también a los vínculos que se establecen para con otras instituciones en el marco de las prácticas. Profundizaremos esto en el próximo capítulo, pero cabe aquí fundamentarlo señalando que la discrecionalidad en términos de utilización de cada espacio institucional permite situaciones en las cuales un CeSAC, o bien algunos profesionales de este, puede jugar como actor político local, independientemente de cuál sea la línea política ministerial. Ilustrando tal afirmación, debe decirse que se han encontrado casos en los que un grupo de profesionales realizaba un trabajo conjunto con un grupo “piquetero” -cuya perspectiva no coincide con la orientación ideológica de la gestión de gobierno, sino que le es contraria. Pero también, casos en los que parte de un CeSAC o todo aquel supeditaba sus iniciativas a los intereses de “punteros”<sup>84</sup> locales. Vale decir que pensar en términos de intereses personales de quienes se insertan en los CeSACs implica pensar que aquellos intereses pueden ser también intereses políticos.

Se trate de llevar adelante una acción o vincularse con algún grupo, la posibilidad o no de tener tal iniciativa se remite, como se dijo, a un *saber práctico* que permite calcular que aquello es o no factible en términos institucionales. De tal manera, puede plantearse, existe una mediación interpretativa, una lectura, según la cual un momento es oportuno o no para dar lugar a una iniciativa personal. Es necesario un trabajo de interpretación para considerar que un determinado evento constituye una *ocasión*, en su sentido de oportunidad (De Certeau, 1996). Ese trabajo interpretativo se corresponde con lo que Goffman (2006) denomina como *definición de situación*, perspectiva más o menos compartida acerca de un contexto que posibilita el acuerdo, al tiempo que depende de que el agente realice la lectura correspondiente. La viabilidad, entonces, se define según la consideración de los profesionales, y de ella depende el que se dé comienzo o no a una determinada iniciativa. Dicho de otro modo, que en el devenir de la cotidianeidad un profesional considere que se encuentra ante una *ocasión* propicia implica un recorte realizado merced a la *definición de situación* (Goffman, 2006). Otorgamos así a la *ocasión* un componente valorativo, que no toda situación posee.

No siempre definir una situación como *ocasión* se vincula al hecho de que se presente una circunstancia novedosa. También puede tratarse de una recurrencia que llama en un momento la atención de algún profesional [F.57]. Se han recogido relatos donde el ver continuamente cómo se realizaba la entrega de leche en polvo, la de medicamentos, o la revisión previa a la obtención de la

---

<sup>84</sup> Caudillos que responden a algún partido político o facción, ubicados en lugares estratégicos en cuanto a manejo de influencias y recursos de variada índole.

libreta sanitaria, llevaba en algún momento a proponer una intervención sobre eso que se reiteraba de modo periódico. Intervención que puede consistir tanto, por ejemplo, en aprovechar esos agrupamientos para dar una charla sobre algún tema hasta organizar un sistema de prioridades junto con una organización del barrio. También se ha encontrado que la *ocasión* podía ser ubicada, para los profesionales, en el observar un déficit recurrente en las actividades del CeSAC. Esto ha sido particularmente referido por los profesionales en cuanto a la falta de acceso de adolescentes a los efectores. Entender eso como una *ocasión* ha llevado en más de un caso a proponer actividades que convoquen específicamente a estos grupos etarios. Es decir que definir una situación como *ocasión* no implica una determinada resolución como necesaria, sino que abre la puerta al sentido de innovación personal.

Puede, de tal forma, tratarse de circunstancias eventuales o bien, de situaciones reiteradas. Puede deberse tanto a la presencia como a la ausencia de algo considerado desde un interés personal como deseable. Pero casi cualquier contexto y casi cualquier aspecto admiten ser definidos como una *ocasión*. Si por un lado lo determinante es la *definición de situación* -ligada tanto al interés personal como a un *saber práctico* según el cual resulta posible u oportuno actuar en determinado sentido- por otro lado encontramos aquella elasticidad institucional. Elasticidad propia de lo indefinido, que lleva a que bajo una mirada atenta casi cualquier acontecimiento pueda ser deslindado, ameritando la oportunidad de desarrollar un “dispositivo”<sup>85</sup> correlativo [F.58].

La elasticidad institucional tiene como contrapartida la poca durabilidad de las acciones. Se trate de una actividad efectuada o de un vínculo interinstitucional, toda iniciativa permanece ligada al interés personal de quien la gestó -o bien de quien fue decidiendo sostener aquello en el tiempo. Aun en aquellos casos donde un CeSAC en su totalidad capitaliza la acción o el vínculo generados por el interés personal de un profesional, sosteniéndolo más allá de la presencia o no de quien les diera origen, esta institucionalización relativa de una práctica o un vínculo depende del interés personal de la Jefatura del centro de salud. Analizado en el sentido contrario, podría decirse que el hecho de que las iniciativas queden confinadas a lo local, sin ser sancionadas o formalizadas desde otro nivel, lleva a que su carácter siga teniendo como improntas aquellas inherentes a *lo ocasional*: la volatilidad y la adaptabilidad (De Certeau, 1996).

Lo anterior lleva a que acentuemos ahora en el análisis al primer nivel que, según dijimos, atraviesa una iniciativa en el curso de ser concretada: el de la persona particular que gesta su idea. La volatilidad, como contrapunto de la adaptabilidad de los espacios, implica que toda práctica se

---

<sup>85</sup> En palabras de los actores

encuentra atada a circunstancias e interpretaciones particulares, fuera de las cuales no logra trascender. De tal modo, lo ofrecido a la población tiene un carácter precario, dado que nada garantiza que vaya a sostenerse en el tiempo. La oferta queda referida de modo directo a una persona individual: así como surgió por ella, suele cesar con ella.

No siempre la *ocasión* resulta disparadora de innovaciones: también operar en el sentido contrario. Así, una *ocasión* puede constituir la oportunidad de suspender una acción o una articulación institucional que se venía sosteniendo. Es decir que así como casi cualquier contexto puede constituir un punto de inflexión en términos de origen de algo novedoso, también puede serlo a fin de dar por finalizada una iniciativa. El carácter táctico de aquello nacido al calor de la ocasión (De Certeau, 1996) pone de manifiesto su íntima vinculación con el tiempo: siendo que las prácticas no tienen un carácter formal que las anude a la misión de los efectores o a su injerencia específica dentro de estos, pueden finalizar del mismo modo imprevisto en que había surgido inicialmente.

De tal modo, los avatares del trabajo cotidiano pueden ser leídos en clave de emergentes, como ameritando la interrupción de una actividad dado que señalarían un límite infranqueable de aquella [F.59]. Así, el que exista una discusión entre los beneficiarios de un proyecto, o que alguien del barrio se acerque a criticar alguna actividad, pueden ser entendidos como indicadores de que tal proyecto o tal actividad no se habían basado en una definición correcta de la situación en que se les dio origen. Algo similar tiene lugar cuando lo que se modifica es la *definición de situación*, considerando que las circunstancias que habían generado la oportunidad inicial de una intervención cesaron, volviéndose adversas. En los relatos que se han recogido, de hecho, la mayoría de las propuestas comunitarias, es decir, de las propuestas distintas a la hegemónica -consistente en la atención individual, a demanda y sostenida en el tiempo- finalizan en un momento de desaliento y generalmente, de modo abrupto [F.60]. Encontramos así una de las dinámicas que contribuye a reforzar la centralidad de la atención clínica en estos efectores, es decir, de lo convencional ante la falta de normativas. El lugar de la iniciativa personal puede ser infinito pero, pese a que los profesionales no lo entiendan así, se encuentra al mismo tiempo limitado.

Sin embargo, no siempre el final abrupto es decidido por los profesionales que sostenían el vínculo o actividad. También puede suceder que se suscite a partir de que alguna autoridad lo considere en algún momento como inconveniente, o también, puesto que nada la obliga, de que aquella otra institución u organización con la que se llevaba adelante un trabajo conjunto decida de un momento al otro suspender su participación conjunta [F.61]. En estos casos, en los que el final abrupto es visto por los profesionales como algo que se les impone, y que no depende de ellos, resulta más frecuente

encontrar que la interrupción se presenta a los ojos de los profesionales como aquel punto de visibilidad donde se pone de manifiesto la precariedad de lo ofertado a la población. De hecho, la lectura que se ha recogida particularmente a este respecto es que se deja vacante un “derecho adquirido”<sup>86</sup> de la población.

De manera circular, el anticipar esta posibilidad de finalización abrupta puede encontrarse como argumento ante la falta de innovación. Esto es manifestado continuamente por aquellos profesionales que dicen elegir la asistencia clínica individual a demanda, considerando que el resto de las actividades tienen como contrapartida la generación de demandas y necesidades que luego no logran ser satisfechas. Vale decir que así como la *ocasión* cuenta con la legitimidad suficiente como para suspender una línea de trabajo o articulación interinstitucional, también la tiene para disuadirla de antemano. Esto contribuye a reproducir como hegemónicas aquellas prácticas que se supone que generarán menos conflicto -esto es, las que son más habituales y se encuentran por tanto instaladas como viables y esperadas.

### **La ocasión como lectura: definiciones de la situación (de trabajo)**

Considerar la *ocasión* como detonante de las prácticas implica, tal como se dijo, que lo considerado o no oportuno permanece estrechamente ligado a cómo los profesionales definen la situación en que se encuentran. Interesa aquí subrayar que si bien estas lecturas tienen un margen amplio de contingencia, dado que se relacionan con el interés personal de cada quien, están al mismo tiempo atravesadas por criterios compartidos, que hacen precisamente a aquel *saber práctico* al que aludimos inicialmente.

Un lugar central lo ocupan en tal sentido las condiciones de trabajo. Haremos referencia en primer lugar al rol destacado que juega en el definir una situación como *ocasión* la escasez de recursos materiales disponibles. En los relatos que los profesionales realizan respecto de la génesis de sus propuestas, tal limitación ocupa un lugar fundamental.

Tal escasez de recursos puede referirse a la falta de materiales o insumos para actividades distintas a la asistencia (claramente, las de prevención y promoción, que suelen requerir útiles de librería, juegos y juguetes, impresión de afiches, etc.). Falta que suele ser compensada por el aporte personal de tales recursos o la inversión de una cantidad considerable de tiempo en conseguir de modo autónomo donaciones. También puede hacer alusión a las restricciones edilicias, en términos no sólo de condiciones de habitabilidad de los espacios disponibles, sino también de la inexistencia de consultorios en cantidad suficiente -lo cual puede resultar en que el espacio de consulta tenga lugar

---

<sup>86</sup> En palabras de los actores

tanto en un pasillo como en la puerta de un basural<sup>87</sup>. Pero mayoritariamente, la mención realizada remite a las características de la inserción en términos de empleo.

En tal sentido, muchos profesionales relatan haber estado trabajando varios años ad honorem, esperando que se abra un concurso para su especialidad -sin saber a ciencia cierta si esto ocurriría en algún momento. Intentando explicar las causas que llevan a estas situaciones, encontramos que el área de Salud Mental en Ciudad de Buenos Aires es tal vez una de las que más se encuentran conformadas por profesionales no rentados, dado en primer lugar que existe una desproporción importante entre la pequeña cantidad de vacantes ofertadas a los psicólogos para los posgrados de capacitación en servicio rentados (Residencias) y la gran cantidad de vacantes para posgrados no rentados (Concurrencias)<sup>88</sup>. En segundo lugar, se suma a lo anterior el hecho de que la relación entre los cargos de planta que se abren destinados a profesionales psicólogos y la cantidad de profesionales egresados de aquellos posgrados sería también en este área más inversa que en otras. De este modo, debido a que los concursos para cargos de planta son "cerrados"<sup>89</sup>, es decir que sólo pueden presentarse en ellos quienes ya se encuentren trabajando en el Hospital de base, resulta frecuente que quienes hayan terminado su Residencia o Concurrencia continúen sosteniendo alguna actividad de modo honorario, de modo tal de no perder la posibilidad de presentarse a concurso en caso de que se abra un nuevo cargo. Confluyendo con lo anterior, en cuanto indicador del lugar subalterno que los psicólogos padecen en el campo de la Salud junto al resto de las profesiones no-médicas, debe mencionarse que en casos de recorte presupuestario, son aquellas vacantes y esos cargos los que se ven reducidos, antes que los de profesionales médicos.

La importancia cuantitativa de la inserción no rentada contribuye a explicar el interés que los profesionales tienen en llevar adelante un tipo de prácticas que puedan ser capitalizadas en términos personales por fuera de los CeSACs. Así, se convierte en otro factor que contribuye a reforzar la hegemonía de la asistencia individual a demanda.

Ahora bien, en este reforzamiento inciden otros factores, también relativos a la *definición de situación* que los profesionales hacen respecto de sus condiciones de trabajo, aunque en otros términos. En el transcurso del trabajo de campo que nutre esta tesis, crecía continuamente la sensación de inseguridad instalada socialmente. Si bien esto es un fenómeno general, afectó particularmente

---

<sup>87</sup> Esto no es metafórico: los profesionales de un CeSAC que en una época tuvo importantes déficits edilicios relatan que quienes no tenían que desvestir al paciente -como en el caso de los profesionales de Salud Mental- optaban por dejar libres los escasos consultorios y atender en una mesita ubicada en la puerta del Ceamse, institución aledaña al Centro de Salud.

<sup>88</sup> Lo cual a su vez tiene lugar en un contexto donde son reducidas las posibilidades de ingresar en ambas, considerando la proporción numérica entre quienes se presentan a concurso y el total de vacantes disponibles.

<sup>89</sup> Según el nombre que da a los mismos el propio Sistema de Salud

algunas “villas miseria” y núcleos habitacionales transitorios en que se insertan un número importante de CeSACs. Sin entrar aquí en una discusión respecto de hasta qué punto se trata de un aumento de los hechos violentos o de la circulación insistente de un discurso mediático al respecto, trabajar en lugares como estos despertaba cada vez más el temor hacia un peligro inminente. Relatos acerca de robos, agresiones físicas y asesinatos estaban a la orden del día. Como resultado de lo anterior, en más de un CeSAC se puso en debate -por iniciativa de los profesionales o de la Jefatura del Centro- la conveniencia de realizar actividades extramurales -es decir, fuera de los efectores. El resultado fue que en varios efectores se decidió realizar sólo asistencia intramural. En otros, varios profesionales relataron haber encontrado como solución de compromiso la continuidad de actividades realizadas en espacios externos a los CeSACs, pero internos a otras instituciones -entre estas principalmente establecimientos educativos<sup>90</sup>.

### **Cuando el azar es una característica estructural**

La *ocasión* como determinante no se explica, como se viene mostrando, por una dinámica interna al área de Salud Mental de los CeSACs. Este modo de gestarse las prácticas, como se dijo, no sólo determina el funcionamiento al interior de cada uno de los efectores, sino también la articulación con otras instituciones. Ahora bien, entre estas instituciones restantes no sólo se encuentran organizaciones barriales, instituciones privadas y ONGs locales, sino también instituciones públicas. Por poner un ejemplo que resulta ilustrativo, la vinculación para con establecimientos educativos, pese a lo frecuente que es encontrarla, pareciera no enmarcarse en ningún tipo de convenio intersectorial u otro tipo de normativa.

Se trate de una actividad realizada en conjunto, de modo periódico o eventual, o de reuniones mensuales a fin de intercambiar información sobre aspectos locales o poblacionales, las articulaciones entre instituciones públicas se configuran como prácticas contingentes, sujetas al interés de quienes participan. Tal sujeción se pone de manifiesto nuevamente cuando se produce una ruptura: cuando, al faltar por algún motivo las personas que promovían tal articulación, esta se suspende o da por finalizada.

Así, las articulaciones entre distintas instituciones públicas suelen tener lugar a partir de una *ocasión* detonante del encuentro y sostenida merced a las voluntades intervinientes -lo cual, como se viene

---

<sup>90</sup> Esto podría estar motivando los relatos recogidos acerca de un número importante de intervenciones realizadas con poblaciones cautivas, según fue mencionado en el primer capítulo. Cabe señalar que si bien durante las entrevistas se solicitaba información no sólo respecto de las actividades actualmente en curso, sería pensable que la memoria se encuentre condicionada por la situación actual, recordando particularmente aquellas similares a las que se llevan a cabo de modo predominante en la actualidad. No obstante, esta hipótesis ameritaría una indagación más profunda.

mostrando, lleva a que la articulación tenga cierta fragilidad en términos temporales. Como ejemplo ilustrativo de lo anterior pueden mencionarse las propuestas de capacitar en Salud Sexual y Reproductivas a establecimientos educativos cuando sancionaron la Ley llamada “*de Educación Sexual*”, en octubre del 2006. En estos casos, se acudió a establecimientos educativos tanto privados como públicos con distintas propuestas, surgidas del interés de un grupo de profesionales o bien de la Jefatura de un CeSAC. Pero no existieron lineamientos destinados al conjunto, en referencia a tal situación específica.

Lo anterior no sólo tiene lugar horizontalmente, respecto de distintos sectores públicos (como en el caso mencionado, Salud y Educación). También al interior del propio sector de Salud existe una incomunicación vertebral en el orden vertical, esto es, entre los distintos niveles jurisdiccionales. Como muestra de lo anterior encontramos la inexistencia de canales preestablecidos entre el Ministerio de Salud Nacional y el dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Derivada de tal inexistencia, se produce la falta de racionalidad en las articulaciones: superposiciones y lagunas en el accionar de ambos Ministerios. Podemos citar como ejemplo que el desarrollo en la Ciudad de algunos planes nacionales, como el Remediar o el de Médicos Comunitarios, tiende a quedar atado a los vínculos interpersonales preexistentes entre autoridades locales y nacionales -como ser, el Director de un Hospital y un funcionario intermedio del Ministerio de Salud de la Nación. Esto también se refleja en la falta de información, o más bien, en el modo contingente en que la información circula -tal como se profundizará en el último capítulo: por ejemplo, de la posibilidad de incluir a los efectores municipales en esos planes nacionales.

Lo dicho hasta aquí aparece profundizado cuando se trata de organismos públicos pertenecientes a distintos sectores y distintas jurisdicciones. Por ejemplo, se ha encontrado casos en que una misma actividad superpone la recepción de premios y subsidios. Si el Plan Remediar ha premiado iniciativas que ya habían sido anteriormente favorecidas por el Gobierno de la Ciudad, también los casos relevados en que habían existido subsidios a una actividad por parte del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, estos habían sido otorgados a actividades muchas veces premiadas por aquel Plan del Ministerio de Salud. Es que dado que el obtener información respecto de la existencia de concursos para premios y subsidios depende de la iniciativa personal de los profesionales o autoridades locales, resulta habitual que los que tengan la posibilidad de presentarse a una instancia coincidan con los que tienen la posibilidad de presentarse a la otra. Así, las mismas experiencias son promocionadas por los profesionales a lo largo de distintos organismos públicos, en busca de financiamiento adicional.

Como resultado de lo anterior, cada uno de los CeSACs tiene un acceso marcadamente diferencial a

tales recursos, dependiendo de las personas que ocupen cada uno de los lugares en el organigrama. Y el acceso de las poblaciones a aquellos beneficios se encuentra mediatizado por la iniciativa personal de algún profesional o equipo de profesionales. Algunas poblaciones, entonces, resultan azarosamente privilegiadas, contando con el desarrollo de actividades que constituyen una suerte de islote en el marco de un sistema de salud más amplio [F.62].

Ahora bien, no sólo el contacto entre distintas jurisdicciones o sectores es lo que funciona de modo fragmentario. También al interior del sector Salud dependiente del Gobierno de la Ciudad las líneas jerárquicas se manejan con idéntico mecanismo: dentro del sistema público de salud de la Ciudad también la misma existencia de lineamientos queda atada a los vínculos interpersonales entre quienes ocupan posiciones jerárquicas. Esto se observa en el hecho de que la asistencia a reuniones tiene carácter voluntario -insertándose en la táctica que despliegue cada autoridad. Así, si el Director de un Hospital quiere conseguir más recursos, existe mayor probabilidad de que asista a las reuniones convocadas por el Ministerio. Pero también, si su signo ideológico es contrario al de las autoridades, es probable que deje de asistir. De la mano con lo anterior, no existen instancias prefiguradas de contralor a la que deban responder los Directores de Hospitales.

Algo similar sucede con el vínculo entre autoridades de cada Hospital de Base y los CeSACs. Y se repite, a su vez, entre los Jefes de cada CeSAC y los profesionales. No obstante, esto tiene lugar al tiempo que el propio Ministerio convoca a reuniones -también, de asistencia voluntaria- a los profesionales. Un ejemplo de esto lo constituyen las reuniones observadas sistemáticamente durante el trabajo de campo: las llamadas “reuniones de red”<sup>91</sup> convocadas por la Dirección de Salud Mental -en el caso observado, “reunión de red” correspondiente a profesionales de los CeSACs o de APS (tampoco el nombre de la red posee una única formulación).

Según pudo observarse, el carácter voluntario de la asistencia a toda instancia de reunión se correlaciona de modo directo con la arbitrariedad con que circula la convocatoria a tal encuentro, así como -retroactivamente- con el carácter que adquiere en términos resolutivos y la circulación limitada que tiene lo conversado o definido durante tal reunión. Dada la falta de formalización de las relaciones dentro del Subsector Público de Salud, se produce una discrecionalidad en el manejo de la información, condicionada al particularismo que adquieren los vínculos. Vale decir: así como muchas veces los profesionales toman conocimiento de la existencia de tales instancias de modo azaroso y no por canales preestablecidos, también la información que surge de estos espacios circula de modo limitado. Como consecuencia, no existe posibilidad de esgrimir un carácter representativo a fin de

---

<sup>91</sup> Nombre con que la Dirección de Salud Mental designa estas reuniones

constituirse en órgano consultivo. De tal manera, así como a estas reuniones es escasa la información que llega por parte del Ministerio, también resulta no vinculante lo que en ellas se defina. Por citar un ejemplo, podemos mencionar que mientras se realizaba el trabajo de campo, un tema que preocupaba particularmente a los profesionales era la existencia de rumores más o menos fundados respecto de que se introduciría un cambio en las condiciones de trabajo, pero quienes coordinaban estas reuniones no supieron decir nada en tal sentido. Del mismo modo, propuestas respecto de que algunos conflictos derivados de la sensación de inseguridad en los contextos de trabajo se resuelvan de tal o cual manera no llegaron a ser transmitidas a autoridades de orden superior.

Resumiendo lo expuesto, el vínculo entre instituciones, jurisdicciones y niveles queda supeditado a lo informal. Esto hace referencia al hecho contingente de que dos personas se encuentren; según se ha recogido, puede suceder que alguien que trabaja en un CeSAC viva cerca de alguien que trabaja por ejemplo en la Dirección de Salud Mental y que sea en el cruce casual, en una situación no laboral, cuando aparece la posibilidad de saber acerca de una reunión. Y también hace refiere a la afinidad interpersonal como prerrequisito de la participación en un determinado espacio de encuentro. En cualquier caso, las instancias de encuentro -no normatizadas- se constituyen en este marco también en una *ocasión* a partir de la cual pueden surgir nuevas líneas de acción.

### **Plataformas de interacción**

El concepto de *definición de situación* (Goffman, 2006) remite a una perspectiva interaccionista. Desde esta, la interpretación que de un contexto se realice es resultado de una negociación entre agentes. Resulta así transversal a lo que se viene planteando el entender que las situaciones de encuentro se vuelven, circularmente, una *ocasión* de consensuar o contraponer lecturas. Podría hipotetizarse, siguiendo con lo anterior, que las lecturas y argumentos de los profesionales se verán afectadas de distinto modo según con quienes se haya tenido ocasión de ponerlas en común o discutir las, así como respecto de con qué información se cuente.

Lo anterior -se plantea aquí como hipótesis de trabajo- cobraría una importancia aun mayor en contextos como el que se viene describiendo, donde la falta de encuadres formales y normativas explícitas pone en primer plano a los acuerdos de orden informal, particular, personalizado. Siendo que en lo que aquí se describe, los lineamientos conforman un conjunto poco racional y que a su vez es impartido -y sancionado su incumplimiento- de modo fragmentario, se vuelve necesario, a fin de una descripción densa, dar cuenta de qué sucede con las posibilidades de interacción en este contexto. Ello implica hacer referencia a los espacios instituidos de encuentro -espacios que determinan la

probabilidad material de interacción, prerequisite de la negociación de sentidos.

Es que la falta de formalización que aparece como rasgo de *labilidad estatal* no sólo hace referencia a los encuadres normativos, sino también a los espacios de encuentro. Dada la inexistencia de instancias formales de puesta en común de interpretaciones y perspectivas, así como de datos que permitan reformular aquellas, tanto lecturas como experiencias circulan de modo informal. Y el rol de las relaciones interpersonales obedece a su vez a las posibilidades materiales de crear vínculos intersubjetivos.

Lo anterior puede ejemplificarse mencionando el carácter reiterado con el que las “cocinas”<sup>92</sup> ocupan un lugar protagónico [F. 63 y F.64] en términos de descripción de escenarios. Es decir, al indagar por el origen de distintas prácticas, perspectivas y decisiones, las narraciones de los profesionales mencionan a estas como espacio de encuentro en el cual los profesionales pueden conocerse, trabar amistad, poner en circulación distintos tipo de información y negociar interpretaciones. Mientras que las cocinas de los CeSACs son el lugar en el que cotidianamente tienen lugar los encuentros, existen también otros espacios menos íntimos o endógenos en los que los profesionales pueden entrar en contacto. Sean de carácter eventual o recurrente, los momentos de confluencia determinan la probabilidad de que distintos profesionales puedan o no conocerse y dialogar entre sí. Determinan así, de este modo, la probabilidad de que una *ocasión* tenga lugar.

Se parte de entender que es esta la arena compartida sobre la cual se producen tanto los acuerdos como las disputas. Se aludirá aquí a esta base, empíricamente indagable y que determina la posibilidad material de que un encuentro tenga lugar como *plataforma de interacción* (Laraña, 1999).

### **Plataformas Coyunturales**

Existen *plataformas de interacción* que se conforman de modo eventual. Los relatos recogidos en campo ubican más de una vez el origen de una práctica en tales circunstancias, que provocaron la *ocasión* de que dos o más profesionales entren en contacto y comiencen así a pensar estrategias de trabajo comunes o compartidas. Podemos realizar una pequeña tipología al respecto.

Ubicaremos así, en primer lugar, a las *plataformas de interacción* que se producen en circunstancias bajo las cuales distintos profesionales son reunidos en torno a la definición de algo como apremiante. Entre tales reuniones, muchas veces de carácter asambleario, se tiende a generar -según los relatos- una aureola de pertenencia común y afinidad personal que las vuelve más favorables a convertirse en escenario originario de proyectos compartidos. Un ejemplo claro de este tipo de ocasiones ha sido

---

<sup>92</sup> Se hace este señalamiento tomando en consideración la metáfora instalada en el sentido común respecto de que “la cocina” de las cosas es aquel lugar oculto a la vista de los demás donde se toman las verdaderas definiciones.

recogido en referencia a la movilización colectiva de todo el personal de un CeSAC con motivo de un inminente traslado. Otro ejemplo, la realización de reuniones extraordinarias para definir una posición compartida ante algún hecho de violencia sufrido por algún trabajador del efector. Pero a veces estas plataformas eventuales, reunidas bajo la sensación de algo urgente por resolver reúnen no a la totalidad, sino sólo a una porción de los trabajadores de un CeSAC, contribuyendo en tanto espacio de encuentro a fortalecer los vínculos informales preexistentes. Un ejemplo particular en tal sentido lo constituyó -durante el trabajo de campo- la movilización de profesionales del área de Salud Mental de distintos efectores en pos de responder a la amenaza de cierre de Hospitales Monovalentes<sup>93</sup>. En general, las movilizaciones colectivas proveen *plataformas de interacción* en este sentido: resultan espacios de encuentro y negociación de perspectivas por parte de aquellos que habitualmente no entrarían en contacto entre sí en el contexto de trabajo. También pueden aquí mencionarse las plataformas disparadas ante distintos tipos de conflictos internos [F.65], como oportunidades no habituales de interacción que suelen estar en el origen de las iniciativas.

En segundo lugar de esta tipología podemos hacer referencia a aquellas *plataformas de interacción* que no son fruto de la contingencia, y que de algún modo remiten a un lineamiento recibido, aunque lo característico de estas plataformas es que resultan de apropiar a modo de espacio de interacción un encuentro promovido con otros fines y sin orden de continuidad en el tiempo. En el caso que dio origen a la propia inserción como investigadora en el campo, por ejemplo, se trataba de un censo realizado a todos los trabajadores del subsector público de salud, realizado por la gestión entrante del Gobierno de la Ciudad [F.66]. Más frecuente resulta encontrar referencias a casos en los que la rutina también se rompe pero a fin de hacer frente, por ejemplo, a una campaña de vacunación -como fue durante el trabajo de campo el caso antirrubéolico-, de prevención del dengue o de la gripe A1H1 [F.67]. También pueden ubicarse aquí a aquellas plataformas que movilizan parcialmente a la planta del personal, como los Congresos, Jornadas y capacitaciones realizados al interior del Sector Salud<sup>94</sup>.

Estos dos tipos de plataformas eventuales, que responden a coyunturas particulares y que se convierten en potencial usina de *ocasiones* conviven con otras coyunturas, de carácter un poco más permanente.

---

<sup>93</sup> Cabría indagar más en profundidad si aquellos encuentros que implican como supuesto el compartir una mínima afinidad ideológica, como en estos casos, tienen algún impacto en términos de oportunidad de encuentro.

<sup>94</sup> Dentro de estos, han sido referidos con recurrencia tanto los Congresos de Atención Primaria -organizados desde el Ministerio de Salud de la Ciudad- como las Jornadas de cada uno de los Hospitales de Base, motivo por el cual se les supone a ambas instancias una participación bastante masiva. En relación con las capacitaciones, fueron mencionadas principalmente aquellas organizadas por o para los CeSACs de un mismo Área Programática.

## Plataformas Instituidas

Existe una serie de *plataformas de interacción* sostenidas con regularidad, que agruparemos aquí a fin de completar la tipología. En consonancia con lo que se viene describiendo, cabe aclarar que su carácter de instituidas admite ser relativizado, puesto que ellas se continúan en el tiempo sólo merced a la voluntad de sus participantes. Este hecho, fundamental, promueve un tipo de funcionamiento, propio de una *institucionalidad lábil* según aquí venimos describiendo, a modo de astillas. Lo que aquí denominaremos, entonces, *astillamiento institucional* puede ubicarse en primer lugar en la fragmentariedad de las plataformas de interacción. Decimos que las *plataformas de interacción* se encuentran *astilladas* puesto que entran en contacto sólo aquellos que poseen una afinidad entre sí o, de modo derivado, sólo aquellos que simpatizan de modo personal con la autoridad que dicta un determinado lineamiento o propone un espacio de reunión. Lo propio del objeto que aquí estamos analizando es, entonces, el funcionamiento *astillado*. No obstante, una vez que este está instalado, cobrando vigencia la personalización del funcionamiento -y sus consiguientes discrecionalidad y particularismo- toda plataforma eventual contribuye asimismo a subrayar el carácter astillado de los encuentros y, con ellos, de la circulación de información y la negociación de perspectivas.

Pasaremos a dar cuenta de lo que aquí se entiende como astillamiento en base a las *plataformas de interacción* observadas durante la indagación empírica. En primer lugar, podemos ubicar plataformas que tienen lugar al interior de los CeSACs, como en el caso de las reuniones periódicas sostenidas por algunos profesionales que por propia iniciativa, se constituyen como equipo<sup>95</sup>. Así, pueden encontrarse desde reuniones de pequeños grupos interdisciplinarios (“Equipo de violencia” “Equipo de Salud Sexual” “Equipo de Diabetes”, etc.) hasta reuniones donde participan todos los profesionales de un área -en nuestro caso, de Salud Mental. Los objetivos pueden ser tanto el monitoreo de un proyecto como, más habitualmente, instancias vinculadas a la actividad clínica. Entre estas últimas, pueden mencionarse las de Supervisión y los denominados “Ateneos clínicos”<sup>96</sup>. Se han encontrado casos en que estas instancias llegaban a duplicarse al interior de un CeSAC, cuando existían cuestiones de índole personal entre profesionales, que llevaban a que no quisieran compartir el mismo espacio, así como -según refieren los actores- cuando los marcos teórico-conceptuales con los que se trabaja son incompatibles. Mientras que sólo una porción de los CeSACs con los que se entró en contacto manejan este tipo de modalidades, en algunos de ellos se encontró que la convocatoria a participar de tales encuentros era extensiva a profesionales “psi” de otros CeSACs cercanos. De tal manera, las

<sup>95</sup> No obstante, se ha sabido de grupos de profesionales autodenominados como Equipos que no sostenían ninguna instancia de reunión sistemática.

<sup>96</sup> En palabras de los actores, instancias de capacitación autogestivas donde uno o más de los presentes desarrolla la narración del caso de algún paciente atendido junto el bagaje conceptual que utilizó para abordarlo.

plataformas astilladas no siempre coinciden con los establecimientos, sino que más bien tienden a ser transversales. En el caso particular que motiva esta tesis, debemos decir que esta característica incide de modo directo en el carácter borroso de aquello a lo que aquí se hace referencia como “área de Salud Mental”.

En segundo lugar, existen efectores en los que por iniciativa de su Jefatura, se sostienen reuniones periódicas por parte de todos los trabajadores. Estas reuniones pueden incluir tanto instancias de capacitación de temas generales en agenda [F.68] (por ejemplo, medidas de prevención del dengue o de la gripe A1H1), como cuestiones administrativas a resolver, circulación de información -sobre cursos, Jornadas, premios, subsidios, etcétera- o seguimiento de algunos grupos familiares considerados a modo de “casos”<sup>97</sup>. En algunos CeSACs, por el contrario, las reuniones se realizan meramente a fines lúdico-recreativos. Estas reuniones pueden tener una periodicidad mensual, o ser convocadas ante acontecimientos de carácter anual (como ser para festejar Año Nuevo o para el aniversario del CeSAC, según ha sido relevado). No obstante, en casos relevados donde esta práctica estaba instalada, cabe mencionar que tanto autoridades como profesionales hacían referencia a esta instancia como posibilidad de conocerse, negociar perspectivas, intercambiar información y como origen de iniciativas conjuntas. Cabe señalar que el hecho de que la convocatoria parta de una autoridad implica una diferencia en términos de quienes son convocados -es decir: la convocatoria abarca a todo el personal de un CeSAC- pero no determina la asistencia de todos aquellos. Más bien tal asistencia queda a su vez supeditada a las redes de afinidad.

En tercer lugar, y con un énfasis diferencial, debe subrayarse aquello comentado más arriba: las plataformas astilladas no sólo tienen lugar en el ámbito de lo local, sino que el mismo sector Salud funciona en general de idéntico modo. Prácticamente todas las instancias de reunión son optativas. Si bien las autoridades deberían estar exentas de la capacidad de exceptuarse, la asistencia a las reuniones por parte de las jerarquías hospitalarias y los funcionarios ministeriales guarda estrecha dependencia para con factores de orden político -en términos de alianzas y rivalidades que en estas alturas obedecen a intereses corporativos y partidarios, sumados a los meramente personales. De tal modo, hemos encontrado que aun las plataformas formalmente establecidas poseen el carácter particularizado y discreto que caracteriza a las plataformas informales.

Finalmente, existen plataformas intersectoriales y otras en que los efectores se vinculan con organizaciones de la sociedad civil o con la población en general. El funcionamiento astillado se repite en ambos casos. Volviendo a un ejemplo citado anteriormente, podemos mencionar que esto ocurre

---

<sup>97</sup> En uno de los casos con los que se tomó contacto, el encuentro venía reforzado por la utilización de Historias Clínicas Únicas -las cuales, quizás, admitirían ser entendidas como dispositivos mediatizados de encuentro entre profesionales.

con los encuentros entre el sector de Salud y el de Educación. También, a otras reuniones más abarcativas -como aquellas motorizadas desde los CGPC<sup>98</sup>. Quizás más fuerte aun es la tensión que se produce cuando las plataformas provienen del encuentro para con organizaciones de la sociedad civil o con la población en general. Puede mencionarse que si bien no es lo más frecuente, algunos CeSACs han participado de modo sistemático en espacios de encuentro propiciados por movimientos sociales u ONGs locales. Esto sucedió sobre todo en momentos históricos de fuerte movilización colectiva, como los años 2002 y 2003, cuando estaban en auge las Asambleas Barriales, los movimientos de desocupados y las Fábricas Recuperadas en la Ciudad de Buenos Aires. Distintos relatos han hecho referencia a la dificultad implicada por atribuirse la prerrogativa de hablar en nombre del conjunto, en tales casos [F.70].

Resumiendo lo anterior podemos decir que a medida que se asciende de nivel, y lo informal se encuentra también permeando los espacios que en principio son entendidos como formales, el carácter voluntario de los encuentros pone en entredicho la representatividad de lo comunicado y de lo resuelto. Si entendemos que la autoridad de un cargo tiene que ver con la autorización para hablar *en nombre de* (Bourdieu, 2007), lo expuesto resulta en que sea el carácter mismo de representación lo que se encuentra astillado [F.69].

### **Modalidades de inserción profesional**

Tal como venimos planteando, existen una serie de determinantes materiales de aquello que a priori aparece como azaroso. Mientras los profesionales imputan a su “deseo” toda iniciativa, no menos cierto es que para llevarla adelante enfrentan circunstancias institucionales concretas, dentro de las cuales definen *ocasiones* (De Certeau, 1996) como oportunas y sopesan una serie de factores que hacen a la viabilidad de concretar aquella. Si tal operación se lleva adelante aun sin ser tematizada por los actores es porque se funda en un *saber práctico* (Bourdieu, 2007). Parte fundamental -a los fines de esta tesis- de aquel *saber práctico* consiste en orientarse al interior de un campo que en principio tiene pocos atributos de inteligibilidad (Goffman, 2002).

Lo anterior significa, según entendemos, que mientras no existe una estructura inteligible, si existe un proceso de estructuración que opera con la suficiente predictibilidad como para que los actores puedan aprenderlo y reproducirlo (Giddens, 1987). A falta de ordenamientos formales y sistemáticos, analizamos que lo que emergería es otro tipo de regulación, abigarrado. A fin de que los actores aprendan tales reglas informales, hemos corrido el foco desde los contenidos, dispersos, de usos y

---

<sup>98</sup> Centros de Gestión y Participación Comunitaria, suerte de gobiernos locales en transición hacia la implementación de la Ley de Comunas

sentidos, hacia las formas con que tales se originan y son comunicados. Estas formas se desprenden de las instancias de interacción, es decir, de los encuentros que tienen lugar al interior del campo. Hemos definido a la modalidad con que se producen y reproducen tales instancias como *astillada*, entendiendo por ello un funcionamiento particularizado, personal y por ende discrecional, al que ubicamos como rasgo propio de un *Estado lábil*. Tal funcionamiento permea aun a los espacios formales, determinando los modos en que se definen criterios y acciones, junto con sus condiciones de circulación y apropiación. Lo anterior se desprende de las plataformas -espacios materiales y concretos- que sustentan la posibilidad de encuentro entre actores, habilitando tanto la emisión de lineamientos como la negociación de sentidos y prácticas respecto del quehacer profesional. En el caso particular indagado, encontramos allí los condicionantes de la pluralidad de modos en que se produce el deslinde entre lo individual y lo social a fin de realizar la asistencia en Salud Mental a poblaciones empobrecidas -esto es, lo que nos permite observar si existe y qué implicancias tiene el proceso de *individualización de problemas sociales*.

Es necesario profundizar, en consecuencia, el carácter asistemático con que funciona lo formal, para dimensionar de modo correlativo el rol cumplido por los mecanismos informales. En tal sentido, haremos aquí mención a un aspecto que si bien arriba fue mencionado, no fue descrito en profundidad. Nos estamos refiriendo a aquello a lo que arriba aludimos como condiciones de trabajo, esta vez en lo que a modalidades de inserción o contratación atañe.

Existen distintas modalidades de inserción, de las cuales hasta aquí sólo hemos hecho mención específica a aquellas que, a diferencia de los cargos de planta, se desprenden de los Posgrados de Capacitación en Servicio. Junto a las ya citadas vinculaciones como Concurrente –inserción ad honorem pero con concurso-; y como Residente –inserción rentada, mediante concurso, pero transitoria-; a la vinculación a modo de adscripto o becario –inserción ad honorem y sin concurso mediante. Tal inserción proviene del desfasaje ya mencionado entre el egreso de profesionales formados por el sistema, únicos destinatarios de los concursos para cargos de planta cuando estos efectivamente se abren, y la escasez y eventualidad de tales concursos. También se ha tomado noticia de Concurrentes que se insertaban de modo informal sin concurso previo, a fin de aguardar también el concurso de planta.

La figura más estable, la de profesional de planta, posee a su vez una serie de modalidades distintas según el período y circunstancias en que se haya abierto el concurso –pueden encontrarse designaciones “a cargo” o transitorias y otras “con nombramiento” o definitivas. Los nombramientos, a su vez, pueden ser por 24, 30, 36 o 40 horas semanales –las cuales no poseen un modo prefijado de

ser distribuidas, o sea que los trabajadores pueden juntarlas en algunos días o distribuirlas a lo largo de la semana, concurrir de mañana o de tarde, etc. También, pueden distinguirse entre “titular” y “suplente”. En lo que a los CeSACs particularmente respecta, existen nombramientos que son “para Área Programática”, en los cuales las horas a cumplir pueden desempeñarse en cualquiera de los CeSACs dependientes de un mismo Hospital de Base, y nombramientos en los que figura específicamente un CeSAC como destino. Además, existen profesionales que se encuentran “en comisión”<sup>99</sup> –con renta pero proveniente de otra repartición de la administración pública-; con contrato – bajo el amparo de los Decretos N° 948 y 959.

En los últimos años se ha sumado a lo anterior una modalidad informal a la vez que instituida desde las autoridades, denominada al interior del sector salud como “módulos” u “horas de guardia”. Esta última inserción se origina cuando partidas presupuestarias destinadas originariamente al SAME<sup>100</sup> fueron distribuidas en los hospitales generales, como modo de obtener recursos con que rentar nuevos profesionales o bien horas adicionales de los profesionales existentes.

Según algunos relatos, estas horas habían sido solicitadas para reformular el Programa de Salud Escolar, pero esto no pudo ser verificado<sup>101</sup>. Con posterioridad, estas partidas habrían sido denominadas “módulos asistenciales” en los recibos de sueldo, desvinculándose de aquel origen. Siendo que el requisito para poder solicitarlas y, fundamentalmente, cobrarlas, es contar con una Ficha Municipal, estas partidas fueron asignadas a profesionales que ya se encontraban trabajando, cumpliendo la función de horas extra aunque con una cantidad fija mensual.

Lo que pareciera haber sucedido es que la disponibilidad de tales horas por parte de algún Hospital o Servicio se daba a difusión siguiendo la red de contactos entre trabajadores del Gobierno de la Ciudad. De tal modo, existieron un gran número de acuerdos informales entre actores de distintos efectores, dando por resultado que profesionales con cargo de planta para desempeñarse en un Hospital desempeñen horas por módulos en otro. Esta red informal de acuerdos, que incluyó tanto a profesionales de hospitales como de CeSACs, derivó en que puede encontrarse CeSACs -principalmente, los de apertura reciente- que funcionan en gran parte gracias a que cuentan con profesionales cuyo cargo de base está en otros Hospitales (distintos del que depende de su Área Programática).

Si bien resulta complejo dar cuenta de esto -de hecho, la mayoría de los profesionales con que se tomó contacto manifestaron no llegar a comprenderlo en su totalidad, pese a estar ellos mismos afectados

---

<sup>99</sup> De aquí en adelante para las comillas: según el nombre que reciben en el campo y con que son referidos por los actores

<sup>100</sup> Servicio Asistencial Médico de Emergencia, según su sigla

<sup>101</sup> Así como el resto de las imprecisiones de este subtítulo, que se deben a la falta de documentación o registro sistemático de lo que aquí se expone

por tal inserción- su alusión se vuelve fundamental no sólo por resultar indicativo de cómo se maneja el sistema de salud, sino también cuando se trata de hacer referencia al contexto en que se realizó el trabajo de campo. Es que durante el 2009 -momento en el que tuvo lugar la mayor parte de la recolección empírica- la nueva gestión advirtió que quitaría estos módulos por considerarlos irregulares. Como consecuencia de lo anterior, es decir, de la precariedad laboral que de esto se desprendía, muchos profesionales cesaron las actividades que consideraban que requerían poder garantizar a la población un sostenimiento en el tiempo. Al respecto, aquí también se han encontrado distintos criterios, y mientras una parte de los profesionales suspendió la asistencia a ciertos grupos, otra parte ha suspendido la realización de actividades de promoción y prevención<sup>102</sup>. A modo de amenguar aquello, las autoridades sanitarias ofrecieron ampliar las horas de los cargos de base, llevándolas a 40. No obstante, lo anterior implicaba no sólo una remuneración menor, sino además que tales horas deben desempeñarse en los Hospitales donde se encuentra aquel cargo, con lo cual el resultado -de llegar esto a implementarse- sería el vaciamiento de aquellos CeSACs inaugurados recientemente que se sostienen mayormente merced a tales módulos por no existir designaciones específicas para ellos. Hasta aquí hemos hecho mención de modalidades de empleo que se presentan actualmente en el Sector Salud. Respecto de modalidades históricas, importa aquí sólo hacer referencia a una de ellas, puesto que fue el modo privilegiado de configurar el área de Salud Mental de los CeSACs en gran parte de los casos, tomando casi a todos sus profesionales de mayor antigüedad. Durante algunos años de los '90<sup>103</sup> existió una partida presupuestaria especial cuya denominación (IRPES –Instructores de Residentes de Programas Especiales) no estaba en consonancia con la tarea asignada. Los profesionales que ingresaban a tales cargos no tenían bajo su responsabilidad la capacitación de residentes, sino que se desempeñaban como cualquier otro profesional [F.71]. No obstante, en términos laborales esta inserción era altamente precaria: duraba un año con opción a ser renovada de modo ilimitado. Además, su otorgamiento fue altamente discrecional, respondiendo a redes de contactos de profesionales ya insertos en el sistema. La modalidad de IRPES resultó fundamental para el ingreso de profesionales en los CeSACs, así como en las profesiones no-médicas, según se ha relevado en campo. Esto se debió, aparentemente, a que eran inserciones “de segunda” que podían obtenerse en la puja de recursos por parte de las autoridades de cada uno de los Hospitales, cuando no existían recursos suficientes para conseguir la apertura de nuevos cargos médicos.

---

<sup>102</sup> Más allá de la inespecificidad de este asunto, cabe mencionar que la finalización –real o posible- de la modalidad de inserción por módulos de guardia ha constituido el tema predominante de al menos tres reuniones de la Red de CeSACs en la Dirección de Salud Mental, con lo que se convierte en un aspecto ineludible al momento de hacer referencia al área de Salud Mental en estos efectos.

<sup>103</sup> El período exacto no pudo ser relevado

Según se ha relatado, entonces, en referencia a las modalidades de llegada así como de trabajo en el sistema, el mapa de conjunto resulta abigarrado. Las distintas modalidades de inserción se distribuyen de modo irregular a lo largo de los distintos efectores, haciendo que haya algunos más homogéneos que otros en términos de condiciones de trabajo. Esto incide no sólo en la afinidad de intereses, sino también en las posibilidades concretas de convocar reuniones en las que pueda participar un número importante de profesionales. Cabe decir que las *plataformas de interacción* arriba mencionadas se encuentran atravesadas por estas inserciones, consistiendo muchas veces en encuentros que sólo toman como destinatarios a los profesionales de planta, por ejemplo. Nos encontramos así ante un condicionante concreto de la emergencia de criterios y prácticas compartidos.

Este condicionante refuerza un hecho mencionado en el Primer Capítulo: la escasa acumulación o capitalización compartida de definiciones y experiencias. Según lo recabado, esto produce efectos no sólo en términos sincrónicos, dado que la falta de transmisión afecta también de modo directo en lo sincrónico, obstaculizando la historicidad de las prácticas. Así, puede pasar que la circulación constante de profesionales en un efector, y el hecho de que puedan estar años sin entrar en contacto entre sí, determinando un margen reducido de circulación y apropiación de problematizaciones, de aciertos y de errores. De tal manera, la falta de formalización de las tareas no encuentra contrapeso en lo informal más que, como se viene señalando, de modo *astillado*.

### **Arquitectura institucional**

Según venimos describiendo, a medida que nos corremos del “deseo” a los determinantes materiales de aquello que a priori aparecía como una contingencia radical, encontramos que se difumina la particularidad del área de Salud Mental. Es que empiezan a aparecer datos estructurales que configuran el orden institucional en sentido amplio. Esto se pone aun más de manifiesto si profundizamos otro aspecto concreto que arriba fue mencionado: el modo de organización interno del Sistema de Salud. Si en la primer parte de esta tesis hicimos referencia al modo en que se fueron sedimentando históricamente los CeSACs [F.72], podemos aquí hacer un recorte sincrónico que permita situar aquella *labilidad* a la que se viene aludiendo. Pasaremos entonces a describir cómo se configura actualmente la estructura jerárquica, partiendo de considerar cuáles son las autoridades que tienen de un modo u otro injerencia sobre el área de Salud Mental de los CeSACs.

En el escalafón sanitario del Gobierno de la Ciudad debe mencionarse en primer lugar al propio Ministro de Salud de la Ciudad<sup>104</sup>. Descendiendo por el organigrama, se encuentran los Directores y Subdirectores de Hospitales Generales de Agudos<sup>105</sup>, los Jefes de cada una de las Divisiones de Área

<sup>104</sup> Dado que en la actualidad se trata de un Ministerio; anteriormente la autoridad máxima era la de Secretario.

<sup>105</sup> Valga la aclaración de que los Sub Directores tienen asignada una función diferente a la de los Directores.

Programática existentes en tales Hospitales, y los Jefes de cada CeSAC –en algunos casos, junto con Vice Jefes<sup>106</sup>. La dependencia de los CeSACs sigue esta cadena jerárquica dada su modalidad de obtención de insumos básicos para el funcionamiento, entre los que se incluye al personal. Es decir que los profesionales insertos con cargos de planta en los CeSACs han debido concursar en cada uno de los Hospitales de Base, que es donde reciben sus cobros –es decir que forman parte de la estructura hospitalaria. Al carecer de estructura interna, la dotación asignada a cada CeSAC obedece a la capacidad relativa de presión sobre la Dirección del Hospital (GCABA, 2002), así como a otros arreglos informales. En cuanto a la selección de recursos profesionales, los criterios utilizados son heterogéneos y existen casi nulas consignas centralizadas al respecto.

Ahora bien, los CeSACs no poseen sólo la dependencia respecto de los Hospitales de Base. Como en cada uno de ellos funcionan distintos Programas, según el interés de los profesionales y de la Jefatura, se agrega esta fuente de autoridad. Así, puede pasar que un profesional quede bajo la égida de distintas jerarquías, según la función que esté ejerciendo. Por poner un ejemplo, si un psicólogo atiende a un paciente con tuberculosis puede decidir vincularse a este programa, lo mismo si atiende a alguien con consumo problemático de sustancias, al de adicciones, o si elige participar en la entrega de métodos anticonceptivos puede depender del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. La inserción en un determinado programa no es obligatoria o compulsiva, sino que depende del interés de los profesionales en cada una de las temáticas de referencia<sup>107</sup>. Algunos Programas poseen recursos propios y otros no; todos los Programas suponen tener lineamientos, comunicados a través de reuniones periódicas -cuya asistencia es voluntaria. A través de los distintos Programas, los CeSACs quedan bajo la dependencia -actualmente- de la Dirección de Redes y Programas<sup>108</sup> del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El funcionamiento bajo Programas es planteado por las autoridades como un modo de contrarrestar las deficiencias que traería aparejada la dependencia de los CeSACs a las Áreas Programáticas de sus Hospitales de Base. El modelo de gestión de las Áreas Programáticas ha sido definido como “de territorialidad cerrada” (GCABA, 2002) entendiendo por tal a la vinculación radial que cada establecimiento tiene con quien es responsable del territorio en cuestión, paralela a la tendencia a disolver los vínculos transversales entre efectores de un mismo nivel de complejidad -en este caso, entre los CeSACs. No obstante, la intención de gerenciamiento por Programas lleva a una

---

<sup>106</sup> Si bien en la mayoría de los casos este último cargo parecería no tener demasiada gravitación, salvo en ausencia del Jefe, existen CeSACs donde quien lo ocupa ha sabido utilizarlo como posición de poder, cumpliendo desde allí un rol clave.

<sup>107</sup> Pareciera que el Programa de Salud Escolar también constituye una excepción en este sentido, puesto que algunos entrevistados han afirmado que las designaciones son exclusivas para quien en este se inserta.

<sup>108</sup> Salvo que se trate de programas nacionales, como en el caso del Plan Remediar

superposición tal de instancias de reunión y de lineamientos que vuelve dificultoso su cumplimiento. Si bien ha sido criticado aquel modelo de “territorialidad cerrada” (GCABA, 2002) debido a que dificulta en gran medida la coordinación horizontal, ha sido no obstante replicado por la última gestión al crear la figura de Regiones Sanitarias. Bajo esta figura, se ha dividido así a la Ciudad en cuatro zonas, siguiendo indicadores demográficos y sociosanitarios. Cada uno de los Directores regionales tiene cierto margen de incidencia en los efectores que quedan así delimitados. Uno de los resultados de esto último es que los CeSACs no poseerían una instancia que los nucleee como tales, habiendo pocas probabilidades de delimitar una oferta básica en salud que los homologue en algún sentido. Cabe señalar, no obstante, que la actual regionalización no se encuentra acabada –lo cual se pone de manifiesto particularmente respecto de situaciones confusas, dado que el nuevo deslinde geográfico implica límites territoriales y por tanto dependencias distintas a las anteriores. Simultáneamente, al momento del trabajo de campo muchos profesionales e incluso autoridades desconocían si la permanencia de Áreas Programáticas como instancia de la cual dependen los CeSACs no se debía a una etapa de transición, siendo el proyecto reemplazarlas.

Se suma a lo anterior lo referido a formación de recursos humanos. Vale decir que los Posgrados de Capacitación en Servicio realizados al interior del Subsector Público -las ya mencionadas Residencias y Concurrencias- dependen de la Dirección de Capacitación e Investigación<sup>109</sup>, la cual carece de conexión con el personal de planta de cada una de las sedes donde estos se insertan. No existen, por tanto, instancias de negociación de criterios o planificación conjunta. Siendo que los CeSACs muchas veces son sede de Residencias y Concurrencias, sobre todo en el tramo en que aquellas se proponen rotar por lo genéricamente denominado como “Atención Primaria de la Salud”, se encuentra aquí una nueva laguna normativa -mencionada al comienzo del Primer Capítulo.

Por otro lado, debe mencionarse que el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad cuenta con un área específica destinada a la Salud Mental, cuya jerarquía fue oscilando entre Coordinación, Dirección, Dirección General Adjunta y Programa<sup>110</sup>. No obstante, más allá de cual fuera su status, hasta el momento sólo han estado afectados a su dependencia los efectores monovalentes de Salud Mental. Esto implica que no ha contado hasta el momento con estructura propia como para poder incidir en los CeSACs -dado que los profesionales que se insertan en cada uno de estos efectores descentralizados dependen de los Hospitales Generales de Agudos que constituyen su base (GCABA,

---

<sup>109</sup> Vale aclarar que tal es el nombre que le ha dado la actual gestión

<sup>110</sup> Incluyendo seguramente además otros rangos cuya existencia no ha podido ser reconstruida, debido a la falta de sistematicidad o completud de los archivos existentes, sea el Centro de Documentación Municipal (CeDOM), dependiente de la Legislatura de la Ciudad, o el Centro de Documentación en Salud (CeDOS), dependiente del Ministerio de Salud del GCABA.

2008). Actualmente, y desde hace algunos años, la única instancia intermedia que existe entre las autoridades en el Área de Salud Mental y los profesionales de salud mental que trabajan en los CeSACs, es la ya mencionada “reunión de red”<sup>111</sup>.

Tales “reuniones de red” no tienen carácter excluyente. Por un lado, tienden a superponerse con las reuniones por Programas<sup>112</sup>. Por otro lado, puede resultar pertinente acudir a distintas reuniones de la Dirección de Salud Mental. Por ejemplo, un psicólogo ha comentado que al estar inserto en un CeSAC trabajando con adultos mayores, podía escoger entre asistir a la reunión del Programa de Adultos Mayores (Prosam) -programa interdisciplinario dependiente de la Dirección de Redes y Programas- a la red de Adultos Mayores que funciona en la Dirección de Salud Mental, o a la red de CeSACs también de esta última Dirección. La necesidad de escoger se debe a que el único modo de asistir a todas las reuniones sería descuidando su tarea específica.

Ahora bien, la superposición no sólo se pone de manifiesto en la convocatoria a reuniones. Los profesionales también reciben, por ejemplo, distintas planillas para llenar con información relativa a estadísticas, en las cuales deben consignar informaciones similares. Es que la Dirección de Salud Mental cuenta con un Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (PiVESAM), el cual es desconocido para la Dirección General de Estadísticas del Ministerio de Salud. Esto redundaría en una doble demanda de registro exhaustivo para los profesionales, lo cual conlleva el desgaste propio de toda duplicación innecesaria de tareas al tiempo que afecta la calidad del volcado de datos.

Algo similar ocurre con las instancias de capacitación. Los espacios de formación ofrecidos por la Dirección de Salud Mental -como todos los del Sistema de Salud- son de participación voluntaria. Un hecho que puede asociarse con lo anterior es -según ha sido relevado en campo- el déficit en la difusión de convocatorias, tanto a reuniones como a capacitaciones. Quedando entonces la participación sujeta a su vez a las contingencias de carriles informativos laxos, aquellos espacios pueden por momentos estar escasamente nutridos, desalentando de modo circular el concurrir a ellos. Resumiendo lo expuesto, puede decirse que los profesionales de Salud Mental de los CeSACs se

---

<sup>111</sup> Cabe señalar a modo de síntoma del carácter difuso, que estas reuniones figuran indistintamente -también en los memorandums- bajo el nombre de “red de CeSACs”, “red de Atención Primaria de la Salud (APS)”, o “red de primer nivel”; sin embargo, el único nombre que se sabe a ciencia cierta a qué aludiría y que refleja su composición es el primero, puesto que los profesionales disienten en cuanto a cuales son los efectores responsables de la estrategia de APS o los que pueden considerarse como de primer nivel.

<sup>112</sup> Cuando existía la Dirección General Adjunta de Atención Primaria (DGAAPS), algo similar sucedía respecto de la red de primer nivel existente en la Dirección de Salud Mental. No obstante, en los momentos en que las autoridades de la anterior DGAAPS tenían afinidad personal o política con las de la Dirección de Salud Mental, se han planificado actividades conjuntas, mayormente capacitaciones (también de asistencia voluntaria).

encuentran afectados en términos de lineamientos a las Jefaturas de los mismos CeSACs<sup>113</sup>, a las Jefaturas de Área Programática, a los Directores y Subdirectores de cada Hospital de Base, y actualmente a los Directores de cada una de las cuatro regiones sanitarias. Luego, aquellos profesionales que se encuentran insertos en algún Programa (Programa de Salud Sexual y Reproductiva, de Adolescencia, de Salud Escolar, de Diabetes, de Juegotecas, de Tuberculosis, etcétera), pueden además recibir lineamientos por parte de quien esté a cargo del mismo dentro del Ministerio<sup>114</sup>. No existe en la actualidad una instancia que unifique en algún sentido (ni desde el Ministerio de Salud, ni desde la Dirección de Salud Mental) al área de Salud Mental en los CeSACs, ni autoridad ante la cual deban estos responder (Díaz Arana, 2008).

Cada una de las autoridades mencionadas goza de un margen de autonomía que es un dato constitutivo del sistema, tendiendo a comportarse como actores interesados en el modo altamente discrecional de distribución de recursos de distinta índole. El propio Ministerio de Salud en algunos informes propios ha dado cuenta de que la existencia de numerosas unidades administrativas, tanto en términos decisorios como de ejecución, vuelve particularmente dificultoso el gerenciamiento (GCABA, 2002). El resultado es un reforzamiento continuo de la desarticulación entre los distintos niveles del sistema, así como la falta de formalización de mecanismos de circulación de información -y, en consecuencia, de pacientes. He aquí la serie de motivos por los cuales señaláramos que la dispersión de prácticas no obedece a una variedad de apropiaciones, sino a un funcionamiento *astillado*, propio de esta modalidad estatal a la que venimos definiendo como *lábil*.

Finalmente, completando el panorama bosquejado, debe señalarse que no existen documentos escritos a los que poder remitirse, siquiera por propio interés. De hecho el Centro de Documentación en Salud, perteneciente al propio Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, posee archivos pobres e incompletos del material escrito de gestión (“literatura gris”, según lo denominado por este organismo), aun siendo su misión institucional poner a disposición del público precisamente tales materiales. De tal manera, la falta de espacios de encuentro no halla compensación por mecanismos indirectos de transmisión, sino más bien lo contrario: todo material escrito pareciera funcionar al interior de cada una de las *astillas* conformadas. Profundizaremos esto en el último Capítulo.

*A lo largo de este Capítulo hemos utilizado como brújula al concepto de ocasión (De Certeau, 1996) para ir remontando la serie de hitos que relacionan el “deseo” personal y la emergencia que este cobra,*

<sup>113</sup> Cabe anticipar que son estas autoridades las responsabilizadas por el cumplimiento del registro estadístico

<sup>114</sup> Algunas autoridades han afirmado que cada uno de estos Programas cuenta con un área específica de Salud Mental, pero según han manifestado los profesionales de los CeSACs, los Programas sólo tienen lineamientos generales y no atinentes a las distintas disciplinas que en ellos se insertan, salvo en el caso específico de Salud Escolar.

*con un modo de funcionamiento estatal que lo habilita. Se trata de instituciones laxas, y por tanto particularmente permeables hacia la iniciativa de sus miembros. Miembros que por otra parte, si pueden llevar adelante una iniciativa personal, es porque cuentan con un conocimiento práctico de cómo manejarse en ese campo. Es decir que la contingencia, pese a lo radical que a priori parezca, no opera en el vacío. Como característica central de este modo de funcionamiento, en el cual se gestan y sostienen aquellas prácticas atadas al “deseo” personal de los profesionales, hemos encontrado la falta de una arena común en base a la cual disputar versiones diferenciales: el subsector público de salud se encontraría conformado a modo de astillas, relativas al encuentro entre agentes y a través de él, a la transmisión de experiencias y perspectivas. En el próximo Capítulo abordaremos con mayor profundidad aquella afinidad intersubjetiva que pareciera, desde la perspectiva de los actores, operar como determinante -siguiendo en orden al “deseo” de cada quien, al tiempo que estrechamente dependiente de éste.*

## **Capítulo Cuatro- El lugar de lo informal: la afinidad como condicionante de la oferta de atención**

*“(...)nadie quería ir al área programática. Entonces tenían que ser... o tener horas para designar, que, que te tenían que dar por decreto, o tenía que conseguir de esta manera, (...)sólo los castigados, los que los echaban de los servicios, venían a parar al área programática y yo los mandaba a trabajar a los centros, pero era muy poca gente, no, no tenía gente para trabajar en los centros. (...)Entonces, costaba armar los planteles(...)”* (fragmento de entrevista, autoridad de un Área Programática)

*“(...) desde hace casi 10 años se dio la particularidad de que, por un lado porque éramos pocos, por otro lado porque la...la relación personal que había y este...y la relación fuerte de trabajo en el barrio, quedé a cargo de...del centro digamos. O sea, quedé como jefe del centro ... Aparte, bueno: la directora de APS había sido la jefa de este centro, la fundadora de este centro, digamos: había una relación muy directa, entonces eso...de algún lado también te sostiene, digamos...”* (fragmento de entrevista, Jefe de CeSAC J)

*“En el CeSAC se facilitan las cosas porque te encontrás al psiquiatra en la cocina, los espacios son más cortos, las relaciones son más personales, los ves más (...) poder discutir con un médico un diagnóstico, (...)y decirle: “mirá si bien la medicación que le estás dando es válida me parece que el tipo la va a encontrar muy grogui y la va a ahorcar”* (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC A)

*“(...) y a veces, ya en la admisión, vemos que, suponete, cuando veo que no sé, algún chico, que tiene algo que lo compromete en lo orgánico mucho, viste? El equipo de [...], que también yo tengo una.. una relación personal con algunas de las integrantes que trabajan muy bien (...)entonces es como que, me reciben bastante rápido, lo que les mando(...)”* (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

### **La informalidad como forma de organización del trabajo**

Según se describió en el capítulo anterior, las *ocasiones* consisten, fundamentalmente, en encuentros. El vínculo personal entre profesionales resulta un factor fuertemente gravitante al momento de definir cualquier tipo de prácticas. Este vínculo es interpretado por ellos como derivado de la afinidad intersubjetiva, resultado directo y exclusivo de la afinidad personal. Ahora bien, se considerará aquí que también la afinidad -como el “deseo”- admite ser aprehendida bajo una clave de lectura sociológica. Junto con el señalamiento de ciertos ejes estructurantes de la afinidad interpersonal, este capítulo intentará poner en visibilidad algunas de las implicancias de este funcionamiento -en términos de provisión de servicios públicos de salud a la población.

Resulta entonces central, a fin de comprender qué rasgos de *labilidad estatal* se manifiestan en la oferta de servicios brindada por los CeSACs, indagar cuáles son y cómo operan las relaciones

informales que se entretienen en su interior. Un punto de mira estratégico para observar esto es la descripción de los modos en que se gestan las derivaciones e interconsultas. Mediante tal descripción, podemos acercarnos a los modos en que se prefigura el derrotero de los sujetos que se acercan a consultar al interior del sistema de salud.

Se entiende por “derivación”<sup>115</sup> a la prescripción realizada a un paciente de que debiera consultar a otro profesional. Muchas veces, como se verá, la acción de “derivar” se solapa con el gesto de remitir a un sujeto a la consulta con un profesional amigo -dejando por fuera el carácter de “derivación” que podría tener una remisión anónima. En cuanto a la “interconsulta”<sup>116</sup>, los actores entienden por ella al pedido de consejo realizado entre profesionales, pero que no implica la atención compartida de un mismo paciente.

Según se desprende de lo recolectado en campo, resulta frecuente encontrar como tendencia que las derivaciones e interconsultas partan de un profesional médico hacia uno no-médico. Dicho de otro modo, lo que habitualmente sucede es que los consultantes se acercan inicialmente a los médicos, sea cual fuere el problema que padezcan, y que sean aquellos profesionales quienes, en caso de entender que existe algún factor que los excede, convoquen de una u otra forma a un profesional no-médico de otra disciplina. Menos frecuente es encontrar que alguien que ha consultado en Salud Mental, en Servicio Social o en Fonoaudiología -servicios no-médicos<sup>117</sup> de mayor presencia en los CeSACs- refiera con posterioridad algún síntoma de orden biomédico que lleve a que la derivación o la interconsulta siga tal dirección<sup>118</sup>. Cotejando estos hechos con la información disponible acerca de cómo se encuentra configurado el campo de la Salud -lo cual fue brevemente presentado en la Primer Parte de esta tesis- podríamos atribuir tal direccionalidad (originada en los profesionales médicos) a una manifestación de la relación hegemonía/subalternidad (Menéndez, 2002).

Ahora bien, en el caso específico de la Salud Mental, y más particularmente en lo que al rol de los psicólogos respecta, si esta relación condiciona la direccionalidad de la interacción, algo que además se agrega es la menor claridad de sus injerencias. Esta poca claridad -correlato de aquella potencial omniabarcatividad que se comentó en el Primer Capítulo- pareciera afectar tanto a los médicos como a la población en general [F.73]. También, a instituciones que interactúan con el sector salud -según se

<sup>115</sup> En palabras de los actores

<sup>116</sup> En palabras de los actores

<sup>117</sup> En el caso de Salud Mental, no necesariamente se trata de un servicio “no-médico” dado que puede incluir a psiquiatras; no obstante, el rol que ocupa la asistencia mental hace que quede no obstante en un lugar de consulta residual en relación con el resto de las especialidades médicas.

<sup>118</sup> Dirección a la cual, según se ha analizado en un trabajo anterior (Adissi, 2009 (e)) se estaría otorgando así una impronta residual: pareciera ser que se produce más que por la consideración intrínseca de su pertinencia, por sentir que se han agotado las vías de respuesta desde lo biomédico.

mencionó también en ese mismo Capítulo respecto de las derivaciones recibidas desde ámbitos educativos y judiciales<sup>119</sup>.

En ese marco, el que un profesional de Salud Mental -principalmente si se trata de un psicólogo- reciba por parte de un médico una derivación o una interconsulta depende principalmente de dos circunstancias que aparecen como contingentes. En primer lugar, que sepa de la existencia del profesional y el grupo etario al cual atiende y, eventualmente, de si trabaja alguna problemática en particular. Cabe considerar que al interior de los CeSACs, tal como venimos describiendo, resulta frecuente que los profesionales no se conozcan entre sí. En segundo lugar, depende de la afinidad personal que se haya podido establecer entre ambos. La informalidad se refleja en que las interconsultas sean equiparables muchas veces a un pedido de consejo, y que las derivaciones tomen la forma de una carta dirigida personalmente a otro profesional conocido. Esto pone de relieve el vínculo dentro del cual surgen estas prácticas, tratándose muchas veces, antes que un recurso motivado por razones técnicas, de un modo de cooperar entre profesionales con afinidad recíproca.

### **Implicancias de derivaciones e interconsultas con base en el vínculo interpersonal**

Como resultado de esta modalidad de contacto, los criterios y definiciones que son puestas en común y debatidas tienden a reforzar el *astillamiento* institucional, esto es, circulan de modo estanco entre grupos de profesionales unidos por su afinidad recíproca, al tiempo que fragmentados del resto [F.74]. Para los consultantes, el resultado es la conformación de circuitos paralelos y con independencia unos de otros. En tal contexto, debido tanto a la versatilidad del rol de los profesionales de Salud Mental como de la diversidad de perspectivas y prácticas que a su vez existe entre ellos [F.75] según a qué profesional se dirija un consultante inicialmente, su recorrido posterior puede orientarse en sentidos divergentes. Esto guarda similitud con lo que autores como Goffman (1998 -siguiendo a H.Becker) conceptualiza la existencia de *contingencias de carrera* en referencia a los múltiples devenires institucionales posibles para un mismo malestar. De tal modo, la *carrera del paciente* queda ligada a los recursos -o capital social, en términos de Bourdieu (2007)- que pueda movilizar el profesional que inicialmente recibe su consulta.

Articulado con el rol que los vínculos interpersonales cumplen en relación con las derivaciones, debemos volver a hacer referencia a aquello que en el Segundo Capítulo se mencionara como sistema de entrega de turnos. Según lo relevado en campo, resulta frecuente encontrar que la posibilidad de

---

<sup>119</sup> En el transcurso del trabajo de campo, hemos recogido una variedad de relatos realizados, a modo de queja por los propios psicólogos al respecto.

que un paciente al cual se deriva consiga un turno sin mayores demoras está en relación directa con la probabilidad de que la derivación se produzca por parte de un profesional conocido. Desde este punto de vista, para quien realiza una derivación, el recurrir a la informalidad muchas veces cumple la función de cuidado del paciente<sup>120</sup>: es el único modo de garantizar que este sea efectivamente atendido. Por parte de quienes reciben una derivación así efectuada, complementariamente, el priorizar al paciente que llega de este modo refuerza la confianza recíproca al tiempo que parece remitir a la concepción de que si quien deriva es alguien afín, seguramente la derivación sea fundada. De tal manera, nos hallamos en condiciones de plantear que los vínculos informales no sólo determinan usos y significados, sino que se convierten en una herramienta central a fin de la obtención de recursos. Tal recurso puede ser un turno para un paciente, o tratarse de información de variado tipo y fuente: la informalidad cumple el rol de un capital social (Bourdieu, 2007). Nos encontramos así con aquel particularismo que en términos de la racionalidad técnica o de una mirada del sistema de salud en su conjunto aparece como discrecionalidad en el manejo de los recursos.

No obstante, existen también casos en los cuales se quiere derivar a un paciente y no se posee un contacto personal. Esto resulta frecuente cuando el paciente pertenece a un grupo etario que no es atendido por los profesionales cercanos. En tales circunstancias, se suele apelar a la utilización de resortes informales a fin de movilizar la simpatía en el profesional receptor. De tal manera, se acostumbra dirigirle una carta en términos personales a aquel profesional, intentando acrecentar la probabilidad de que el paciente derivado sea efectivamente atendido [F.79].

El recurso a los vínculos interpersonales está tan extendido que, si bien se confeccionan “Guías de recursos”<sup>121</sup> con cierta periodicidad, se tiende a desestimar su uso. Las “Guías de recursos” son una suerte de sistematización de las ofertas existentes, y pueden referir tanto al Subsector público de salud como a distintos organismos de la órbita pública<sup>122</sup>. Es que no resulta habitual que los profesionales realicen derivaciones hacia quien no conocen puesto que, orientados por su *saber práctico* (Bourdieu, 2007) no ignoran que en tal caso la posibilidad de que el paciente sea efectivamente atendido es remota.

---

<sup>120</sup> Claro que al tener presente solo al paciente individual y no a la totalidad de ellos, su priorización basada en la afinidad interpersonal implica la postergación de otros sin obrar de por medio un criterio técnico

<sup>121</sup> Nombre que los actores dan a estos compendios

<sup>122</sup> En una entrevista grupal realizada en la Dirección de Salud Mental, lo que se viene describiendo motivó una discusión de los funcionarios acerca de la utilidad o no del armado y circulación de “Guías de recursos” Los funcionarios disientan respecto de si arman tales guías porque resultan útiles o por razones ligadas a la costumbre o la necesidad de que los profesionales sean visibilizados por las autoridades, puesto que coincidían en que derivar a un profesional sacado de una guía, esto es, a alguien a quien no se conoce de modo personal, equivale en la mayoría de los casos a dejar a los pacientes “a la deriva” más que hacerse responsables por qué suceda con ellos [F.76].

La pregnancia de los vínculos informales se encuentra así nuevamente, como condición de producción y reproducción del funcionamiento *astillado*. Hemos tomado conocimiento, durante la recolección empírica de profesionales que aun trabajando en un mismo establecimiento, pese a tener bajo tratamiento a miembros de una misma familia, no se contactaban entre sí. Algunos relatos al respecto describían la superposición de tareas o incluso, la contradicción en los criterios empleados para el abordaje, como resultado lógico de lo anterior<sup>123</sup>.

Evitación o trabajo conjunto, esta modalidad de organizar la atención -determinada por los vínculos de afinidad entre profesionales- no sólo sucede al interior de los CeSACs. También las redes establecidas *entre* CeSACs, entre estos y los Hospitales Generales de Agudos, entre los anteriores y los Hospitales especializados, se relacionan con el contacto personal entre profesionales. En los casos relevados, los puentes tejidos entre distintos obedecen a aquella misma lógica.

Finalmente, así como lo informal resulta determinante de la atención clínica -en este caso, a través de los mecanismos de derivación e interconsulta-, también lo es respecto de la gestación de otras intervenciones. Las actividades realizadas en Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad se desprenden asimismo de la afinidad interpersonal entre quienes las llevan adelante. Además, algo similar sucede con la asistencia a distinto tipo de reuniones, la convocatoria a ateneos y supervisiones, y la confluencia en *plataformas de interacción* (Laraña, 1999). De tal modo, se encuentra un contexto en el cual lo informal es el modo habitual de funcionamiento y definición de tareas, y que encuentra las condiciones de su propia reproducción.

### **Explicando sociológicamente la afinidad: las trayectorias y redes como emergente de un sistema lábil**

Los profesionales que trabajan en los CeSACs no poseen esta inserción como única pertenencia. Tampoco se insertan en ellos sólo en sentido técnico. Según lo relevado en campo, hacer entrar esto en el análisis es lo que permite comprender el surgimiento de la mayor parte de las prácticas que allí tienen lugar. El pasado profesional y personal de cada profesional, junto con la cercanía personal entre ellos y para con sujetos de otras instituciones, se vuelven nodales al momento de abordar sociológicamente aquello que desde la perspectiva de los profesionales aparece como mera remisión al “deseo”. De tal modo, trayectorias personales y redes sociales se vuelven ineludibles como objeto de

---

<sup>123</sup> En tal sentido, se han obtenido referencias acerca de casos de violencia familiar o abuso infantil en los que tal modalidad de funcionamiento, que aquí llamamos *astillada*, resultaba en intervenciones “iatrogénicas” según han definido los entrevistados, por parte de las instituciones de Salud [F.77].

análisis [F.80].

Es que las *plataformas de interacción* (Laraña, 1999) no sólo tienen lugar, como se dijo, al interior de los efectores. En los relatos recogidos en campo, se han encontrado una serie de alusiones a instancias de encuentro que resultaron nodales a fin de gestar determinados usos o, además, apelar a la obtención de distintos tipos de recursos. Así, se han obtenido referencias a la doble pertenencia profesional (cuando un profesional trabaja en más de un efector, siendo el contacto con la otra institución directo), a la trayectoria anterior del profesional (siendo el contacto directo pero diferido en el tiempo), a relaciones amistosas construidas en el marco de la práctica profesional en eventos por fuera del efector (como Jornadas, Congresos o capacitaciones convocadas por el Nivel Central) tanto como a relaciones familiares o amistosas, ajenas o no a la inserción profesional [F.78].

Pasaremos entonces a describir en qué momentos y de qué manera opera el recurso a trayectorias y redes personales. Estando tales momentos y maneras más o menos generalizados, suponemos encontrarnos nuevamente en el terreno de las condiciones de producción y reproducción de usos y sentidos, es decir, adentrándonos en un análisis sociológico de los determinantes institucionales de aquello visto por los profesionales como fruto de la mera contingencia.

Si, tal como se señaló arriba, los recursos informales se constituyen en un capital social (Bourdieu, 2007), factible por tanto de ser intercambiado por otros tipos de capital, cabe comenzar por mencionar el lugar fundante de trayectorias y redes personales también en sentido inverso: el mismo ingreso de un profesional a un CeSAC puede encontrarse íntimamente vinculada a sus redes personales de contacto<sup>124</sup>. De tal modo, no necesariamente implica un cúmulo de experiencias o capacidades básicas previamente adquiridas, así como tampoco supone el acuerdo para con determinadas estrategias -como ser la APS<sup>125</sup>. Si bien esto ha tenido un punto de inflexión importante con la uniformización del acceso a vacantes de Posgrados de Capacitación en Servicio (Residencias y Concurrencias)<sup>126</sup>, cabe recordar el vacío que tales posgrados presentan en relación con la inserción en un CeSAC<sup>127</sup>. Por otro

---

<sup>124</sup> Esto es lo que explica el acceso a Concurrencias actualmente sin concurso, y fue el modo en que ingresaron los IRPES al sistema (véase Capítulo Tres)

<sup>125</sup> De hecho, esto no es infrecuente que suceda: el entrar a un CeSAC suele ser considerado como el primer escalón necesario para una carrera municipal, sin tener interés particular en estar trabajando en tal contexto

<sup>126</sup> Desde hace algunos años, consistente en un examen multiple choice, cuya cantidad de preguntas correctas se suma al promedio obtenido durante la carrera de grado.

<sup>127</sup> Lo cual determina que, a su vez, no existan criterios preestablecidos que estandaricen los requisitos para que un profesional obtenga un cargo de planta en el Área Programática de un Hospital -salvo el hecho de que pertenezca previamente a este, mencionado en el Capítulo anterior. Esto se solapa con el hecho de que obtener un cargo de planta es valorado en tanto modo de inserción laboral estable en el Sistema de Salud, más allá de la asunción concreta las tareas que esto pudiera implicar.

lado, si bien las modalidades discrecionales de acceso a cargos se han mantenido marginales<sup>128</sup>, sería erróneo suponer que por ello han desaparecido.

Una vez que el profesional ha ingresado al CeSAC, y tal como se viene señalando, goza de un margen de autonomía que le permite vincularse con los profesionales que allí se encuentren, hacerlo sólo con un grupo de aquellos, o bien no hacerlo. Por otra parte, aquella inserción profesional no se produce en un vacío de experiencias. Cada itinerario personal incluye distintos ámbitos por los que se ha transitado. Siendo que la tarea no se encuentra preestablecida ni existe un consenso al respecto, la trayectoria personal resultará un factor determinante al momento de definir cómo utilizar el espacio obtenido en un CeSAC [F.83]. Es que hacer referencia a la trayectoria personal de cada profesional implica considerar -analizando lo recogido en campo- tanto aquella conformada con anterioridad al ingreso en un CeSAC, como aquella tejida en simultáneo. Ambas se constituyen en fuentes que condicionan la perspectiva personal y el bagaje de recursos disponibles a fin de utilizar el espacio institucional obtenido -recursos entre los cuales incluimos centralmente a las redes personales.

Al mismo tiempo, ya afincada mínimamente la pertenencia, también existe la posibilidad de solicitar un traspaso -mucho más sencillo si es entre CeSACs pertenecientes a un mismo Área Programática- lo cual suele estar motivado por la afinidad con profesionales de otro efector a la vez que contribuye a generar como resultado la existencia de grupos de afinidad sin vinculación entre sí. Cabe mencionar que aun en el caso en que tal traspaso se solicite argumentando que otro efector realiza actividades más afines con la perspectiva personal, el que se consiga o no depende de las redes que se hayan podido construir en el efector elegido como destino. Como resultado de lo anterior, entre otros factores, se ha relevado un Área Programática en la cual uno de los CeSACs posee dieciséis psicólogos y otro sólo dos.

Articulaciones y evitaciones quedan ligadas a trayectorias y redes de los profesionales. De tal manera, la formación de grado en alguna línea teórica, la pertenencia a alguna asociación profesional o la cercanía a alguna instancia político-ideológico, entre otros, se constituyen factores explicativos de sus prácticas al interior del CeSAC<sup>129</sup>. Cabe considerar que lo anterior no es estático: también se pueden producir migraciones en la perspectiva, en los tipos de abordajes preferidos (investigación, docencia, intervención, asistencia [F.84]), en las corrientes teóricas suscriptas [F.85], o en la especificidad de los

---

<sup>128</sup> Existen actualmente algunos concurrentes, además de becarios, pasantes y adscriptos -citando figuras que existen pero que no necesariamente representan algo unívoco en todos los casos- que se insertan a través de contactos personales.

<sup>129</sup> Las redes entretejidas pueden derivar incluso en el uso de la posición ocupada en el CeSAC para desarrollar actividades de, o en conjunto con, otras instituciones, incluso privadas. Como ejemplos en tal sentido, se ha encontrado que un CeSAC es sede de una investigación que se enmarca en la Asociación Mundial de Psicoanálisis, y que en otro se realizan ateneos compartidos con un capítulo de la Escuela de Orientación Lacaniana.

destinatarios.

Las trayectorias personales permean así a los CeSACs tanto de modo directo -condicionando las prácticas que se llevan a cabo en su interior- como de modo indirecto -condicionando las redes internas y externas que explican tanto la circulación de pacientes como la generación de actividades y criterios específicos. Y esto sucede no sólo respecto de cuestiones atinentes a la trayectoria profesional: también pueden encontrarse otras fuentes de vínculos que, pese a su carácter eminentemente privado, se constituyen en factor explicativo de prácticas y articulaciones [F.86]. En este sentido, resulta habitual encontrar referencias a la vía conyugal o familiar de gestionar articulaciones o conseguir recursos<sup>130</sup>.

Los espacios institucionales que ofrecen los CeSACs -al menos en el área de Salud Mental- poseen una alta plasticidad. Así, no sólo se adaptan a los profesionales que los ocupan, tal como se vino mostrando, sino que también son maleables a lo largo del tiempo, en respuesta a los cambios operados en los intereses personales de cada uno de ellos<sup>131</sup> así como a los nuevos vínculos tejidos. De tal manera, si bien son espacios públicos, cabría sugerirse que se encuentran de algún modo, privatizados. Esta es otra de las formas en que operan trayectorias y redes: no sólo condicionando la generación de usos y sentidos, sino también su sostenimiento en el tiempo. Repitiendo lo que mencionáramos en el Capítulo anterior en referencia a la *ocasión*, diremos que todo aquello que queda atado a lo personal posee una alta volatilidad (De Certeau, 1996)

Considerando que este funcionamiento, según relatos recogidos en campo, tiñe también a las sucesivas autoridades, se configura como resultado un sistema público de salud producido y reproducido a modo de engarce entre redes informales y trayectorias [F.81 y F.82].

### **¿Es sólo una cuestión personal? La vincularidad en el marco de relaciones de poder**

Subrayando un aspecto que se ha venido señalando, cabe enfatizar siguiendo a Elias (1982) que la posibilidad de hacer mayor o menor uso en términos personales de un espacio no se encuentra desligada de la estructuración de tal posicionalidad. Con estructuración estamos haciendo referencia a la configuración de las distintas posiciones en términos de distribución desigual de márgenes de autonomía.

---

<sup>130</sup> Según se ha encontrado en campo, este es un factor explicativo, por ejemplo, de que un CeSAC haya conseguido que Residencia de Salud Mental estableciera allí una sede, o de que los profesionales de otro tuvieran un acceso preferencial a la Defensoría del Pueblo de la Ciudad, o que un CeSAC haya articulado con una ONG que se dedica a actividades artísticas para ofrecer talleres a los adolescentes de la zona.

<sup>131</sup> Puede pasar, en consecuencia, que un CeSAC que antes ofrecía atención a niños deje de ofrecerla porque el profesional que se dedicaba a aquello ha hecho un posgrado en atención de adultos, o que la existencia de turnos disminuya repentinamente porque un profesional ha decidido dedicarse a la investigación y dejar de lado la asistencia.

Según Elías (1982), la emergencia de aspectos subjetivos debe ser remitida no sólo a las características singulares de los sujetos que así se expresan, sino además al marco institucional que habilita en mayor o menor medida tal posibilidad de expresión. Sería este marco estructurado el que determina los matices entre el anonimato de un individuo y su capacidad de incidencia personal. El grado en que quede habilitada la impronta subjetiva depende así de un conjunto jerarquizado de posiciones. Este sistema de jerarquías relativas incluye tanto las jerarquías formales como las hegemonías valorativas.

En el caso analizado, este enfoque nos permite entrever la definición del área de Salud Mental como resultado de una abigarrada cadena de autoridades y el status relativo de las distintas inserciones laborales (profesional de planta, personal en comisión, residente, concurrente, becario, adscripto, etc.). Y también, transversalmente, las relaciones de hegemonía/subalternidad que confieren un mayor status a las prácticas asistenciales por sobre las comunitarias, a la profesión médica por sobre las “no-médicas”<sup>132</sup> y a la inserción hospitalaria por sobre la inserción en un CeSAC. Es como pertenecientes a este campo estructurado que deben entenderse las iniciativas de los profesionales, tanto en su origen -y el cálculo de viabilidad que le es inherente- como en su sostenimiento en el tiempo. Cuando nos referimos a sostener una iniciativa en el tiempo, estamos aludiendo a la posibilidad de que esta sea capitalizada en distintos niveles: por quienes le dieron origen y por quienes la habilitaron desde distintas posiciones de autoridad (Della Porta, 2006).

La expresión de la singularidad, así como la posibilidad de hacer uso de la trayectoria personal y las redes propias, son funciones del grado de poder que toda ubicación en aquel campo conlleva. De tal manera, aun aquello que desde la perspectiva profesional de los actores aparece como por definición ajeno a la inserción institucional -su propio “deseo”- admite una lectura en clave sociológica, en tanto son las instituciones, espacios estructurados, las que permiten en mayor o menor medida la expresión de lo subjetivo. Derivado de aquel margen diferencial de expresión, el recurso a trayectorias y redes personales debe ser comprendido al relacionarlo con la posibilidad de que tenga lugar, con la eficacia relativa en caso de haber apelado a él, y con la visibilidad que posee tal apelación. Es decir que la capacidad de incidir en el modo en que significados y prácticas se van sedimentando, sea directamente o a través del recurso a trayectorias y redes personales, se encuentra desigualmente distribuida. En otras palabras, el impacto del bagaje personal será mayor –en términos del conjunto- a medida que la posición sea más distante del anonimato<sup>133</sup> (Goffman, 2006).

---

<sup>132</sup> En terminología de los actores y sanitaria

<sup>133</sup> También desde esta conceptualización puede analizarse el rol de los pacientes, considerando su poco poder de incidir

Para que la “autonomía”<sup>134</sup> sea posible en toda la estructura de posiciones, deducimos de esto, se requiere de un tipo particular de instituciones. Un tipo de instituciones donde el poder se ejerza de modo tal que no se vea obstruido por un rol protagónico -si bien diferencial- desarrollado en cada una de las posiciones. Un tipo de instituciones, además y valga la paradoja, poco institucionalizadas. Decimos que el grado de institucionalización es escaso debido a la poca tipificación de roles, al escaso anonimato de sus miembros (Goffman, 2006).

Tal como hemos descripto, el Sistema de Salud se encuentra organizado de modo eminentemente jerárquico. Entonces, puede deducirse, la expresión de la singularidad de los profesionales no es independiente del margen de autonomía que en definitiva está provisto por quienes ocupan las distintas posiciones de poder, en la cadena sucesiva de autoridades (Jefe de Hospital, de Área Programática, de CeSAC, etc.). Esto aparece en los relatos sólo cuando la autoridad actúa de modo restrictivo -impidiendo una determinada práctica por considerarla inconveniente, lo cual suele ocurrir en tanto afecta su propia posición en el sistema más que por motivos técnicos, como fue mencionado. Pero no obstante, es posible deducir que es exactamente el mismo resorte de poder el que permite que existan algunas prácticas. Dicho de otro modo: la contracara de la autonomía personal de que dicen gozar los profesionales es la prescindencia de las autoridades. Prescindencia que si bien eventualmente es vista como un descuido por los profesionales, tiende a ser vista en su cariz positivo, como falta de vigilancia y control -tal como se profundizará en el próximo Capítulo.

Ahora bien, en rigor de verdad no se trataría tanto de una estructura como de un proceso continuo de estructuración (Giddens, 1987). Así como las posiciones de poder ocupadas tienden a desprenderse de una conjunción variable de itinerarios informales y contactos personales<sup>135</sup>, estos mismos vínculos pueden operar como contrapeso a los lugares inicialmente considerados -desde una perspectiva que aquí se revela estática- subalternos. El resultado siempre cambiante es una configuración específica derivada del modo en que se refractan, junto con la singularidad de cada quien, trayectorias y redes personales (Della Porta, 2006).

Analizando, entonces, las posiciones de poder junto con el rol desempeñado por trayectorias y redes personales, es que logramos comprender aquellos casos en que es el vínculo informal establecido por un profesional con quienes se encuentran ubicados en lugares jerárquicos el que puede permitir una

---

de modo singular en la configuración de aquellos. De tal modo, mientras se considera que los tratamientos “psi” se vinculan a la emergencia de lo subjetivo, institucionalmente esto no encuentra un correlato.

<sup>134</sup> En palabras de los actores

<sup>135</sup> Con la notoria excepción que se origina a partir del momento en que Residentes y Concurrentes empiezan a ingresar al Sistema por concurso, lo cual modifica los mecanismos instalados en el campo

gravitación mayor a la que habilitaría su sola posición. El recurso a trayectorias y redes se sobreimprime, así, a la estructuración del campo: las relaciones informales que atraviesan al Subsector público de salud permiten contrarrestar el carácter subalterno propio de algunas inserciones. Si las posiciones más anónimas -las de menor jerarquía relativa- quedan habilitadas para ser ocupadas de modo “autónomo”, esto es, bajo la fuerte impronta subjetiva de quien las ocupa, es porque esto se habilita por quienes ocupan posiciones de poder [F.88]<sup>136</sup>.

Tal como mencionáramos, utilizando esta perspectiva para comprender la lógica del área en estudio, debe decirse que la capitalización o el sostenimiento que un efector pueda hacer de determinada actividad se vincula a la posición ocupada por quien posee la iniciativa. No obstante, esto puede amenguarse en caso de contar con un vínculo personal con alguna autoridad -y dependiendo de la ubicación de tal autoridad en la cadena de jerarquías<sup>137</sup>. De tal manera, la posibilidad de que un CeSAC capitalice la trayectoria o los contactos personales de alguien que se inserta en él depende de las alianzas establecidas para con la cadena de autoridades. En otras palabras, el que se dé lugar a las inquietudes personales de los profesionales como parte de la configuración de un “perfil”<sup>138</sup> de atención queda a merced -a falta de normativas- de las inquietudes personales de las autoridades [F.89 y F.90]. Finalmente, debe mencionarse la eventualidad de que la informalidad, como código elemental del campo, llegue a poner incluso en entredicho a la autoridad y la jerarquía en sí mismas. Cuando las instituciones son *lábiles*, pareciera mostrarnos la indagación empírica, la estructuración (Giddens, 1987) puede llegar a volverse aun más dinámica.

Por un lado, debido a que la precariedad de los mecanismos formales de ejercicio de la autoridad es tal que muchas veces, no se ejerce sino a través de la puesta en práctica de mecanismos informales: la autoridad puede convertirse en una posición esgrimida para tener más éxito en las negociaciones informales. Esto sucede con cierta frecuencia cuando al encontrar que una reglamentación formal no

---

<sup>136</sup> Entre los casos que esto permite explicar, podemos citar el del primer Jefe psicólogo a cargo de un CeSAC -que fue a su vez la primera Jefatura de un efector ocupada por un profesional “no-médico”- que logró tal posición merced a su cercanía personal con una figura importante del Ministerio de Salud, con injerencia en los CeSACs. El cargo fue ocupado por este profesional no sin una legalidad confusa, puesto que cuando finalmente se abrió el concurso, fue impugnado por una asociación de profesionales médicos.

<sup>137</sup> Con esto queremos decir que no es lo mismo si una iniciativa surge de un concurrente o de un profesional de planta, pero que ambas iniciativas pueden encontrar expresión como parte del “perfil” institucional en caso de poder establecerse una alianza con las autoridades. Lo anterior permite comprender situaciones encontradas en campo, como la de aquel CeSAC cuyo Jefe era particularmente adepto a promover prácticas no convencionales. En ese efector, ingresó a través de un concurso inespecífico para el área de Salud Mental una profesional que anteriormente había trabajado la temática de violencia en el Ministerio de Desarrollo Social. Con algunos meses de diferencia, ingresó una profesional que había trabajado la temática de travestismo. El Jefe se ocupó de recuperar ambas experiencias, promoviendo el armado de un circuito de atención específico para violencia y travestismo, quedando el CeSAC como referente de estas temáticas.

<sup>138</sup> En palabras de los actores

se cumple, se recurre a algún contacto personal con alguna de las autoridades para hacer exceptuar tal incumplimiento en un caso particular. Esto es: el modo de resolver la falta de adecuación a lo formal no es a través de lo formal, sino mediante mecanismos informales que refuerzan el particularismo de cada una de las acciones, mostrando una contradicción entre la finalidad -cumplir un reglamento- y el medio utilizado [F.91]. En el próximo Capítulo se retomará esto en relación con cómo tiende a entenderse desde la perspectiva de los actores el Derecho de la población.

La primacía de lo informal como medio para obtener lo formalmente obligatorio es también ostensiva en los mecanismos utilizados para comunicar o impartir lineamientos. Según se ha podido observar a lo largo de la indagación empírica, es altamente mayor la efectividad de un llamado telefónico o un correo electrónico -esto es, de un contacto de orden personal- que el envío de un memorándum institucional. Este es el mecanismo siempre elegido, en caso de baja convocatoria a cualquier tipo de reunión ministerial, para reforzar la participación. También cuando se trata de solicitar que alguien en una posición subalterna concurra a una reunión convocada por quien ocupa alguna posición de mayor jerarquía, o que eleve determinado tipo de información -generalmente, de tipo estadístico- es aquella la vía que se activa. Posee más eficacia actuar como autoridad en la convalidación de una excepcionalidad que en la sanción o implementación de reglas generales.

Por otro lado, la informalidad como código contribuye a otorgar una flexibilidad y un dinamismo que de otro modo sería impensable, dado que muchas veces el vínculo personal permite pasar por alto el lugar de autoridad, introduciendo modificaciones en las prácticas que de otro modo serían impensables. Esto potencia, de modo circular, el margen de acción presente en cada una de las posiciones del sistema [F. 87]. Como resultado, alianzas y rivalidades, relaciones de cooperación, de competencia y de antagonismo, imprimen un carácter volátil al devenir de las instituciones. Es que dada la centralidad del recurso a lo informal, los factores interpersonales resultan determinantes de la atención ofrecida por el área de Salud Mental de los CeSACs.

En los relatos recogidos en campo, lo informal como resorte aparece una y otra vez defendido por los profesionales. Refiriéndose al trabajo conjunto entre profesionales de Salud Mental, la heterogeneidad de perspectivas de este campo es el principal argumento, validando el no trabajar con quien no se confía o no confiar en quien no se conoce [F.92]. Pero también lo informal aparece valorado en tanto resulta el factor explicativo al cual la mayoría de los entrevistados ha imputado causalmente el mal funcionamiento de un efector. Se han recogido múltiples relatos en los cuales las pocas derivaciones realizadas, o la falta de interconsultas, o la falta de iniciativa para desplegar actividades distintas a la

asistencia, eran atribuidas a la escasez de vínculos personales entre profesionales. Correlativamente, entre los factores que los entrevistados han mencionado recurrentemente como causales de aquello, se encuentran las condiciones edilicias del establecimiento [F.94]. Resulta insistente entonces encontrar referencias a que es trabajar en un CeSAC cuyo edificio tiene dos plantas, o que posee una cocina demasiado pequeña, lo que lleva a que los profesionales no generen la confianza suficiente como para articular su quehacer respectivo. Incluso se ha sabido de autoridades que a fin de contrarrestar alguna de esas carencias propician de modo más o menos recurrente encuentros de orden recreativo o espacios “de esparcimiento”<sup>139</sup> entre los profesionales [F.93].

*El recurso que los profesionales hacen de sus trayectorias y redes personales permite leer en clave sociológica la movilización de aquello que a priori aparece como mero rasgo de autonomía. Al mismo tiempo, esto sólo termina de comprenderse ubicando a los actores en un campo jerárquico, estructurado por posiciones de poder. Hemos definido como astillamiento al tipo de funcionamiento que pareciera emerger como resultado de las regulaciones informales que tienen lugar ante la ausencia -o falta de contrapeso- de regulaciones formales. La informalidad es vista por los actores como un rasgo positivo del Subsector Público de Salud. Quedando la articulación tanto como la evitación entre profesionales y entre efectores dependiente de resortes informales, la puesta en común de criterios y experiencias permanece confinada a astillas de afinidad. Pero esto no es solamente lo que sucede de hecho, sino además, de modo inescindible, lo que desde la perspectiva de los actores resulta deseable.*

*La legitimidad que ciertas prácticas poseen no es un dato menor, puesto que contribuye a perpetuarlas: al autorizar determinados mecanismos, los actores contribuyen de modo performativo a habilitarlos recurrentemente. Si se considera que las instituciones son en gran parte sentidos objetivados (Bourdieu, 2007), dar cuenta de cómo se configura lo deseable o esperable resulta fundamental para comprender el funcionamiento del objeto aquí abordado. Así como subyacente a la dispersión y el astillamiento fuimos delineando un saber práctico (Bourdieu, 2007) que permitía orientarse en aquel contexto, calculando la viabilidad de las iniciativas, describiremos un aspecto que concurre con este de modo indispensable. Se trata de un sustrato valorativo compartido que es, a su vez, es precisamente el que habilita la emergencia de tal dispersión y contribuye a reproducirla.*

---

<sup>139</sup> De tal modo, resulta frecuente recoger relatos sobre asados realizados en los mismos efectores y con distintos motivos cualquier día hábil del año en horario de trabajo, lo cual siempre se exagera llegando fin de año -aunque la suspensión de actividades con motivo de un partido del Mundial de Fútbol en que juega Argentina es también una ocasión propiciada para que surjan vínculos interpersonales.

## **Capítulo Cinco- Legitimación de lo posible: la lógica cristalizada de un campo. Valoraciones que orientan las prácticas.**

*“(...) Y, la autonomía la da la coyuntura. Depende de cómo está estructurado el Centro de salud, depende de la problemática, (...) Depende de cómo está estructurada cada área, va implementando o localmente o a nivel central (...)”* (fragmento de entrevista, autoridad del Ministerio de Salud del GCABA)

*“Alguien debería escuchar, alguien debería decir qué hacer, alguien debería escuchar qué opinan estos psicólogos sobre lo que pasa, y la verdad es que... hay poco de eso”* (fragmento de entrevista, psicólogo de CeSAC F)

*“Es que no hay, como que necesitamos...alguna normativa clara, eh... concreta, en cuanto a...a dónde, cuándo, con quién, en qué se interviene...”* (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

*“Tampoco tenemos conexión con Salud Mental de Capital (...) Ni, ni, ni...ni interferencias, ni tampoco ayudan”* (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)

*“Mientras den los números y no haya problemas, hacés lo que querés: nadie te está mirando lo que hacés sino la estadística que presentás”.* (fragmento de entrevista, Jefe de CeSAC J)

### **A falta de reglas formales, prevalencia de reglas informales: el saber práctico**

Sumados a la alta estimación del conocimiento mutuo y la confianza, existen una serie de valoraciones correlativas. Se trata de valores que, por otra parte, tienden a ser defendidos con argumentos democratizantes, con lo cual se vuelve difícil cuestionar su legitimidad.

Retomando lo analizado en el capítulo anterior, se hará referencia aquí a aquello que permite a los actores manejarse en un área con escasa inteligibilidad. Es que, según se ha relevado en la indagación empírica, existe un saber práctico (Bourdieu, 2007) que permite a los profesionales orientarse en la dispersión, y que actúa otorgando una consistencia a aquel conjunto que no se encuentra sistematizado por vías formalmente reconocibles. En tal sentido, debemos decir que como sustrato de la atomización, existe un suelo compartido, y es precisamente aquel que permite legitimarla. Este sustrato reificado de creencias opera naturalizando los mecanismos informales y particularizados con que se maneja el área de Salud Mental en los CeSACs. Y pareciera remitir al hecho de que tales mecanismos se encontrarían bastante más extendidos. Este saber práctico, entonces, se vincula de modo directo con la naturalización de lo que aquí hemos denominado *funcionamiento astillado*.

Siguiendo a Bourdieu (2007), se considera aquí que tal naturalización configura un sistema de principios que opera a modo de condición de producción y reproducción de las prácticas. Prácticas

cuya regularidad se encuentra garantizada al estar regidas por tales principios. Vistos desde esta perspectiva, los usos serían inteligibles: ellos responden a la puesta en funcionamiento de esquemas que organizan disposiciones e intereses. Tanto lo percibido, lo considerado conveniente, como las tácticas desplegadas, obedecerían entonces a una suerte de habitus institucional (Bourdieu, 2007), entendiéndose por tal al cúmulo de formas de obrar, pensar y sentir derivadas de una posición estructural. En este caso, parecerían estar derivadas de la pertenencia a lo que aquí hemos definido como *estado lábil*.

Entonces, aquello que pareciera no obedecer a reglas, podemos plantear, en realidad no obedece a reglas formales, pero sí lo hace a un sistema de reglas informales. Tal regulación de las prácticas confiere algún tipo de unidad -si bien abigarrada y asistemática- a lo que a priori apareciera como mera dispersión. Y sería tal unidad la que permite a los actores incorporar y reproducir códigos comunes de acción y comunicación.

Mencionaremos aquí algunos elementos aglutinantes que, según se desprende de nuestro análisis, estarían contribuyendo a legitimar el saber práctico con que se manejan los actores. Dicho de otro modo: que estarían contribuyendo a legitimar la existencia de una miríada de sentidos y acciones diversos, particulares, personalizados, sin conexión entre sí y, finalmente, informales.

### **“La” Salud Mental**

La dispersión de prácticas existente en el área de Salud Mental no sólo es un hecho, sino que además es vista como algo deseable por los miembros del área. Algo deseable, literalmente: el “*deseo*”<sup>140</sup> cumple un rol definitorio desde la perspectiva de los profesionales. Para las autoridades, la fragmentariedad del área de Salud Mental quizás no necesariamente sea algo deseable, pero sí está en la naturaleza de las cosas el que así lo sea, según se ha podido recabar en campo [F.95].

Por un lado, los profesionales del área defienden como saludable la entrada en juego de la singularidad de quien ocupa cada una de las posiciones institucionales. Por otro lado, tanto ellos como quienes se insertan en el campo de la Salud pero no pertenecen al área parten de entender que existen distintas líneas teórico-asistenciales cuya posibilidad de convivencia es prácticamente nula.

Se amalgaman de esta manera características que parecieran en principio atravesar al Subsector Público de Salud en su totalidad, con valoraciones propias del área que aquí se recortó como objeto. Pese a que los profesionales médicos obedecen al mismo sistema de pautas respecto de lo informal, tienden -como parte de su tradición corporativa- a manejar una *presentación de sí mismos* (Goffman,

<sup>140</sup> En palabras de los profesionales.

2006) distinta. Según se pudo relevar en el trabajo de campo cuando los enunciadores eran médicos, se encuentra vigente su presentación como miembros de una corporación con pretensiones de solidez y científicidad. Derivado de lo anterior, existe la tradición de no exponer sus desacuerdos internos frente a terceros, considerando que hacerlo implicaría desautorizar a un colega y, en ese gesto, contribuir al descrédito del conjunto. Por el contrario, resulta frecuente encontrar que los profesionales del área de Salud Mental -aun los psiquiatras- tiendan a enfatizar sus desacuerdos, visibilizando de tal modo su heterogeneidad [F.96]. De tal manera, encontramos que en este área la dispersión de usos y sentidos no sólo es habitual, sino legítima. De modo concomitante, el que cada profesional o cada efector utilice su espacio institucional tal como lo cree conveniente es considerado algo esperable y deseable -tanto como no lo es el pensar una atención homogénea o subordinar sus perspectivas e intereses profesionales a una estrategia que tome como referencia el conjunto.

Si bien profundizar esto excedería los límites de esta presentación, cabe al menos señalar la relación que lo anterior guarda para con la historia del área. En esta, las disputas entre psiquiatras y médicos, como entre los primeros y los psicólogos, entre los psicoanalistas y otras corrientes, e incluso al interior de las distintas líneas que se definen como psicoanalíticas, han sido constitutivas (Balán, 1991; Visacovsky, 2002; Plotkin, 2003).

### **Lo local como argumento**

Según se ha recabado en campo, existen supuestos fuertes respecto del funcionamiento estatal que otorgan sustento a opiniones de variada índole, las cuales aparecen con recurrencia<sup>141</sup>. Nos referimos fundamentalmente al preconcepto según el cual el carácter descentralizado es exaltado como un valor en sí mismo. Derivándose de tal exaltación, está presente la atribución de una serie de virtudes a la órbita lo local que se le desprenderían como inherentes. Entre estas virtudes, se encontrarían como algo que va de suyo el conocimiento más exhaustivo de las particularidades contextuales y una mirada más integral de los procesos. Tal saber sobre "lo comunitario"<sup>142</sup> sería por naturaleza compartido de modo homogéneo y concordante por todos los actores. Como resultado, se optimizarían la viabilidad y efectividad de cualquier proyecto.

Este preconcepto lleva a defender como virtuosa la flexibilidad de las instituciones, en términos de capacidad de adaptarse a cada uno de los micro contextos. Ahora bien, según se lo ha recogido

---

<sup>141</sup> Supuestos que derivan su fuerza de la autoridad de quienes los enarbolan, dado que no se trata de una perspectiva original sino de una repetición de principios enunciados, entre otros, por organismos internacionales y -de modo derivado- poderes políticos y mediáticos de orden nacional.

<sup>142</sup> En palabras de los actores

insistentemente en campo, este argumento se presenta de modo unilateral, sin referencias a algún tipo de contrapeso implicado por lineamientos, perspectivas o estrategias de conjunto<sup>143</sup>. Durante el trabajo en campo, los relatos acerca del origen de prácticas y vinculación, pero también de los mismos efectores, muestran el modo en que este supuesto se instala en el saber práctico: enfatizando siempre los aspectos singulares<sup>144</sup>. De tal manera, la mirada puesta en lo contingente y particular tiende, por ejemplo, a no encontrar contradicción entre los modos azarosos en que se originó un efector con la valoración de aquello denominado como “perfil”<sup>145</sup> de los establecimientos [F.97].

De tal manera, podemos hipotetizar, este supuesto se conforma a partir de un punto fuerte de invisibilidad, que funciona como reverso de lo afirmado. Nos referimos al hecho de que la perspectiva de los actores tiende a ocultar toda intelección de orden más panorámica o general<sup>146</sup>. Tanto porque no ha aparecido nunca de modo espontáneo, como por el hecho de que ha sido rechazada cuando se sugirió en entrevistas como clave de lectura<sup>147</sup>, podría afirmarse que aquella mirada, al omitir la intelección de un conjunto, invisibiliza la misión institucional de atender una población. Así, las narraciones parecieran tejerse en torno a la agencia de profesionales y autoridades, así como algunas veces incluyen la de grupos particulares de sujetos. La obliteración de algo similar a una necesidad poblacional en los relatos tendientes a legitimar el accionar del área de Salud Mental en los CeSACs pareciera acentuarse a medida que más se defiende la contingencia como catalizadora de establecimientos y acciones<sup>148</sup>. Podríamos preguntarnos si no nos encontramos ante uno de los modos

---

<sup>143</sup> Tan es así que en una entrevista, dos autoridades del Ministerio de Salud han argumentado que no era necesario unificar las prácticas de los CeSACs desde lineamientos centralizados, y que la articulación entre profesionales, efectores e instituciones tiene en lo local su ámbito natural donde desplegarse espontáneamente, en íntima vinculación con las necesidades de la población.

<sup>144</sup> Cabe mencionar que lo que se viene aquí diciendo implicó una dificultad grande para el análisis de lo recogido en campo. Por un lado, la remisión constante a la particularidad muchas veces hacía perder el sentido de querer indagar algo un orden distinto al local. Por otro lado, era difícil ceñir lo recogido a una especificidad del área de Salud Mental –o incluso, de Salud- sino que parecían tratarse de lógicas que se extendían hacia la totalidad de los ámbitos, consistiendo incluso en el modo de ser por excelencia de las instituciones, según los entrevistados (Adissi, 2009 (c)).

<sup>145</sup> En palabras de los actores

<sup>146</sup> De modo simétrico, en los argumentos sobre las bondades de lo local no han aparecido referencias al hecho de que para que una organización posea eficacia al descentralizarse, es necesario que no pierda su carácter unitario –esto es, que exista una instancia que ordene al conjunto.

<sup>147</sup> Criterios sugeridos por Joutard (1986)

<sup>148</sup> En las entrevistas realizadas en Nivel Central, al preguntar por las diferentes ofertas de Salud Mental en los distintos CeSACs, el argumento remitía en todas las ocasiones al perfil del efector. Cuando los entrevistados eran ellos mismos provenientes del área de Salud Mental, tendían a deslizar aquello hacia las características del profesional. En todos los casos, cuando a lo largo de la entrevista se preguntaba por qué itinerarios poblacionales tendía esto a generar, dado que era imprevisible el modo en que serían atendidos por cada efector, los entrevistados referían a que las poblaciones pueden hacer efectivo su derecho a elegir buscando el efector más conveniente a sus gustos e intereses. Dos entrevistados hicieron alusión a que esta sería el objetivo de las Áreas Programáticas: proveer a la población de distintos efectores, cada uno con su propio perfil, que en el conjunto significarían un abanico de oferta integral; no se han podido encontrar en la arquitectura institucional mecanismos que operen en este sentido.

en que opera la privatización de lo público<sup>149</sup> -rasgo de *labilidad estatal* al que encontraríamos así en la cotidianeidad de los CeSACs.

Cabe señalar que no por tal invisibilización, los relatos carecen también de referencias a la órbita de lo social o lo político: más bien, por el contrario. Lo social y lo político son órdenes a los cuales las referencias son continuas, y planteadas en tono crítico. Ahora bien, la mención a esos órdenes es realizada en términos totalizantes y abstractos. Es decir, como si se tratara de un escenario externo de las acciones, pero que no se encuentra articulado con ellas, constituyéndolas o siquiera condicionando su génesis. Lo social es ubicado principalmente en las referencias sobre la actualidad que la connotan como una época en que la exclusión tendría un rol protagónico<sup>150</sup>. Lo político es referido con insistencia como ámbito que por definición es corrupto, corrupción que condiciona una supervivencia en los márgenes como modo de actuar acorde a principios éticos.

### **(Deconstruyendo) el imaginario progresista**

Un concepto que se usa con frecuencia en el área de Salud Mental de los CeSACs -al menos- con el fin de valorizar el propio trabajo cotidiano -sea el que fuere- es sostener que este consiste en una suerte de “militancia”<sup>151</sup> [F.99]. Rastreando acerca de los motivos que llevan a entenderlo de este modo, se han encontrado insistentes referencias, más o menos directas, al hecho de que una posibilidad siempre al alcance de la mano es la de “municipalizarse”<sup>152</sup>. Los actores dan este nombre a una suerte de lógica según la cual se realizaría una ecuación similar a la siguiente: si cualquiera que fuera el esmero puesto en el trabajo el resultado idéntico consiste en cobrar a fin de mes y conservar el puesto de trabajo, resulta conveniente invertir el menor esfuerzo posible en el empleo. Medido con la vara de la opción constante de no trabajar, y sumado al carácter optativo de toda práctica, prácticamente todo accionar admite la calificación de “militante”.

No obstante, de modo transversal, subyacen a tales alusiones la consideración las generalmente desfavorables condiciones de trabajo -que tal como se mencionó en el Tercer Capítulo, son aludidas con frecuencia. Finalmente, también la definición de “militancia” pareciera incluir eventualmente la

---

<sup>149</sup> Ilustrando esto, toda vez que en el transcurso de la indagación se ha insinuado a los actores la desprotección en que podría quedar la población, siendo que quizás el CeSAC más cercano no ofrezca cobertura a sus necesidades básicas de salud, ellos han respondido -sin excepción- que la población siempre tiene la posibilidad de recurrir a otro efector público en caso de no estar conforme [F.98].

<sup>150</sup> De tal manera, no existirían mediaciones entre una pobreza de carácter abstracto y las necesidades de una población que, en caso de que no se sienta cómoda con aquello que le ofrece el CeSAC más cercano, tiene -según la mayoría de los actores- la posibilidad.

<sup>151</sup> En palabras de los actores

<sup>152</sup> En palabras de los actores

referencia a que no hay ninguna tarea obligatoria a cumplir -sólo, cumplir con el horario de trabajo. Como efecto de entender el propio trabajo a modo de “militancia”, la tendencia es a reforzar el *astillamiento*, construyendo muchas veces lo que los profesionales tienden a entender como grietas: en el marco de un sistema inequitativo y donde prima el maltrato -según suelen mencionar- llevar adelante un tipo de práctica que de lugar a la singularidad de cada uno de los sujetos atendidos y se esfuerce por priorizar a quienes más puedan necesitarlo es defendido como una suerte de estrategia de supervivencia en los márgenes.

Nos ha llamado la atención, durante el transcurso del trabajo de campo, la naturalidad con que conviven en la perspectiva de los actores la apelación a dos estrategias que desde un punto de vista lógico, podemos considerar antagónicas. Los profesionales tienden a entender que no sólo no se excluyen, sino que una es un medio de acceder a la otra. Estamos haciendo referencia a la continua apelación a la supervivencia en los márgenes como modo de garantizar derechos a la población. Señalando nuevamente lo invisibilizado, encontramos también aquí la oclusión de la universalidad como requisito del garantizar derechos. Por el contrario, pareciera ser que los derechos ocupan el lugar de aquello a lo que se da lugar a través de una “militancia” de los profesionales, esto es, que se sostienen por el interés personal de estos últimos.

Coexiste con la lectura del trabajo en clave de “militancia” un modo de descalificación del trabajo ajeno: el afirmar que no se trata de un trabajo. Más allá de los casos en que efectivamente no se trabaja -que parecieran no ser excepciones-, esta es una acusación cruzada que suele darse, en el área de Salud Mental de los CeSACs, entre quienes realizan asistencia y quienes no. Así, mientras unos dicen que la realización de actividades comunitarias no es un trabajo -puesto que no sería lo suficientemente riguroso en términos profesionales-, otros esgrimen que quien no realiza actividades comunitarias es porque prefiere la comodidad de su consultorio al desafío de un verdadero trabajo<sup>153</sup>.

Tal como se han venido mencionando a lo largo de esta tesis, existen otras valoraciones que coinciden en el recurso a un imaginario progresista. Entre estas, la asimilación de lo aquí definido como *funcionamiento astillado* a una institucionalización pluralista. Bajo el amparo de tal pluralismo es que no sólo se tiende a interactuar de modo exclusivo con aquellos que poseen una perspectiva similar y a evitar a quienes no, sino que también resulta indeseable vetar cualquier tipo de práctica o imponer un

---

<sup>153</sup> Más allá de lo anterior, como se mencionó en el Capítulo Uno, resulta frecuente encontrar alusiones a la asistencia clínica como aquella práctica menos costosa. De hecho, varios profesionales se han referido a aquella como una suerte de “refugio” ante la falta de empatía con el resto de los profesionales, ante la violencia del contexto de trabajo o ante alguna circunstancia institucional, al tiempo que han señalado que se trata de algo que puede capitalizarse en el ámbito privado –en ambos sentidos, lo que resulta más económico.

modo de trabajo como el adecuado [F.100]. Así, rivalidades y diferencias son expresadas sólo a modo de rumor, ya que se considera legítimo que toda orientación teórico-práctica tenga su lugar, lo mismo que toda iniciativa personal. Ilustrando lo anterior, debe decirse que en todas las entrevistas realizadas a autoridades ministeriales apareció de uno y otro modo la referencia a prácticas profesionales cuestionables, o iatrogénicas desde un punto de vista técnico; pese a tal calificación, los entrevistados han considerado reprobable el sólo pensar en limitarlas. Entonces, la apelación al pluralismo como valor contribuiría a legitimar lo que aquí venimos denominando *funcionamiento astillado*.

También aparecen bajo el mismo tinte progresista las argumentaciones arriba mencionadas que echan mano de conceptos como “autonomía” o “autogestión” para defender este mecanismo propio de un *Estado lábil* -colonizado por intereses particulares, la informalidad y la discrecionalidad. Acompañando tales conceptos, lo leído como “movilización” cuenta anticipadamente con la venia de los actores, favoreciendo la adaptabilidad del sistema ante lo que pueda tener lugar de modo ocasional. La “movilización” es saludada positivamente tanto cuando hace referencia a prácticas de la población como cuando refiere a acciones de los profesionales, y el etiquetar cualquier decisión como resultado de la “movilización colectiva” resulta un recurso habitual de legitimación<sup>154</sup>. Podríamos entonces señalar que existe una batería de conceptos a los cuales apelar a fin de valorizar el particularismo en el funcionamiento de los efectores, contribuyendo a producirlo y reproducirlo de modo continuo<sup>155</sup>.

---

<sup>154</sup> Sin embargo, podríamos preguntarnos hasta qué punto esto presenta similitudes respecto de la matriz neoliberal de reforma del Estado -aquella que revaloriza la salida individual y rechaza todo criterio de homogeneización, bajo la defensa de lo entendido como libertad (Lo Vuolo y Barbeito, 1998), se opone a cualquier decisión a la que califique de intervencionista (Laurell, 1986) al tiempo que maneja discrecionalmente la asistencia, bajo argumentos focalizadores y vaciando la desigualdad de contenido relacional (Grassi, 2003).

<sup>155</sup> Cabe aclarar que cuando durante el transcurso de las entrevistas se solicitaban detalles respecto de lo definido como “movilización colectiva”, solían aparecer prácticas que admitirían también ser calificadas en clave de lobby o presión de grupos con intereses propios y sectoriales [F.101]. Esto se puso de relieve en aquellos casos donde aparecieron referencias a acuerdos entre dirigencias partidarias locales, o bien a redes discrecionales que algunas organizaciones barriales poseen para con distintos organismos públicos. Durante la recolección de campo tuvo lugar un acontecimiento en tal sentido que puso de manifiesto la tensión existente entre la lectura muchas veces no exenta de cierta idealización por parte de los profesionales y las lógicas concretas de la población. Siendo que irrumpió en un contexto de entrevista a profesionales, su mención particular podría resultar sugerente: las autoridades centrales querían trasladar un CeSAC que había sido creado por una Comisión Vecinal –en cuyos orígenes estuvo conformada mayormente por inmigrantes- y luego tras muchas demandas motorizadas por los profesionales, tomada a cargo por el Hospital cabecera de esa área geográfica. En momentos donde tal traslado estaba en ciernes, se puso de manifiesto el enojo histórico de los miembros de aquella Comisión, dado que esto había implicado que cualquier persona podía acceder a la “salita” que los primeros habitantes habían creado, lo cual incluía a los habitantes de la Villa Miseria existente a pocas cuadras. Según la discusión presenciada -sucedida a modo de asamblea entre vecinos y profesionales- mientras los profesionales instaban a la población a defender “su” Centro de Salud defendiendo su ubicación, postura avalada tanto por habitantes de la Villa como por los nuevos habitantes del barrio, quienes la habían fundado defendían que fuera trasladada a un lugar menos accesibles, además de aprovechar la ocasión para sugerir que se cobraran bonos como en los orígenes.

### Valoraciones divergentes del funcionamiento astillado

La variabilidad en la oferta –dependiente de ocasiones y vínculos- resulta un hecho tan ostensivo como incuestionado, tal como venimos describiendo en el presente trabajo. No sólo que es algo naturalizado, sino que además, indagados acerca de los principios que la sostiene, los actores cuentan con una batería de conceptos legitimantes a los que acudir para valorar positivamente tal variabilidad, y aun promoverla. No obstante, existen algunos puntos donde esto sí tiende a adquirir un carácter problemático a los ojos de los profesionales.

Es que, por fuera de toda unilateralidad, según lo recabado en campo el *funcionamiento astillado* admite dos valoraciones opuestas: la libertad, y “el desamparo”<sup>156</sup>. Estas valoraciones, casi antagónicas, tienden a coexistir aun en el transcurso de una misma argumentación -de hecho, así ha sucedido en más de una entrevista. No obstante, prácticamente no se han recogido discursos que vinculen a ambas valoraciones: más bien pareciera existir una conexión casual, desde la perspectiva de los entrevistados.

Así, según lo recogido, es en contextos de desamparo institucional donde la única alternativa posible es la “autogestión” [F.102]. Pero este accionar autónomo es una elección personal y “militante”, no algo habilitado por aquel desamparo institucional. Sólo un entrevistado, quien recientemente había tenido que suspender una intervención barrial surgida por propia iniciativa por haber esta provocado la reacción de algunos delegados del barrio<sup>157</sup>, criticó bajo el rótulo de “autogestivismo” lo que dijo entender como una quimera: el creer que se puede hacer cualquier cosa [F.103]. Salvo en tal circunstancia, no se han recogido referencias a que el causal de la “autonomía” sea un modo de funcionamiento estatal: desde la perspectiva de los actores, el Estado funcionando de modo deficiente es un escenario externo, ajeno al hecho del accionar “autónomo” que ellos generan porque lo desean. Nuevamente, encontramos la referencia a las esferas sociales y políticas a modo de absoluto: como algo que está *ahí afuera* pero que no resulta constitutivo de las prácticas individuales.

El punto de partida de casi todos los entrevistados fue, entonces, presentar sus prácticas a modo de aquello que habían podido construir gracias a sí mismos, merced a su iniciativa y esfuerzo personal, en el marco del desinterés de las autoridades [F.104]. No obstante, aquel contexto caracterizado como prescindente y “abandónico”<sup>158</sup> no aparece como constitutivo de su margen de libertad. Más bien, es visto como el contexto negativo que es necesario sobrellevar. “No se puede trabajar sobre la falta”, ha

---

<sup>156</sup> En palabras de algunos entrevistados

<sup>157</sup> Esta intervención se venía desarrollando en una denominada “Villa miseria”: de ahí la existencia de delegados.

<sup>158</sup> En palabras de algunos entrevistados

dicho más de un entrevistado respecto de esto, haciendo un llamado a volver tal circunstancia lo más favorable que sea posible -en el mismo gesto de naturalizarla. Así, el trabajo como “militancia” sigue las inclinaciones que resulten más placenteras a quien lo realice, y los profesionales argumentan que su disfrute personal es condición de eficacia de sus prácticas [F.105].

La valoración de la “autonomía” es puesta particularmente de relieve cuando se llevan adelante iniciativas que siguen líneas distintas a las propugnadas por las distintas jerarquías de autoridades <sup>159</sup>. Esto último es algo que pareciera tener lugar con relativa frecuencia, y debemos subrayar el hecho de que la *labilidad estatal* al tener como correlato la falta de control y de perspectiva de conjunto, posibilita márgenes de libertad sorprendentemente amplios en sus espacios institucionales. De tal manera, las estrategias de supervivencia en los márgenes producen como resultado el sostenimiento de acciones incluso contrarias a las defendidas por la gestión de Gobierno. Más allá de tales casos, las autoridades sanitarias son casi siempre referidas por los profesionales como figuras que no recortan las libertades pero que tampoco ayudan. Mientras lo primero es defendido, lo segundo es denunciado haciendo referencia la falta de recursos y a la desprotección. Pero lo deseable no es visto como revés de lo indeseable.

Pese a la valoración del margen de libertad, lo que sí ha aparecido recurrentemente en las entrevistas a modo de queja -y para algunos entrevistados ha sido incluso más fuerte que la necesidad de contar con una mayor cantidad de recursos materiales- es el hecho de no ser consultados. Esto es aludido como indicador de que no se tiene en consideración el saber con el que contarían los profesionales, en tanto actores de un campo. Debemos señalar que en estos argumentos el saber es aludido como un repertorio neutral, sin atribuírsele valoraciones que lo particularicen (ideológica o políticamente, por ejemplo). Dicho de otro modo, aparece como saber desinteresado. Esto suele eslabonarse con un sentimiento de impotencia al relatar cómo -según estos entrevistados- las sucesivas gestiones han organizado o desorganizado lo existente sin elementos de diagnóstico.

La visión que los profesionales tienen de los niveles jerárquicos, tanto como la que existe entre estos, no se comprende si no se parte de señalar que resulta fundante la posición de recelo. Así, el contexto institucional de desamparo es caracterizado como aquel en el que los criterios no remiten a cuestiones técnicas. La discrecionalidad con que se manejan las autoridades -tanto locales como ministeriales- es

---

<sup>159</sup> Tal es el caso, por ejemplo, de la existencia de dispositivos de intervención con usuarios de drogas que se despliegan desde una perspectiva de Reducción de Daños, cuando la postura oficial es exactamente la contraria -esto es, abstencionista. Importa mencionar tal ejemplo puesto que esta misma estrategia de supervivencia en los márgenes, basada en una perspectiva de Derechos, es la que permitió la inserción a modo de observadora participante en uno de los CeSACs.

algo conocido por los profesionales. No sólo conocido, sino además -como también se mencionó arriba- naturalizado como parte de un escenario cotidiano. Escenario en el cual tiene lugar su propia discrecionalidad, aunque esta vez -según sostienen- basada en criterios profesionales. El particularismo es entonces defendido como modo de trabajar en un contexto particularista.

Respecto de la discrecionalidad por parte de las autoridades, y la falta de consulta o pedido de opinión a los profesionales de CeSACs, se han recogido relatos respecto a la instalación (efectiva o proyectada) de un nuevo establecimiento cercano, cuya misión institucional se solapa en algún punto con la del CeSAC, pese a lo cual los profesionales de este no han sido ni siquiera informados. En el caso de una de las entrevistas, quien reclamaba no haber sido informado -y menos aun, consultado- era el mismo Jefe de un CeSAC. También se han relevado referencias a la apertura de un nuevo “raviol”<sup>160</sup> en el organigrama con el mero fin -según los entrevistados- de otorgar un cargo a alguien vinculado a alguna autoridad influyente (por lo general, un familiar). La falta de criterios técnicos también es referida al hacer mención a un accionar inverso: el cierre de algún programa o dependencia por parte de las autoridades sanitarias, fundado -según los entrevistados- exclusivamente en diferencias personales [F.106].

### **Cuando la lógica del sistema es funcionar mal**

Dada la desconfianza generalizada respecto de los criterios utilizados en las decisiones “desde arriba”<sup>161</sup>, a los cuales se presupone carentes de racionalidad técnica, cualquier intento de control o vigilancia que provenga de alguien jerárquicamente superior es leído por los profesionales como una intromisión.

Las entrevistas recogidas en las dependencias ministeriales (Dirección de Redes y Programas, Dirección de Salud Mental) así como en los niveles jerárquicos locales (Dirección y Subdirección de Hospital, Dirección de Área Programática, Jefatura de CeSAC) guardan similitud con aquella perspectiva. En tales relatos, la *labilidad* con que circulan, en caso de existir, los lineamientos, aparece como un hecho natural y frente al cual no existen demasiados reaseguros [F.107]. No obstante, dado que se trata de un lugar de enunciación distinto, resulta legítimo suponer que el sentido que se desprende de tales afirmaciones no es el mismo. Por poner un ejemplo, que la referencia al conjunto de efectores aparezca también para estos entrevistados como algo abstracto o inútil da cuenta de la

---

<sup>160</sup> En palabras de los actores, “raviol” refiere a cada uno de los cuadros que aparecen al graficar en el organigrama la estructura jerárquica de autoridades y dependencias.

<sup>161</sup> En palabras de algunos de los entrevistados

falta de diagnóstico y planificación existentes.

De tal manera, se encuentra que la irracionalidad del sistema no es una valoración a posteriori o extranjera, sino una definición que orienta las propias prácticas. La informalidad con que se gestiona el subsector público de salud aparece convalidada: “las reglas del juego”<sup>162</sup> se corresponden con las decisiones circunstanciales -aquellas que obedecen a las vicisitudes de las campañas políticas o de los temas instalados en la agenda mediática [F.108]. Lo que desde la perspectiva de los actores se encuentra invisibilizado es la responsabilidad diferencial resultante de la estructuración jerárquica del campo en cuestión.

Las prácticas que tienen lugar en los espacios jerárquicos parecieran seguir la misma lógica que la de los espacios locales. El rol fundamental de lo ocasional y de los vínculos interpersonales son también allí prácticas habituales que se combinan con la apelación a la autonomía. También, la responsabilidad de la falta de criterio técnico es atribuida a quienes ocupan espacios jerárquicos superiores, o bien a aquellos que ocuparon la misma posición jerárquica con anterioridad. En referencia a esto último, debe mencionarse que las autoridades entrevistadas han referido el mismo funcionamiento que aquí ha sido descrito para los niveles locales -principalmente, la voluntariedad en la vinculación para con otros profesionales, otros efectores u otras instituciones- como algo habitual en la esfera de lo público. En la mayor parte de los ejemplos, los entrevistados han hecho referencia a la articulación con organismos dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad o al Ministerio de Salud de la Nación como algo que no está normatizado sino que depende de la iniciativa de las autoridades a cargo en cada instancia. De tal manera, toda conexión entre organismos pareciera haber respondido a una iniciativa personal, usando el margen de autonomía propio de cada posición.

Mientras las autoridades refieren al mal funcionamiento del sistema como algo que va de suyo, y que cobra cuerpo en la frecuencia con que tienen lugar “acomodos”<sup>163</sup> y otras discrecionalidades en las definiciones sanitarias, los carriles abigarrados y contingentes por los que circula la información se van reproduciendo como algo del orden de lo esperable [F.109].

### **La falta de información como dato de la pertenencia**

Conviene aquí que otorguemos lugar a un aspecto que se ha señalado con insistencia en los Capítulos anteriores. Nos referimos a los modos contingentes o mejor diríamos, *astillados*, en que circula la información. También en el caso de la información, la modalidad *astillada* se desprende de la falta de

---

<sup>162</sup> En palabras de uno de los entrevistados

<sup>163</sup> En palabras de uno de los entrevistados

carriles formales e instituidos a través de los cuales se transmitan pautas y acontecimientos entre los niveles locales y los ministeriales.

Ahora bien, debemos subrayar que no se trata sólo de la inexistencia de tales carriles, sino también de la disponibilidad misma de información sistemática y actualizada. Esto ha resultado particularmente notorio en el transcurso de la indagación empírica que informa la presente tesis, puesto que el archivo del Ministerio de Salud -armado por iniciativa propia de una profesional- no cuenta prácticamente con documentos oficiales. Los planes y programas parecieran no ser consignados en papel, o al menos tal documentación no se pone a disposición pública -ni de los profesionales afectados a ella, claro está. Resulta habitual que las autoridades remitan a la página *web* como lugar de publicación oficial, aunque lo que en aquella figura en términos de planificación es prácticamente nulo. En lo que a Salud Mental respecta, lo que lleva el nombre de Plan es un archivo en formato *Power Point*, es decir, una presentación esquemática de algunos principios generales; hasta donde se ha podido indagar, es el único documento escrito que la actual gestión ha producido al respecto<sup>164</sup>.

Los profesionales que trabajan en los CeSACs dicen no desconocer el modo de funcionamiento de los niveles centrales. Por esto mismo, argumentan, es que guardan recelo hacia las autoridades. En la intención de poner de manifiesto -retóricamente- la congruencia entre la discrecionalidad con que se manejan los profesionales y la que acostumbran las jerarquías [F.110], la falta de información disponible ocupa un lugar ejemplar<sup>165</sup>.

Indicativo de la carencia de información resultó encontrar con frecuencia que tanto profesionales de los CeSACs como de otros niveles jerárquicos desconocieran datos estructurantes de su desempeño. Entre estos, pueden mencionarse tanto el lugar ocupado en el organigrama vigente -y la consiguiente cadena de autoridades-, los programas y leyes existentes, como los recursos que se encuentran disponibles para ofrecer a la población atendida. Pondremos sólo algunos ejemplos, encontrados a lo largo de la indagación empírica, que por esta misma característica resultó particularmente engorrosa. Durante el trabajo de campo se encontró que en el Ministerio de Salud<sup>166</sup>, tanto algunos administrativos como funcionarios de distinta jerarquía desconocían el nombre de la Dirección a la que se pertenecía. Al ser entrevistado, quien en aquel entonces tenía como responsabilidad organizar las reuniones de profesionales de CeSACs desde la Dirección de Salud Mental desconocía la cantidad de hospitales que en la Ciudad cuentan con Área Programática, el número de CeSACs existentes, así como las

---

<sup>164</sup> Por ejemplo "calidad profesional" + "lugares modernos y bien equipados"= "dignidad del paciente"

<sup>165</sup> Lugar que no sólo se ha recogido a través de los relatos, sino que se ha experimentado a través de las dificultades mencionadas respecto de la indagación en campo

<sup>166</sup> En este párrafo se hace referencia a las instancias pertenecientes al GCABA.

Regiones Sanitarias a las que cada uno pertenecía. Se han presenciado reuniones donde los funcionarios disientan en relación con qué efectores quedaban bajo su jurisdicción. Al intentar obtener la distribución de recursos humanos entre los distintos efectores, las distintas instancias del Ministerio de Salud con las que se tomó contacto manifestaron no tener datos disponibles al respecto. En este último caso, como en otros, resultó habitual que remitan las autoridades y funcionarios remitan a la página web indicando que todos los datos disponibles se encuentran ahí -muchas veces, tras de lo cual advertían que esa información se encuentra desactualizada.

No obstante, para comprender cabalmente aquellos desconocimientos, puede resultar ilustrativo ponerlos en relación con algunos datos objetivos que sí han podido recabarse. Así, los cambios de organigrama introducen una confusión importante, tanto por su recurrencia constante como por el hecho de que -según los entrevistados- no presentan una racionalidad técnica sino que responden a lógicas de poder y distribución de favores. Las recientemente creadas Regiones Sanitarias dejan en un terreno incierto a aquellos CeSACs cuya ubicación geográfica hace que estén incluidos en una Región distinta a la de su Hospital de Base. No se ha difundido información cierta -de hecho: no pudo encontrarse aun desde un abordaje investigativo- acerca de qué sucedería con las Áreas Programáticas una vez que esté en funcionamiento pleno el ordenamiento por Regiones Sanitarias. Tampoco, si se está actualmente en una etapa transicional como algunos funcionarios de alta jerarquía han dejado trascender -y en tal caso, en qué consiste esta.

Algunos desconocimientos no son de carácter tan contextual -es decir, imputables al cambio de gestión. Por ejemplo, se ha recogido un relato por parte de una profesional de Salud Mental de un CeSAC acerca de una serie de equívocos desprendidos del hecho de haber sido emitidos por el Gobierno de la Ciudad recetarios con la dirección geográfica del CeSAC, pero nombrándolo como "Centro de Salud Mental".

La falta de información disponible también afecta a la especificación de las normativas existentes. Por ejemplo, la Ley Básica de Salud, ella -así como la mayoría de los programas- hace referencia a la división sanitaria en tres niveles según complejidad creciente; esta división, que según se declara sería la base organizativa del sistema, no plantea un criterio unificado para distinguir cuáles son efectores de primer nivel, de segundo o de tercero.

Por otra parte, el disenso es desconocido -o bien, negado. Durante la recolección de campo que tomó por unidad de recolección a autoridades locales y ministeriales, cada funcionario entrevistado supuso un consenso que no, a lo largo de la propia indagación se pudo comprobar que no existe. Continuando

con el ejemplo, podemos mencionar que en lo que al área de Salud Mental atañe, los dos Centros de Salud Mental existentes en la Ciudad han sido ubicados alternativamente en cada uno de los tres niveles según quien fuera entrevistado [F.111]. Algo similar se ha encontrado respecto de los Servicios de Salud Mental de los Hospitales generales –ubicados por algunos en el primer nivel y por otros en el segundo. En un caso, una autoridad de la Dirección de Redes y Programas aseguró que la distinción por niveles no era algo que afectase a la Salud Mental dado que esta, al no utilizar tecnología, no se manejaba con tales criterios. En los casos donde se han realizado entrevistas grupales, los distintos criterios emergían cuando los entrevistados discutían entre sí acerca de lo preguntado. El disenso con el cual hemos ejemplificado no es sin consecuencias: tal falta de claridad afecta de modo directo el circuito formal de derivación -puesto que se desconoce cuál debería ser este.

La indagación que ha tomado como unidad de recolección a autoridades locales y ministeriales, entonces, nos ha servido para valorar de modo conveniente la desinformación que prima entre los profesionales de los CeSACs. Se subraya así la hipótesis de trabajo que hemos venido siguiendo, al entender que las prácticas que tienen lugar en los CeSACs no pueden comprenderse de modo recortado, sin hacer referencia a sus condiciones estructurales de producción y reproducción.

La referencia constante a la improvisación en la gestión, la discrecionalidad, el particularismo, y la informalidad es algo que atraviesa todos los niveles. Esto pareciera encontrarse en la base del recelo y el refugio en el trabajo local a modo de supervivencia en los márgenes. Nos vamos acercando, entonces, a los rasgos de *labilidad estatal* que aparecen en la cotidianeidad de los efectores, condicionando sus prácticas.

### **La (declaración de) productividad como único lineamiento**

Finalmente, para comprender aun con más profundidad las relaciones que tienen lugar al interior del Subsector Público de Salud, interesa mostrar el único significativo que se ha encontrado funcionando como carril informativo entre los niveles locales y los ministeriales. Nos referimos a las estadísticas, significativo compartido que pareciera ordenar los pocos intercambios formalizados que tienen allí lugar. El pedido de elevación de estadísticas ocupa el lugar de ordenamiento que no cumplen otras disposiciones. De tal manera, en un marco de falta de regulaciones la regla se establece a partir de mensurar la regularidad [F.112]. De hecho, a lo largo del trabajo de campo se han recogido algunos equívocos y deslizamientos, cuando preguntando en niveles centrales por los lineamientos la remisión

era a la información estadística<sup>167</sup>.

El modo indistinto en que se utilizan las estadísticas como si fueran idénticas a un lineamiento fue observado, por ejemplo, cuando a fin de generar que en los CeSACs se comience a atender un determinado tipo de población se empieza a diferenciar en las planillas un nuevo rótulo, distinto a las categorías de pacientes atendidos preexistentes [F.113]. Por otra parte, varios entrevistados han referido como señal de la legitimidad creciente ganada por las actividades grupales la instalación de una nueva planilla a fin de registrarlas. Los relatos recogidos en campo refieren con insistencia que todo cambio en la filiación de la gestión ministerial se materializa siempre en un nuevo modo de consignar los datos estadísticos.

Sin embargo, la existencia de categorías o planillas no genera por sí misma una valoración. Así, si bien hay categorías estadísticas destinadas al registro de las actividades comunitarias, los índices de productividad en estas son menos valorados que los que indican cantidad de pacientes atendidos. Sumado a lo anterior, algunos entrevistados han mencionado que para solicitar una extensión horaria del cargo o presentarse a concurso lo que se toma en cuenta es la cantidad de pacientes atendidos. Algo similar ha sido recogido respecto del modo en que los Jefes de Área Programática pueden solicitar la apertura de nuevos cargos, justificando los nombramientos. No se ha logrado establecer si tal valoración diferencial remite al peso relativo otorgado por las autoridades a cada una de las planillas (se consignan por separado), o bien al hecho de que no se contempla la realización de tareas vinculadas a la planificación y evaluación, necesarias para la realización de actividades comunitarias. Respecto de esto último, más de un profesional ha mencionado que las estadísticas, al poner en valor lo cuantificable, operan desalentando los espacios de intercambio.

Se suma a lo anterior tanto la existencia de distintas planillas a llenar -como se mencionara en el Tercer Capítulo- como del hecho de que las categorías utilizadas no son siempre fácilmente objetivables. De tal manera, si bien datos como sexo y edad -*principios de visión y división* (Bourdieu, 2007) básicos, tal como planteáramos en el Primer Capítulo- son relativamente sencillos, los motivos de consulta o el diagnóstico realizado son presentados tanto de modo no excluyente como remitiendo a perspectivas “psi” que -tal como también hemos descrito- no son compartidas por el conjunto heterogéneo de

<sup>167</sup> Esto tuvo lugar particularmente en la Dirección de Redes y Programas, donde dijeron que a fin de conocer las directivas me acercara a la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad. En el transcurso de la entrevista, al preguntársele por la existencia de archivos documentales, volvieron a remitirme al mismo lugar. Hacia allí me dirigí, entonces, pero lo único que pudo ser encontrado fueron los criterios con los cuales se recoge información cuantitativa en los efectores -esta última Dirección posee únicamente esta injerencia, según luego fue comentado. Lo anterior permitió re-interpretar lo sucedido durante las entrevistas en los CeSACs, cuando al preguntar por los lineamientos recibidos los profesionales mencionaban la necesidad de mostrar lo denominado “productividad”, es decir, cantidad de pacientes atendidos, muchas veces en base a problemáticas puntuales.

profesionales.

En este marco, subyace un cierto sentido de irrelevancia respecto de la cuantificación<sup>168</sup>. En lo que respecta particularmente al área de Salud Mental, esto tiende a coincidir con el énfasis atribuido al “caso por caso”. Tan es así que durante el trabajo de campo se recogieron distintas alusiones a que las estadísticas son algo a ser “dibujado”<sup>169</sup>. Nuevamente, aparece entonces la supervivencia en los márgenes y la discrecionalidad que de ella resulta como estrategia de resistencia ante la irrelevancia atribuida a lo definido por los niveles jerárquicos. Aquel “dibujo” puede consistir tanto en poner el acento en registrar algunas actividades en desmedro de otras [F.117], como en contabilizar actividades que no se han realizado. Ahora bien, respecto de esto último, algunos entrevistados han señalado que no siempre la intención es burlar la vigilancia: no existen tampoco criterios unificados acerca de aquello que es conveniente mensurar. Así, se encuentran profesionales que consideran que lo pertinente es contabilizar a aquellos pacientes a los que se ha esperado y que tenían un espacio disponible, y no a aquellos que efectivamente han venido. Desde este criterio, incluyen en la estadística a pacientes que no han asistido -existiendo así una diferencia entre la fecha en que dejan de venir y aquella en que se consigna el abandono, que es cuando el profesional así lo define<sup>170</sup>.

No obstante, se han encontrado profesionales que sí manifiestan un interés hacia datos que son definidos como epidemiológicos. Este interés puede plasmarse tanto en la recolección de datos propios como en el seguimiento de los datos publicados en la *página web* por la Dirección de Estadísticas o la Dirección de Salud Mental. En estas estadísticas, se realiza el conteo por separado de la aparición de entidades nosográficas, cruzándolas de modo exclusivo con las variables de sexo y edad. Las entidades nosográficas mensuradas<sup>171</sup> no son excluyentes, dificultando -según se ha relevado- el registro aun por parte de los profesionales que adhieren a tales nominaciones. Sumado a lo anterior, se encuentra el hecho de que las planillas no cuentan con una definición explícita. Nuevamente, los

---

<sup>168</sup> Irrelevancia a la que podríamos comprender distinguiendo el valor de cambio, que sí tienen, de su valor de uso, del que carecerían.

<sup>169</sup> En palabras de los actores

<sup>170</sup> Esto puede a su vez generar resquemores también con otros profesionales o trabajadores del CeSAC, puesto que se completa una estadística cuando resulta ostensible que en aquel momento no se está trabajando en sentido estricto -estas esperas suelen tener lugar en el ámbito de la cocina.

<sup>171</sup> Según se han extraído de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades- 10a revisión): Trastornos Mentales Orgánicos; Trastornos debidos al consumo de sustancias; Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos; Trastornos del Humor o del estado de ánimo; Trastornos de Ansiedad o Neuróticos; Trastornos del Comportamiento asociados a disfunción fisiológica y factores somáticos; Trastornos de la Personalidad y Control de los Impulsos; Retraso Mental; Trastornos del Desarrollo Psicológico; Trastornos del comportamiento y emociones de comienzo en infancia, niñez, adolescencia; Trastorno Mental sin especificación; Factores que influyen en el estado de salud; Abuso físico y/o sexual del niño o del adulto; Otros; Sin Diagnóstico (Fuente: PIVESAM -Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental, disponible en la web oficial)

argumentos recogidos tienden a suponer un consenso en relación con las categorías. Pese a tal supuesto, la indagación empírica mostró que los criterios varían para cada profesional, lo cual por otra parte podría ser presumible, considerando la pluralidad del área de Salud Mental -tal como se describió en el Primer Capítulo.

Las distribuciones simples (univariadas) que se obtienen como resultado y que muestran la cantidad de consultas, suelen ser asimiladas a la prevalencia de trastornos. Así, más de un profesional, además de varios funcionarios, han aludido a tales cifras sosteniendo que estas demuestran un aumento constante en la existencia de problemáticas de Salud Mental. Este dato termina de completar el panorama respecto de la invisibilización de las mediaciones interpretativas de distinta índole: los itinerarios de consulta y derivación<sup>172</sup> -junto con el criterio de codificación utilizado- no son tampoco aquí problematizados [F.114, F.115, F.116].

*La dispersión de prácticas y criterios es lo primero que aparece al indagar el área de la Salud Mental. Esta dispersión admite ser explicada por la falta de instancias de puesta en común junto con la carencia de lineamientos; el particularismo, la primacía de lo informal y la discrecionalidad en el manejo de los recursos serían de tal modo resultantes de este funcionamiento lábil. Junto con aquello, existe un saber práctico (Bourdieu, 2007) que orienta el accionar en este campo -campo configurado, en principio, por el área de Salud Mental en los CeSACs. Y como parte de este saber práctico encontramos una serie de valoraciones que legitiman aquel funcionamiento, volviéndose condición de su producción y reproducción continua. Estas valoraciones, de tal manera, contribuyen a volver habitables (De Certeau, 1996) estas instituciones que en principio, por la contingencia radical con que parecieran conformarse, podrían definirse como ininteligibles debido a la falta de claridad en relación con lo que resulta esperable (Goffman, 2006). Volver habitables las instituciones implica asumir la existencia de una lógica predecible con la cual funcionan. Existiría entonces una suerte de habitus (Bourdieu, 2007) que emergería en la práctica cotidiana, como correlato de la labilidad estatal. Este funcionamiento astillado, al que hemos intentado describir en sus componentes de sentido para complementar la enumeración de aspectos más claramente materiales -como ser la arquitectura institucional y las modalidades de inserción profesional, entre otros- entendemos que no puede dejarse de lado al intentar comprender cualquier proceso que tenga lugar en estos efectores. Entre estos procesos, incluimos al de psicologización de problemas sociales, radicado en el recorte y sustancialización de una esfera de abordaje “psi” en la atención de poblaciones empobrecidas.*

<sup>172</sup> Véanse los dos primeros capítulos

## **Conclusiones**

Este trabajo comienza señalando una laguna en la bibliografía existente: existe una brecha entre los supuestos acerca del Estado manejados por los autores que han abordado la Salud Mental desde una perspectiva social o sociológica, y lo que muestra la literatura cuyo objeto es indagar las características concretas que asume el Estado en la Argentina. Entendemos que, más allá de sus diferencias, quienes han tomado la Salud Mental como objeto de indagación han partido de considerar la presencia real o potencial de un Estado con capacidad de manejarse de forma homogénea y uniforme, ofreciendo políticas al conjunto de la población. Contrariamente a lo anterior, las investigaciones que toman como objeto al Estado en nuestro país muestran que su funcionamiento concreto es particularista y fragmentario.

Dada la falta de consenso respecto de cómo denominar a este Estado colonizado por intereses particulares, cuyas definiciones presentan lagunas y superposiciones, hemos acuñado el concepto de *Estado lábil*. Nos propusimos indagar cómo se pone de manifiesto este funcionamiento estatal en la cotidianeidad de las instituciones, y qué productividad específica da como resultado -hipotetizando que dada su falta de universalidad, ni contribuye a garantizar derechos ni a un ordenamiento social.

Complementando aquello, sugerimos el interés de observar las características específicas que en tal contexto asume la *individualización de problemas sociales*, entendiendo por tal a la acentuación de los factores individuales por sobre los sociales en la definición y resolución de problemáticas. A tal fin seleccionamos como punto de mira al área de Salud Mental de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La justificación de esta selección se debe a que tal área ocupa un lugar subalterno al interior del sistema de salud, no cuenta con definiciones formales respecto de sus injerencias, y la práctica más frecuente en su interior es ofrecer tratamiento psicológico a sujetos pertenecientes a sectores sociales empobrecidos. Entendimos que en la configuración de la oferta de estos establecimientos en Salud Mental se pondría de manifiesto el deslinde entre lo subjetivo y lo social, a fin de intervenir sobre la primer esfera en contextos donde la problemática social es ostensiva. Al mismo tiempo, que se haría palpable el modo en que realizan aquellas definiciones en un contexto de *labilidad estatal*. Dada la primacía que adquiere en ambos términos de este problema lo particular e informal, supusimos que nos encontraríamos con un acoplamiento particular, lo cual convertía al objeto en un punto de mira estratégico.

Nos propusimos así indagar los modos concretos en que se realiza tal deslinde, qué atributos se le suponen a cada una de las esferas y qué características adquiere de tal manera la *individualización de problemas sociales*. En segundo lugar, analizar qué rasgos de *labilidad estatal* pueden encontrarse en tal proceso, a fin de arrojar elementos que permitan entender la productividad específica de esta modalidad de funcionamiento institucional.

### **Breve descripción de los hallazgos**

#### **Usos y argumentos en el área de Salud Mental en los CeSACs**

El primer rasgo de labilidad a señalar es que el área bajo estudio supone tener para los actores límites claros, pero en la práctica estos son borrosos. De tal modo, decidimos convertir la indefinición del área en objeto mismo de indagación.

Observamos una fuerte dispersión de usos y argumentos en el área bajo estudio, lo cual lleva a suponer la pluralidad de funciones y sentidos que adquiere la consulta a un profesional “psi” en este contexto. Pese a tal multiplicidad, encontramos algunas recurrencias significativas, que permiten analizar en clave sociológica aquello que a priori parece mero resultado de voluntades individuales.

Entre ellas, el hecho de que la práctica más frecuente es la denominada como clínica, esto es, la atención individual, a demanda y con intención de sostenimiento en el tiempo. En tal contexto de indefinición, entonces, lo que prima son aquellas prácticas que guardan semejanza con lo establecido, y que por tanto presentan múltiples intersecciones para con los intereses personales de los profesionales.

No obstante, existen también otras prácticas subalternas que tienden a ocupar un lugar periférico, como las intervenciones en Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. Si bien resulta difícil englobar actividades y sentidos tan disímiles como los que en este rubro se inscriben, podemos señalar como tendencia general que estas siguen una dinámica de ensayo continuo, al tiempo que son tejidas en los márgenes. Asimismo, los supuestos que suelen orientarlas remiten de uno u otro modo a un carácter paliativo, según el cual la función es suplir carencias de los sujetos atendidos en tanto pertenecientes a sectores sociales empobrecidos. Carácter paliativo que se replica en los modos de organizar la asistencia clínica y la definición de puntos de flexibilidad en tal organización.

Es que en el curso de la indagación fuimos encontrando que las características particulares de la psicología como marco profesional, junto con la indefinición normativa del área, se deslizan hacia una

potencial omniabarcatividad -casi cualquier problema amerita un abordaje desde lo subjetivo o individual. Junto con tal modo de definir los tratamientos, la derivación atomizada -por fuera de todo marco común o acuerdo- por parte de otras instituciones, principalmente del ámbito educativo pero también del judicial, produce como resultado lógico la estrangulación de la oferta. Ante la imposibilidad de responder a todas las demandas que se presentan, aparece la necesidad de priorizar la asistencia. Se replican acá en primera instancia los criterios biológicos (etarios) con que se presenta y delimita la oferta. En segundo lugar, emergen una heterogeneidad de valoraciones personales respecto a los criterios de vulnerabilidad, complejidad, gravedad y urgencia. En tercer lugar, se otorga prioridad a los sujetos que llegan a la consulta a través de redes personales de los profesionales.

Pese a los supuestos implicados por tal conjunto de criterios, los profesionales entienden estar respondiendo paradójicamente al “caso por caso”, confundiendo el modo de abordaje en la clínica -singular- con la organización de la asistencia. Entendimos que se trata de una falta de lectura del terreno de lo interpretativo, y que la paradoja aparece por la imposibilidad lógica de una ofrecer prácticas adaptadas a las necesidades de cada sujeto de modo singular antes de tomar contacto con ellos. De tal manera, la esfera de lo social, si bien continuamente referenciada, es entendida como algo externo y totalizado, que obstaculiza, pero no como una dimensión inherente y constitutiva de las prácticas. Este sería un primer aspecto de un deslizamiento de lo individual por sobre lo social: la falta de visibilidad de las no subjetivas implicadas en la construcción de la oferta de atención en Salud Mental.

### **A falta de regulaciones, regularidades. A falta de disposiciones, predisposiciones**

Hemos mostrado que es posible encontrar en los usos y argumentos recabados en el área de Salud Mental de los CeSACs ciertas regularidades. Ahora bien, estas regularidades no resultan de diversas apropiaciones de una serie de reglas: no existe un sustrato o marco común que unifique al área. Al no ser considerada en su conjunto, las regularidades se producen de hecho, por el modo en que se refractan en ella intereses de otros órdenes. En este contexto, cada profesional se ve obligado a suturar las lagunas normativas, y es la regularidad de intereses particulares la forma capilar en que tales vacíos se expresan. Las múltiples transacciones entre la indefinición del área y los requerimientos de las prácticas son los modos cotidianos en que se presenta la *labilidad estatal*.

Las iniciativas que surgen bajo este signo y logran materializarse permanecen confinadas al ámbito de lo local y resultan evanescentes. Es que la adaptabilidad que los espacios institucionales presentan

hacia quien los ocupa lleva a que las iniciativas queden atadas a la suerte de los individuos que las gestaron. Alianzas y rivalidades, relaciones de cooperación, de competencia y de antagonismo, imprimen un carácter volátil al devenir de las instituciones. El abigarrado escenario resultante se retroalimenta, puesto que contribuye a otorgar visibilidad y eficacia al recurso a lo informal. Resulta difícil pensar la dispersión resultante de esta dinámica tanto en términos de garantización de derechos como de mantenimiento de un orden social.

Las condiciones estructurales bajo las que se producen, circulan, se negocian y se reproducen las prácticas y los criterios de acción se encuentran compartimentadas. El *astillamiento* institucional resulta medio y resultado de la conformación de circuitos paralelos y sin conexión entre sí, surgidos al calor de afinidades personales. De tal manera, lo informal se desliza hacia cumplir la función de definir aquello que formalmente no posee definiciones.

Ahora bien, mientras el funcionamiento *astillado* pareciera volver a priori ininteligible el área, profesionales y funcionarios poseen un saber práctico que les permite sopesar conveniencias y orientarse en ellas. Este conocimiento de las reglas implícitas e informales, desde la perspectiva de los actores, se desprende de su capacidad de autonomía al tiempo que contribuye a reforzarla. De tal manera, resulta frecuente que los actores enfatizen los rasgos que salvaguardan la volatilidad de sus acciones. Paradojalmente, encontramos una modalidad institucional caracterizada por su baja institucionalización, marco en el cual los individuos adquieren un rol marcadamente protagónico. El *astillamiento* de las instituciones se convierte así a su vez en medio y resultado de las predisposiciones subjetivas.

Complejizando lo anterior, hemos mostrado que tal modalidad *astillada* de funcionamiento es por un lado una limitación en términos de constituir una arena compartida que otorgue coherencia al área de Salud Mental en los CeSACs en su totalidad. Pero, al mismo tiempo, implica la potencialidad de un número importante de grietas dentro de las cuales implementar acciones alternativas, incluso a contrapelo de las autoridades ministeriales. El hecho de que prevalezcan intereses particulares por sobre los intereses del conjunto, abre la posibilidad de que esos intereses particulares propugnen y sostengan accionares no hegemónicos. Presumimos que este modo de utilización de los espacios públicos -en el sentido estatal del término- posee una productividad específica que permanece invisibilizada cuando se parte de suponer un Estado homogeneizador. No obstante, dado que desde la perspectiva de los actores las instituciones, y los problemas que derivan de su dinámica, no poseen un carácter distinto al de los individuos que las conforman, encontramos aquí un segundo aspecto en el

que lo individual se hipertrofia, deslizándose hacia obturar la comprensión de lo social.

Este segundo aspecto permite entender al área de Salud Mental en los CeSACs como parte de un contexto más amplio que la constituye -si bien no la determina de modo mecánico. Se trazan así líneas de continuidad entre el fenómeno puntual aquí abordado y un campo más amplio, del cual se ignoran los límites (¿el subsector público de salud? ¿el Sector Salud en su totalidad? ¿el Estado Social? ¿el Estado?). Esto nos permite entrever la relevancia de los hallazgos en relación con su posibilidad de hacer extensivas las conclusiones a contextos más generales.

### **Nuevos interrogantes**

En la elección inicial de dos conceptos complejos que hacen referencia a procesos históricos -“*individualización de problemas sociales*” y “*labilidad estatal*”- con el fin de construir nuestro problema de investigación, no se encontraba aun presente la articulación y el reforzamiento entre ambas dinámicas que el campo iba a permitirnos observar. Concluyendo ya nuestra investigación, debemos decir que hemos analizado el acoplamiento de dos órdenes de fenómenos, producido merced a que guardan entre sí cierta afinidad estructural. Esto refuerza la complejidad del deslinde entre lo que los agentes atribuyen a la esfera de lo social y lo que recortan como perteneciente a la esfera de lo subjetivo: no sólo se trata de que el área de Salud Mental delimita intervenciones individuales, sino que además quienes intervienen comprenden sus propias prácticas como desprendidas meramente de sus iniciativas personales.

Retomando aquello que nos orientó en la construcción del objeto, respecto del carácter específico que asume la Salud Mental en los contextos locales, consideramos la necesidad de reformular algunos de los problemas planteados por la bibliografía existente, entendiendo que en todo caso lo que encontramos es un proceso de *psicologización*. Esto nos permite ubicar, en primer lugar, al recorte y sustancialización de una esfera de abordaje “psi” en la atención de poblaciones empobrecidas, que tiene por contrapartida la invisibilización de cómo opera la esfera de lo social en la construcción de oferta y demanda de tal abordaje. Este proceso, al menos en Ciudad de Buenos Aires, adquiriría rasgos distintos a los que le son supuestos a la denominada *medicalización* o *psiquiatrización* de problemas sociales. Tales rasgos se desprenderían tanto de la concepción particular de sujeto y del tipo particular de abordaje que priman en la psicología como disciplina (fuertemente influenciada por el psicoanálisis en nuestro contexto, tal como hemos ido mostrando), como por el lugar subalterno ocupado por estos profesionales en el marco de los establecimientos de salud.

Podemos entonces preguntarnos si no sería legítimo sospechar continuidades, extendiendo el análisis de tal *psicologización* más allá de las fronteras de la asistencia sanitaria. De operar así, el primer espacio en donde podríamos ubicar algunas dimensiones de tal proceso de *psicologización* sería quizás el propio área de Salud Mental, dado el recorte y la acentuación de los factores subjetivos que dificulta visualizar otras esferas gravitantes. Es que al interior de este área pareciera deslizarse el marco disciplinar hacia fenómenos de otro orden, dificultando incluso la visualización de los mismos profesionales como un colectivo. La indefinición del área pareciera, desde la perspectiva de los actores, no obedecer a dinámicas institucionales; al mismo tiempo, los profesionales tienden a concebirse a sí mismos de modo atomizado, independiente incluso de la misma historia y posición relativa de su disciplina. Tal concepción respondería asimismo a factores de orden objetivo, principalmente al *astillamiento* institucional, que dificulta la conformación de una arena compartida. Cabría aquí imputar también tal *psicologización* al abandono de algunas áreas de investigación y análisis por parte de las Ciencias Sociales, dado que desde estas también se reproducen valoraciones hegemónicas al asimilar “salud” con “medicina” -y “salud mental” con “padecimientos psiquiátricos”.

Por otra parte, cabe también la pregunta respecto de hasta qué punto no existe, como contrapartida de un *Estado lábil* al tiempo que como condición de su reproducción, una *psicologización* de la órbita estatal. Entendemos que cabría ser así denominada la invisibilización de lo poblacional tanto como de las responsabilidades estatales -aspectos teóricamente fundantes de su capacidad diferencial y su autonomía relativa. Podríamos entrever de tal manera que la invisibilización de tales aspectos estaría redundando en que la autonomía relativa del Estado y sus capacidades específicas se deslicen desde lo público hacia cada uno de los individuos que ocupan posiciones en sus instituciones.

Finalmente, podemos sugerir una serie de interrogantes de nivel empírico, que son los que guiarán la continuidad de estas indagaciones. Y es que si lo dicho hasta aquí hace referencia a los modos en que se configura la oferta de Salud Mental destinada a sujetos empobrecidos, un enfoque relacional como aquel al que hemos suscripto plantea la necesidad, para comprenderlo cabalmente, de articularlo con la perspectiva de la demanda. Ahora bien, queremos reforzar el hecho de que lo hallado en campo nos advierte respecto del peligro implicado por deslizar los conceptos de “oferta” y “demanda” hacia una concepción mercantil. A esto hemos apuntado con el rastreo de aquellas dimensiones de lo social que subyacen a la aparente autonomía de las prácticas en lo que a la oferta respecta.

Es nuestro interés extender esta misma consideración a los sujetos que se acercan al área de Salud Mental en los CeSACs. Para ello, entendemos que es necesario partir de considerar la asimetría

constitutiva del vínculo entre profesionales y destinatarios. Esto hace suponer que aun falta disponer de una gran cantidad de elementos para comprender efectivamente qué sentidos y funciones concretas llega a asumir el área de Salud Mental para los sujetos pertenecientes a sectores empobrecidos.

En el marco de esta oferta, dispersa y *astillado*, ¿qué tipo expectativas guían a quien se acerca a un profesional de la Salud Mental? ¿Qué tipo de supuestos existen respecto de las intervenciones “psi”? ¿Responden a experiencias propias o a referencias ajenas? ¿Qué tipo de experiencias y referencias? ¿Qué sentidos les atribuyen los sujetos? ¿En qué marco interpersonal se toma o negocia tal decisión? ¿Qué rol juegan los grupos domésticos en ella? Más aun, ¿cómo se orientan los sujetos consultantes en este marco? ¿Bajo qué aspectos otorgan legibilidad al área a fin de manejarse en ella? ¿Cómo se conforman los repertorios de conocimiento? ¿Qué sujetos o instituciones aparecen como significativos a fin de tal conformación? ¿Qué regularidades pueden encontrarse en los itinerarios de los sujetos? ¿Cuál es la impronta de los itinerarios de derivación en el sentido y la función que cumple el acceso para los sujetos? ¿Qué grado de similitud posee el deslinde de lo subjetivo y lo social que realizan los profesionales con el de la población? ¿Qué sentidos adquiere, qué funciones cumple, el acceso a una atención individualizada en instituciones públicas *lábil*? Quedan así sentadas las bases para continuar la indagación en mi futura tesis doctoral.

## Bibliografía

### Trabajos propios referenciados:

- Adissi, Grisel (a) "Descubriendo un correlato entre subalternidad profesional y vacíos conceptuales: el caso de la Salud Mental como objeto de un proceso investigativo" Ponencia presentada en la VIII Reunión de Antropología del Mercosur (RAM) *Diversidad y Poder en América Latina*, UNSaM, Buenos Aires, septiembre 29-octubre 2 de 2009
- Adissi, Grisel (b) "Modalidades institucionales y concepciones circulantes en contextos de políticas neoliberales. La atención en Salud Mental en el marco de los CeSACs como punto de mira", Ponencia presentada en el XXVII Congreso ALAS *Latinoamérica Interrogada*, Buenos Aires, agosto 31-septiembre 4 de 2009
- Adissi, Grisel (c) "El Sector Salud como caja de resonancia: contrapuntos de un abordaje empírico. Avances de investigación sobre la atención en Salud Mental en el marco de los CeSACs" Ponencia presentada en las *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, IIGG/FSoc/UBA, Buenos Aires, agosto 5-7 de 2009
- Adissi, Grisel (d) "Paradojas en el campo de la Salud Mental: la falta de sistematicidad como rasgo constitutivo de un sistema. Cuando la expresión subjetiva no es sólo cuestión de autonomía", Ponencia presentada en el *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Facultad de Psicología, UBA, agosto 6-8 de 2009.
- Adissi, Grisel (e) "Pensando la consulta a un profesional de la Salud Mental en tanto proceso socio-cultural. Elementos para la comprensión" Ponencia presentada en el IV Congreso Argentino de Salud Mental, *El Padecimiento Mental. Entre la Salud y la Enfermedad* Asociación Argentina de Salud Mental, Buenos Aires, junio 11-13 de 2009
- Adissi, Grisel (f) "La asimilación de la Salud a la medicina –preguntas acerca de las implicancias de ocupar una posición subalterna. El caso de la inserción profesional de los psicólogos en la Ciudad de Buenos Aires" Ponencia presentada en las *II Jornadas de la Residencia de Salud Mental- Hospital Paroissien*, La Matanza, abril 16-17 de 2009
- Adissi, Grisel (g) "Conflictos (inter)subjetivos, ¿problemas individuales? Prácticas y perspectivas en los dispositivos de Salud Mental para sectores empobrecidos" Ponencia presentada en el III Encuentro Políticas Públicas y Pobreza en el escenario pos 2002 *Crisis social y pobreza*. Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, marzo 12-13 de 2009
- Adissi, Grisel (h) "Modalidades de legitimación del Estado: una hipótesis a partir del tema 'drogas'", Ponencia presentada en el *VII Congreso Internacional Salud Mental y Derechos Humanos*, Buenos Aires, Asociación Madres de Plaza de Mayo, 2008 diciembre 10-13 de 2008
- Adissi, Grisel (i) "Desfasajes en el campo de la Salud Mental: el discurso tutelar de la internación en el tema drogas", Ponencia presentada en el *VII Congreso Internacional Salud Mental y Derechos Humanos*, Buenos Aires, Asociación Madres de Plaza de Mayo, diciembre 10-13 de 2008
- Adissi, Grisel (j) "Itinerarios de sujetos atendidos en dispositivos relacionados con el tema drogas: excusas para una(s) pregunta(s) sobre el Estado", Ponencia presentada en las *III Jornadas de Trabajo Social y Adicciones del CENARESO*. Buenos Aires, noviembre 14-15 de 2008

### Bibliografía General

- Alvarez, Marcelo, ed. *Antropología y práctica médica –La dimensión sociocultural de la salud-enfermedad* Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y pensamiento latinoamericano, Secretaría de Cultura, Presidencia de la Nación, 1997.

- Alvarez, Marcelo y Victoria Barreda, eds. *Cultura, salud y enfermedad –Temas en antropología médica* Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y pensamiento latinoamericano, Secretaría de Cultura, Presidencia de la Nación, 1995.
- Andrenacci, Luciano y Daniela Soldano. "Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino", Andrenacci, L., ed. *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo, 2005. 17-79
- Balán, Jorge. *Cuéntame tu vida. Una biografía compartida del psicoanálisis argentino*. Buenos Aires: Planeta, 1991.
- Basaglia, Franco *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, Buenos Aires: Corregidor, 1976
- Bauleo, Armando "Desalambrar. Notas para un debate sobre la desmanicomialización". *Zona N° 12*. Buenos Aires, 1992.
- Bauman, Zygmunt (a) *En búsqueda de la política*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.
- Bauman, Zygmunt (b) *La sociedad individualizada*. Madrid: Cátedra, 2001.
- Beck, Ulrich. *La sociedad del riesgo. En camino hacia otra sociedad moderna*, Barcelona: Paidós, 1998.
- Belmartino, Susana. "La implantación de servicios locales de salud". *Estudios Sociales*. 5 (1993):9-34
- Belmartino, Susana y otros *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*. Buenos Aires: OPS, 1999
- Belmartino, Susana y otros *Reforma de la atención médica en escenarios locales* Buenos Aires: Lugar, 2003
- Belmartino, Susana *La atención médica argentina en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2005
- Belmartino, Susana. "Los procesos políticos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría" Ponencia presentada en el *II Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en la Argentina*, en el Centro de Estudios Avanzados, Córdoba, agosto 9-10 de 2006
- Belmartino, Susana. *Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos*. [en línea].[consulta: 5 de enero 2010].  
<[http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro\\_historia\\_politica/material/190.pdf](http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/material/190.pdf)>
- Bertranou, Julián y otros (comps.) *En el país del no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social argentina*. Buenos Aires: Prometeo, 2004.
- Bialakowsky, Alberto y Ernestina Rosendo "Salud Mental y Flexibilización Laboral: Una perspectiva antropológica" *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Nro 31, Buenos Aires, 1998
- Bialakowsky, Alberto y otros "Fuerte Apache, de la salud de la violencia o de la violencia de la salud" *Salud Problema y Debate N°23*. Buenos Aires, 2001 (a)
- Bialakowsky Alberto y otros "Proceso de trabajo y padecimiento en la exclusión social", *Herramienta*. n° 15, Buenos Aires, 2001 (b)
- Bialakowsky, Alberto y otros "Las Nuevas patologías Mentales o la creación de lo social" Sorokin Comp. *Drogas. Mejor hablar de ciertas* Buenos Aires:UBA, 1997
- Bialakowsky, Alberto y otros "Fuerte Apache, de la salud de la violencia o de la violencia de la salud" *Salud Problema y Debate N°23*. Buenos Aires, 2001 (c)
- Bialakowsky Alberto y otros "Proceso de trabajo y padecimiento en la exclusión social", *Herramienta*. n° 15, Buenos Aires, 2001 (d)
- Bialakowsky, Alberto y otros "Las Nuevas patologías Mentales o la creación de lo social" Sorokin Comp. *Drogas. Mejor hablar de ciertas* Buenos Aires:UBA, 1997
- Bourdieu, Pierre. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2007

- Carpintero, Enrique y Alejandro Vainer. *Las huellas de la memoria –Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70 (1957-1983)*, Tomos I y II. Buenos Aires: Topía, 2004.
- Cardoso, Fernando H. *Estado y Sociedad en América Latina*. Buenos Aires: Nueva Visión., 1972
- Castel, Robert. *La gestión de los riesgos –de la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama, 1981.
- Castellani, A. “Implementación del modelo neoliberal y restricciones al desarrollo en la Argentina contemporánea” Schorr, M y otros *Más allá del pensamiento único. Hacia una renovación de las ideas económicas en América latina*, Buenos Aires: CLACSO-Unesco, 2002.
- Conrad, Peter. “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”. Ingleby, D., ed. *Psiquiatría Crítica -La política de la Salud Mental*. Barcelona: Crítica/Grijalbo, 1982. 129-154
- Conrad, Peter y Joseph W. Schneider. *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- Danziger, Kurt. *Los orígenes sociales de la psicología moderna*. 2005 [en línea]. [consulta: 5 de enero 2010]. <[www.elseminario.com.ar](http://www.elseminario.com.ar)>
- De Almeida-Filho, Naomar y Jairnilson Silva Paim. “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médico Sociales*. 75. (1999):5-30
- De Certeau, Michel. *La invención de lo cotidiano -Tomo I Artes de hacer*. México: Universidad Iberoamericana, 1996.
- Deauz, Kay y Daniela Martin. “Interpersonal Networks and Social Categories: Specifying Levels of Context in Identity Processes”. *Social Psychology Quarterly*. 66 (2). (2003):101-117.
- Declaración de Alma-Ata*, Alma-Ata, 1978 [[http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)]
- Della Porta, Donatella. “Las bases sociales del movimiento por la justicia global”. *Conflictos globales, voces locales*, N° 2, (2006): 4-45
- Desjarlais, Robert y otros *Salud Mental en el mundo –problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1997
- Díaz Arana, Florencia. “Los trabajadores de la Salud Mental de los Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y la ley 448”. *Tesis de Maestría*, Maestría en Ciencias Sociales y Salud. CEDES/FLaCSO. 2008
- Elías, Norbert. *La sociedad cortesana*. México: Fondo de Cultura Económica, 1982.
- Esping-Andersen, Gosta. “Después de la Edad de Oro: el futuro del Estado Benefactor en el nuevo orden mundial”. *Desarrollo Económico*. 36 (142). 1996:523-554
- Foucault, Michel. *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira, La Plata, 1996.
- Freidson, Eliot. *La profesión médica –un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, 1978. 247-300
- Galende, Emiliano *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica* Buenos Aires: Paidós, 1997.
- Galende, Emiliano. *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- García Canclini, Néstor. “¿Construcción o simulacro del objeto de estudio? Trabajo de campo y retórica textual”. *Alteridades* 1(1). (1991):58-64.
- Giddens, Anthony. *Las Nuevas reglas del método sociológico: crítica positiva de las sociologías interpretativas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1987.
- Giroux, Henry. *Neoliberalismo y política de disponibilidad*. [en línea]. [consulta: 5 de enero 2010]. <[http://www.adrianapuiggros.com.ar/ver\\_recomendados.php?id=68](http://www.adrianapuiggros.com.ar/ver_recomendados.php?id=68)>
- Glasser, Barney y Anselm Strauss. *The discovery of grounded theory –Strategies for qualitative*

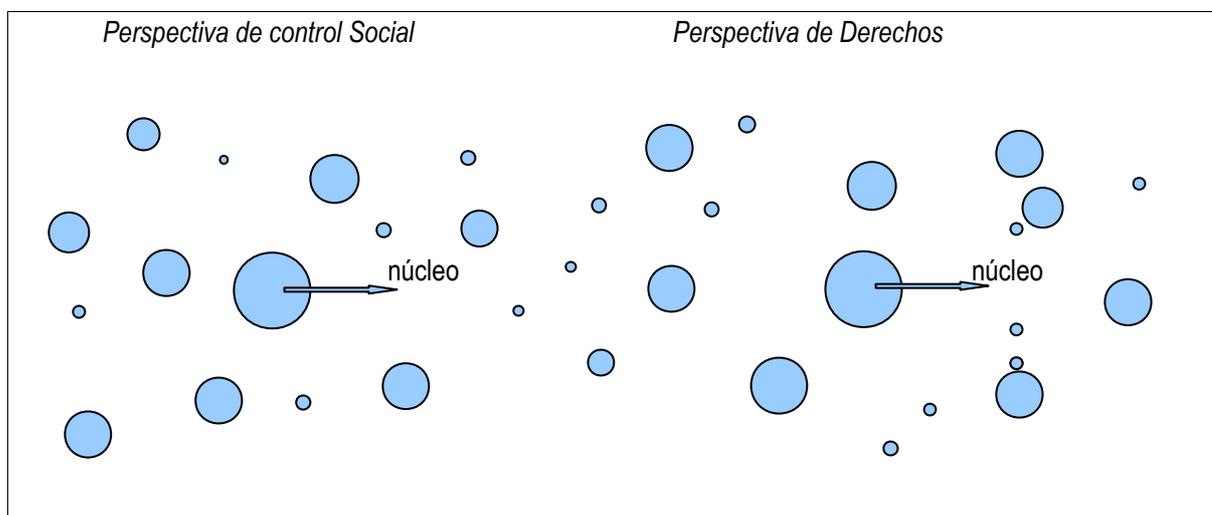
- research. Nueva York: Aldine de Gruyter, 1967.
- Goffman, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- Goffman, Erving. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006. 13-28/254-271
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Secretaría de Salud, Dirección General de Atención Integral de la Salud, Subprograma de Modernización, componente de modernización de los procesos estratégicos, Proyecto de fortalecimiento de la capacidad de gestión del GCABA en planeamiento del recurso físico en Salud, Etapa A, *Informe Final "Diagnóstico del recurso físico en Salud del GCBA"* agosto, 2002
- Grassi, Estela. *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal -La otra década infame [I]* Buenos Aires: Espacio, 2003.
- Guber, Rosana *El salvaje metropolitano –Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, Buenos Aires: Paidós, 2004
- Isuani, Ernesto y otros. *El estado benefactor: un paradigma en crisis*. Buenos Aires: Miño y Dávila/CIEPP, 1991.
- Isuani, Ernesto y otros *Estado democrático y política social*. Buenos Aires: EUDEBA, 1989. 13-44/173-208
- Joutard, Philippe. *Esas voces que nos llegan del pasado*. México: Fondo de Cultura Económica, 1986
- Joutard, Philippe. "La historia oral: balance de un cuarto de siglo de reflexión metodológica y de trabajos". *Historia, Antropología y Fuentes Orales* N°15 (1996):155-170
- Laraña, Enrique. *La construcción de los movimientos sociales* -Cap. 2 Madrid: Alianza, 1999. 67-127
- Lemus, Jorge D. *Áreas Programáticas - conceptos de salud pública, epidemiología y atención primaria, aplicados a la estrategia de distritos y sistemas locales de salud en las grandes ciudades. Evaluación de la experiencia de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Escuela de Salud Pública, 1995.
- Lo Vuolo, Rubén y Alberto Barbeito. *La nueva oscuridad de la política social-Del Estado populista al neoconservador*. Buenos Aires: Ciepp/Miño y Dávila, 1998.
- Maceira, Daniel. "Propuesta de evaluación de estrategias de Atención Primaria de la Salud. Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires". Maceira, D. ed. *Atención Primaria en Salud -enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós, 2007. 197-233
- Martín Alfonso, Libertad. *Acerca del concepto de adherencia terapéutica*. 2004 [en línea]. [consulta: 5 de enero 2010] <[http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_4\\_04/spu08404.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm)>
- Menéndez, Eduardo. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y de articulaciones prácticas". Spinelli, Hugo, ed. *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar, 2004. p. 11-47.
- Menéndez, Eduardo. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra, 2002.
- O'Donnell, Guillermo. "Apuntes para una teoría del Estado". *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 40, No. 4 (2) (1978): 1157-1199
- O'Donnell, Guillermo *El Estado Burocrático Autoritario*, Buenos Aires: Editorial de Belgrano, 1982
- O'Donnell, Guillermo. "El debate conceptual sobre la democracia". *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*. PNUD. (2004):11-86
- Oszlak, Oscar y Guillermo O'Donnell "Estado y políticas estatales en América Latina", Bambas A y Casas J.A. *Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. Equity and Health Views from the*

- Pan American Sanitary Boureau, Washington DC: PAHO, 2001.
- Perelmiter, Luisina *¿Es posible la debilidad estatal? Notas de investigación en torno a la construcción del Estado en política social.* [en línea]. [consulta: 6 de junio 2010].  
<[http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/02\\_7\\_Luisina%20Perelmiter.pdf](http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/02_7_Luisina%20Perelmiter.pdf)>
- Pérez Irigoyen, Claudio. "Política Pública y Salud". Isuani, Ernesto y Emilio Tenti *Estado democrático y política social.* Buenos Aires: EUDEBA, 1989.
- Plotkin, Mariano Ben. *Freud en las pampas.* Buenos Aires: Sudamericana, 2003.
- Pizarro, Narciso. "Regularidad relacional, redes de lugares y reproducción social". *Política y sociedad.* 33. (2000):167-198
- Repetto, Fabián. *Gestión pública y desarrollo social en los noventa. Las trayectorias de Argentina y Chile.* Buenos Aires: Prometeo, 2002.
- Rose, Nikolas. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century.* Princeton: Princeton University Press, 2006.
- Rosendo, Ernestina. *Los olvidos de la Salud Mental en los procesos de desinstitucionalización: antecedentes históricos, formación universitaria y abordaje social. La Ley de Salud Mental (N° 448), un ejemplo paradigmático.* 2009 [en línea]. [consulta: 5 de enero 2010]  
<[http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des\\_social/documentos/documentos/42\\_rosendo.pd](http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/documentos/documentos/42_rosendo.pd)>
- Rosendo, Ernestina. "Las leyes en el campo de la salud: entre la defensa de intereses (corporativos y profesionales) y la regulación de las prácticas profesionales. El caso de la Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" Ponencia presentada en las *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, IIGG/FSoc/UBA, Buenos Aires, agosto 5-7 de 2009
- Rosendo, Ernestina. *Algunas puntuaciones para pensar la viabilidad de la Ley de Salud Mental (N°448) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el Primer Nivel de Atención.* 2007 [en línea]. [consulta: 5 de enero 2010] <<http://www.revistaversiones.com.ar/>>
- Sidicaro, Ricardo *La crisis del Estado y los actores políticos y socioeconómicos de la Argentina (1989-2001).* Buenos Aires: Eudeba, 2002
- Soldano, Daniela. "El Estado en la vida cotidiana. Algunos desafíos conceptuales y metodológicos de la investigación sobre política y biografía". Frederic, Sabina y Germán Soprano, eds. *Política y variaciones de escalas en el análisis de la Argentina.* Buenos Aires: UNGS/Prometeo, 2008. 235-254
- Stoliner, Alicia y otros *Políticas en Salud Mental* Buenos Aires: Editorial Lugar, 1993.
- Stoliner, Alicia y otros *Aproximación al análisis de la accesibilidad al sector salud de los ciudadanos del Conurbano Bonaerense: Monitoreando derechos de Ciudadanos con Necesidades Básicas Insatisfechas.* Anuario de Investigaciones de La Facultad de Psicología de La Universidad de Buenos Aires Uba. , v.X, (2003):207-214
- Stolkiner, Alicia y otros *Descentralización y equidad en salud: estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense.* Anuario de Investigaciones de La Facultad de Psicología de La Universidad de Buenos Aires Uba. , v.XI, (2004):237-243 (a)
- Stolkiner, Alicia y otros *Reforma y equidad: el concepto de derecho a la atención de la salud en documentos técnicos de agencias intervinientes en la reforma nacional del sistema sanitario argentino. Período 1990-2003.* Anuario de Investigaciones de La Facultad de Psicología de La Universidad de Buenos Aires Uba. , v.XI, (2004):261-269 (b)
- Stolkiner, Alicia *Si pudiera, pagaría. Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales.* XII Anuario de Investigaciones de La Facultad de Psicología de La Universidad de Buenos Aires, 2005.

- Thwaites Rey, Mabel *La (des) ilusión privatista. El experimento neoliberal en la Argentina*. Buenos Aires: Eudeba, 2003.
- Thwaites Rey, Mabel y Andrea López (eds.) *Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas. Derrotero del ajuste neoliberal en el Estado argentino*, Buenos Aires: Prometeo, 2005 .
- Vilas, Carlos: "De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo", *Desarrollo Económico*, V.36 N° 144 (1997):931-952.
- Visacovsky, Sergio. *El Lanús -Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza, 2002.

## Anexo

Grafico N° 1 - Dispersión de literatura existente en Salud respecto de núcleos temáticos



**Cuadro N° 1 - Prestaciones médicas Totales y Prestaciones de Psicología en los CeSACs por año.**

Elaboración propia, confeccionado según datos disponibles en [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis\\_estadistico](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico)

Año	<i>Prestaciones Médicas Totales</i>	<i>Prestaciones de Psicología*</i>
2005	<b>601.097</b>	<b>105.960</b>
2006	<b>572.577</b>	<b>90.066</b>
2007	<b>548.386</b>	<b>93.071</b>

\*Dado el modo en que están agrupados los datos, las prestaciones de psicología se incluyen entre las prestaciones no-médicas, ocupando el segundo lugar al interior de ellas; el monto más alto (incluso, mayor a las prestaciones médicas) es conformado por las prestaciones de enfermería -luego se mencionan obstetricia, trabajo social, odontología, y otras subsiguientes. Dado tal agrupamiento, no se presenta aquí la sumatoria de prestaciones médicas y de psicología puesto que no constituyen el total de prestaciones de los CeSACs

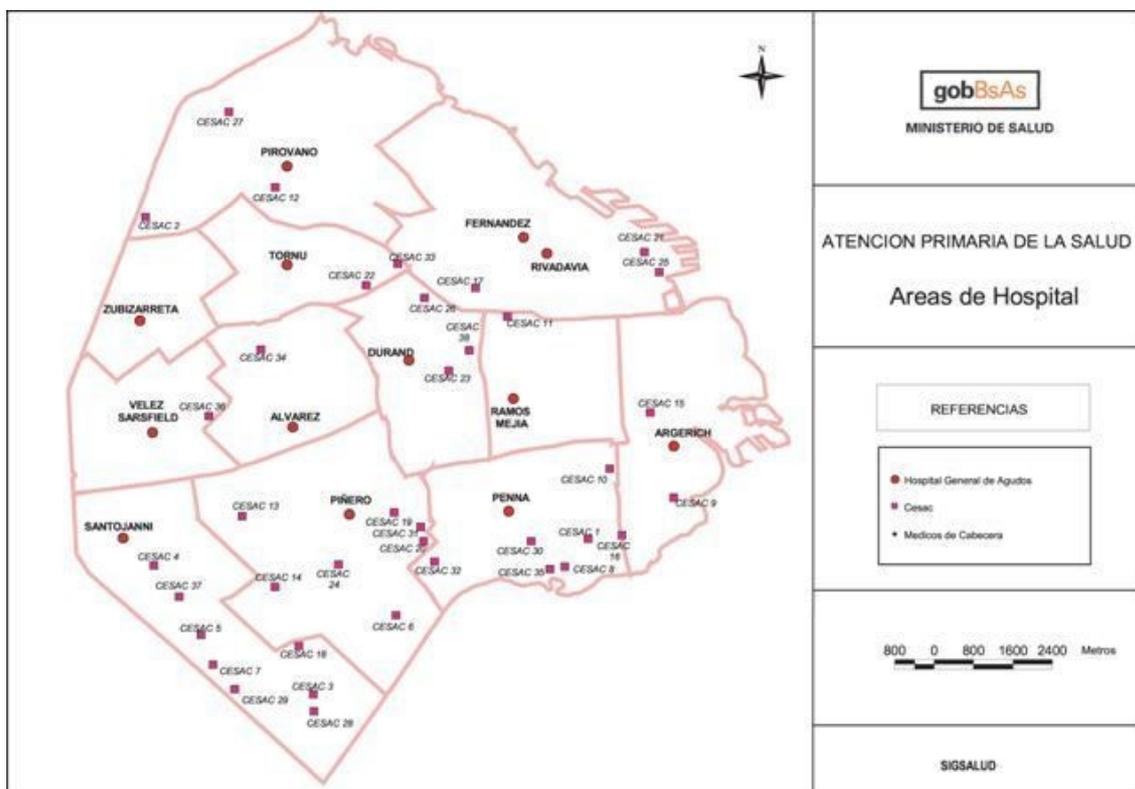
**Cuadro N° 2 -Distribución geográfica de psicólogos en Argentina-** Extraído de Alonso, Modesto. *Los psicólogos en la Argentina*, Revista Psicodebate N°6. Buenos Aires, 2006

ZONA	N° DE PSICOLOGOS	% SOBRE TOTAL	POBLACION ESTIMADA	% SOBRE TOTAL	HABIT. POR PSICOLOGO.	PSICOL. POR 100000 HABIT.
CIUDAD DE BS.AS.	15000	46,7	2965403	8,2	198	505,8
BUENOS AIRES	7850	24,4	13879575	38,5	1768	56,6
CATAMARCA	70	0,2	306430	0,9	4378	22,8
CORDOBA	2200	6,8	3027113	8,4	1376	72,7
CORRIENTES	70	0,2	896418	2,5	12806	7,8
CHACO	99	0,3	929878	2,6	9393	10,6
CHUBUT	120	0,4	428405	1,2	3570	28,0
ENTRE RIOS	270	0,8	1096121	3,0	4060	24,6
FORMOSA	50	0,2	480979	1,3	9620	10,4
JUJUY	120	0,4	584267	1,6	4869	20,5
LA PAMPA	146	0,5	296748	0,8	2033	49,2
LA RIOJA	45	0,1	266846	0,7	5930	16,9
MENDOZA	868	2,7	1568461	4,4	1807	55,3
MISIONES	120	0,4	950262	2,6	7919	12,6
NEUQUEN	254	0,8	520423	1,4	2049	48,8
RIO NEGRO	304	0,9	594794	1,6	1957	51,1
SALTA	367	1,1	1022846	2,8	2787	35,9
SAN JUAN	474	1,5	569527	1,6	1202	83,2
SAN LUIS	200	0,6	346591	1,0	1733	57,7
SANTA CRUZ	82	0,3	196438	0,5	2396	41,7
SANTA FE	2500	7,8	3038867	8,4	1216	82,3
SGO. DEL ESTERO	110	0,3	715891	2,0	6508	15,4
T. DEL FUEGO, A. e IAS	80	0,2	104823	0,3	1310	76,3
TUCUMAN	750	2,3	1262936	3,5	1684	59,4
<b>Totales</b>	<b>32149</b>	<b>100</b>	<b>36050042</b>	<b>100</b>	<b>1121</b>	<b>89,2</b>

Fuente: FEPRAS, Asoc. y Colegios de Psicólogos, INDEC

**Proceso de selección de unidades de recolección -criterios**

Gráfico N° 2 - Areas Programáticas de la Ciudad de Buenos Aires, con sus respectivos Hospitales de base\* (en negritas) y CeSACs, situación al año 2007 aproximadamente\*\*



\*En este mapa se presenta además un decimo tercer Hospital General de Agudos que no posee área geográfica a cargo, el Rivadavia (en Area Programática del Hospital Fernández)

\*\*Sin referencias exactas, no disponible actualmente en la web. Extraído de Diaz Arana, 2008

Recuadro N° 1 -Primer nivel de profundidad en abordaje: características de CeSACs y códigos de referencia

AP 1	<b><u>Efector y ubicación territorial</u></b>	<b><u>Material recogido</u></b>	<b><u>Características de los profesionales de Salud Mental en ese efector**/ Oferta actual en Salud Mental.</u></b>
	CeSAC A (sobre avenida limitrofe a "villa miseria")	1 entrevista individual a psicóloga	a2 psicólogas que hacen asistencia y participan eventualmente en otros proyectos comunitarios. Ellas incluyen como parte del equipo a 1 psicopedagoga. Asistencia tradicional y actividades comunitarias
	CeSAC B (inserto al interior de "villa miseria")	1 entrevista individual a psicólogo. Observación participante (inserción en proyecto sobre adicciones)	a6 psicólogos de planta 1 concurrente 5 psicólogos convocados ad hoc para el proyecto sobre adicciones. Salvo estos, el resto realiza sólo asistencia clínica.
	CeSAC C (inserto en barrios de hoteles e inquilinatos).	2 entrevistas individuales a una psicóloga e1 entrevista individual a otra. Lectura de derivaciones	En este CeSAC hay varios equipos que pueden considerarse de salud mental, sin vinculación entre sí (Salud Mental del 2do piso, Salud Mental de PB, Adolescencia, "Problemáticas de Riesgo", y Centro de

Cercanía inmediata de efectores de Salud Mental monovalentes)	comentadas. Intercambios informales con otros profesionales del CeSAC***; trabajos presentados por ellos en distintas jornadas que hicieran referencia a problemáticas de Salud Mental o a la conformación histórica del AP	Día en Adicciones). Este CeSAC es el único del AP que cuenta con un psiquiatra. El equipo mayoritario, referente de Salud Mental por organización de Jornadas y ateneos y por ser sede de la Concurrencia de Salud Mental -lo cual lo lleva a contar con entre 10 y 15 profesionales- realiza sólo asistencia clínica.
CeSAC D (inserto en barrios de sectores medios precarizados)	1 entrevista individual a psicóloga.	El CeSAC cuenta sólo con 2 psicólogas que sólo hacen asistencia y no tienen contacto entre sí.
CeSAC E (inserto en núcleo habitacional transitorio)	1 entrevista grupal al "equipo de Salud Mental" (tres psicólogas y una trabajadora social).	Dos psicólogas y una Trabajadora Social que realizan sólo actividades comunitarias. Una psicóloga que atiende adultos y adolescentes. En este CeSAC se encuentra además trabajando otro psicólogo que atiende niños, que no fue convocado por parte del equipo a la entrevista. Este psicólogo fue entrevistado por el CeSAC G.
CeSAC F (inserto en barrio tradicionalmente armado por inmigrantes bolivianos, actualmente limítrofe con "villa miseria")	1 entrevista individual a psicólogo. Contactos sucesivos por vía telefónica y participación en dos jornadas barriales a través de su invitación	Este CeSAC fue cerrado durante el trabajo de campo, lo cual implicó una movilización barrial que afectó la recogida en campo. Trabajan 2 psicólogos, uno realiza sólo asistencia clínica, la otra la combina con actividades de prevención y promoción.
CeSAC G (inserto en villa miseria, 5 años de antigüedad)*	1 entrevista individual a psicóloga	Trabajan 3 psicólogos, haciendo principalmente asistencia, aunque también trabajan con grupos de personas que padecen alguna enfermedad puntual, coordinados interdisciplinariamente. Sin conexión entre sí.
CeSAC H (en barrio de sectores medios, 2 años de antigüedad)*	2 entrevistas individuales a profesionales.	Este CeSAC, abierto por iniciativa del Hospital mientras se demoraba su apertura oficial debido a motivos electorales, se fue conformando por gente que solicitaba su "pase" desde otros CeSACs y desde el Hospital. Actualmente existen 16 psicólogos trabajando, conformando un número variable de equipos, algunos de ellos interdisciplinarios.

División Area 1 entrevista a referente histórico, figura clave en la creación de las AP como Programática en tales (tanto en el Hospital como en la Secretaría de Salud) el Hospital 1 entrevista a informante clave que estuvo en la Secretaría de Salud Base\*\*\*\* al momento de creación de las AP  
1 entrevista a actual Jefe de la División AP  
Relevamiento documental (ver próximo recuadro)

\*Se especifica aquí la antigüedad por ser los más recientes; el resto de los efectores cuenta con al menos 10 años de existencia.

\*\*Por multiple insercion y pertenencia, actual o pasada, solo se consigna CesAc por el cual se fue a entrevistar -parte de los psicólogos se desempeñan actualmente en más de un CeSAC, o han realizado actividades en otros con anterioridad. De hecho, se trataría del Area Programática de la Ciudad que cuenta con mayor movilidad profesional entre efectores.

\*\*\*Este fue el CeSAC donde me inserté durante la Residencia.

\*\*\*\***Autoridades referidas de modo genérico por resguardo de confidencialidad -en los fragmentos citados como "AP1"**

Recuadro N°2 - Relevamiento Documental en Área Programática de inserción en profundidad

**Documentos recolectados:**

- Residencia de Psicopedagogía del AP1, "Trabajo de reconocimiento: Area programática del Hospital [...]", Informe Final, Julio de 1995
- Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, Proyecto de investigación "Atención de la Salud mental en el Area Programática [...]", Informe Final, mayo 2009
- Cátedra Gutreiman/Caballero, Ftad. Psicología, UBA "Las prácticas del psicólogo en los CeSACs" – Informes Finales realizados por los alumnos, con resultado de los relevamientos para cada uno de los CeSACs, durante el año 2001
- Notas de derivación producidas entre 1999 y 2008, de selección aleatoria, todas sobre pacientes que luego "desertaron", facilitadas por el CeSAC "C". Adjunto, comentarios de profesionales durante la/s primera/s entrevista/s

Recuadro N°3 - Segundo nivel de profundidad en abordaje: selección de unidades de recolección\*

<b><u>Area Programática (con cantidad de CeSACs que incluye)</u></b>	<b><u>Efector y ubicación territorial</u></b>	<b><u>Material recogido / características del entrevistado</u></b>	<b><u>Origen del efector / Oferta actual de Salud Mental en ese efector.</u></b>
AP 2 (con 8 CeSACs)	CeSAC I, ubicado en un parque de la ciudad, barrio de sectores medios	Entrevista en profundidad al Jefe, Psiquiatra	Ex-Gabinete Psicofísico, convertido en CeSAC, año '85 aprox. Actualmente gran cantidad de derivaciones escolares. Trabajan 8 psicólogos, haciendo asistencia principalmente pero también grupos coordinados interdisciplinariamente y otras actividades de prevención y promoción. El Jefe realiza atención eventualmente
	CeSAC J, ubicado al interior de una "villa miseria"	Entrevista en profundidad al Jefe, Psicólogo. Material de cátedra UBA vinculado con el CeSAC. Contacto con ex-trabajadora social del CeSAC y ex-psicóloga	CeSAC creado por una organización barrial, luego absorbido por el GCABA, año '95 aprox. El Jefe se desempeña además profesionalmente, no existe otro profesional de Salud Mental rentado. Sede de la concurrencia. Se combina la asistencia con actividades de tipo comunitario.
AP 3 (con 7 CeSACs)	CeSAC K, ubicado al interior de una "villa miseria"	Entrevista en profundidad a la psicóloga de mayor antigüedad. Lectura de material de ateneos, informes, trabajos finales para distintos cursos, proporcionados por la entrevistada.	CeSAC inaugurado en el '85 como sede de rotación de Residencia de Pediatría. Sede de Concurrencia de Salud Mental en APS. Actualmente 4 psicólogas atendiendo niños, 1 adolescentes, 1 adultos. Casi de modo exclusivo, asistencia.
	CeSAC L, ubicado en	Entrevista en profundidad a psicóloga de menor	CeSAC creado en la década del '90. Actualmente cuenta con tres psicólogas sin

	un barrio de monoblocks	antigüedad (3 años)	vinculación entre sí, las 2 más antiguas hacen solamente asistencia; la entrevistada se suma cuando se generan iniciativas interdisciplinarias
--	-------------------------	---------------------	--

\*Criterios de selección según variables: número de efectores existentes en el Area Programática -variable proxy de características de roles jerárquicos (decisión: las que reúnan el más alto); ubicación territorial de los CeSACs -variable proxy de condiciones de vida de población atendida (decisión: uno al interior de una "villa miseria" y otro que no); origen edilicio del CeSAC -variable proxy recorte de población que a él asiste (decisión: reunir diversidad al respecto); pertenencia disciplinar de quienes ocupan el cargo de Jefes -variable de interés para el objeto recortado por (decisión: tomar dos de los tres únicos Jefes de CeSACs provenientes del área de Salud Mental, incorporando distintas disciplinas); antigüedad y jerarquía del entrevistado (decisión: reunir diversidad al respecto)

Recuadro N° 4 - Tercer nivel de profundidad en abordaje: selección de unidades de recolección\*

<b><u>Area Programática (con cantidad de CeSACs que incluye)</u></b>	<b><u>efector</u></b>	<b><u>Material recogido</u></b>	<b><u>Características de los profesionales de Salud Mental en ese efector.</u></b>
AP 4 (con sólo 1 CeSAC)	CeSAC M	Entrevista en profundidad a una psicóloga	Tres psicólogas de planta, tres psicólogos y un psiquiatra con inserción precaria. Básicamente asistencia pero también trabajos comunitarios.
AP 5 (con 3 CeSACs)	CeSAC N	2 entrevistas a psicóloga	Son dos psicólogas trabajando en el CeSAC, actualmente sólo con asistencia, en el pasado hubo un momento en el que sólo hicieron actividad comunitaria (único CeSAC encontrado con tal característica).

\*Criterios de la selección: Áreas Programáticas con escaso número de CeSACs en su interior y estar insertos en barrios residenciales -de modo tal que si bien la población que acude puede encontrarse viviendo en situación de calle, en asentamientos u hoteles, también puede acceder a ellos población con condiciones de vida menos adversas. CeSACs con distinto origen (uno fue Gabinete Psicofísico, reconvertido; el otro fue armado como Centro de Salud a mediados de los '90 por demanda de un sector de vecinos). Uno de ellos se encuentra cercano a un efector monovalente de Salud Mental.

Recuadro N° 5 - Entrevistas realizadas a cuadros medios del Ministerio de Salud\*

Ministerio de Salud del GCABA ("Nivel Central") <sup>173**</sup>	Dirección de redes y programas (antigua DGAAPS <sup>174</sup> )	1 entrevista individual a referente histórico del área
		1 entrevista individual a antigua coordinadora de Salud Mental de los CeSACs
		1 entrevista individual a administrativa histórica
		1 entrevista grupal a referentes históricos
	Dirección de estadística	1 entrevista individual a informante clave sobre construcción de datos existentes en el área.
	Centro de Documentación <sup>175</sup>	Rastreo de literatura gris, información clave proporcionada por su coordinadora.
Dirección de Salud Mental <sup>176</sup> del GCABA ***	Observación no participante de reuniones mensuales de red de CeSACs	
	Entrevista grupal a 3 profesionales (2 psicólogas, 1 psiquiatra) que se desempeñan en la Dirección como coordinadoras	
	Entrevista individual a psicóloga que participaba de la Dirección en el momento de armado de los CeSACs (período '82/'85)	

\*Por el tipo de entrevistas y la modalidad de gestionarlas, no todas fueron acordadas y/o grabadas -constando algunas de ellas en Diario de Campo

\*\* **Autoridades referidas de modo genérico por resguardo de confidencialidad -en los fragmentos citados como "MS"**

\*\*\* **Autoridades referidas de modo genérico por resguardo de confidencialidad -en los fragmentos citados como "DSM"**

<sup>173</sup> Los funcionarios que se encuentran aquí trabajando vienen de la gestión anterior. Hay, no obstante, funcionarios de la actual gestión, que tiene otra proveniencia partidaria, y se encuentran trabajando por lo general en edificios distintos. Fue una de las personas de la actual gestión la que en lugar de concederme una entrevista, me solicitó que fuera a presenciar un curso; pero de esta experiencia no serán utilizados los datos recogidos, por eso no figura en el cuadro.

<sup>174</sup> Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud

<sup>175</sup> En otra sede y en aparente exterioridad al Ministerio, no obstante se ubica en este lugar del cuadro puesto a que quien lo lleva adelante -y lo hubo incluso concebido como tal- posee información de interés, además de documentos, sobre modalidades cotidianas de la gestión, acerca del Ministerio en su conjunto, siendo escasa la que posee acerca del área de Salud Mental en particular.

<sup>176</sup> Si bien depende del Ministerio de Salud, sus oficinas se encuentran ubicadas en dos lugares diferentes al Ministerio, y existe una incongruencia tal entre las autoridades de esta Dirección y las del Ministerio que pareciera funcionar con una cierta (relativa) autonomía.

## Recuadro N° 6 -Relevamiento Documental

### **Documentos analizados y "literatura gris"**

- Ministerio de Salud de Nación, *Programa de Atención médica en APS* (ex "Médicos Comunitarios")
- Ministerio de Salud de Nación, *Plan Nacional de Salud Mental*, Resolución Ministerial N° 254/98
- Ministerio de Salud de Nación, *Consejo Federal de Salud: Bases del Plan Federal de Salud* (24/5/04)
- GCABA –página web (declaraciones oficiales), Plan de la actual gestión 2008/2011 para Salud Mental (formato: power point)
  - GCABA, Ministerio de Salud, Subsecretaría de atención integral de la salud, Dirección de redes y programas, *Informe de Gestión 2008*
  - GCABA, Secretaría de Salud, Dirección General de Atención Integral de la Salud, Subprograma de Modernización, componente de modernización de los procesos estratégicos, Proyecto de fortalecimiento de la capacidad de gestión del GCABA en planeamiento del recurso físico en Salud, Etapa A, *Informe Final "Diagnóstico del recurso físico en Salud del GCBA"* (agosto, 2002)
  - GCABA, Departamento de Análisis Estadístico, Dirección de Estadísticas para la Salud –*Prestaciones de Salud Mental 2007 y 2008 según CeSAC; Concurrentes Salud Mental 2007 y 2008 por CeSAC según edad y sexo*
  - GCABA, Secretaría de Salud, Dirección de Salud Mental, *Plan de Salud Mental 2002/2006*
  - GCABA .Legislatura- Comisión de Seguimiento de la Ley 448 de Salud Mental, *Informe taquigráfico de sesión 2 de diciembre de 2008*
  - GCABA, Ministerio de Salud, Dirección de Salud Mental, *Programa de Investigación y Vigilancia epidemiológica en SM*
  - GCABA, Publicación electrónica de la Dirección de Salud Mental, "*Salud Mental Buenos Aires*" Año 1 - N° 0, Abril de 2005
  - GCABA, Ministerio de Salud, Dirección de Salud Mental, Memos varios año 2009
  - Defensoría del Pueblo de la CABA: Ficha 8 de "Políticas Públicas y Derechos": "*Los caminos de la Salud en el AMBA*" (octubre 2008); Ficha 9 (segunda parte) (febrero 2009); Colección Diagnósticos - La Vigencia de los Derechos Humanos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a la luz del Derecho Supranacional -Número 1: "*El Derecho a la Salud*" - Informe "*Accesibilidad en SM al Área Programática del Hospital Piñero*" (Junio 2003)
  - Consejo General de SM (Cogesam) *Declaración de Reunión Plenaria del 19/06/08*

### **Normativas**

- Ley Básica de Salud 153
- Ley 22.914
- Ley 2440
- Ley 448
- Proyecto de Ley de SM del actual diputado por la Provincia de Tierra del Fuego, Lic. L. Gorbacz
- Ordenanza municipal 39.764/84 relacionada con creación CeSACs y aldeaños
- Decreto 316 GCBA/2006 –Creación de Áreas Programáticas y criterios de categorización
- Reglamentación de la 153
- Reglamentación de la 448
- Ordenanza GCBA, carrera de profesionales de salud
- Ley 752 CABA "*Ley de protección de derechos y atención de la salud frente a la crisis económica y social*"
  - Ley 23.277 de Ejercicio de la Psicología
  - Resolución 2447/85 del Ministerio de Educación "*Incumbencias de los títulos de psicólogo y licenciado en psicología*"

**Documentos recomendados, no producidos de modo oficial**

- Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños “Ricardo Gutierrez” y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud, “Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud”, Buenos Aires, Argentina, 20-25 de abril de 1987
- Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños “Ricardo Gutierrez” y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud, “Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud”, Buenos Aires, Argentina, 3-7 de mayo de 1988
- AAVV, Jornadas Anuales del Centro de Salud Mental N°3 “Dr. Ameghino” “¿Nuevos Padecimientos?” -Buenos Aires, 2005
- Desjarlais, Robert; Eisenberg, León; Good, Byron; Kleinman, Arthur et al. “Salud Mental en el mundo – problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos”, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1997
- Organización Mundial de la Salud “Atención Primaria de la Salud” Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Ginebra, 1978
- Starfield, Barbara “Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología”, Editorial Masson, Barcelona, 2001
- Stolkiner, Alicia “Políticas en Salud Mental”, Editorial Lugar, Buenos Aires, 1994

## Fragmentos de entrevistas y del Diario de Campo ordenados por Apartado

Marcas utilizadas para la presentación:

(...) = recortado por selección

[...] = omitido por resguardo de confidencialidad

### Primer Capítulo

F.1 “(...) quizás no escuchar todo eso otro, digamos, que aparece –las necesidades básicas, la cuestión familiar, el techo que se le cayó a la madre- para poder hacer otra escucha ahí, digamos, no? Como para no quedar taponada por toda una serie de necesidades (...) para poder escuchar qué es lo que está trayendo, que por ahí está buscando algo, como por ejemplo este chico de 30 años que vino el otro día, y “por qué venís acá?”, porque se supone por qué viene, porque consume, porque toma alcohol, porque casi se muere... Y sin embargo yo no dí por sentado que venía por eso, y “por qué?” “y, porque quiero saber para dónde voy”, me dice. Y a mí me pareció super interesante, viste, escuchar” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)

F.2 “(...) me refiero a casos un poco más sencillos en el sentido de... de que tenga que ver con un trabajo psicológico y nada más. O sea no donde se complejiza por un montón de otras cuestiones...” (fragmento de entrevista, psicólogo de CeSAC B)

F.3 “Hay algo recrudecido además en esta época, hay demasiadas cuestiones sociales que inciden sobre el sufrimiento de los sujetos porque hay cada vez más ruptura de lazo, entonces ahí la intervención clínica se ubica como preventiva intentando romper el determinismo de esos factores” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC H)

F.4 “(...) no se termina de tomar en cuenta que hay un real... que es pensar estrategias con el otro, concientizarlo, fortalecerlo yoicamente, desde lo volitivo. (...) Entonces esto de Salud Mental es como Trabajo Social y yo creo que sí le corresponde a Trabajo Social cuando le llega la demanda, pero es un trabajo más psi el hacer que la persona efectivamente conozca el recurso y llegue a usarlo (...) está el inconciente, está lo subjetivo, está el fantasma, está la historia, pero también es cierto que se repite bajo determinadas condiciones o se favorece más, y esto en Salud Mental pasa,, pero una persona enferma de muchas cosas, también de derechos y de cuestiones sociales injustas” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC A)

F.5 “(...) son pacientes que vienen tan carenciados en tantas situaciones, que uno dice “lo tendría que mandar a todos los consultorios”. Pero también a veces yo sé que no lo va a sostener. Entonces intento como armar un vínculo que permita en algún momento demandar algo, y sostener esa demanda (...) Hay un caso ahora, este chico que salió cuando vos entraste, que es un chico que me derivaron de la Defensoría y que... (...) lo atiende yo, lo atiende la nutricionista, lo atiende el pediatra, eeehhh...pedí un equipo de acompañamiento terapéutico del gobierno de la Ciudad, del equipo de fortalecimiento, y lo atiende una psiquiatra infantil del equipo de atención de patologías graves (...)” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)

F.6 “Hay gente que casi no habla en castellano, y viene. Y viene, y viene, y viene. Desde hace años, ¿eh? [Hay una paciente] que cuando empezó a venir, no le entendía absolutamente nada, porque toda su vida había hablado en guaraní, y hablaba muy poquito castellano, y me llevó un montón de tiempo entender qué comos venía a hacer, si yo no entiendo nada. Digamos, yo hacía un esfuerzo enorme por tratar de entender lo que me decía; yo digo “¿qué la trae?”, ¿entendés? ¿El hecho de que alguien le abra la puerta, le de un lugar, se siente y trate de entender lo que dice? ¿Será eso? La verdad que no sé. Pero...pero es así. No es algo muy...este... muy cultural (...) La mayoría de los pacientes (...) son paraguayos. Y algunos también vienen del campo. Y algunos... esteee... la relación que tienen con la psicología es... que se yo, no tienen ni idea... vienen porque tal les dijo “andá a hablar con tal” pero... Y es interesante, porque en realidad vienen a contarte algo que les molesta, un sufrimiento... y a veces, el hecho de que haya, digamos, tan poca cultura psi hace que... bueno, tampoco es así, o sea, no es una regla, pero muchas veces es sumamente notable como empiezan... digamos, la capacidad de asociación, la capacidad de vincular cosas, la capacidad de decir...¿no? Nunca lo hicieron,

nunca hablaron de lo que les sucede, y el hecho de ponerse a hablar es como... como novedoso (...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSACs B y C)

F.7 "(...)el laburo con adolescentes es pesado: vienen corriendo, que estoy embarazada, que me hago un evatest... [...] eso lo hacemos nosotros, digamos, los psicólogos también, no es que yo me siento acá y escucho toda la mañana. Por ahí voy corriendo, busco el evatest, le pido a alguna persona que le haga el evatest, miramos el evatest, y me dice "llamá a mi mamá y decíselo vos", y yo llamo a la mamá y se lo digo yo. O buscamos...si hay intenciones de abortar, bueno, cómo se va a hacer esto, que no se haga de formas extrañas o raras..." (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)

F.8 "(...) En un momento me pidió que apague el grabador. En ese "off the record" me muestra un caso que acaba en esos días de admitir, mostrándome como el "árbol genealógico" (¿un diagrama de vínculos?). Eran dos niños de Barrio Rivadavia que habían llegado y tomaron a cada uno una de las psicólogas, creyendo que eran hermanos –resultó uno ser tío de la otra. Son varios hermanos, las dos más grandes (¿de 15 y 16 años?) ya tienen sus hijos que viven con ellos (una de las hijas de ellas, con deficiencia mental), y parece que ambas consumen y tienen dependencia (al igual que la pareja de una de ellas). El padre está preso en Marcos Paz por haber matado en una vendetta a alguien que había matado a uno de sus hijos (o sea, para el niño: padre preso, hermano muerto, y en escalada de violencia por venganzas). La pregunta era qué hacer ante esto (como que se trabaja sobre los puros efectos), yo no digo nada, ella dice "que piense un poquito antes de hacer las cosas" (drogarse, tener hijos, etc)" (extraído de Diario de Campo, febrero de 2009)

F.9 "Atendemos de todo, o sea, digamos: lo que venga, se atiende"(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)

F.10 "-¿Y las que vienen derivadas... son consultas pertinentes al rol del psicólogo?  
-Sí, sí, sí, sí, sí, sí, sí... Y es gente que bueno, está en condiciones de iniciar algo, o darle un tiempo a ver algunas cuestiones." (fragmento de entrevista, psicólogo de CeSAC G)

F.11 "(...) Habría además que ver cuál era el momento para la derivación, porque la gente cuando le habla, le habla al médico, le estaba hablando a ella, no a mí, entonces no le vas a prohibir por decreto "no me hable a mí: háblele a un psicólogo", entonces por ahí no es su momento para ir a un psicólogo" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC B)

F.12 "(...)viene gente que viene sí efectivamente, viene **derivada por alguna otra persona, por una amiga que se atendió conmigo, o le dijo algún vecino que me conocía**. Eso. Después, gente que viene, a buscar, por una propia demanda.[...] "Me pasa tal cosa, me dijeron que había psicólogas o psicólogos en la salita" [...] (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC D)

F.13 "(...) Mirá, acá lo que pasa [...] Que por un lado está bueno, eso era lo otro que te decía. Por un lado está bueno, pero por otro lado, no. Se recurre al psicólogo para todo. Para todo. Para todo lo que se te pueda ocurrir, se recurre al psicólogo. Lo cual en un sentido es piola, porque es una intervención más benigna, o sea, en vez de castigarte te mandan al psicólogo. Y en ese sentido es piola, porque el chico que hace algo fuera de lo normal, algo le pasa. En ese sentido, es más benigno que pensar que es una persona "mala". (...) (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

F.14 "Estuve leyendo las historias clínicas (¿así se llaman?) que me pasó C.I.; son de gente que fue a primeras entrevistas y desertó. La primera sensación es "claro, son casos terribles, ¿qué pretendés con el tipo de vida que tienen?" (violencia, migraciones, abuso), después pienso "no estoy viendo casos de otros sectores sociales para comparar esta terribilidad". Finalmente, con mucho esfuerzo, logro reconstruir: "estoy leyendo lo que la psi escribió de lo que escuchó de lo que le contaron a ella, NO LO QUE PASÓ". Fundamental, toda una vigilancia epistemológica necesaria porque cuesta muchísimo ir contra el sentido común que dice "claro, pobre pibe: necesitaba asistencia". Un dato es que aparecen casi exclusivamente referencias intrafamiliares, eventualmente

a los vecinos cuando se vive en hotel; esta ausencia de otros lugares de referencia (el laboral, por ejemplo), ¿en qué parte de la cadena se habrá quedado? ¿Es posible acceder de algún modo a algunas otras partes de la cadena? ¿Cómo analizar esta cuando no puede contrastarse con nada que permita ver la relatividad de lo que está construido en estos escritos?["Es un niño muy inteligente pero desde el año 2003, cursando sala de 4 años, que presenta problemas de conducta. Hasta ahora los papás no aceptaban ningún tipo de tto, ya que en varias oprotunidades se los derivó a tto con orientación a flia. En entrevista con el papá en el día de la fecha, refiere que viendo las dificultades que está presentando su hijo, acepta la derivación"; "según informa docentes, presenta conductas disruptivas tanto en clase como en los recreos. No acepta ni respeta consignas mínimas de trabajo. En la entrevista con ambos padres suge que están separados desde hace 3 años y que esto afectó al niño"; "fue adoptada en Paraguay a los 3 años. (...) Ellos plantean que les cuesta criarla, es muy desobediente, no acepta límites, quiere ser una adulta más. En la casa tira toda la ropa ya acomodada (sábanas, toallas, ropa de ella, etc) rompe las cosas, se cuelga de la heladera. La mamá está muy cansada. El papá trabaja todo el día, tiene más paciencia. Ellos quieren hacer algo para mejorar esta situación, que hay momentos que los agobia"; "en el seguimiento efectuado con su docente, nos refiere que carlos ha disminuido su rendimiento en este último tiempo. En la entrevista de seguimiento con la madre, nos refiere que se han vuelto a suscitar discusiones entre la pareja, presenciadas por el niño. Actualmente los padres están separados (pero conviviendo en la misma casa). Esta situación provoca angustia en el niño, quien cree que esta separación es por culpa de él"] Me temo que el tener semejantes documentos en mis manos, al menos por este momento, va a servir tan sólo para "chusmear" un poco y para llegar a esta conclusión: no sé me ocurre qué extraer de ellos (...)" (fragmento del Diario de Campo, reflexiones a partir de la lectura de notas tomadas por una profesional, octubre 2008 -ver Recuadro N°2)

F.15 "(...) muchas veces no eran chicos para tratamiento. Tenían un conflicto en la escuela, con la maestra, y si vas a mandar los pibes porque la maestra está loca, viste? No va. Eso sí lo hacemos, que viene la mamá como loca porque ddddd, entonces se toma a la mamá...(...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

F.16 "(...) volvimos a hacer atención. Porque o sea, era como que, algunos lo requerían, pero otros era como una cuestión de tranquilizar a la escuela, tranquilizar a los padres (...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N)

F.17 "(...) Esto se complica al aproximarse septiembre: las escuelas se empiezan a desbordar, empiezan a mandar a los pibes por malón, porque no van a pasar de grado y... Y ahí se nos empieza a hacer el trencito..." (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F.18 "(...) Una cosa indiscriminada que tienen los juzgados de que si alguien sale en libertad condicional, tiene que estar en tratamiento psicológico sí o sí (...) como si eso cubriera a la persona de otras cuestiones. O sea, vuelve al mismo lugar de donde lo llevaron preso, nadie le asegura el trabajo, pero va a tratamiento" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)

F.19 "(...) son situaciones muy complicadas, hay todo un protocolo pero si lo seguís al pie de la letra, terminás internando por ahí a un pibe con el cual no estás muy seguro de nada... porque el abuso es internable, y a veces no hay clínicamente una, digamos... Entonces se va viendo, de acuerdo a cada caso, qué hacemos, viste? Esa es una demanda fuerte, la de abuso, la de maltrato" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC A)

F.20 "(...) Porque en realidad no es que se los derivan acá: se les dice que vayan al lugar más cerca, claro. Entonces, vos tenés en tratamiento psicológico a alguien que a lo mejor salió hace tres o cuatro meses, o dos meses, por robo, ponele, que al mismo tiempo está desocupado, digamos, y viviendo donde tenía sus compañeros de "trabajo", digamos anterior, o en todo caso sufriendo las presiones permanentes de "qué te pasa que no salís a afanar", o dejando de drogarse mientras lo apura el dealer" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC E -en entrevista grupal)

F.21 “... por el miedo, miedo a la práctica, miedo a lo que te puede pasar, porque... tampoco se evalúa cuál es el riesgo de...que uno haga ese tipo de intervención acá. No sé evalúa, no se... no... no hay una visión de...más integral de esta situación. A ella le llega, tiene que atenderlo”(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC E -en entrevista grupal)

F.22 “(...)no es la psicóloga de acá, ni la psicóloga de un juzgado la que va a determinar, porque en todo caso lo decide el juez, eh... pero no es.. Lo que cree el imaginario social es que sos vos, por eso la desprotección es muy grande. Y no le sirve, al paciente... no es... Y no nos sirve a nosotros. Y eso nadie lo está viendo” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC E -en entrevista grupal)

F.23 “(...) mirá, acá lo que pasa [...] Que por un lado está bueno, eso era lo otro que te decía. Por un lado está bueno, pero por otro lado, no. Se recurre al psicólogo para todo. Para todo. Para todo lo que se te pueda ocurrir, se recurre al psicólogo. Lo cual en un sentido es piola, porque es una intervención más benigna, o sea, en vez de castigarte te mandan al psicólogo. Y en ese sentido es piola, porque el chico que hace algo fuera de lo normal, algo le pasa. En ese sentido, es más benigno que pensar que es una persona “mala”. (...) Entonces, “intento de violación”, “asistencia psicológica”. Está bueno, en realidad, porque efectivamente un intento de violación tiene que ver con la sexualidad, y tiene que ver con el hecho de ser un púber, un adolescente al que le está trabajando algo de eso. Es correcto, es lógico. Bueno: en función de eso, los jueces todo el tiempo derivan al psicólogo, cuando hay algo que no... que queda... digamos, que hace un poco de ruido, derivan al psicólogo (...)” “[una mujer que] vivía con su marido, tuvo al bebé en la casa, entró en sangrado, la llevaron al Hospital, cuando llegaron al Hospital le dijeron “¿el bebé dónde está?” y el bebé estaba en la casa o sea que lo habían dejado “olvidado” por ahí, entonces lo van a buscar, lo internan, al bebé, y está judicializado.. o sea, se judicializa el caso. ¿Qué hace el juez? La manda a tratamiento a la mujer, suponiendo que algo le pasa a la mujer que hace eso. Y es correcto, está bueno, en ese sentido está bueno pensar que algo le pasa. Pero por otro lado, es una locura, porque si ella no se pregunta nada (...) hasta que ella no se pregunte qué le pasó, al principio, yo no intervengo haciendo nada, intervengo escuchando a ver qué pasó. Porque esa demanda, si no estuviera el juez, quizás no ocurriría, no existiría, ¿no? Porque incluso, para la mujer... a la mujer, le queda ligada al juzgado: es un castigo. Entonces, toodo el trabajo que vos tenés que hacer primero es por apropiarse del lugar... O sea, eso está bueno en un punto, porque efectivamente lo mejor que puede pasar es que ella pueda apropiarse del lugar y que pueda hacer algún recorrido, y eso es bueno, y en otro sentido, es medio... qué se yo... medio punitivo” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

F.24“(...) me dicen que les avise si llevo a encontrar algo que ellas no sepan, digo que sí y vuelvo a mencionar la preocupación de los profesionales por los juzgados, minimizan el problema diciendo que eso es que los profesionales no quieren hacerse cargo de su rol, que en definitiva eso también es un problema profesional porque los que derivan son también psicólogos: en definitiva no me dan bola” (extraído de Diario de Campo, registro realizado en referencia a reunión con personal de la Dirección de Salud Mental luego de entrevista grupal, junio de 2009)

F.25 “No: los CeSACs no atienden adicciones. No las atienden, lo que sí puede pasar es que les hagan una admisión y los deriven, pero no que las atiendan. Si tampoco los hospitales quieren saber nada, imaginate (...) (fragmento de entrevista grupal -DSM\*)

F.26 “(...) lo que sí acá en salud mental aparece como bastante demanda es el tema de adicción  
-Aja? Y qué se hace en esos casos?  
-Y, depende. Digamos: nosotros atendemos a personas con...con el tema de consumo y eso...depende mucho del...de la situación concreta de esa persona... este... si el cons... si consume... si viene por el tema del consumo y quiere dejar el consumo, o si viene y aparece el tema del consumo en la terapia pero no es la demanda espontánea, entendés lo que te digo, la demanda explícita. Cuando es explícita, y quieren dejar de consumir, bueno: hay que evaluar, digamos, la situación, y...(...) , ahí hacemos derivación... pero tampoco es una derivación formal...estee...más que nada averiguar teléfonos, días de admisión, pasarle los datos (...)” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC L)

F.27 “ (...) [X] en un momento dice con tono de ‘qué barbaridad’: “nos mandan pacientes psiquiátricos del hospital”, y quien coordina esa reunión] “no, eso no puede ser”, y ahí se ponen a acordar que es un desastre cómo funciona todo, y siguen hablando asimilando “psiquiátricos” a necesidad de contar con psiquiatras” (fragmento de Diario de Campo, notas referentes a una reunión de profesionales de CeSACs en la Dirección de Salud Mental, agosto 2009)

F.28 “Lo que nunca desestimamos fue la posibilidad de tomar cualquier tipo de paciente. Cuando digo cualquier tipo de paciente, me refiero... y no...ehhh... si venía un psicótico se lo tomaba. Con las dificultades que implicaba, desde el punto de vista de no tener psiquiatra, (...) Con lo cual, lo que te estoy diciendo es que si bien nosotras no poníamos un cartel “acá se atienden psicóticos”, pero a la vez los psicóticos, al atender a cualquiera... Te digo esto porque en otros centros de salud, directamente, cuando el paciente era psicótico le decían “no, acá no lo puedo atender, porque este es un centro de atención primaria y es de alta complejidad y no nos corresponde atenderlo”. Nosotras consideramos que no es de alta complejidad...estee... y siempre nos encargamos (...) también de la internación. Eso sí. Desde que vinimos, aprendimos a hacer internación nosotras. Todo fue muy a los ponchazos, te diría, acá. No tuvimos...referentes psicólogos... no teníamos referentes psicólogos con experiencia en este laburo, sino que lo fuimos haciendo (...) Lo único que tiene de alta complejidad es la internación, y nosotras la podíamos hacer, y la medicación, nos arreglábamos como podíamos. O contactábamos algún psiquiatra del hospital, o el paciente por ahí ya venía con un psiquiatra por su cuenta, porque si había estado internado ya se quedaba con el psiquiatra que había tenido...y si no estaba francamente psicótico, tampoco eso era necesario” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)

F.29 “Te mandan como psiquiátricos casos que no son para medicar”(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC D)

F.30 “(...)la gente busca estrategias de supervivencia, entonces... Algunos es porque necesitan medicación, algunos venían con un autodiagnóstico de acuerdo a la televisión...ehh...algunos, no sé, porque alguien les había dicho que tomen Valium, no sabían, y venían a buscar la receta...ehh... algunos porque estaban deprimidos... Muchos, que me llamó la atención en ese momento, por...ehhh...trastornos de pánico, ahora se llama “trastornos de pánico”...ehhh... “Muchos”, en términos comparativos, ¿no?...ehhh...Muchos, porque venían a buscar turno para psicología y como les decían que la admisión era el mes que viene, venían al psiquiatra a la salida y pedían turno al psiquiatra... De lo más variado... Muchos porque los rebotaron del hospital, y la verdad que los centros de salud, lo que implican los centros de salud, es que uno esté más cerca de la gente, más en contacto, digo: uno se cruza con los vecinos que vienen a atender a los chicos, que viene... que viene a atender al chico y se cruza al psiquiatra, entonces, ya que está, lo agarra en el pasillo y le dice algo... Digo, está como más...más cerca o menos lejos de la gente y... y bueno, y la gente busca más donde... donde puede, qué se yo...donde va pudiendo...Creo que por donde está más cerca, también  
-¿Y en todos los casos ameritaba un tratamiento, o había casos que...?

-No, no: había muchos casos que no, que en todo caso era una entrevista y decidir que no necesitaba tratamiento, que necesitaba alguna otra...cuestión, yo además soy un psiquiatra particular que...que además hago psicoterapia, entonces los primeros años también hacía psicoterapia. En algún momento, la demanda fue tal que suspendí la psicoterapia y me dediqué a dar medicación, aprovechando que había otros psicólogos acá...ehhh...Esto: pero era de lo más variado, no, no... no había una lógica particular” (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F.31 “(...) El hombre (el “Doctor”) que vino a dar la clase dijo que el tema de hoy era “Salud Mental”, y las dos horas estuvo hablando de problemas psiquiátricos y de desmanicomialización.(...) Vuelvo a sentir por momentos que estoy estudiando un tema que no existe” (extraído del diario de campo, en referencia a clase especial sobre Salud Mental presenciada en la Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, UBA -julio 2009)

F.32 “Me dicen: “es clínico, no es sobre la comunidad” pero es preventivo en general, no solo a ese sujeto sino a todo su grupo familiar, una mujer que tiene hijos el impacto que eso provoca...creo que es preventivo desde otro lugar al que es la prevención primaria en el sentido de pensar acciones previas al acontecimiento pero tiene una

cuestión preventiva del impacto posterior” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC G)

F.33 “(...) Y... y ahí también yo veo la necesidad de trabajar toda la temática de adolescencia, con los chicos que egresaban de séptimo grado, especialmente, todo lo que era educación sexual, la salida de la escuela sec... primaria...ehhh... buscar una secundaria, ¿no? Poder ayudar a estos chicos que a veces los papás sobrepasados por otras cuestiones no podían, ayudarlos a buscar la secundaria, ver el momento justo para anotarse, cómo tener preparada la documentación.... Ehhh... o sea que hacíamos un poco todo este trabajo con los chicos de séptimo, de acompañamiento de su salida de la primaria... con lo que era educación sexual, prevención de adicciones, que en esa época ya empezaba a haber bastante, estee...orientación vocacional... entonces, se armó un equipo que trabajaba con estas cuestiones en la escuela.”(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

F.34 “(...) están los profesionales que dicen “no, yo hago prevención” “ah, no: yo hago atención”, y no está separado, digamos: está perfectamente junto una cosa con la otra. Además, vos hacés un trabajo en...en el barrio, hacés una charla, un...estee...lo que sea, digamos, un espacio de juego, lo que sea, y muchas veces se generan, a partir de eso, demandas de atención, consultas, bueno: no, no podés rechazarlas, digamos, es parte de...del tema, resolverlo, responder a esas demandas, digamos (...) Es más, continuamente en esta cosa que uno va, circula por el barrio y hace trabajo continuamente adentro del barrio, digamos, estee...estás también ejerciendo la profesión en...en la charla cotidiana, tomando mate en la casa de la señora, lo que sea...es... nunca te corrés de...de...siempre para la persona vos sos el psicólogo, y te está interpelando desde ahí, digamos, y uno responde también desde ahí, no responde como... Yo no soy un vecino, no soy un amigo... por más que haya una relación afectuosa” (fragmento de entrevista, psicólogo Jefe de CeSAC J)

F.35 “Nunca supieron si yo era psicóloga o trabajadora social, porque no les importaba tampoco, viste? Los rótulos y esas cosas...ehhh... pasaban a contar los que les pasaba, o a pedir algo, o a buscar la leche, o porque tenía problemas... (...) ahí entonces articulábamos la entrega de leche con el Programa de Control de Niño Sano (...) Entonces mirábamos nosotros que estén vacunados, aprendimos viste? Lo de las vacunas, hicimos campañas, varias veces campañas, hicimos relevamiento...” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N)

## **Segundo Capítulo**

F.36 “(...) cuando se vienen a anotar –yo esto te lo cuento- si viene alguien que vive, no sé, en el abasto y va a una escuela de once, yo...le digo... la escucho si viene con alguna, alguna consulta, a veces vienen... Lo contengo en el momento, y lo escucho, a esa mamá a ese papá, y después no lo anoto porque a veces... A veces es así: parece como que vieron luz y entraron. Si bien, yo conozco...la ley... de salud...eso es lo que nos permite más o menos tener la disponibilidad para garantizarle al menos a alguien el famoso derecho a la salud (...).”(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N)

F.37 “[La coordinadora pide los datos de cada CeSAC para actualizar la guía de recursos, entre las preguntas, hay una referida a los días en que se hace admisión] S. dice que cada uno de los profesionales lleva su agenda, que no puede decir un día (...) Cuando le llega el turno al nuevo, ante la pregunta por los días contesta “hay admisión espontánea”. La coordinadora repregunta y él repite lo mismo, tres o cuatro veces. El resto de los que están presentes intercambian miradas cómplices, F., que está sentada al lado mío, me dice al oído ‘este está más loco que una cabra’. Cuando terminó la reunión y de nuevo se quedó la mayoría charlando abajo, habría más de un comentario en relación a esa respuesta, como que se confundió “admisión” con “demanda”, o que no hace nada y por eso respondió cualquier cosa” (fragmento del Diario de Campo, notas tomadas en reunión de red de profesionales de CeSACs convocada por la Dirección de Salud Mental, junio 2009)

F.38 “Nosotros tenemos admisión los lunes de 9 a 10, los turnos los dan en Administración, después vienen a esa admisión y bueno, sí, hay una lista de espera. Hay una lista de espera y les pedimos datos, teléfono, y... bueno, cuando una de nosotros puede, los llama”(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC F)

F.39 "(...) se trata de retener al paciente –cuando digo “retenerlo” digo que por ahí hay demanda que vos no podés atender, porque no hay turnos, hay momentos en que no hay turnos realmente, y bueno: anotalo en un papel, tomale su teléfono, tené una primera entrevista, enterate de qué le pasa porque por ahí se quiere matar...”(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)

F.40 “No hacemos admisiones, no, no nos manejamos con admisión. Lo que sí puede pasar es que si yo estoy tapada... (...) que reciba a alguno y le diga “bueno, venite el lunes”, pero previo charlar un poco, para que vengan” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)

F.41 “(...) Esto lo que hace es filtrar un poco eso, para acotar la demanda y que haya una demanda un poco más genuina, porque como tienen que venir ese día y tienen que acordarse de que es ese día entonces bueno, hay algún interés (...)” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

F.42 “Si no hay turno, la anotamos en... le hacemos una entrevista, una ficha, y le decimos “bueno: vuelva dentro de 20 días a ver qué pasa”. La gente, generalmente, cuando pasa eso, no vuelve” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC A)

F.43 “...Una vez armé [lista de espera] y no resultó para nada, dejaban de buscar un lugar para atenderse esperando que vos los llamaras y cuando vos lo llamaban lo que pasaba es que o ya había resuelto lo que tenía que resolver o ya se había olvidado de qué era lo que tenía que resolver o... [en voz muy baja, casi susurrando] vos no lo llamabas nunca...” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)

F.44 “(...) ahora tenemos cierto acuerdo –cierto acuerdo, digo, porque la comunicación siempre en algún lado se corta- donde los casos donde los profesionales que evaluaron que se necesita un tratamiento, tanto sea para el chico como para el adulto en salud mental y consideraron que era urgente hacerlo, nos lo derivan personalmente, y nosotros les damos prioridad. Los casos en los que nos dicen “sería bueno que”, pero no es urgente, le dicen “anotate en la lista de espera”. Entonces la lista de espera está conformada por las derivaciones internas no urgentes, y por el que vino de la calle que nunca sabemos qué tan urgente es” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC L)

F.45 “No se arma lista de espera...creo que por varias lógicas. Ehhh... por un lado, porque son interminables; por otro lado, si la gente te pide un turno hoy y la llamás dentro de 6 meses, que es cuando se te liberó el turno, o ya no le importa, o ya no le interesa, o ya te tiene bronca... ehhh... Por otro lado, porque sería registrar la... demanda rechazada, y eso sería...ehhh...complicado tanto para...el interior de cada Centro de Salud como para el sistema mismo” (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F.46 “(...) lo que nos propusimos era poder demostrar que era posible trabajar desde el psicoanálisis en un lugar como este, que no había diferencia entre una persona de la villa –desde el punto de vista, digamos, absolutamente psicopatológico, no?- y de alguien que no pertenecía...Nos parecía que era un derecho que tenía la gente, y que si a alguien no le gustaba...”(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)

F.47 “(...) la idea del trabajo con los niños, es el trabajo con los padres. Y es ahí donde ellos tienen que poner algo de ellos a jugar y donde la consulta queda en una entrevista...”(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

F.48 “(...) y por otro lado algo que tiene que ver con lo que nos tenemos que ganar, o sea poner a jugar la persona de uno ahí... que no es para todos, o no están dispuestos todos. Después, con que alguien viene sin armarsele ninguna pregunta y tampoco se puede sostener un tratamiento.. porque no hay...” (fragmento de entrevista, psicólogo de CeSAC G)

F.49 “(...)la regla fundamental es: se hace lazo o no se hace lazo. Si vos tenés una primera entrevista, y la

*persona te gusta y pensás que te puede entender, sigue viniendo. Si la persona no viene, vos podés decir desde el punto de vista de la excusa, lo que quieras, el trabajo, dddd... La verdad no es esa, digamos: cuando alguien quiere, encuentra alguien que lo escuche, me parece que se las arregla para seguir viniendo. Esa es mi experiencia, incluso en situaciones de... en situaciones complejas, ¿no? De gente que sigue viniendo... te puedo decir cualquier cosa, que se mudan más lejos... pero si encuentran algo, si obtienen algo... lo que pasa es que bueno, eso depende... de la capacidad de escucha, por un lado, de la persona que está ahí...y también depende de cuestiones que son un poco inefables, qué se yo, que puede ser...re-buen analista [...] o pésimo, pero hay encuentro o no hay encuentro, vos le caiste bien o no le caíste bien... (...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)*

*F.50 "Mirá, siempre hay mucha deserción porque a veces uno se encuentra con.. suponete, yo soy un paciente, no, en este caso.. vengo y pido un turno, y bueno: me encuentro con alguien al que le puedo hablar o no le puedo hablar.. eso es un poco, digamos.. o me cae mal, yo qué se... o no me cae mal, simplemente no me siento a gusto para hablar. Entonces, en general hay deserción por eso, fundamentalmente. También porque quizás, que se yo, también esperan otra cosa, (...) también porque... esteee... encontré en la primera entrevista que tenía que hacer un trabajo que no estaba dispuesto a hacer... De eso te podría decir, de mi experiencia, que la vulnerabilidad no tiene nada que ver con poder o no sostener un espacio. Hay gente sumamente vulnerable que sostiene un espacio, porque la vulnerabilidad, aparte, no es sólo social, ¿no? Puede haber otras cuestiones, digamos... hay gente que está... que es muy mal económicamente, pero que tiene recursos, un montón, que vos te das cuenta, y hay gente que... y todo lo que se te puede ocurrir, digamos... las combinaciones son todas las que se te ocurran, hay gente que tiene muchos recursos económicos y es muy pobre en otro tipo de recursos..." (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC D)*

*F.51 "(...) También la crucé a C., y cuando nos quedamos charlando me preguntó sobre mi investigación y cuando le cuento que ya entrevisté a la gente de [uno de los equipos de un CeSAC] me dice "me gustaría saber qué tipo de cosas es que dicen". Por lo que sigue diciendo, da a entender (o, nuevamente, yo entiendo) como que ese equipo funciona muy mal, que es iatrogénico: me cuenta casos de violencia bastante complicados donde ellas se quedaron esperando que viniera la paciente y cuando no venía, directamente la daban de baja (...) me quedo pensando qué será exactamente aquello a lo que alude C. cuando me dice de la falta de lectura para lo social amparándose en una lectura psicoanalítica, si estará poniéndole ese nombre a lo mismo que yo entiendo ahí que falla" (fragmento del Diario de Campo, notas tomadas luego de asistir a una Conferencia, agosto 2008)*

*F.52 "(...) es un momento de decir algo, es un espacio de hablar, no propiamente de un tratamiento, sino de decir algo, de hablar algo, un interlocutor, un interlocutor... una situación de interlocución puntual... que no es un tratamiento, pero bueno, es importante, un lugar donde hablar de algo, donde decir algo, frente a otro, ¿no? Punto. Eso ¿sí? Después con el tiempo, yo me dí cuenta de que eso mismo a veces provocaba efectos..." (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC E)*

*F.53 "Sí, sí: son sostenidos en el tiempo y no tenemos a priori un...un tema de decir: bueno...estee...son tantas sesiones. Pero también la gente tampoco tiene tanto tiempo acá, entonces...estee...ehh...hay una característica que tiene que ver más con...con que una vez que cuando resuelve algunas cuestiones puntuales deja de venir... no, no...son raros, no son mayoría los tratamientos que se sostienen durante mucho tiempo, digamos (...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC L)*

### **Tercer Capítulo**

*F.54 "(...) hace poco surgió uno de ellos que volvió a la casa, y quiso empezar a trabajar, y como sabe hacer cosas en cuero quiso ir al Centro Viejo a enseñar eso a otros con los que había estado antes en la calle para que les sirva como un modo de trabajo (...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)*

*F.55 "Ahora, a partir del año pasado, hubo un programa en la tele...bueno, fue una mujer del barrio que...fue*

*paciente nuestra, inclusive, y planteó toda una cuestión respecto al tema del paco...ehhh...por lo cual el hospital decidió armar un equipo. En su momento nos convocaron a B. y a mí, nosotras lo dudamos mucho, porque no queríamos convertir esto en un centro del paco, porque realmente no nos sentimos con la capacidad para hacerlo, pero bueno: no, no...no teníamos posibilidades de...de decir que no, porque fue una orden (...) Y bueno, el año pasado a fin de año, hubo mucho lio con esto que salió por la tele y...ella tuvo una reunión con el director del hospital, y acordaron: bueno, que se iba a armar un centro acá...nosotras le pedimos que no se llamara "centro del paco", por favor, porque no íbamos a poder resolver toda una demanda impresionante, y teníamos miedo de que la gente creyera que nosotros podíamos servir de cura del paco, y nosotros...está todo el mundo viendo a ver qué hace con esto, no: realmente era una chantada. (...) Bueno, en realidad, te digo: el equipo lo armé yo. Yo elegí la psicóloga (...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)*

*F.56 "La dirección de Salud Mental, con el Dr S., tenía un Depto de Prevención, con el Dr J. que ahora es el jefe de...Salud Mental del servicio del Hospital...(...) Entonces, teníamos reuniones mensuales, en la Dirección de Salud Mental (...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N)*

*F.57 "(...) cuando llegaba un caso de violencia, se generaba... mucho alboroto... en los profesionales... y...y... no se sabía bien cómo manejarlo, entonces surge la necesidad de hacer un equipo que se dedicara a esos temas, que tuviera bien claro cuál era el...la ruta, que debía seguir, o ese niño golpeado, o abusado, o esa mujer golpeada... y que tuviera lazo con el Hospital, para que fueran recibidos cuando uno los derivaba...(...) Así surge, en el '92, el Equipo de Violencia" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC E)*

*F.58 "(...) eso hizo que venga mucha gente, de la calle, que antes no venía, para bañarse. Y la idea es que no sea un baño público, digamos: que sea, nosotros le decimos el "dispositivo ducha", digamos...porque no es para que la gente se bañe y se vaya (...) Se empezó a entrar en otras cuestiones, qué pasa con la mamá, qué pasa con el papá, si quieren, digamos, acceder a una vivienda o no, por qué están en la calle, qué pasa con el tema del consumo, ofrecerles un análisis de HIV, ofrecerles una placa (...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)*

*F.59 "(...) nunca tuvimos un administrativo o alguien que nos ayude con la estadística de la leche, con bajar las cajas, con subirlas... es todo... Y hubo un momento, como que faltaron, pero no porque nadie se las había llevado: estaba mal contabilizada la leche que teníamos que devolver, la que entró, la que salió...entonces hubo como una auditoría del programa este materno infantil. (...) Yo me sentí mal...ehhh: me pudrí. Entonces me acuerdo que dije, no me acuerdo cuánto eran, tres kilos, no me acuerdo, dije, en ese momento yo ya no era la coordinadora pero bueno, "yo me hago responsable"... Pero bueno, esto...yo no quise saber más nada". (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N)*

*F.60 "(...) y justo el único día que yo no fui porque empezaba la cursada, me llamó F. cuando estaba en la facu para contarme que los habían asaltado a los tres. (...) Fue un tipo armado, a la vueltita nomás del CeSAC y no en la ranchada, pero parece que fue bastante violento, que los palpó incluso para ver si tenían algo más de valor encima además de lo que ya le habían dado (...) y que los vecinos se quedaron mirando sin hacer nada, y la sensación de indefensión y todo eso. Además, cuando volvieron al X parece que el resto de la gente hizo comentarios del tipo "jodansé, ustedes se lo buscaron", entonces también la falta de apoyo institucional, tampoco es cuestión de mandarse quijotesamente (...). Cuestión que se suspende también esto, que era lo último que de trabajo extramural venía quedando. El tema es cómo comunicarnos con los pibes para explicarles por qué ya no vamos a seguir yendo" (fragmento del Diario de Campo, septiembre 2009)*

*F.61 "(...) íbamos a un parador, que abrió el Gobierno de la Ciudad en un Club acá cerca, para chicos de la calle, que se llamaba "Operativo Frío", que fuimos durante...ehh...era los jueves a la noche...ehhh... de 21 a 11, mientras duró ese...ese operativo, no? Después se cerró porque no hizo más frío y...nadie nos había dicho nada, solamente pasó que habíamos planificado la actividad y fuimos y llevamos las cosas, y estaba cerrado, o sea que solamente a veces volvemos a ver a alguno de los chicos, que nos cruzamos acá por la villa, supongo que vienen a comprar (...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC G)*

F.62 “(...) Nos presentamos a un premio que lo llevó adelante Remediar, (...) con un proyecto que empezó siendo un diagnóstico participativo en la comunidad acerca de cual era la problemática que más les preocupaba a los adolescentes y a sus padres, surgieron diferentes problemáticas, las más preocupantes adicciones, VIH, terrible, aborto (...) y con la guita del premio empezamos a crear cosas. Compramos...todavía tenemos guita y seguimos haciendo cosas, y paralelamente aparece el proyecto “Por nosotros” que es que le dan becas a algunos adolescentes que como contraprestación se tienen que armar proyectos. Pasa lo siguiente: como parte del primer proyecto nuestro uno de los objetivos era capacitar a adolescentes como promotores de salud jóvenes y era buenísima la idea pero cuando aparece el “por nosotros” y la guita en el medio, la cosa se distorsiona a mi gusto, viendo los resultados. Aparecen muchos pibes de la mano de algunas personas, sin tener las ganas de laburar de esto pero sí de cobrar la guita. Así y todo duro todo el año pasado laburamos un montón con esto (...)” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC A)

F.63 “(...) el hecho de que (...) compartimos la misma cocinita, todos los mismos lugares, se da para que haya más diálogo, para que uno se encuentre con los otros profesionales y empiece en intercambio y también para que haya esa cosa de relación humana que uno necesita para formar los equipos (...) [A diferencia de estar en el Hospital] abre otras perspectivas laborales cosa que estando en el hospital nunca me imaginé integrando un equipo que haga tareas de promoción y prevención, que nunca había trabajado en eso, solo en clínica, consultorio”(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC G)

F.64 “(...) Sí: es de uno a dos, de dos a dos, de tres a tres, el contacto local, en la cocina, hablar, intercambiar. Pero cuando vos lo querés sistematizar, es como que no...Los que intervienen en un caso se juntan espontáneamente en cualquier momento, no hace falta armar una reunión de equipo(...)” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC A)

F.65 “(...) y entonces salíamos a dar charlas en los comedores para escaparnos de algún mal clima, acá adentro. (...)Bah: este centro de salud se encontraba además muy dividido, había por lo menos... una división grande entre dos grupos de profesionales...que...en donde...casi la mitad no se saludaba con la otra mitad...” (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F. 66 “Aunque yo había insistido en que era ridículo, me habían hecho censarme, a pesar de que en unas semanas ya me iba del sistema [terminaba mi residencia]. Para censarse había que ir al Hospi, y eso era un fastidio para todos los que estábamos trabajando en un CeSAC. Lo bueno es que ya que uno estaba ahí, podías coincidir justo con alguien piola de algún Centro y quedarte charlando; si justo en la cola no había nadie conocido o había alguien con cero onda, era un embole [...]. De casualidad nos distribuimos las tareas en la resi de forma tal que a mí me tocó ir a censarme el jueves [...] En la cola la encontré a J. [trabajadora social con quien yo había trabajado durante la residencia en un proyecto extramural], así que buenísimo: nos quedamos charlando, que hacía rato que no nos cruzábamos. Fue ahí que chusmeando de varias cosas, me contó que en el [CeSAC] X se estaba armando un programa sobre adicciones porque había habido un fallo de un Juez y se habían tenido que poner las pilas todas las instituciones públicas de la Villa en ver cómo respondían a no sé qué problema, si el paco o drogas en general. Fue una sorpresa genial: hacía ya un par de meses que andaba yo rondando para ver si me podía quedar como adscripta en algún proyecto, pero no me interesaban los temas o no tenía onda con la gente que lo armaba: en cambio, este había sido mi tema de rotación y de los 5 profesionales que estaban encarándolo yo conocía a 4 y había tenido muy buen vínculo laboral con 3!!!. Me dijo que más tarde iba a ir a censarse también B. [la Jefa de ese CeSAC], y que si podía, que la espere para decirle que a mí me interesaba y para combinar una reunión para ver si había alguna forma de insertarme. [...] La esperé entonces a B., le comenté mi interés, y ella también se mostró interesada en mi acercamiento: quedamos una reunión para el miércoles siguiente, ya en el X. Y yo que había tratado de no ir a censarme...!!!” (fragmento del Diario de Campo, notas tomadas en los inicios de la observación participante, mayo 2008)

F.67 “(...) estamos participando todos los profesionales de... de Salud de la campaña de vacunación, saliendo a vacunar por las calles, (...) también nos fuimos a vacunar a la boca del subte...ehhh...en Plaza Virreyes, creo

que mañana salen a los negocios de Alberdi a vacunar por los negocios... Bueno: salimos médicos, psicólogos, odontólogos..., quien está habilitado para vacunar, vacuna, los que no vamos llenando los carnets, las estadísticas. (...) Un comedor, (...), que atiende a los más indigentes del barrio, el otro día había 100 linyeras comiendo ahí adentro... ehh... nos vinculamos por la campaña de vacunación, estuvimos vacunando ahí, y quedamos en articular algo, ahora en diciembre juntamos para... para articular algún programa para adultos y para niños, con ellos (...). (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F.68 "(...) aparecían los casos en el Centro de Salud que ya todo el mundo se había re-podrido de esos casos, que venían circulando por el centro de salud, que aparecían en todos los consultorios: venían un día y se atendían con todos. Bueno, algo está pasando acá, digamos, qué pasa que los casos están siempre igual, que los chicos van creciendo y están... cada vez peor...

-Pero esto ustedes lo sabían porque tenían ya este espacio de reunión...?

-No.

-¿Y cómo sabían?

-Porque es un Centro chico. Aparte, estábamos enfrente. Entonces, por comentarios "hoy vino tal", "los Pérez", digamos. Y una médica que es la segunda del Dr. P [el Jefe del CeSAC], cuando él estaba de vacaciones, armó un espacio al que después nosotros llamamos "todo terreno" porque salió en relación con que empezamos a juntarnos para salir a terreno cuando uno de esos casos no venía o pasaba algo (...) que por ahí la persona se atiende conmigo pero después ves que el hijo está en situación de riesgo porque hay una sit... porque es una pareja violenta, o porque consumen, o lo que sean, y se está atendiendo con la pediatra de acá, y ves que la mujer viene a la ginecóloga de acá... Consideramos que está bueno trabajarlo ahí, donde... si no participan, a veces si pedimos la participación, digamos, por algún caso particular... (...) Ehhh: bueno ese es un dispositivo que surgió de eso, digamos, ¿no? Digamos, surgió una intervención [donde era importante] trabajar con la familia, había alguien acá que estuvo interesado, y empezamos a trabajar (...) de ahí surgió la idea, en chiste primero pero de ahí se fue conformando, de armar un espacio, digamos, para abuelas, para suegras. Esteee... y ahí nació el proceso de trabajo con tercera edad, digamos, ¿no? De ver que podía haber un espacio donde se... porque veíamos que todas las abuelas decían lo mismo, entonces, digamos, acá hay algo que está pasando... (...) (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)

F.69 "(...) Porque con el tiempo, vos vas teniendo tu voz, ya no es la voz del Centro, y después cuando venís, ya van varias veces que venís, tratás de contarle a la gente, y cada uno está en lo suyo. Entonces después ya no te es fácil contar, y vas participando vos de la reunión desde lo personal, no? Bueno, quizás en los últimos años ya me empezó a pasar, entonces... es como que ahí, dejo. No: prefiero que empiece a ir otro, viste?" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N)

F.70 "(...) es una lógica rara para, para las instituciones que conocemos, y una lógica absolutamente extranjera para... ehhh... para la institución salud en su conjunto, que tiene una lógica bastante vertical. [...] Declamamos "la comunidad..." pero no tenemos manera formal de vincularnos con alguna otra institución... ¿Qué es esto de "administración mixta"? Nosotros no podemos integrar... ehhh... esta mesa de trabajo y consenso, formalmente, porque en realidad, yo dependo de la Jefa del Área Programática, que depende del Director del Hospital, entonces no quedaría claro si a esa mesa tiene que ir la Jefa de Área Programática el Director del Hospital, que en realidad no quiere venir porque no está acá, está en el Hospital, y tiene bastante quilombo (...)" (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F.71 "(...) Esos instructores de residentes eran un nombramiento que se creó para trabajar... como profesionales sin tener residentes, por eso se llamaban "instructores de residentes de programas especiales", armábamos un programa de atención y se lo nombraba para ese programa [...] era renovable un año pero se renovó un año durante casi más de 10 años, hasta que todos los IRPES ingresaron en la carrera. Te estoy hablando año 90 y pico, no me acuerdo cuando, por un decreto, todos... porque el tema era que todos los años, cuando había que renovar el contrato, que se renovaba como los residentes, el 1ero de mayo<sup>177</sup>, y resulta que por ahí empezaban

<sup>177</sup> Se cita aquí el fragmento de entrevista, pero el dato aludido es incorrecto: el período de las Residencias y Concurrencias comienza siempre el primer día del mes de junio

a cobrar en septiembre, y quién podía laburar entonces 4 meses gratis hasta que cobrara, cobraban todos pero era complicado porque las autoridades, no...no, no, no... no eran muy expeditivas, no empezaban un mes antes para decir el 1ero de mayo ya salen los nombramientos renovables. Y en general se renovaba a casi todos, salvo alguna excepción de algún tipo que o no laburaba, o era, tenía características medias particulares respecto a no querer trabajar en APS, o... bueno, que al jefe no le caía bien o...(...

)-Pero entonces quiere decir que convivían.. los residentes, había psicólogos...

-Los IRPES no tenían ningún contacto con la residencia

-¿No se juntaban?

-No se juntaban para nada. Eran IRPES que funcionaban como un profesional nombrado contratado. Como si fueran... No tenían nada que ver con la residencia.” (fragmento de entrevista, médico, AP1\*)

F.72 “(...) No, en realidad, te explico: eso fue la...el...la, la, la, las misiones y funciones que se pusieron para el área programática, el que las hizo nunca las hizo bien pensando que había superposición con Promoción y Protección. Eso nos trajo muchos problemas [énfasis]. Muchos problemas porque en donde había un jefe de AP fuerte y un fuerte de Promoción y protección, que estaban acostumbrados a no hacer nada, porque esa es la verdad, esteee, muy flojito, el jefe de área imponía...lo que había que hacer. Pero había hospitales donde el jefe de área era un...un cirujano, un ginecólogo que le importaba un carajo la atención primaria, le importaba el cargo, y entonces los de promoción y protección lo pasaban por arriba, y hacían las acciones hacia fuera. Nunca se estableció que promoción y protección tiene que hablar o tiene que ocuparse de la promoción y prevención intrahospitalaria, y el área programática, de la extrahospitalaria, es decir: todo lo que fuera afuera dependía del área, y todo lo que fuera adentro, de promoción y protección. Nunca se hizo, en el decreto de misiones y funciones, nunca estuvo claro eso, eso estuvo...fue siempre una zona oscura donde nos peleamos los de promoción con área programática. (...) Pero algunos querían, porque daba poder, viste? El poder del AP, recién se empezaron a avivar desde el año 2000. y en realidad, si vos sos un buen jefe de área, que te ocupás del área, de las escuelas, de los centros de salud, vas y te reunís con las comisiones vecinales, y te conocen, te da...un poder... de, poblacional, que hay muchos políticos que no la tienen” (fragmento de entrevista, médico, AP1\*)

#### **Cuarto Capítulo**

F.73 “-Por ahí tenés un médico que mand... que deriva “interconsulta con psicología”, ¿qué es “interconsulta con psicología”?... esteee... Por un lado, es algo que tiene que ver con el imaginario, los médicos también comparten ese imaginario popular acerca de qué es el psicólogo (...)

-¿Y en algún momento se hizo alguna reunión, digamos, con los médicos, para explicitar digamos, de qué se trata esto de ir al psicólogo para que tampoco sea esto...

-(...) Pero la verdad, que nunca, nunca se pudo, porque un poco la idea es... poder trabajarlo, esteee... interdisciplinariamente... pero no terminó de... lo empezamos, qué se yo...(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

F.74 “-hay algo del orden de la interconsulta...?”

-de pasillo, hay (...)” (fragmento de entrevista, psicólogo de CeSAC G)

F.75 “(...) Fui a la cocina, estaba la ginecóloga “te quiero derivar a una chica” (...) que está consumiendo cocaína, mucho, con el marido, y que tiene un nenito y que está embarazada, y que pidió turno con psiquiatría pero yo quiero que la veas vos...ehhh...(...) me la crucé ahí a la médica clínica “te quiero derivar una señora que vino con dolor en el pecho pero en realidad no es dolor en el pecho, está muy angustiada, que su marido la engañó, y porque se quiso matar, y que yo (...) Viste que cada uno tiene, va armando su propio perfil, y te van llegando también las derivaciones... que tienen que ver con el perfil de uno, ¿viste? Yo cuando me dicen “este paciente es para vos”, ya me imagino cómo es, esteeee... (...) en general a mí me llegan muchos pacientes con consumo, con situación de calle, y con situaciones como sociales muy fuertes. (...) Como yo trabajo en un programa del poder judicial, que se llama “libertad asistida”, en Nación, y trabajo con adolescentes que tienen causas penales, (...) entonces, hay varios pibes también acá que tienen causas, y que (...) me llegan a mí

también por eso, digamos (...)” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)

F.76 “(...) siempre, tuvo que ver con las relaciones personales, viste: “yo conozco a fulanita y le mando una notita (...)” (fragmento de entrevista, psicólogo de CeSAC F)

F.77 “(...) a veces también compartimos pacientes sin haber querido compartir ese paciente, digamos, no? Porque también hay personas con las que uno dice “bueno: no nos entendemos”...esteee... y bueno, entonces mi posición en esa situación es que bueno, qué vamos a hacer, pobre paciente, pero bueno: vos hacé la tuya y yo hago la mía y vamos viendo...” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC D)

F.78 “(...)...si son situaciones que...que sentimos que necesitan como de otro nivel de atención, sea para una internación o para un hospital de día o, bueno, ahora tenemos de nuevo psiquiatra...la verdad que derivamos más que nada a los lugares adonde nosotros tenemos algún tipo de vínculo transferencial, digamos: no por área programática sino por vínculo transferencial, personal, estee... o si conocemos a alguien de tal lugar, tiene mucha más llegada. Yo por ejemplo trabajé muchos años en el Centro X: derivé muchos pacientes al Centro X... estee... y bueno, no está dentro de nuestra área programática, digamos. Pero me es más fácil llegar, hacer un trabajo conjuntamente con ellos, mucho más que con el [Hospital de Base] que es con quien correspondería, digamos. Estas cosas son también difíciles de que se produzcan por estructura, digamos: en general se producen o no se producen, ¿no? Sobre todo en el área de Salud Mental, es muy complicado digamos, ¿no? Tener que trabajar con alguien con quien no coincidís en supuestos básicos...” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)

F.79 “(...) No es como deberíamos manejarlos, pero qué vamos a hacer: habría que derivar al [hospital cabecera] pero se le dice al paciente que vaya al X [otro Hospital General de Agudos], ahí si están con onda por lo menos los atienden, cuando no, les dicen ‘andate al Borda’” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

F.80 “Cuando yo llego acá, estaba el Dr. M. como Jefe, que había sido Jefe de cirujanos en el Fernández. En realidad, no era el Jefe del CeSAC sino del Area Programática, pero él había querido quedarse en el CeSAC y el que estaba de Jefe nombrado ni fu ni fa. Charlando así con él, él me decía que a él le gustaba –las palabras no me las olvido nunca- “cortar por lo sano”, viste, un cirujano “cortar por lo sano”, (...) tenía ciertas características así... con la parte psi, salud mental, no se llevaba muy bien... (...) Bueno: los amputó a todos (...) Cuando ganó después la Jefatura L., cambió toda la línea de trabajo (...) de hecho, nos habilitó que pudiéramos dedicarnos solamente a hacer trabajo comunitario (...) pero después él se va al hospital como... subdirector. Y pide licencia acá, entonces acá queda una pediatra, en ese cargo. Entonces el Centro tuvo, (...) cambios en la jefatura. Y entonces, por ejemplo, había años que estaban con que “hay que hacer asistencia” “No, porque de arriba: hay que hacer asistencia!” “hay que” “no, no, no: hay que”. Entonces nosotros tuvimos que... a veces peleábamos, sí, a veces no... tuvimos que ir...viste como con el viento? Entonces, mirá: yo te puedo decir que pasé por épocas que no hice nada de asistencia, como esa que te contaba, que era todo trabajo afuera, en esta comunidad” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N)

F.81 “(...) en esa época no se con...no se repartían las concurrencias como ahora, en el sentido de que ahora es el excedente de las residencias y en ese momento, los concurrentes de SM íbamos, digamos, los que queríamos ser concurrentes de SM íbamos averiguando con algún conocido y nos metíamos en algún servicio a trabajar

-sin el multiple choice...

-Claro: vos conocías a alguien, y a través de eso, entrabas” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC K)

F.82 “(...) /-¿Qué se llegaba cómo? ¿cómo llegaba un psicólogo a un IRPE? Porque la residencia ahora hay un concurso, que uno va...

[yo deduzco un tono como si lo anterior fuera un fastidio sin sentido]-No, no: nosotros los llevábamos, que llevaran los papeles, y salían por decreto. No había concurso

-Pero ¿y cómo la gente se enteraba? Qué iban, a la facultad, o era...?

[idem]-No: era gente conocida, o porque conocíamos, porque uno le daba el dato a otro, entonces venían, venían y me entrevistaban y de acuerdo con quién venía, lo que me pedía o lo que yo veía, lo que hablábamos, se fueron nombrando. Así, como vinieron gente excelente, vino cada clavo que ni te puedo contar, pero bueno: viste, venían porque era amigo de este, porque... y algunos venían ya directamente nombrados del Ministerio (...)" (fragmento de entrevista, médico, AP1\*)

F.83 "(...) No sé, cuando yo llegué ya existían algunas cosas que tenían que ver con... concretamente más con la prevención, y... lo, lo grupal, digamos, y la promoción, y yo me sumé a eso

-¿En qué consistían, puntualmente?

-Sobre todo, en actividades con chicos. Con adolescentes, púberes más que nada. Este... teníamos un grupo de...de...de púberes, donde nos juntábamos a charlar algunas cosas que les pasaban, (...) que tenían que ver con finalizar la escuela, con ver qué iban a hacer después, con proyecto de...de...de estudio, o de lo laboral...esteee... había un espacio también... ehh...como de, de... de expresión corporal, porque una de las médicas...estee... estábamos con toda esta cosa del cuerpo y del movimiento...mmm... hubo encuentros donde... había una canchita y donde se podía ir a jugar al voley... estee... y jugábamos... Ese tipo de cosas, con un grupo de púberes (...) En los comienzos yo tenía unos objetivos producto de la otra formación que yo tengo: yo soy profesora de danzas israelíes y trabajé mucho tiempo en recreación, producto de esta profesión, y mucho tiempo con niños, y trabajé en instituciones sociodeportivas...ehhh... entonces cada vez que había algún proyecto que uno podría decir comunitario era ahí donde yo me sumaba y dejaba enseguida de atender" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC A)

F.84 "(...)yo la primera formación que hice de posgrado era mucho más grupalista, institucionalista, de trabajo en instituciones [...] como yo atendía clínicamente, no me dedicaba a... es decir, tenía interés en la clínica pero no tenía una formación fuerte, digamos en la atención clínica individual, sino, la cuestión individual dentro de una cuestión grupal y todo eso, lo veía a través de lo institucional. Después vino una segunda formación, (...)y ahí yo me sentí más que un psicólogo ya más como un... un antropólogo o un sociólogo, en realidad, por mis interlocutores, porque esto tiene más que ver con la investigación (...)Y al final, ya me ves: me termino dedicando a la atención clínica individual" (fragmento de entrevista, psicólogo de CeSAC B)

F.85 "(...)Te digo "en ese momento", porque después, si bien me quedé con...todo el bagaje del conocimiento, nunca me sentía cómoda en ese abordaje, viste, psicoanalítico. (...) Después de muchos años, me di cuenta que había varios que se sentían como yo, y bueno: viste que hay otras escuelas, me sentí también bastante cómoda en la escuela sistémica, durante un tiempo...ehhh...bueno, me estuve también capacitando (...)" (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC L)

F.86 "(...)A veces me cruzaba con un psicólogo que trabajaba en una iglesia evangélica, que lo conocía de la facultad. Y ahí es que me comenta de estos tipos...que eran migrantes de Europa del Este en situación de calle [...] O sea, rusos y ucranianos, borrachos, que viven en la calle (...) parece que en la época del dólar alto... ehhh...vinieron algunos, se fueron quedando, mandaban plata a Rusia, les mandaban 300 dólares y en Rusia era una fortuna que vivían 3 meses...ehhh...bueno, después el país siguió desmoronándose y ellos quedaron en situación de calle, y los rusos no les creían que estos estaban en la calle, pensaron que se estaban haciendo la América y que dejaron de mandar plata nada más, entonces los rusos seguían llegando, y ahora en lugar de tener adonde vivir, y mandar plata (...) veías la foto de la casa de los tipos, y veías árbol de navidad, piso de parquet, y acá los tipos en la calle (...) Cuando me comentó eso, me pareció de lo más interesante, y como acá había otro psicólogo mas que estaba como yo, harto de la jefa, y que queríamos salir de acá casi con cualquier excusa... bueno, eso duró un tiempo, trabajamos un año y medio (...) en grupo terapéutico y trabajamos en contención, en tratamiento clínico, en análisis, en complementos vitamínicos, en articulación con el Hospital..." (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F.87 "(...) Esta psicóloga salía a la noche (...) por las calles de Flores, tampoco... tampoco es lo más sencillo..." (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F.88 “-¿Y cada equipo tenía así como autonomía para definir.. cómo se movía, qué tareas...?”

-Sí: yo les daba.../

-/Si era intramural, extramural...

-Yo les daba la autonomía siempre que venían y me explicaban y... Una vez que yo les decía que sí, o este... que tenían mi ok, ellos sabían que podían trabajar, que no había quién los moviera porque si el Director me llamaba por algo, los defendía a muerte. Sea lo que fuera, el programa que fuera, y la gente que fuera. Es decir, no me iban a tocar a nadie ni me...Yo después por ahí si hacían alguna cagada agarraba y los defendía a muerte y después los sentaba y les decía “te voy a matar, pelotudo: mirá la cagada que te mandaste”, pero delante del Dire, la gente del área sabía que estaba respaldada, y que... así uno tiene que trabajar: que sepa que el jefe te da una cierta autonomía, y te da un cierto aval, y que te va a defender a muerte, porque si vos, esteee... tenés un jefe que no te defiende, y te sentís media mal, tampoco te vas a arriesgar a hacer cosas... ese es el tema. Y acá ellos sabían que cuando hablaban, me convencían de algo, por supuesto: tenían que sentarse, conversar, ver qué idea, cómo y...y...ponerlo... Yo nunca le dije que no a nadie que empezara a hacer algo...”(fragmento de entrevista, médico, AP1\*)

F.89 “... en algún momento entra... gente joven, y recién graduada, con algunas ideas... de trabajo extramural, y de trabajo comunitario (...)con una casa tomada que está aquí cerca, que sigue siendo una casa tomada y seguimos...ehhh... atendiéndolos, probablemente, gracias al vínculo entablado en aquel entonces” (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F.90 “(...) se armó...estee...a partir de residentes, de residentes que rotan por acá, con el tobar en un momento se armó, estee...ehh...algún paciente puntual con el Borda. Y hemos armado también una relación muy buena con...estee...el equipo de, también a partir de una rotación, el equipo de prim...de cero a cinco años del Gutierrez, entonces con ellos también” (fragmento de entrevista, Jefe psicólogo, CeSAC J)

F.91 “(...) después de mucho trabajo para que la tomen en el [Hospital de Base] –mucho trabajo quiere decir que hasta tuvo que acompañarla un día el director para que le den un turno...” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M, en referencia a derivación desde un CeSAC a su hospital de referencia)

F.92 “(...) mi experiencia es que cuando podemos hacer un trabajo conjunto con la Defensoría es porque tenemos buena onda personalmente y podemos laburar mejor. Cuando es sacar un informe, te derivó un paciente y qué se yo, es un lío, porque en realidad lo único que sucede ahí todo el tiempo es que todos se quieren sacar la complicación del medio, y pasan informes, pero...no sirve para nada, digamos. Entonces (...)ya el año pasado y el anterior hicimos como unas reuniones (...) no solamente ya por los casos en particular sino para poder pensar un modo conjunto de trabajo, no? Porque nos dábamos cuenta de que había un cortocircuito donde nosotros esperábamos que ellos hagan y ellos esperaban que nosotros hiciéramos, entonces en el medio nos peleábamos y no pasaba nada, entonces bueno: pudimos acordar como ciertos criterios de derivación y de seguimiento, y de qué casos sí, qué casos... hasta dónde íbamos a llegar nosotros, hasta donde van a llegar ustedes: creo que todo el tiempo hay que recontractar (...) cambian las personas que trabajan en esas instituciones (...) en algún punto se vuelve a burocratizar de nuevo el trabajo, y ahí vuelve a aparecer de nuevo el problema” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC M)

F.93 “(...) J. [el Jefe del CeSAC] me decía ‘sería bueno que bajas de vez en cuando, aunque sea a tomar mate, para relacionarte con los otros’” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C- CeSAC en el que existen funcionando al menos tres equipos de Salud Mental y otros profesionales de modo aislado, sin conexión entre sí, respecto de su consultorio en el primer piso mientras que la mayor parte de los profesionales se encuentra en planta baja)

F.94 “-Pero... ehh...digamos... ubicás así como algún motivo de... de esta dificultad?

-No sé. No: creo que tiene que ver con todo. Digamos: sí lo que uno hace, yo lo que hago puntualmente, cuando a mí me derivan a alguien yo bajo a hablar con... estee... con el profesional que lo derivó y pregunto por qué lo deriva... por ahí no se hace así como práctica habitual pero sí personalmente...

-¿Pero no... no está? No debe ser tan fuerte como en otros momentos la cuestión del poder médico con la

*dificultad de articular por... porque uno a veces ocupa como un lugar subordinado o algo así..*

*-No, no: para nada. Yo creo que tiene que ver más con las dificultades de lugar que tiene este Centro en particular que en general con la interdisciplina... Hay algo con la interdisciplina... que no se da que tiene que ver mucho con el Centro de Salud que tiene que ver mucho creo que con la cuestión física...edilicia, me refiero".*  
(fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC C)

### **Quinto Capítulo**

F.95 *"(...) Salud mental es atípico, totalmente diferente. Porque tienen su propia norma, sus propios conflictos, este... (...) es conflictivo de por sí porque el propio integrante de la red o del programa...son personas conflictivas... son personas, no sé si conflictivas, son personas exigentes a veces, que a veces si el criterio es lacaniano, o el criterio es freudiano, o qué cosa te predomina, y bueno...son, son demasiado verticalistas de la.. de las escuelas de formación. Entonces bueno: entran mucho, mucho, en conflicto...*

*-/que en otras disciplinas no pasa, o no se ve tanto?*

*-No, no pasa. No... Se da en salud mental, específicamente en salud mental" (fragmento de entrevista, médico, MS\*)*

F.96 *"El equipo de salud mental es el equipo... menos articulado del Centro de Salud. O más desarticulado, si querés. Esto es, con más problemas interpersonales [entre sí], con más dificultades para...establecer un camino común...ehhh...Digo, se da entre, entre personas, entre integrantes del equipo, pero no se da como equipo"*  
(fragmento de entrevista, psicólogo Jefe de CeSAC J)

F.97 *"(...) hay que tener en cuenta la historia. Entonces: la historia en el hospital X de articulación con el Centro de Salud Mental X1 siempre ha tenido un perfil muy particular (...) por lo cual hay centros de salud que tienen más llegada que otros. El centro X2 va a preferir derivar al servicio de psicopatía del Hospital X. El centro X3 se va a manejar con el centro de salud mental X1. ¿por qué? Primero, porque...ehhh...en la historia siempre se contactaron, y muchas profesionales psicólogas del X3 terminaron trabajando en el X1 (...)"* (fragmento de entrevista, psicóloga, MS\*)

F.98 *"(...) y, depende del profesional, del perfil del profesional, cómo él esté interviniendo. Vas a tener determinados CeSACs (...) que se dedican totalmente a la intervención comunitaria en psicología, y vas a tener otros en donde se hacen tratamientos terapéuticos, en un marco cognitivo o sistémico, de tantas sesiones, y son dos cosas totalmente diferentes, y no quiere decir que ninguno de los dos no se alinee con las normas establecidas. Hacen su intervención desde el primer nivel con su perfil. Y al tener los distintos perfiles un mismo Area Programática (...) Cuando se necesita una cosa se referencia una zona, y cuando se necesita otra se deriva a otra (...)"*(fragmento de entrevista, médico, MS\*)

F.99 *"En medio de todas las advertencias que me dio, y después de recomendarme leer algunos libros que tengo leídos hace años como para que no hable de lo que no sé, me dijo "Escuchame, nena: en tu investigación no puede faltar que todo lo que hacemos, lo hacemos como militantes".*(fragmento de Diario de Campo -registro de lo dialogado en comunicación telefónica con autoridad de la Dirección de Salud Mental, octubre del 2008)

F.100 *"-después cada uno se fue orientando: como yo les dí mucha libertad de trabajo..ehhh..cada uno fue haciendo lo que más le gustaba: yo no puedo obligar a alguien a hacer una reunión grupal si no le gusta la... estar en un grupo, viste... y hay gente que se dedica más a los grupos y atiende menos, y hay otro que atiende más y casi no atiende grupos, depende..."* (fragmento de entrevista, médico, AP1\*)

F.101 *"(...) unos peronistas de la zona de Barracas pidieron que en el polideportivo que estaba ahí, se pusiera un centro de salud y se armó un centro de salud (...)Entonces los radicales de más allá agarraron de la calle [x], digamos, casi cerca del límite nuestro, empezaron a romper las pelotas a... al intendente Suárez Lastra, que era radical, de poner otro centro que dijéramos que estaba dominado por la comisión radical, la juventud radical (...). Y así apareció el...el...el...el...CeSAC X, que es uno de los más viejos también (...), bueno, ese sí vino Suarez*

*Lastra a inaugurarlos, y se inauguró en el 89 me acuerdo (...)*(fragmento de entrevista, médico, AP1\*)

F.102 *“la gente que está en la gestión no tiene mucha idea de lo que pasa en los Centros, de lo que pasa en la comunidad...ehh... ocupan los puestos las personas que no tienen idea—la mayoría de las veces, ¿no?. Entonces, en realidad, (...) ideas, de “tal actividad podría ser de utilidad para los tiempos que corren y...” No, olvídale. Por suerte. Porque tampoco impiden que uno haga lo que piensa que tendría que hacer, lo cual me parece...algo positivo. Más allá de que también es cierto que nos mantuvimos fuera en ese sentido porque uno buscó los recursos, puso recurso y dinero propio para ... para tener los recursos para laburar, o sea que no dependía de que la actividad no se hacía porque no teníamos material. En realidad, nunca contamos con esos materiales. O con pocos, en todo caso, si hubo. El resto, lo puso uno. Puso el cuerpo y puso la guita”* (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F.103 *“(...) Es el imaginario de autogestivismo, el autogestivismo siempre estuvo presente, esa idea de que vos podés hacer lo que querés. (...) Pero en un momento, cuando vos avanzás y generás algo, de laburo, o sea si vos generás conflicto institucional, conflicto social, digamos, por el tipo de laburo, por lo que fuere, en una lógica, bueno, muy municipal o muy... (...) el que labura generará algo que no genera el que no labura, algo que desde la lógica municipal entra todo en la misma, como todo igual, es una lógica que lleva a que no te metás en problemas.(...) Entonces, de hecho, cuando empezó a bajar esto así, trabajos que [...] empezaban a generar conflicto institucional, conflictos fuertes... conflictos adentro o con el área, empezaron a decir “no”: vos estás con el programa de violencia, trabajás violencia, bueno, no podés manejar la variable... es parte del proceso, de reflexión o de cómo tratarlo, si tratás... si trabajás con violencia... entonces se genera un quilombo, se generan situaciones, entonces bueno: hubo problemas (...) Está ese doble discurso esquizofrénico, digamos, todo bien el autogestivismo, pero por otro lado, cuando vos generás digamos, el autogestivismo, te van a cortar la cabeza. (...) [el Jefe] dijo “déjense de joder todos los equipos que están laburando” (...)y se lo dijo a todos: “basta, no quiero más quilombos”*(fragmento de entrevista, psicólogo de CeSAC G)

F.104 *“Asique bueno, trabajamos muy así de...de... Muy artesanalmente, digamos (...) las jefaturas digamos que estuvieron, nunca les interesó lo que hacíamos, no nos entendieron jamás, te digo que nunca les interesó porque no es que nos dijeron no, hagan esto, sino nunca les importó lo que hacíamos, y como no les importaba, no intervenían: sino hubieran dicho “esto no, aquello sí”. Nosotros atendíamos el tiempo que queríamos...(..) acá no hay jefatura, no hay coordinador, alguien propicia siempre más o menos de... en este momento, estamos más organizadas por ahí en equipos, pero digamos que nunca, fue una cosa estricta (...)”* (fragmento de entrevista, psicóloga del CeSAC C)

F.105 *“(...)me parece que es importante de qué manera uno se ubica con lo que hay, acotado, fallido, para poder hacer algo que sea posible, para operar en algún punto sobre la realidad (...) Más allá de todas las cuestiones del sistema, y de todas las complicaciones de toda índole que pueda haber, si quienes sostienen los proyectos puedan poner su deseo en eso y más allá de los inconvenientes poder sostenerlo, lo que importa es el objetivo que uno quiera lograr, me parece que vale la pena eso (...)”*(fragmento de entrevista, psicólogo Jefe de CeSAC J)

F.106 *-¿Y cuándo dejó de estar la residencia?*

*- Hasta que la robó no sé que otro hospital y que la pasó a otro lado porque le convino. (...) En realidad, la sacaron un poco porque la última instructora de salud mental era una loca de mierda, que no quería ir a ese centro, que la tenía que buscar para que viniera, ella misma se quiso ir, y eso hizo que arrastrara toda la residencia a otro lugar, por eso perdimos la residencia..*(fragmento de entrevista, médico, AP1\*)

F.107 *“-(...) el sistema de referencia y contrarreferencia es el sistema de derivación, articulación y coordinación [lo dice como quien repite la lección] entre un nivel y el otro. No dependen ni del servicio totalmente, ni del CeSAC totalmente. Depende de las distintas instancias del hospital, en los generales de agudos y en las Areas Programáticas, por ejemplo, y del servicio de cada hospital. Digamos, siempre en los generales de agudos hay profesionales psicólogos que trabajan en las áreas programáticas, que son referentes de los del servicio de salud mental, por lo tanto, el canal de referencia y contrarreferencia es por esos profesionales, referentes*

(...)

-Disculpame: me perdí en el medio porque esto, desde abajo, no, no aparecía, ¿hay un referente de área de salud mental, digamos, que debería manejar el tema de referencia y contrarreferencia?

-Sí, de hecho lo hay. Si vas al ... a los hospitales en donde están los referentes, ellos están

-¿en dónde?

-Están en donde ellos funcionan. Lo que pasa es que vos fuiste a hospitales en donde no funcionan” (fragmento de entrevista, psicóloga, MS\* -en referencia a roles que existirían en aquellos Hospitales Generales de Agudos en los que no se hizo trabajo de campo)

F.108 “-¿Y la persona está obligada a ir a la reunión a escuchar...?”

-La lógica, la lógica es que si hay interés, por lo general vienen casi todos. Si es...

-¿Y si no hay interés?

-Si es un programa donde no hay demasiado apoyo, donde ya hubo problemas, donde hubo discontinuidad, donde uno dice una cosa y otro dice otra, o se cambia [...] por lo general la gente lo sabe. Yo creo que los programas, o la ejecución de cada programa, está relacionado sobre el liderazgo que uno puede tener, no solamente a nivel central, sino a nivel local. Por ejemplo, eh... poner a una persona como responsable local de un programa, frecuentemente el jefe manda al último castigado para que se haga cargo de eso, y es lo peor que puede hacer. O sea, la...la intimación de que se haga cargo de un programa sin tener interés, va al fracaso total. Entonces, nosotros siempre preconizamos que haya alguien que tenga interés en el tema. Y siempre encontrás a alguien. De vez en cuando, si no encontrás a nadie que tenga interés en trabajar sobre... Pero en general, siempre hay alguien que puede tener más predisposición de encargarse de esa temática. Si no da resultado, buscamos a otro, y si no vemos en qué forma lo resolvemos. Y así se va armando, en cada uno de los... de los centros de salud, este tipo de actividad

(...)

-Si vos considerás que ese grupo funciona bárbaro y que debería estar en todos lados, tenés alguna forma de decir...?

-Comentarlo. No tiene nivel jerárquico: es un grupo de trabajo que uno [...] que se vaya actualizando y trabaja junto con los otros. Yo por ejemplo, voy a las reuniones y voy a trabajar con el grupo ese, si está formado. Si no está formado, lo convoco, convoco a alguien de cardiología, de clínica médica... y armamos entonces un grupo con la problemática” (fragmento de entrevista, médico, MS\*)

F.109 “-¿Y cómo se conseguían esos profesionales?”

-Y, pidiendo en el ministerio o... Bueno, en realidad cada jefe peleaba en el ministerio... yo tenía dos ventajas: primero que era una zona de riesgo, entonces me dieron muchos, porque en total había como 480, de los cuales yo llegué a tener 75, quiere decir que yo en el área tenía muchos más residentes en relación a todas las áreas del hospital, del... del... de Ciudad de Buenos Aires. Pero claro: yo tenía 3 villas muy importantes, y yo peleaba: peleaba en, en la Dirección de Atención Primaria siempre tenía algún amigo, el Director General de Hospitales, o [dos Ministros de Salud del GCABA], que éramos muy amigos y entonces me nombraban gente, porque yo iba y peleaba, no es que me quedaba acá sentadito: iba y decía “ché, mirá, me falta esto, esto, yo tengo 3 centros, se va a inaugurar otro, necesito mucha gente, por lo menos necesito...”. Porque en el Hospital, no me querían dar a nadie.” (fragmento de entrevista, médico, AP1\*)

F.110 “-siempre te manejás así, como con psicólogos conocidos, que...?”

-mirá, tuvimos reuniones también, en todos estos años, con distintos jefes del [Hospital X] y fuimos 80 veces, a ver si podíamos articular, explicarle... Y es como que cada lugar...ehhh...tiene su modo de trabajar, tiene sus problemas, y es como que no me van... yo no s... qué se yo, como que... y después, al juntarme por ahí con otros psicólogos de otros centros, veo que pasa en todos los lugares casi...ehhh...en todos los hospitales es como que no...no resuelven lo que pide el CeSAC, viste, las derivaciones...Entonces es como que te quedás más en el molde y más...”lo hacen en todos lados, ma’si...”(fragmento de entrevista, psicólogo Jefe de CeSAC J)

F.111 DG-(...) porque ahora se independizó, el CSM X1

V-Por eso. Es integral, de salud mental. El CSM X2. Pero el CSM X1 depende del [Hospital A]. No se

independizó

DG- Ayer [un ex Director de Salud Mental] me dijo que sí

V-¿sí?

DG-es más, pidió la... pidió ser...pidió tener una filial propia

V-ah, mirá vos...

DG-¿no sabías?

V-No

DG-sí, en marzo

V-hasta el año pasado no... Si se independizó no...

(fragmento de entrevista grupal, MS\* -conversación cuasi informal entre los entrevistados)

F.112 “-Sí, hay un archivo, hay un archivo que es la Dirección General de Estadísticas. Las consultas, no sé cuáles son los parámetros que tiene salud mental, pero salud mental lo tiene por separado, pero estadísticamente se sabe que en tal o cual lugar se atendieron tantos pacientes con...no con tal patología, pero sí si es una consulta de primera vez, de segunda, de ulterior...si se trabajó en terapia individual, se trabajó en terapia grupal, interconsulta. Y eso está normatizado para el registro estadístico [...]Las normas están. Mirá, no sé...ehhh... [la Directora] los tiene abajo, y aparte están las planillas de registro de prestaciones, si son grupales o son individuales, y cuáles son las normas de intervención de cada una

-¿las normas están, las tienen ahí?

-Claro, sí, sí” (fragmento de entrevista, médico, MS\* -Según sigue registrándose en el Diario de Campo, aquello con lo que se cuenta en la Dirección General de Estadísticas es con las categorías y variables con que se registran las prestaciones)

F.113 “ (...) pueden plantear cosas. Pero no está mandado como directiva. En realidad, lo que puede llegar más como directiva de Central o del Hospital es el tema estadístico (...) Cuando está la directiva de atender gente de Cromagnon, lo que hacen es pedir estadísticas a ver a cuántos atendemos. Lo mismo a ver si atendimos pacientes con medicación, o depresiones, o problemas relacionados con el consumo de sustancias... Sin más... sin más directivas que esto. Y mucho menos, preguntas”. (fragmento de entrevista, Jefe Psiquiatra, CeSAC I)

F.114 “[En la Dirección General de Estadísticas] defendieron las estadísticas, que fueron armadas “desde abajo” preguntando a los profesionales qué atendían y qué otras actividades hacían para así contabilizarlas (digo yo: dejando de lado completamente que eso genera una tendencia a reproducir lo existente, ¿y si hay algo que fuera mejor hacer y no se hace?)(...) como que es el primer paso para una gestión basada en la información (...) que la idea es que los profesionales se habitúen a leerlas (...) aunque dijo que estando en la atención es un embole completarlas (pero no apareció cuestión de grados ni de que fuera un problema técnico; sí el hecho de que falla la devolución y por eso no se le ve el sentido “no como antes”, que había por ejemplo un boletín y uno se medía con los demás)(...) más allá de la empatía, lo que me va mostrando (lo que se supone que debería llenar la gente de salud mental) me parece casi delirante: es muchísimo! Nadie puede llenar esos datos con sinceridad porque sería paradójal: no tendría productividad por ocupar su tiempo llenando la estadística. (...) En un momento se me ocurre sugerir, cuando me pregunta qué me parece y yo tengo intenciones de irme por la tangente, que quizás se descuidan cosas que preocupan en los CeSACs como los flujos de demanda por derivación, y me dice algo así como que no viene al caso “el que llega a una institución de salud es porque tiene un problema de salud, más allá de cómo llegue” nada que haga alusión a cómo llega (de hecho en su discurso ella no distingue derivación de demanda espontánea).” (fragmento del Diario de Campo, crónica de una circunstancia acaecida luego de una entrevista en el Ministerio de Salud, septiembre 2009)

F.115 “(...) así, me imagino que como en pediatría vienen picos de epidemia, bueno...ehhh...de trastornos de... autismo, tenemos mucho autismo, en esta franja de... [...] Si, no sé si fue porque empiezan a ver que acá hay atención y entonces los jardines ya mandan, y es como que se va abriendo, y ellas no ponen, no acotan la oferta: ellas al que venga, lo anotan” (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N, en referencia a quienes hacen atención a niños en el CeSAC)

F.116 *“Como no hay estadísticas, entonces no se puede saber cual es la cuestión. Cuando vos no querés tener en cuenta los problemas sociales o económicos o las necesidades de todo orden de la familia decís que siempre hubo consulta y no que se agravaron, entonces decís, “ahora consultan más, no es que haya más casos”, en realidad yo creo que hay más casos, y que consultan más”* (fragmento de entrevista, psicóloga de CeSAC N)

F.117 *“Con eso se evalúan las prestaciones y las intervenciones de cada profesional, en cada equipo, porque como bien te dice el doctor son equipos interdisciplinarios según el tipo de programa, y tenés que evaluar el nivel de intervención. Ahora, quién se ajusta o no se ajusta a esos lineamientos, es otra historia*

*-¿y quién evalúa que se cumplan o no se cumplan?*

*-Y, el jefe...el jefe del centro...pero por eso depende de quién esté a cargo”(fragmento de entrevista grupal, MS\*)*

**Documentos:**

Se anexan a continuación convocatorias de los meses de septiembre y octubre del 2009, en el marco de la movilización contra el pretendido cierre de Hospitales Monovalentes de Salud Mental

## COLECTIVO 448 DE SALUD MENTAL

*“La salud mental es “un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio- cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo”. (Ley de Salud Mental 448)*

### Ante

- El incumplimiento de la Ley 448 de Salud Mental por parte del Gob. de la Ciudad de Bs. As.
- La paulatina desatención de las distintas problemáticas psicosociales
- La desjerarquización de la Dirección General de Salud Mental
- La mercantilización de las prácticas y las políticas
- La abusiva utilización de los psicofármacos
- El desmantelamiento del Hospital Público
- La crisis socio-económica que impacta en la salud mental

### Nos planteamos

- ¿Qué está pasando con la salud mental de la ciudad?
- ¿Qué necesitamos y queremos los ciudadanos para nuestra salud mental?
- ¿Cómo transformar una salud mental en retroceso?

### Por eso

- Para salir de los encierros
- Para abrir la mente a las distintas perspectivas
- Para encontrar juntos los caminos hacia un verdadero cambio de la Salud Mental
- Porque defendemos una salud mental pública, gratuita e interdisciplinaria

Invitamos a todos los ciudadanos a conformar el  
COLECTIVO 448 DE SALUD MENTAL

Un espacio de reflexión y acción política por una salud mental para todos

SABADO 26 DE SEPTIEMBRE DE 2009

10.30 hs.

“Salón Consular II” - Primer Piso

Bauen Hotel - Av. Callao 360

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

*[Sigue la firma de instituciones y profesionales adherentes]*

## EL GOBIERNO DE LA CIUDAD TIENE UN PLAN PARA TU SALUD MENTAL ...

### ¿SABES QUE ES LO QUE PRETENDEN HACER?

- ABRIR 10 MINIMANICOMIOS PARA ENCERRAR AL QUE LES PAREZCA “LOCO”
- CERRAR LOS ACTUALES MANICOMIOS Y USAR LOS TERRENOS COMO NEGOCIO INMOBILIARIO
- DEJAR EN LA CALLE A MUCHAS DE LAS PERSONAS ALLÍ INTERNADAS
- REDUCIR LA CANTIDAD DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL NECESARIOS PARA BRINDAR AYUDA A QUIEN LA NECESITA
- ELIMINAR LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIA
- IMPEDIR LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE QUIENES ATRAVIESAN UN PADECIMIENTO MENTAL
- CREAR UN SISTEMA QUE FAVOREZCA DAR MEDICACIÓN EN GRANDES CANTIDADES EN LUGAR DE OFRECER OPORTUNIDADES DE ALIVIO MAS CREATIVAS
- EXCLUIR DEL MEDIO SOCIAL A LAS PERSONAS AFECTADAS POR UN TRASTORNO MENTAL
- ATENTAR CONTRA EL DERECHO A LA EDUCACIÓN EN SALUD PARA TODAS LAS PERSONAS
- ENTORPECER NUESTRA AUTONOMIA PARA PODER PARTICIPAR, CONOCER Y OPINAR SOBRE LAS MEJORES ALTERNATIVAS PARA NUESTRA ATENCIÓN Y BIENESTAR.

### ¿SABES QUE LES DICE LA LEY 448 DE SALUD MENTAL QUE TIENEN QUE HACER Y NO HACEN?

- QUE LAS PERSONAS QUE LO NECESITEN, SEAN ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES GENERALES Y LOS CENTROS DE SALUD MAS CERCANOS A SU DOMICILIO
- QUE LAS INTERNACIONES SEAN BREVES Y EL ULTIMO RECURSO A TOMAR
- QUE LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS SEAN LA PRINCIPAL FORMA DE ATENCIÓN
- QUE LAS PERSONAS PUEDAN RECUPERAR SU VIDA SOCIAL Y FAMILIAR
- EDUCAR A LA GENTE PARA QUE PUEDA ENTENDER MAS SOBRE LA SALUD MENTAL
- QUE TODOS PODAMOS RECIBIR LA MEJOR ATENCIÓN POSIBLE Y QUE SEA GRATUITA
- QUE PODAMOS DISPONER DE PROFESIONALES SIN DEMORAS INTERMINABLES Y SIN SER REBOTADOS DE UN LUGAR PARA OTRO
- QUE LA REHABILITACIÓN SEA UNA PRIORIDAD Y NO UN MILAGRO
- QUE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL NO SEAN DECRETADAS POR EL GOBIERNO DE TURNO PARA PODER HACER NEGOCIOS CON LOS AMIGOS

**EL GOBIERNO DE LA CIUDAD TIENE UN PLAN PARA TU SALUD MENTAL ... PERO VOS PODES EXIGIR EL QUE MARCA LA LEY.**