

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

TRABAJO INTEGRADOR FINAL
MODALIDAD: INVESTIGACIÓN

TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL: HABITANDO LOS INTERSTICIOS

ESTUDIANTE: Bartel, Martina // martinabartel322@gmail.com
DIRECTORA: Coll, Laura // colllaura76@gmail.com

Rosario, julio 2026

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por acompañarme en cada etapa de este recorrido. Por confiar en mis decisiones y por sostenerme con amor durante todos estos años. En cada logro mío hay también algo de ustedes.

A mis amigas, su cariño es lo que más valoro en este mundo. No creo poder agradecérselos nunca, pero espero que inmortalizar mi amor por ustedes en esta página sea un comienzo.

A mis tutoras de prácticas, que hicieron de mi trayectoria por el centro de salud un espacio de aprendizaje, de alegría y de comprensión. Me inspiraron, sembraron en mí la semilla de la duda e hicieron posible la realización de este trabajo.

A Laura, mi directora, por su acompañamiento, compromiso y generosidad a lo largo de este proceso.

A la educación pública, que me crió, me vio crecer y me acompañó toda mi vida.

Al trabajo social, que no solo me dio sueños, esperanza y un camino a seguir, sino que también me permitió construir vínculos y experiencias que me enseñaron más que cualquier libro y que me permitieron creer que un mundo distinto es posible.

RESUMEN

El presente Trabajo Integrador Final se realiza en el marco de la finalización de la Licenciatura en Trabajo Social y se centra en un análisis y reflexión acerca del dispositivo de salud mental que funciona en la guardia del Policlínico San Martín de la ciudad de Rosario, espacio en el cual se desarrollaron mis prácticas profesionales en el año 2022. A partir de esto, se intenta problematizar la configuración que adquiere el trabajo social en el dispositivo mencionado, recuperando las tensiones y disputas en las que se inserta.

AGRADECIMIENTOS 2

RESUMEN 2

INTRODUCCIÓN **5**

CAPÍTULO 1: LA GUARDIA DEL POLICLÍNICO SAN MARTÍN: TERRITORIO Y CUIDADO **7**

SALUD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL 7

BREVE DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO 8

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: CONCEPTO EN DEBATE 9

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA LOCURA 10

POLICLINICO SAN MARTIN: IDENTIDAD Y MEMORIA DE UNA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA 11

CAPÍTULO 2: DESMANICOMIALIZAR LA URGENCIA **19**

PANDEMIA: DEBATES EN CONTEXTO DE URGENCIA 19

CONSTRUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN DEl DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL 19

Memoria institucional 20

El concepto de dispositivo 22

El dispositivo de salud mental: consolidación y desafíos actuales 25

¿QUÉ SIGNIFICA DESMANICOMIALIZAR? 29

CAPÍTULO 3: TRABAJO SOCIAL EN SALUD: SENTIDOS, PRÁCTICAS Y DISPUTAS **36**

TRABAJO SOCIAL, SALUD Y MEDICALIZACIÓN 36

SALUD MENTAL E INTERDISCIPLINA 37

TRABAJO SOCIAL: HABITANDO LOS INTERSTICIOS 40

REFLEXIONES FINALES **49**

REFERENCIAS **51**

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final se realiza en el marco de la finalización de la Licenciatura en Trabajo Social. El mismo surge a partir de mis prácticas profesionales del año 2022, cuando tuve la posibilidad de transitar por el Policlínico San Martín. Esta experiencia me permitió tener un acercamiento al trabajo desarrollado en su guardia y conocer la intervención del dispositivo de atención en salud mental que allí se despliega.

A partir de mi experiencia, mi tránsito por el efector y los debates construidos junto a mis tutoras de prácticas, emerge mi interés por problematizar el abordaje de la salud mental en la institución e interrogar el rol del trabajo social en el dispositivo mencionado, recuperando las tensiones y disputas en las que se inserta.

El objetivo general de este trabajo es analizar cómo se configuró la intervención del trabajo social en el dispositivo de salud mental de la guardia del Policlínico San Martín en el período comprendido entre el 2020 y el 2024. Interrogación que guió mis análisis y reflexiones. Para poder dar cuenta de este objetivo se presentan los siguientes objetivos específicos:

- Analizar las características que poseía la guardia del Policlínico San Martín en el período comprendido entre el 2020 y el 2024.
- Analizar cuáles son las características que tuvo el dispositivo de atención de salud mental en la guardia del Policlínico San Martín en el período comprendido entre el 2020 y el 2024.
- Indagar en las características que tuvo la intervención del trabajo social en el dispositivo de atención de salud mental en la guardia del Policlínico San Martín en el periodo comprendido entre el 2020 y el 2024.

El recorte temporal es definido en base a que el año 2020 es el momento del surgimiento del dispositivo, lo que conlleva que ciertas formas de intervención acordes a la Ley de Salud Mental son institucionalizadas y legitimadas en el efector. Por su parte, el año 2024 es el momento en el que comienza a delinearse la idea del presente trabajo, pero esta selección no deja afuera preguntas y desafíos actuales.

El presente trabajo adopta una metodología cualitativa para intentar dar respuesta al interrogante planteado. Se nutre de dos tipos de fuente. Por un lado, de fuentes primarias a través de entrevistas a las profesionales de la institución y de la recuperación de mi cuaderno

de campo. Por otro lado, de fuentes secundarias, a través de la lectura e indagación de bibliografía pertinente para abordar el tema elegido y relacionar las producciones anteriores con la propia.

El escrito se organiza en tres capítulos. El primer capítulo se propone presentar la institución y a abordar ciertos ejes fundamentales para su contextualización y como introducción para el desarrollo de los análisis posteriores. Haciendo énfasis en el campo de la salud, la Atención Primaria de la Salud, los procesos de manicomialización y en la historia del Policlínico San Martín. El segundo capítulo pretende situar el dispositivo de atención en salud mental, recuperando las tensiones y disputas en las cuales se inscribe y se desarrolla. Por último, el tercer capítulo se orienta a dilucidar el rol del trabajo social (tanto el asumido como el esperado) en el contexto del dispositivo de guardia, la interdisciplina en el campo de la salud mental y los desafíos actuales que atraviesan las prácticas profesionales.

A lo largo de los distintos capítulos se recuperan especialmente los discursos y reflexiones de las entrevistadas, reconociéndolas como un insumo fundamental para la realización de este trabajo.

CAPÍTULO 1: LA GUARDIA DEL POLICLÍNICO SAN MARTÍN: TERRITORIO Y CUIDADO

SALUD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Lo que se entiende por salud no responde a una definición única y acabada. Su concepción y, por consiguiente, cuál es su abordaje, se ha ido redefiniendo a lo largo de la historia. Es una construcción social, que se estructura a partir del escenario en el que se desarrolla, por lo que la fragmentación social, la incertidumbre y las desigualdades sociales, propias de nuestras sociedades, no solo aparecen como factores causales de los problemas de salud, sino que los constituyen y necesariamente dialogan con la intervención en lo social, las políticas sociales y las tramas socioculturales (Carballeda, 2012).

Es así como, las problemáticas de salud son y han sido abordadas a través de diversas formas de atención. Sin embargo, analizar a la salud como campo, en términos de Bourdieu, nos lleva a pensar a la disciplina médica como aquella que históricamente ha poseído mayor autoridad en la atención de la salud. De acuerdo con Menendez (2005), el saber, los discursos y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes y prácticas. Las instituciones médicas han intentado históricamente negar o secundarizar el papel de los sujetos y de las condiciones sociales en el proceso salud–enfermedad, imponiendo una mirada médica única, objetiva, tecnocrática y científica.

Carballeda (2012), entiende a la salud y a la enfermedad como un proceso y sostiene que esto implica "aceptar que este se constituye como expresión de una serie de tramas complejas que dialogan con diferentes formas de devenir tanto en lo político, económico, demográfico, sociocultural y medioambiental. Así, la salud y la enfermedad pueden ser entendidas como un proceso histórico y social" (p.3).

La institucionalización del derecho a la salud en Argentina es el resultado de una compleja construcción, que no ha seguido una trayectoria lineal u ordenada ni puede entenderse como un avance evolutivo, donde el rol asumido por el Estado y la sociedad ha ido redefiniéndose, privilegiando ciertas acciones en desmedro de otras.

En términos de Tobar (2012):

> las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para resolver los problemas de salud. Una

> política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir que rol desempeña el Estado en salud. (2012, p.2)

Nuestro país transcurrió diversos procesos en materia de salud. Desde períodos en los que la salud registraba una leve presencia en las políticas públicas, en tanto no era considerada un problema público, sino privado, hasta momentos históricos en donde el gobierno asumió una amplia variedad de funciones en el área, entendiéndola desde una lógica más cercana a la medicina social. Es a mediados de la década de 1940, que el Estado comienza a asumir un rol central en términos de planificación, regulación y desarrollo de políticas públicas en salud, dando un fuerte impulso a la salud pública, pero en convivencia con el desarrollo de otros actores como los sindicatos y la medicina privada (Defensoría de la Provincia de Santa Fe, 2019).

BREVE DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

El sistema de salud puede ser comprendido, según Tobar (2012), como la respuesta social organizada para los problemas de la salud de la población. Incluye la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Debido a su complejo desarrollo, construido por la disputa de diversos actores sociales, el sistema de salud de nuestro país tiene un rasgo particular, su alto grado de fragmentación. En él coexisten tres subsistemas particulares: el público, el privado y el de la seguridad social.

Esta fragmentación implica la coexistencia de distintas reglas, lógicas y dinámicas de funcionamiento, de financiamiento y de provisión de atención y de medicamentos. Lo que se traduce en profundas desigualdades debido a la amplia distancia que existe entre la calidad, la accesibilidad y los tiempos de las atenciones entre los distintos subsistemas. A su vez, con la descentralización en el ámbito sanitario, cada provincia y municipio responde de distintas maneras, generando diversos modelos locales con resultados muy heterogéneos, profundizando las diferencias territoriales y generando respuestas fragmentadas.

La diversidad interna del sistema y su heterogeneidad se constituye en uno de sus principales problemas. Siguiendo a Acuña y Chudnovsky (2002), podemos afirmar que la heterogeneidad en su interior, su falta de coordinación y articulación, no sólo entre los distintos subsistemas, sino que también dentro de cada uno de ellos, impiden la conformación de un sistema “formal” de salud.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: CONCEPTO EN DEBATE

El modelo de atención en salud de la ciudad de Rosario se estructura a partir de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), estrategia que sigue abriendo debates y discusiones hasta el día de hoy. En 1978, casi todos los países del mundo se reunieron en Alma Ata, convocados por UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, concluyendo con la propuesta "Salud para Todos en el año 2000" y se estableció a la APS como el modelo a desarrollar para alcanzar ese horizonte, estrategia a la que adhirió el Estado argentino (Ase y Burijovich, 2009).

La Atención Primaria de la Salud fue definida en un primer momento por la Declaración de Alma Ata en 1978 como:

> la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (...) Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 1978)

Fueron múltiples las resistencias y obstáculos que surgieron para concretar la APS de la manera en la que fue planteada inicialmente en Alma Ata. La década de 1990 se desarrolló en un contexto atravesado por las consecuencias políticas, sociales y económicas heredadas de la última dictadura militar, lo que derivó en una profunda crisis estructural. Esta situación impactó directamente en las condiciones de vida y, por lo tanto, de la salud. "El objetivo de mercantilización extrema de la salud requirió de un borramiento de la idea de derechos sociales y, por derivación, de derechos humanos" (Stolkiner, 2010, p. 94).

En el año 1994, los instrumentos internacionales de derechos humanos adquirieron jerarquía institucional y a partir de los primeros años de la década del 2000, comenzaron a ser implementados en nuestro país, marcando un punto de inflexión e inaugurando un nuevo marco normativo orientador de las políticas públicas de nuestro país. Es en este escenario político, precisamente a partir del año 2003, que la OPS y la OMS avanzaron en un nuevo proceso de

debate y de reconceptualización, apostando a renovar el compromiso con los principios originales de la estrategia de APS (Ase y Burijovich, 2009).

De este modo, se reinstala en el plano internacional la APS como una estrategia que debe estar basada en una perspectiva integral del proceso de atención de la salud y se insiste en que es la manera más adecuada de garantizar el derecho a la salud de manera universal e igualitaria (Ase y Burijovich, 2009).

En sintonía con estos lineamientos, y en el marco de los procesos de reforma y reconfiguración del sistema de salud, la Provincia de Santa Fe asume que la Atención Primaria de la Salud no se limita al primer nivel de atención, ni a un conjunto determinado y acotado de problemas de salud, sino que es la estrategia que *vertebra* a toda la red de servicios y efectores de salud, a fin de garantizar el derecho a la salud.

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA LOCURA

En 1978, cuando se encontraban discutiéndose en Alma Ata los principios de la Atención Primaria de Salud, "los procesos de reforma psiquiátrica se encontraban en curso en varios países capitalistas desarrollados" (Stolkiner y Solitario, 2007, p. 127). En ese mismo año se promulga en Italia la Ley 180 (también conocida como "Ley Basaglia") que ha representado una conquista en términos de posibilidades de lograr un cambio radical de todos aquellos actores que han sido parte de la transformación de la lógica manicomial y un reconocimiento de los derechos humanos y de la salud mental (Stolkiner y Solitario, 2007).

El discurso y la lógica manicomiales no se dan en forma aislada, por el contrario, atraviesan el imaginario social y el sentido común, reproducen continuidades de esos modos de comprender la locura y las formas que adopta su gestión institucional. El encierro en asilos y hospitales fue la respuesta del Estado y de la sociedad, para separar a todos los que alteraban el orden establecido, o a quienes se desviaban de lo que era considerado normal para una época determinada (Bayón, 2000). Podemos afirmar, siguiendo a Galende (1990), que es a partir del siglo XVI que se extiende una conciencia social de encierro y aislamiento como solución para tratar las enfermedades que azotaban Europa. Posteriormente, otros grupos comienzan a ser objeto de esta política de exclusión y empiezan a ser recluidos.

En 1656, se crea por decreto en Francia el Hospital General, proceso que Foucault denomina "El gran encierro", en un contexto en el que la iglesia junto a otras instituciones ya había

consolidado una lógica de segregación de la pobreza. Bajo la figura del Hospital General se crearon distintas instituciones en las cuales en poco tiempo se encerró a diversas poblaciones, los considerados inútiles y prescindibles para la sociedad. “Se puede introducir la categoría de lógica manicomial como aquella lógica imperante en el marco del modelo asilar, en donde las condiciones del asilo promueven un aplastamiento subjetivo, ya que el loco es tomado no como sujeto sino como objeto” (Martínez, 2025, p.114).

> El capitalismo naciente, que en su normativización de la vida de los individuos impone sus condiciones de normalidad y error, encierra y excluye la locura junto con todo lo que, en los márgenes de la nueva relación social, se transforma en desecho inútil. (Galende, 1990, p. 125)

En el siglo XVIII, con la consolidación del capitalismo y la medicina, los médicos ya encuentran a los locos encerrados, situación que no es cuestionada ni problematizada, sino que es legitimada. Se produce, lo que Galende (2006) denomina como, la medicalización de la asistencia. Los locos pasan, de esta forma, a ser considerados enfermos. “Locura y pobreza, marginalidad y encierro, aislamiento y control, hacen que la ecuación locura internación tenga un cierto estatuto natural en la consciencia de la sociedad y también en la de los médicos que vendrán a ocuparse de ella” (Galende y Kraut, 2006, p.31).

Es a partir del siglo XX, que la psiquiatría y el papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico comienzan a ser cuestionados, en el marco del surgimiento de múltiples denuncias acerca del trato y de la situación de la reclusión manicomial

Es posible encontrar una confluencia entre estos dos movimientos, el de la estrategia de APS y la reforma psiquiátrica italiana. Ambas corrientes convergen en un desplazamiento del modelo centrado en la enfermedad y el control, hacia una lógica de cuidado que reconoce a los sujetos como portadores de derechos y promueve intervenciones integrales en el territorio. De este modo, las transformaciones impulsadas por estos procesos pueden ser comprendidas como movimientos orientados a desarticular lógicas históricas de exclusión y a sostener prácticas comunitarias.

POLICLINICO SAN MARTIN: IDENTIDAD Y MEMORIA DE UNA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA

En este entramado de transformaciones y en el marco de disputas por la construcción de prácticas más integrales y situadas se inserta la intervención del Policlínico San Martín, un

efector de salud dependiente de la Municipalidad de Rosario y ubicado en la zona noroeste de la ciudad, en el Barrio Belgrano. Este se encuentra cerca de la Circunvalación 25 de Mayo y limita con seis otros barrios: Larrea y Empalme Graneros al norte, Ludeña al noroeste, Azcuénaga al este, Villa Urquiza y Godoy al sur y Antártida Argentina al oeste. Es uno de los barrios que originariamente fueron pueblos separados de Rosario y fue fundado en los años 80 del siglo XIX con el nombre de "Eloy Martínez". Luego de su incorporación a Rosario, se lo denominó "Barrio Vila". Finalmente, en 1910, con motivo del Centenario de la Revolución de Mayo, comenzó a llamarse "Barrio Belgrano". (Nuestra Ciudad, 2016)

En "el San Martín" coexisten el Primer Nivel de atención con el Segundo Nivel o un Nivel de Especialidades como ecografía, eco cardio, rayos y un Servicio de Guardia de 24 horas.

Según Baremblitt (2005), las instituciones son "árboles de decisión", es decir,

> una serie de prescripciones, prohibiciones y de opciones indiferentes, que guían la vida social, de manera consciente o no. Esas prescripciones para la toma de decisiones, son al mismo tiempo lógicas, éticas, estéticas, etc., es decir que se plantean de acuerdo con valores que definen lo que es verdadero o falso, lo que es justo o injusto, lo que es bello o feo, etc. para las sociedades en cuestión. Desde luego, esas prescripciones y decisiones adquieren modalidades específicas, políticas, económicas, culturales, etc. en cada campo de la vida social. (p. 33)

Para referirnos a una institución, es necesario revisitar su historia y recuperar los procesos que la configuraron, la orientaron y la transformaron en lo que es en la actualidad. Las prácticas institucionales y los discursos que las sostienen conforman un entramado dinámico, que se produce a partir de la interacción de diversos actores sociales y que se construye y reconstruye en estrecha relación con los contextos políticos, históricos y sociales en los que la institución se inscribe.

El origen del Policlínico se encuentra ligado a la participación activa de actores barriales organizados, cuya intervención e incidencia resulta central para comprender su proceso de conformación. Retomando a Kaminsky (1990), las instituciones pueden ser pensadas como los enclaves en los que se articulan la microfísica de las relaciones sociales y la macrofísica de las operaciones individuales. La vida de los sujetos en sociedad es la experiencia de su tránsito por ellas, es allí donde se producen y circulan. Conocemos a las instituciones porque las hemos vivido, las vivimos y las vamos a seguir viviendo. Al vivirlas las vamos conociendo, pero

también las vamos aceptando, criticando o padeciendo. Las aceptamos, pero también las criticamos y las queremos cambiar. Están compuestas por lo que son, por lo que no son y por lo que creen que son. Lo imaginario y lo simbólico son tan constitutivos de lo institucional tanto como los muros que la constituyen. (Kaminsky,1990) En este caso particular, si bien el proyecto se inscribe en decisiones de política pública, su concreción y crecimiento estuvo fuertemente impulsado por las demandas y acciones de la población del territorio.

Tal como señala Kaminsky (1990), "todo habla en las instituciones en la medida en que lo sepamos escuchar" (p.30), lo que permite reconocer que los procesos instituyentes, las disputas y las prácticas sociales que atraviesan al Policlínico San Martín forman parte constitutiva de su historia y de su sentido.

Hacia fines de la década de 1920, se produce la cesión a la Municipalidad de Rosario, por parte de los sucesores del Dr. Martín de Alzaga, de un predio destinado a la construcción de un hospital de clínica médica, cirugía y maternidad. Para este fin, la administración municipal dispuso en el año 1932 la creación de un impuesto especial al fútbol, cuya recaudación sería destinada a financiar la obra. [1]

No obstante, en el año 1935, es advertido por la Asociación Vecinal de Barrio Belgrano el riesgo de pérdida del terreno, debido a que no se realizaban obras que justificaran su posesión. Es a partir de esta situación, que se inicia una intensa campaña con la participación activa de los vecinos del barrio, la cual dio visibilidad a la demanda y logró inscribirla en la agenda pública de la ciudad. Como resultado de este movimiento, el intendente de ese momento, Miguel Culaciati, autorizó la construcción de una Sala de Primeros Auxilios y un Dispensario en el terreno.

Asimismo, la Asociación Vecinal de Barrio Belgrano constituyó en 1936 una subcomisión "Pro-Hospital", la cual tuvo como objetivo obtener y organizar recursos como materiales de construcción, útiles y muebles, así como impulsar la presentación de un proyecto ante el Congreso Nacional. Esto significó un aporte fundamental para sostener y dar continuidad al proceso de institucionalización del Policlínico. Recién en 1941, se obtuvo el financiamiento necesario para el comienzo de las obras y a fines del mismo año se realizó un acto de inauguración con la presencia del ministro de Salud Pública de la Nación.

[1] La información acerca del emplazamiento del Policlínico se encuentra referenciada en una placa situada en el sector de enfermería de la Institución.

En la década de 1990, se llevó adelante en nuestra ciudad una estrategia en torno a la atención de salud que se diferenció de las desarrolladas en el mismo período por el ámbito nacional y el provincial. El gobierno municipal definió una orientación política destinada a recuperar y fortalecer el rol del Estado.

De acuerdo con Báscolo e Yavich (2010), anterior a este periodo, el trabajo en APS era concebido como sinónimo de desprestigio profesional, simple, rutinario y sin interés científico. Desde una mirada hospitalocéntrica, los centros de salud tenían como objetivo constituirse en la puerta de entrada al sistema de salud de la población definida como "marginal" y en orientadores hacia el "hospital base". El trabajo interdisciplinario era excepcional y la capacidad organizativa y reconocimiento de los trabajadores del primer nivel de atención eran bajas.

Las transformaciones se inician en el año 1989, cuando la gestión local prioriza a la salud pública en su agenda de gobierno. Dicho proceso se sostiene y se profundiza a partir del año 1995, cuando Hermes J. Binner asume la intendencia y le otorga un lugar central en términos políticos y financieros a la Secretaría de Salud.

Así, según Jiménez (2009), el gobierno de nuestra ciudad redefinió la articulación de los efectores municipales de salud según nuevos perfiles de atención y servicios, con el horizonte de conformar una red de servicios integral e integrada. A partir de esta reorientación, se estableció que la red de efectores comenzaría con los Centros de Atención Primaria, intentando mejorar la accesibilidad y recuperar capacidad, buscando territorializar la atención e intervenir en los problemas barriales concretos. Su objetivo consistió en consolidar un sector de salud pública articulado y sustentado en una perspectiva integral, orientado a dar respuesta a una demanda creciente en un contexto socioeconómico complejo y desigual, ordenando, referenciando y territorializando la atención.

"La búsqueda de consensos, la convocatoria, la generación de vínculos y de canales para la participación de los diferentes sectores, fue la estrategia más importante de la gestión rosarina en salud para consolidar la incorporación de nuevas iniciativas" (Jiménez, 2009, p. 218).

En este contexto, el Policlínico San Martín pasó a ser redefinido como Centro de Salud, por lo tanto, la guardia y los médicos especialistas no eran necesarios en su esquema. Sin embargo, esto no fue aceptado pasivamente por el barrio. El protagonismo de los vecinos persistió en el tiempo, volvieron a movilizarse y lograron sostener el funcionamiento de ambos servicios.

La acción y resistencia comunitaria frente a este intento de reconfiguración permite dar cuenta del valor social, político y simbólico que la población le atribuye al Policlínico como dispositivo de atención y cuidado. Principalmente la permanencia de la guardia, la cual se constituye como un actor clave en el territorio, debido a que es concebida por el barrio como un pilar y sostén fundamental, asociado a la presencia y disponibilidad continua del Estado.

En un contexto en el que la presencia del Estado en los barrios suele venir acompañada de la policía, la criminalización y la violencia, el sostenimiento de 24 horas de atención para la población en el territorio significa la materialización de una presencia estatal desde el cuidado y permite el fortalecimiento de lazos y redes sociales e institucionales que buscan romper con la lógica individualista, de control y de desamparo.

Para responder a los interrogantes propuestos y dentro de las definiciones metodológicas asumidas, se realizaron cuatro entrevistas a cuatro profesionales que han sido parte, en distintos momentos, del dispositivo analizado. Las mismas serán identificadas y citadas a lo largo del trabajo en relación a su profesión: trabajadora social 1[2], trabajadora social 2, psicóloga y psiquiatra.

El lugar que la población le otorga al Policlínico emerge en el discurso de la trabajadora social 2: "*Hay memorias institucionales. De hecho, fíjate, el año que viene cumple 90 años este lugar y todavía hay comisiones de vecinos que están acompañando los procesos. Entonces, hay como un origen distinto a una creación de un hospital, si bien de decisión política, pero decisión de autoridades. Se gestó distinto. Y la guardia siempre fue una guardia más accesible de las otras guardias hospitalarias. Eso dicho por las mismas personas que vienen y acuden. En otras guardias están horas esperando la atención. Es una guardia más activa, tal vez por una construcción más de cercanía con la población. Sí, me parece que tiene que ver con esta memoria más institucional"* (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

En este sentido, la historia y constitución "del San Martín" se encuentra profundamente atravesada por las demandas de una población que ha resistido para que sus derechos sean reconocidos, garantizados y sostenidos en el tiempo, a través de una atención de calidad, en sintonía con los principios de la Atención Primaria de la Salud. La participación social en salud

[2] Trabajadora social que no se encuentra trabajando actualmente en la institución pero que sí formaba parte del equipo en el momento de constitución del dispositivo.

implica oponerse a lo instituido, supone cuestionar lo dado y la verticalidad de la toma de decisiones (Menendez, 1995).

Como expresa Ana Arias (2013), lo territorial no es simplemente un ámbito de implementación de políticas, sino también una forma de la política. Lo territorial es, asimismo, una lógica, un conjunto de intereses y una manera de pensar la acción. Es un espacio habitado, un lugar donde se desarrollan las relaciones sociales, es el escenario de lo cotidiano y de lo comunitario y por esto es habitado, recordado y narrado. “No solo transitamos los territorios, los llevamos puestos” (Spataro, 2008, p. 5). Es en los territorios donde se concentra la memoria, la historia, las resistencias, los conflictos, y es donde a su vez emergen las posibilidades de intervención. El territorio aparece como un espacio de resistencia, de construcción y resignificación de lazos sociales.

En este sentido, Francis Dubet (2002), expresa y plantea que la institución tiene la capacidad de instituir y socializar, es definida por su capacidad de hacer advenir un orden simbólico y dar forma a un sujeto ligado a ese orden. Las instituciones inscriben una cultura en la subjetividad de los individuos, porque institucionalizan valores y símbolos. Según Enriquez:

> las instituciones, en la medida en que inician una modalidad específica de relación social, en la medida en que tienden a formar y socializar a los individuos de acuerdo con un patrón específico y en que tienen la voluntad de prolongar un estado de cosas, desempeñan un papel esencial en la regulación social global. (1987, p. 84)

Las instituciones regulan la incorporación de los individuos a un universo de valores, a la vez que producen sentidos, crean una cultura, normas particulares y marcos ideológicos que operan como principios ordenadores tanto de la vida física como de la vida subjetiva y social de los individuos.

Los centros de salud, analizados a través de esta lógica, no son simplemente edificios y no están dirigidos a atender demandas clínicas individuales, son instituciones de referencia, habitadas, socializadoras y formadoras, donde se construyen lazos sociales y se fortalecen redes comunitarias. Están orientadas por las necesidades de una comunidad en particular e inscriptas en tramas culturales, sociales y territoriales singulares. Desde el enfoque de derechos, la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad. La salud es política, en tanto tiene que ver con la presencia de la disrupción, del conflicto y del cuestionamiento de los sentidos dominantes. Es

resultado de disputas, de relaciones de poder, de decisiones estatales y de la acción de la comunidad, más que un bien de consumo o una atención técnica y aislada.

Esta trayectoria de luchas vuelve a redefinirse en el año 2019, cuando, a 81 años de su creación, el Policlínico San Martín inauguró un nuevo espacio destinado a la guardia, ampliando su superficie de 80 a 500 metros cuadrados, posibilitando la incorporación de una sala de internación. A partir de esta transformación, comenzó a estar conformada por un equipo integrado por cuatro médicos generalistas o clínicos, un pediatra y un amplio cuerpo de enfermería.

La admisión en la guardia es realizada por enfermería, no hay personal administrativo que reciba la demanda. Según la trabajadora social 2, *"Así que son médicos generales, un pediatra y después un equipo importante de enfermería, que es la que también hace la admisión. No hay administrativos que hacen la admisión, sino los propios enfermeros que ahí tienen una escucha distinta y pueden despejar y bueno, a veces es para la intervención de enfermería. Incluso si es para intervención de enfermería, llaman a alguno de los médicos, observan y les dan las pautas y enfermería actúa" (*Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

Asimismo, el equipo de guardia está constituido por el director del Policlínico, subdirectora y jefa de centro. La subdirectora es a su vez, en palabras de la trabajadora social 2, *"la que tiene como cierta coordinación y es la que trabaja mucho en relación al cuadrillé del esquema de coberturas de la guardia"* (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

El espacio de la guardia cuenta con cuatro camas de internación y una habitación apartada, dedicada a las enfermedades infectocontagiosas o para personas que, por algún motivo, requieren de limitar el contacto hacia los demás. Según la psicóloga del dispositivo, la guardia "del San Martín" *"es un lugar pequeño. Es un lugar que no tenés una sala y no tenés trabajadores de sala como en cualquier hospital. Tenés los mismos trabajadores que atienden las internaciones. Porque como este lugar es una guardia pequeña, se supone que las internaciones son de baja complejidad y breves. Cosa que no requiere ni de tecnología médica más avanzada, ni de tanto tiempo de internación"* (Psicóloga, comunicación personal, 2026).

La ampliación en el año 2019, fue la expresión de una decisión política que tuvo como objetivo fortalecer la capacidad de respuesta del efector desde una lógica territorial, con el propósito de que las personas que anteriormente tenían que tomar dos colectivos para ir a atenderse al Hospital Vilela o al Carrasco, pudieran encontrar una respuesta en su propio barrio.

Revalorizando la importancia del anclaje territorial de la institución en la garantía del derecho a la salud.

La historia del Policlínico San Martín refleja que el derecho a la salud es un derecho que se conquista y se construye con sujetos concretos, con sus demandas y necesidades. Inscripto en un sistema de salud fragmentado, la guardia del Policlínico logró sostenerse y fortalecerse con el paso del tiempo gracias a su barrio y a una comunidad que "lleva puesto" su territorio, que lo habita y logra reconocerlo como propio. "En esta perspectiva 'social', el territorio es el escenario de lo cotidiano, de lo comunitario, del despliegue de la vida misma" (Arias, 2013, p. 2).

CAPÍTULO 2: DESMANICOMIALIZAR LA URGENCIA

PANDEMIA: DEBATES EN CONTEXTO DE URGENCIA

Un año después de la transformación y reconfiguración de la guardia Policlínico San Martín, irrumpe la pandemia mundial del Covid-19, planteando grandes desafíos materiales, sociales y éticos. Su emergencia transformó de manera abrupta el orden mundial, la vida cotidiana y, especialmente, nuestro sistema de salud. Se caracterizó por ser un período signado por la inestabilidad, que impuso condiciones que exigieron una reflexión acerca de las prácticas y los saberes.

El Covid-19 no fue democrático. Si bien la crisis sanitaria en Argentina alcanzó a todo el país, sus efectos no fueron iguales para todos. Las consecuencias sociales y económicas de la pandemia profundizaron las condiciones de vulnerabilidad social preexistentes en nuestro país. Lo que existió fue un virus que actuó en contextos específicos y produjo efectos que pusieron de manifiesto las diferencias e inequidades de las condiciones de vida, de trabajo y de reproducción social. (Iriart, 2020) De esta manera, se evidenciaron e intensificaron las desigualdades y las fragilidades de las instituciones públicas, que se vieron obligadas a reconfigurar rápidamente sus modos de intervención para poder responder a las necesidades de este escenario inesperado y disruptivo.

CONSTRUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN DEL DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL

En este contexto, surge el dispositivo de salud mental en el que nos centramos en el presente trabajo. En este período, marcado por una situación de urgencia social y sanitaria, se registró un gran aumento de demandas y de internaciones en los efectores públicos de salud. Ante esta necesidad de respuesta, la mayoría de los gobiernos tomó medidas sin precedentes en su magnitud, como fueron la concentración de los recursos de los sistemas de salud para la atención del COVID-19 y el aislamiento y el distanciamiento social generalizado como formas de prevenir el contagio. En este contexto, la prioridad estaba muy clara, los efectores de salud de la red debían abocarse en atender lo orgánico.

Frente a esta situación, se instauró la necesidad de construir un espacio específico que pudiera alojar las urgencias de salud mental, denominadas como “crisis subjetivas”, de una manera adecuada, digna y acorde a los principios de la Ley Nacional de Salud Mental.

Desde la Dirección de Salud Mental comenzó a delinearse la propuesta de que la guardia del Policlínico San Martín tuviese una lógica *diferenciada* de las de los demás efectores. Es en este marco que comenzó a posicionarse como una institución que tenía posibilidades de brindar apoyo a los centros de salud de dependencia municipal. Debido a que, por su baja complejidad, no era un espacio que estuviera destinado a atender la crisis del COVID-19, al menos, en un inicio.

El Policlínico funciona de referencia como corredor de especialidades para distintos Centros de Salud: el Ugarte, el Rosello, el Emaús, el Débora Ferrandini y el Santa Lucia. En correlación, el objetivo, según expresa la trabajadora social 1, era construir una red de atención, *"la idea era hacer un armado con los centros de salud. Que cuando necesitaran presentar situaciones tengan mayor accesibilidad, que a veces los hospitales generales, por todo este flujo de problemáticas y de demandas de salud de otros niveles y otros tipos no hay tanta cercanía"* (Trabajadora social 1, comunicación personal, 2025).

Por un lado, por su anclaje territorial, el Policlínico era un efector que permitía mayor accesibilidad y cercanía tanto con la población como con los demás efectores. Y por el otro, la reciente ampliación e inauguración del nuevo espacio de guardia, con nuevas herramientas y recursos para la atención, la posicionó como una institución apropiada para albergar el proyecto, dándole, al mismo tiempo, un impulso a dicho espacio. "*Entonces como el Policlínico dentro del territorio tenía la posibilidad de que sea más accesible para pensar estas intervenciones en las urgencias de las crisis subjetivas. También pensaron en el marco de una guardia que era una guardia nueva, se cortó la cinta de este espacio como un reconocimiento de toda la trayectoria de la institución y como una ampliación. Yo creo que también vino a empujar un poco el sumar tecnologías a un espacio de salud que a nivel territorial estaba como creciendo. Darle como más herramientas para abordar distintas situaciones"* (Trabajadora social 1, comunicación personal, 2025).

Memoria institucional

Es fundamental señalar que el dispositivo no surge de manera espontánea ni se instala en "el San Martín" de forma casual. En palabras de la trabajadora social 2 *"este dispositivo puede darse en esta institución porque hay una historia previa, porque nada empieza ahora. Ni termina ahora. Son procesos que vienen de larga data. Y tal vez tenga que ver con la memoria*

institucional y también cómo se gestó este lugar" (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

El dispositivo se inscribe en una historia y en una memoria institucional y encuentra antecedentes en prácticas llevadas adelante durante la década de 1990 que desafiaron el modelo médico tradicional. Ante un consumo extendido de sustancias por vía intravenosa, el personal de enfermería de la guardia tomó la decisión de entregar a la población jeringas esterilizadas, buscando alojar y dar respuesta a una problemática concreta y a las necesidades de los usuarios del territorio.

Esta práctica, que posteriormente fue asumida y acompañada por el conjunto de los trabajadores, fue consolidando una línea de trabajo y generó un movimiento dentro del equipo y de la trama institucional. Dicha entrega se sostuvo, incorporando posteriormente información acerca de los horarios de atención de trabajo social y de psicología, con el fin de habilitar y promover un espacio de escucha y acompañamiento.

Dicha iniciativa trazó un camino y permitió consolidar una lógica de intervención orientada a la reducción de riesgos y daños. Habilitando nuevas formas de mirar, nombrar y abordar el consumo de sustancias dentro del efector. Posibilitando ampliar, de esta manera, el campo de lo posible, desplazando lógicas punitivistas o meramente orgánicas. Así, este movimiento puede pensarse como un antecedente instituyente que configuró las condiciones para que, posteriormente, sea posible la instauración del dispositivo en la guardia.

En Argentina, en el 2014 se sancionó la Ley N° 26.934 que estableció el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, el cual propone la incorporación del modelo de reducción de riesgos y daños como estrategia de abordaje sobre consumos problemáticos, y lo define en su artículo 10 como "aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado" (Ley 26.934, 2014).

Desde esta perspectiva, las intervenciones se enmarcan dentro de una ética del cuidado, responsabilizando al Estado que debe asegurar la accesibilidad al sistema de salud y un marco normativo que asegure derechos humanos a los ciudadanos. Con el objetivo de comprender y abordar los consumos en su complejidad y como un fenómeno fundado en la cuestión social, por lo tanto, como una problemática colectiva, no individual ni privada. En contraposición al

abordaje según el cual el problema es la sustancia y en tanto el usuario sea alejado totalmente de ella va a poder "curarse". Posicionamiento ampliamente utilizado para fundamentar y justificar prácticas vulneradoras de derechos y libertades.

Esta racionalidad, ética de cuidado y modo de intervención encuentra su formalización años después con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

El concepto de dispositivo

En relación con el término "dispositivo", podemos afirmar, siguiendo a Salum, Stolkiner y D'Agostino (2022), que es una categoría que aparece en el campo de la salud mental como desligada de cierta especificidad y de una definición unívoca. Aun así, se reconoce la gran influencia e impacto en los usos y debates en torno al término mencionado que han tenido especialmente las teorizaciones de Michel Foucault quien se acerca a una definición del mismo, planteándolo como:

> un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. (…) Por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. (Foucault, 1991, p.128)

El dispositivo constituye fundamentalmente una red de relaciones, por lo tanto, la estabilidad no es una de sus características, sino que es esencialmente móvil y dinámico. Sus componentes y las relaciones que se generan entre ellos varían condicionados por una serie de elementos de naturaleza temporal e histórica, por lo que su génesis y su "función" consisten en responder a una urgencia o una demanda concreta (Vega, 2017) que lo hace aparecer, operar y actuar, de formas heterogéneas. Esa demanda, ese acontecimiento que lo hace surgir, es un proceso que transforma y multiplica la posibilidad de nuevas disrupciones. Es una síntesis de pasado y futuro que se conectan y desde allí moviliza y transforma. Irrumpe inesperadamente y pone en cuestión a la sucesión aceptada o estructurada de los hechos. (Carballeda, 2022)

La noción de dispositivo es una herramienta analítica que nos permite entender a las relaciones de poder poniendo el acento en la multiplicidad y en cómo los efectos de este van entrelazados al saber y se distribuyen de manera irregular en el dispositivo.

En nuestro caso, el argentino, la necesidad de cerrar para el año 2020 las instituciones manicomiales (en correlación a las exigencias de la Ley de Salud Mental N° 26.657), obligó a diseñar dispositivos sustitutivos, construir nuevas formas de racionalidad e institucionalizar formas *otras* de intervención.

El dispositivo de la guardia emerge como respuesta a una necesidad situada, determinada por el contexto de urgencia sanitaria y social, lo que permitió e impulsó decisiones políticas que permitieron generar nuevas formas de intervención. El concepto de dispositivo es utilizado en el discurso de las entrevistadas, por un lado, para nombrar al equipo de salud mental, pero, a su vez, para enunciar una estrategia política dentro del Centro de Salud, una lógica interdisciplinaria y un logro en la accesibilidad a los derechos con la consolidación de una lógica de trabajo sostenida a través del tiempo.

Si bien el contexto pandémico fue condición de posibilidad para la concreción del dispositivo, el mismo fue pensado para que tuviera una continuidad una vez pasada la urgencia.

En ese sentido, el dispositivo atravesó procesos de cambio en su organización desde sus inicios hasta llegar a la actualidad. En una primera etapa, previa a la pandemia mundial, la estrategia que se definió para el abordaje de las internaciones por razones de salud mental, fue que los profesionales que ya se encontraban trabajando en el centro de salud rotaran por la guardia, modalidad que se sostuvo durante un tiempo, pero no sin dificultades ni tensiones, debido a que esto no posibilitaba una continuidad de trabajo, lo que derivaba en una fragmentación en la lecturas y abordajes de las situaciones. La psicóloga lo expresa de la siguiente manera: "*Mira, cuando yo comencé a trabajar en esta institución el dispositivo no estaba armado como ahora. Estaba armado, digamos, venía diariamente un psicólogo distinto, que son mis colegas que están en el centro de salud. Un día, cada uno venía y además había otra persona, otra colega, que cubría dos días en este lugar. Cuando yo ingreso acá me proponen venir en el lugar de esa persona que venía dos días. Esta rotación de mis colegas duró más o menos 5 o 6 meses, más o menos. Así empezó el dispositivo acá en la guardia con respecto a las internaciones en salud mental. Cuando yo empiezo a estar dos días aquí y los demás días en el Centro de Salud, el director me propone el hecho de que pueda estar en forma continua, yo sola, en el dispositivo. Para tener cierta continuidad en las internaciones. Porque, ¿qué pasa?*

al estar uno cada día, no hay una continuidad de lectura en una internación que puede durar tres, cuatro, cinco, varios días. Porque este dispositivo estuvo pensado en su momento, bueno, esto va cambiando a través del tiempo, que sean internaciones breves, de situaciones con características de internaciones breves." (Psicóloga, comunicación personal, 2026)

Posteriormente, con la irrupción de la pandemia, se tomó la decisión de incorporar nuevos trabajadores al sistema de salud. Es así, como, luego de evaluar distintas alternativas de intervención, quedó planteada y configurada la construcción del dispositivo conformado por un equipo interdisciplinario fijo compuesto por una trabajadora social, una psicóloga y una psiquiatra, con el objetivo de construir un trabajo continuo y darles seguimiento a las internaciones.

En las entrevistas realizadas, aparece la categoría de dispositivo, a su vez, en relación a su función de soporte. Si bien en la guardia cuentan con la presencia de médicos y enfermeros las 24 horas, el equipo del dispositivo no trabaja ni está disponible todo el día. El equipo funciona como auxiliar de los médicos de guardia en horarios específicos. Si ingresa una situación que requiere de la atención de salud mental, en algún momento del día en el que no se encuentra el equipo del dispositivo en la institución, se convoca al equipo soporte de la Dirección de Salud Mental. Así se presenta esta característica en el discurso de la psiquiatra del equipo: *"siempre remarcamos que somos como un soporte porque está si no esta idea en la red de que nosotras estamos las 24 horas tipo guardia y no estamos las 24. Pero por eso más que nada lo aclaramos. En el horario que estamos, estamos al llamado de cualquier situación que se le presente a los médicos de guardia"* (Psiquiatra, comunicación personal, 2026).

Esta cuestión se manifiesta también en las respuestas de la trabajadora social 1, quien, a su vez, plantea que se trata de un posicionamiento que busca reforzar que la responsabilidad del tratamiento del usuario es de la guardia en su totalidad, no sólo del equipo de salud mental. Con el objetivo de no aislar a la salud mental del proceso general de salud y atención. "*Si bien la guardia era de primer nivel y había profesionales 24 horas, el equipo de salud mental funcionaba como un soporte a una internación que se suponía que tenían que primero evaluar los médicos de guardia. Una vez que estaban ingresados convocaban al equipo interdisciplinario de salud mental a abordarlo. Podía llegar una urgencia subjetiva en el horario en el que no estaba el equipo de salud mental y el equipo de guardia debía decidir si ingresar o no esta situación para al día siguiente convocar al equipo. Importante tenerlo en cuenta porque es un posicionamiento de poder ir armando con el tiempo un equipo de salud*

con una formación para la urgencia que no deje a la salud mental en un carril diferente si no que pueda hacer una evaluación integral y decir bueno esto es una urgencia y esto no" (Trabajadora social 1, comunicación personal, 2025).

El funcionamiento del dispositivo se basó, en un inicio, en internaciones breves (tres o cuatro días) y voluntarias. Considerando que se trataba de un guardia de una institución de primer nivel y las posibilidades y limitaciones que ello conllevaba, tanto ediliciamente como en materia de recursos humanos.

La demanda alcanza al dispositivo a través de distintos canales. Por un lado, ingresa de manera espontánea, "por puerta" o a través del SIES. Por otro lado, se reciben usuarios derivados por otros centros de salud, con quienes ya existe un recorrido de trabajo previo, el cual es fundamental para valorar si el dispositivo cuenta con las condiciones necesarias para alojar la situación adecuándose a su complejidad. Además, para los casos vinculados con los consumos problemáticos se realizan internaciones programadas, previas al ingreso a alguna comunidad terapéutica, las cuales imponen como requisito para la internación no estar consumiendo.

"Viene alguien que lo trae un familiar, ingresa, es evaluado por enfermería y por el médico que esté en el momento y si ellos hay algo que no pueden resolver o algo, ya piden la intervención del equipo y si es de madrugada van a pedir intervención del equipo soporte. Pero, qué pasa cuando son deshabituaciones o que no son deshabituaciones, sino esta digamos esta internación previa, se comunican directamente con nosotros y nosotros evaluamos si hay disponibilidad o no para recepcionar más que nada en camas y si está el equipo nuestro. Y también las derivaciones de los equipos de los centros de salud. Eso hoy es como que bueno, fue tomando como otra dinámica al constituirse ya más con un equipo más estable. Y bueno, un proceso que se ha ido construyendo que está todo el tiempo en revisión." (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025)

El dispositivo de salud mental: consolidación y desafíos actuales

El dispositivo analizado surge, precisamente, enmarcado a partir de la Ley Nacional de Salud Mental, la cual establece en su art. 28 que las internaciones deben realizarse en hospitales generales. "Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de

problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592." (Ley 26.657, 2010)

En este marco, introduce un desplazamiento desde modelos centrados en el encierro y la medicalización hacia abordajes de carácter comunitario, orientados por la protección y garantía de los derechos humanos. La Ley significó un reconocimiento a las experiencias y movimientos de las personas usuarias y trabajadoras del campo de la salud mental y permitió aumentar la legitimidad de formas de trabajo transformadoras, con la gradual institucionalización de los dispositivos de salud mental y la emergencia de nuevos programas sustitutivos (Cataldo y Pino, 2024).

En esta línea, se reconoce a la salud mental en el art. 3 de la Ley Nacional como "un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona". (Ley 26.657, 2010).

Si bien la Ley Nacional de Salud Mental es la primera normativa nacional en reconocer a la salud mental en este sentido, ya existían con anterioridad leyes provinciales que apuntaban al reconocimiento de los derechos humanos. Como la Ley Nº 2440 de Rio Negro o la Ley N° 10.772 de nuestra provincia, sancionadas en el año 1991. La normativa nacional se constituye como una herramienta que viene a validar y a legitimar prácticas y discursos que ya estaban desarrollándose pero que se encontraban en una posición subalterna.

En función de la Ley de Salud Mental, las internaciones solo pueden llevarse a cabo cuando aporten mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. No se trata, como en otros momentos de la historia, del tratamiento por excelencia, sino de uno más entre otros. La internación, entendida como una herramienta más del tratamiento, es considerada un derecho de los sujetos, en tanto se constituye en un momento enmarcado en un proceso terapéutico más amplio.

En este sentido, en palabras de la trabajadora social 2 *"el criterio de internación es el cuadro de salud mental. Eso es lo que lo define en relación a que haya, bueno, alguna situación de sufrimiento y de cierto riesgo y que requiere una estabilización siempre y cuando esté dentro de las posibilidades de la guardia"* (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

Aun así, este criterio no está totalmente unificado con el equipo general de la guardia y abarca un espectro amplio de situaciones. Como señala la psiquiatra: *"Si bien el criterio no está super unificado, la guardia por ahí tiene un nivel de alarma mayor porque ellos no estaban acostumbrados a ver los casos que nosotros ya estamos acostumbrados a ver, pero digamos hay una idea de que el criterio rector sería que haya riesgo para la persona, para la integridad de la persona. Y después ya eso abarca un espectro de grises distintos que para una persona puede ser, no sé, para un médico de guardia puede ser que el paciente viene con un consumo desenfrenado y para otro puede ser directamente la idea autolítica y si no está no es, pero bueno, es como que varía en ese espectro grande"* (Psiquiatra, comunicación personal, 2026).

En este sentido, otra de las profesionales agrega que, si bien se toman en consideración las apreciaciones de los equipos de los centros de salud en torno a los usuarios que derivan, la decisión de internación es, en última instancia, del equipo del dispositivo del Policlínico. *"Es lo que dice la ley de salud mental. El criterio es del equipo que evalúa. [...] Siempre, lógicamente, los criterios de internación de alguna forma son nuestros. Y la decisión de internación en última instancia, por supuesto que la tenemos nosotros. Igualmente, por supuesto que tomamos en cuenta todo lo que nos puedan decir las personas que vienen trabajando con esa situación, lógicamente. Entonces, cuanto más nos puedan decir o cuanto más haya posibilidad de que alguien te transmita algo sobre una situación, mejor armado uno puede estar para tener mejores criterios. Lógicamente, pero bueno, sí, en muchas ocasiones a veces hemos dicho que no hay criterio de internación. Sí, sí, lo hemos hecho. Aunque algún equipo diga, "es necesario la internación"* (Psicóloga, comunicación personal, 2026).

Uno de los principales obstáculos en la actualidad, mencionado por las integrantes del equipo, es el hecho de que las internaciones que, en un primer momento debían tener características para ser breves, están extendiéndose por encima de las posibilidades de la institución y de los trabajadores.

La psicóloga del equipo intenta buscar los determinantes de esta situación y expresa que, por un lado, las situaciones se presentan con mayor gravedad y complejidad que años anteriores y, por el otro, no resultan suficientes las camas existentes en el sistema de salud. Su percepción, luego de décadas trabajando en la red pública de salud, es que desde, aproximadamente, el año 2010, las situaciones que se presentan en los centros de salud se han agravado y actualmente, desbordan las instituciones y a los profesionales. Aún más, con la profundización y el agravamiento de los consumos problemáticos. *"Viene siendo que hay varios determinantes*

para mí, por un lado, las situaciones se presentan con mayor gravedad y, por otro lado, no alcanzan las camas en el sistema de salud. Por otro lado, también está la característica de que como somos un equipo que tenemos cierta continuidad, a veces eso imprime cierta lógica de trabajo que por allí no hay en otros lugares" (Psicóloga, comunicación personal, 2026).

La psicóloga del equipo entiende que el trabajo en salud mental posee un carácter artesanal, que va construyéndose con el usuario, en la complejidad y singularidad de la situación. *"Vamos armando día a día con la persona, lo que va pudiendo armar con nosotros y de los recursos que disponemos"* (Psicóloga, comunicación personal, 2026). Se carece de soluciones estandarizadas y aplicables a todos por igual. La salud mental desde una lógica comunitaria, puede pensarse desde un esfuerzo por una permeabilidad que nos acerque a la construcción participativa, colectiva, de la aflicción (Martínez Hernaez y Correa Urquiza, 2017). No existe, ni debe existir, una receta que seguir.

Esta concepción puede nombrarse en términos de Merhy (2021) como trabajo vivo, caracterizado como un trabajo en acto, creativo, que se construye en el encuentro entre el usuario y el profesional. La producción de intervenciones en el campo de la salud opera en medio de altos grados de incertidumbre, por lo que el trabajo ocurre fundamentalmente en la presencia y se manifiesta en la escucha, el vínculo, el acompañamiento y el reconocimiento del usuario como sujeto de derechos.

Las crisis subjetivas generan un singular momento de vulnerabilidad en la historia subjetiva de los sujetos. Es debido a esto que, parte de la tarea profesional será revisitar la historia vital del sujeto que padece mediante coordenadas biográficas que singularicen y subjetivicen los diagnósticos (Carballeda, 2022).

Sin embargo, los recursos materiales no son artesanales ni flexibles, están o no están. "*los recursos no son artesanales, se los tiene o no se los tiene. O tenés una cama o no la tenés, o tenés un acompañante terapéutico o no lo tenés, o tenés un cuidador o no lo tenés, o tenés la posibilidad de un refugio o no la tenés"* (Psicóloga, comunicación personal, 2026). Generalmente, son los profesionales intervinientes los que se ven obligados a presionar e insistir para que estos recursos sean garantizados, o para poner límites cuando las demandas exceden las posibilidades reales de la institución. Es un hecho que, no solamente en el Policlínico, sino en el conjunto de la red, persisten déficits institucionales.

Es en este marco, otra de las limitaciones del dispositivo es la falta de espacios adecuados en el efector. El Policlínico es una institución pequeña, que carece de espacios más habitables y agradables, de convivencia o de recreación, como salas de estar o áreas parquizadas. Por lo tanto, los usuarios transcurren su internación principalmente en la cama, solo con la posibilidad de pedir permiso para salir a fumar.

En consecuencia, se constituye como una de las demandas actuales del equipo del dispositivo la ampliación de la guardia, con el objetivo de que los edificios y las condiciones institucionales posibiliten los lineamientos de la Ley, para generar propuestas y ámbitos que permitan que las internaciones no queden reducidas a la permanencia en una cama, que habiliten formas acordes a una perspectiva integral de la salud mental y promuevan lógicas que no sean expulsivas y de encierro. *"Nosotros sí venimos planteando la necesidad de ampliar la guardia porque lo que les estamos ofreciendo es una cama. Sin posibilidad de salir, bueno, salir a un patiecito muy pequeñito. Entonces, no hay espacios agradables, una sala de estar donde pueda transcurrir, porque no tiene que estar acostado en una cama, salvo que tuviera un suero porque tuvo una ingesta de medicamentos, entonces está con suero y tiene que estar, bueno, está mareado y tiene que estar en observación, pero después hay situaciones que pueden estar en una sala de estar, en contacto con una parte más parquizada"* (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

El dispositivo nace de la mano de la ampliación de la guardia en el año 2019, cuando el proyecto de anexar camas de internación posibilitó diseñar una estrategia para llevar adelante internaciones en salud mental que siguieran los lineamientos de la Ley de Salud Mental. Por lo que, en la actualidad, esa demanda por una nueva ampliación y para la construcción de nuevos espacios está estrechamente ligada con los intereses del mismo equipo. Debido a que el dispositivo es entendido como una conquista y un avance en el acceso a derechos humanos y en el presente se encuentra en tensión constante con los límites edilicios y estructurales de la institución.

¿QUÉ SIGNIFICA DESMANICOMIALIZAR?

El orden manicomial es un complejo sistema de poder y de control social que ha delimitado como comprendemos y abordamos la locura. Es un sistema social, político y cultural basado en el aislamiento, el control y la anulación del sujeto con padecimiento mental.

Desmanicomializar no implica cerrar el manicomio, sino cuestionarlo y construir un movimiento simbólico e ideológico que atraviese las prácticas de salud mental, en torno a desmontar todos aquellos dispositivos de control social. Implica sustituir la lógica manicomial por un sistema de salud mental basado en el ejercicio de los derechos de los sujetos. (Martínez, 2025)

Desinstitucionalizar no significa desatender ni es sinónimo de deshospitalizar ni de reducción de camas hospitalarias (Rotelli, 2014b). El proceso de desinstitucionalización supone una práctica crítica de la lógica manicomial, del manicomio y de todos los servicios que hablan de dónde "se pone el ojo" y cómo se atiende al padecimiento mental (Rotelli, 2014a).

"El pasaje a lo sustitutivo, creemos, no es ni la suma de dispositivos ni el cierre caprichoso de camas. Es fundamentalmente cualitativo respecto de la lógica que subvierte y genera una práctica de cuidado que sustituye" (Almeida, et al., 2017, p. 667).

El modelo manicomial no solo tiene que ver con la mera existencia de un espacio físico, del manicomio, sino que es un posicionamiento impuesto e internalizado en la sociedad que se reproduce constantemente, tanto en prácticas sociales, en los medios de comunicación y en las instituciones públicas. Hoy, estamos en un momento de transición, en donde no se generan desde el Estado políticas viables sustitutivas de la lógica manicomial.

Entendiendo que "el manicomio es una lógica y no solo las instituciones monovalentes de encierro" (Almeida et al., 2017), surge entonces un interrogante central, ¿el cierre de los hospitales monovalentes y la apertura de dispositivos sustitutivos garantiza por sí misma la superación de la lógica manicomial? Tal como advierte Martínez (2025), el manicomio no deja de funcionar solo con su cierre o su prohibición, ya que, la lógica manicomial excede las paredes de su edificio, las cadenas, los chalecos de fuerza y los alambres de púa. Independientemente de su edificio, sus lógicas pueden reaparecer bajo nuevas configuraciones institucionales.

En este sentido, el hospital general no está exento de reanudar la lógica asilar. El dispositivo analizado, al encontrarse inserto en una institución que se organiza en torno y está regida por el modelo médico hegemónico, se despliega necesariamente en un campo atravesado por tensiones y contradicciones. Cuando la medicina se instituye como discurso dominante, otras perspectivas deben disputar permanentemente su legitimidad y su lugar.

Es habitual que el Estado terciarice internaciones en instituciones privadas, mayoritariamente religiosas, las cuales (como se mencionó anteriormente) piden como requisito para ingresar, tener un consumo cero, además de aislar al usuario durante el tratamiento. Así, el Estado queda en un rol de mero financiador de ciertas acciones y programas. De esta manera, la política de Estado adquiere un lugar paradójico: "se convierte en generador de un consenso hacia la naturalización de ciertas prácticas y enfoques, al mismo tiempo que sostiene y legitima cuestiones que habían ido siendo generadoras de áreas de igualdad o de acceso a derechos por partes más amplias de la población" (Acosta y Heras Monner Sans, 2015, p. 5).

Es así como las prácticas actuales generan una privatización de la cronificación (Almeida et al., 2017). "Cronificación que el propio Estado provoca con la ausencia de lugares públicos apropiados para alojar los padecimientos más emergentes que esta sociedad genera. Vulnerando aún más y transformándose en un Estado cómplice [...]" (Almeida et al., 2017, p. 668).

La premisa de la Ley referida a que las internaciones deben realizarse en hospitales generales exige cambios profundos en la organización del sistema de salud y en las instituciones, en las condiciones edilicias y en los recursos, y principalmente, requiere de una transformación en las culturas institucionales que superen el modelo biomédico y permita pensar y llevar adelante internaciones acordes a un paradigma transformador y desmanicomializante (Pawlowicz, 2015).

Galende (2008), lo expresa claramente, planteando que no tiene sentido instalar atención de salud mental en el primer nivel si paralelamente se conserva la internación en los hospitales psiquiátricos (y agrego, en instituciones religiosas y abstencionistas) ya que esa situación convierte rápidamente a estos servicios en puerta de entrada a esos hospitales. Es un contrasentido, para el autor, pretender mantener ambos sistemas en forma conjunta, o creer que los hospitales psiquiátricos puedan formar parte de una red de atención basada en los servicios del primer nivel.

En este proceso, la Ley Nacional de Salud Mental constituye un punto de inflexión significativo, que permitió encuadrar las prácticas e incidió en romper con el paradigma manicomial de encierro. A partir de su sanción se configura un entramado complejo en torno a la salud mental que ha logrado visibilizar dificultades y tensiones que permanecen veladas para muchos trabajadores (Seitz, 2023). No obstante, la existencia de la ley no borra las disputas que atraviesan el campo. Por el contrario, su implementación ha evidenciado tensiones entre el

horizonte transformador que propone y las condiciones materiales, institucionales y políticas que condicionan su realización. Estamos atravesando un proceso en movimiento, que camina y se transforma permanentemente, donde van surgiendo nuevos elementos y situaciones a enfrentar (Amarante, 2009).

Así, "las condiciones actuales en las que se desarrollan las prácticas presentan una complejidad donde parecen coexistir viejos y nuevos problemas, viejos y nuevos modos de intervención" (Barrios, 2004, p.112). La guardia emerge como un espacio privilegiado para observar cómo se juegan estas tensiones, en tanto se constituye como un escenario diverso, en el que conviven distintas prácticas de salud (Martínez, 2025).

En este marco, el dispositivo de salud mental desarrollado en la guardia se inscribe en ese campo de conflicto. Es frecuente que surjan tensiones en torno a las internaciones en salud mental, más aún cuando estas deben extenderse más de lo esperado o de lo deseado.

Las camas de la guardia no están preasignadas o destinadas específicamente a algún ámbito o problemática. Hay una flexibilidad en su ocupación y las cinco camas son compartidas por clínica, pediatría y salud mental. Esto genera una disputa por el espacio y una tensión entre los discursos y los abordajes, entre qué es considerado prioridad y qué no lo es.

Esta problemática aparece reflejada en el discurso de la mayoría de las entrevistadas. La psiquiatra del equipo agrega, en este sentido, *"inclusive cuando yo recién empecé un chiste muy común era decir, "Me bloqueaste tres camas", como que eran un bloqueo los pacientes, no eran pacientes. Todavía les sigue costando un poco esto de no decir, "tu paciente" y no, es paciente de todos. Pero bueno, a veces hay un poco de malestar, me parece que se presenta en esas situaciones en las que la guardia siente que le cuesta, o sea, le cuesta dar respuesta a la demanda. Cuando aparecen esas tensiones, a veces son direccionadas a nosotros, como decir, bueno, pero ¿cuándo se va a ir el paciente?"* (Psiquiatra, comunicación personal, 2026).

La trabajadora social 1 también recupera en su relato una experiencia similar: *"cuando había una cama ocupada por salud mental se decía mucho "tengo bloqueada una cama", "tengo tantas camas bloqueadas". En el discurso más hegemónico de la salud parece como que el paciente de salud mental bloquea camas para las cosas que sí sería importante tener camas. Esto se repite en otras instituciones. Pareciera que las camas de salud mental no son tan fundamentales. Como que se les diera un lugar, pero sin tanto convencimiento"* (Trabajadora social 1, comunicación personal, 2025).

En palabras de la psicóloga, la tensión se manifiesta, asimismo, de otras maneras: *"incluso está el chiste, ¿viste que el chiste tiene una lógica? Entonces, bueno, los compañeros por ahí acá dicen, "Bueno, estamos en la clínica psiquiátrica." Porque hemos tenido ocasiones en donde teníamos tres camas ocupadas de cinco, o cuatro camas de cinco. Entonces, es un tira y afloje importante ahí. "Y bueno, ¿y cuándo van a dar el alta? ¿Y cuándo?" Bueno, esas cosas son internas, pero que tienen que ver con la tensión que se produce"* (Psicóloga, comunicación personal, 2026).

El sostener la respuesta a las preguntas de los compañeros de la guardia, explicar constantemente los criterios de internación, fundamentar las decisiones y reafirmar que los padecimientos de salud mental constituyen un problema de salud, es tarea cotidiana del equipo del dispositivo.

En este sentido, puede afirmarse que la presencia sostenida del equipo del dispositivo, desde el año 2020, ha generado movimientos y transformaciones en la guardia general. Tres de las entrevistadas dan cuenta de este proceso y coinciden en la valoración de que, con el paso del tiempo, comenzó a consolidarse una mayor legitimidad del dispositivo. Al respecto, una de las profesionales sostiene: *"Recién ahora, después de 5 años, hay como una aceptación diferente de los equipos de la guardia. Que fue de una construcción también de confianza con los equipos de la guardia, en donde ahora hay un ir y venir. [...] Hubo un trabajo importante de las compañeras durante muchísimos años de estar permanente ahí y bueno y situaciones que a veces han sido críticas de sostener en un lugar que es tan pequeño. De poder digamos transmitir por qué es necesario, sostener la internación, de comentar el del cuadro, de que puedan comprender que también es parte de un sufrimiento y es necesario acompañar* (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

Sostener el espacio posibilitó introducir interrogantes acerca del abordaje de la salud mental y permitió ciertos cambios en las perspectivas y en el trabajo en la institución, a través de un trabajo cotidiano de debate, diálogo y construcción de confianza. *"Yo creo que el tener mucha comunicación y hablar mucho sobre el tema ayudó"* (Psiquiatra, comunicación personal, 2026).

En esta misma línea, otra de las entrevistadas señala que, una "sensibilización" en el equipo permite incorporar a la salud mental como una problemática de salud en la institución, generando una mayor accesibilidad. En sus palabras: *"Pero cuando se logra al menos una sensibilización en una gran mayoría, hay mayor accesibilidad o, al menos, mayor*

predisposición a que esto es un problema de salud. La salud mental es un problema de salud. Aunque hay mucha resistencia, no es que todo es color de rosa, ni mucho menos (Psicóloga, comunicación personal, 2026).

En este sentido, la consolidación del dispositivo depende en gran parte de lo que podemos denominar como la micropolítica institucional. A partir de la presencia sostenida del equipo, el trabajo cotidiano de diálogo, negociación, las disputas de sentidos y la instalación cotidiana de nuevos modos de abordar la salud mental. "La cuestión micropolítica es la de cómo reproducimos (o no) los modos de subjetivación dominantes" (Guattari, 2006, p.155).

Es en este marco que desde el dispositivo se plantea que las tensiones son un elemento constitutivo del trabajo en salud mental. Si bien, en el transcurso del tiempo y con la consolidación del equipo, se advierten cambios y un aumento en la "sensibilidad" a la hora de abordar las situaciones, los conflictos no desaparecen.

Los cambios son una conquista construida en un terreno de disputas, no se generan de una manera natural. Las tensiones persisten, se reconfiguran y reaparecen bajo nuevas formas. En la actualidad, tienden a adquirir modalidades no siempre tan obvias o evidentes, sino más simbólicas, que no pueden advertirse con facilidad. Manifestándose a través de comentarios irónicos, chistes o indirectas que continúan expresando resistencias y malestares en torno al lugar de la salud mental dentro de la institución.

Podemos denominar como

> prácticas *micromanicomiales* a estos actos, de difícil percepción, que expresan y reproducen una asimetría en la relación de poder entre el loco y el no loco. Acciones, omisiones y decires que son efecto y, a la vez, causa del discurso que ubica al enfermo mental en las antípodas de lo normal y, por lo tanto, de lo deseable. (Azar et al., 2019, p. 101)

Y su peligrosidad reside justamente en que la violencia "obvia" de las prácticas manicomiales aparece, de esta manera, más difusa y difícil de reconocer.

El trabajo en salud mental es un trabajo que genera incomodidad. En el relato de la psicóloga, esta situación emerge vinculada a la incertidumbre: "*el trabajo en salud mental siempre produce tensión. Siempre. Y va a ser siempre así. Es muy enigmático y a veces la incertidumbre de no saber produce miedo. Produce sobre todo miedo cuando uno desconoce o no sabe o*

bueno, hay tensión. Por lo tanto, eso siempre va estar" (Psicóloga, comunicación personal, 2026).

La salud mental comunitaria incomoda porque cuestiona las estructuras de poder, cuestiona el sentido común y los modelos históricamente arraigados, lo que implica un análisis crítico de la cotidianeidad. El trabajo en el campo de la salud mental es incómodo porque se pregunta y se repregunta, porque exige reconocer, comprender y debatir los modelos desiguales y excluyentes en los que vivimos.

CAPÍTULO 3: TRABAJO SOCIAL EN SALUD: SENTIDOS, PRÁCTICAS Y DISPUTAS

TRABAJO SOCIAL, SALUD Y MEDICALIZACIÓN

Las profesiones surgen en distintos momentos con el fin de responder a ciertas necesidades y urgencias de la sociedad. "Son producto del movimiento modernizador de las sociedades. La complejización de la vida social, fundamentalmente en el marco de los sistemas capitalistas trae aparejada la necesidad de la racionalización del saber de las prácticas sociales" (Cazzaniga, 2002, p.1). Las intervenciones del trabajo social se configuran según las relaciones sociales, políticas e históricas en las cuales se inserta. Los principios éticos de la profesión, los cuales la legitiman y le otorgan un sentido y una intencionalidad, responden a una realidad cambiante y compleja. El trabajo social y su profesionalización han estado relacionados desde sus inicios con el campo de la salud.

En el año 1924 se crea el curso de Visitadoras de Higiene Social, dependiente de la cátedra de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. La formación apuntaba a la prevención y la profilaxis en el campo de la salud.

En un escenario en el que los médicos higienistas promovían y exigían la construcción de un saber específico y racional para dar respuesta a la cuestión social, promoviendo nuevas formas de control e intervención de la vida cotidiana de los sectores populares, las visitadoras debían convertirse en auxiliares y ocuparse de las "cuestiones de poco valor" para las cuales el médico no tiene tiempo. Su trabajo consistía en difundir las normas de higiene, teniendo como objetivo identificar los hábitos y conductas cotidianas de los sujetos en situación de vulnerabilidad (Campana, 2012).

Las propuestas de los higienistas no se limitaban al ámbito y al control sanitario, sino que su intervención se extendió a múltiples dimensiones de la dinámica de la vida de las familias pobres. Este proceso contribuyó a la consolidación de una profunda *medicalización* de la vida. En este sentido, Campana (2012) conceptualiza a la medicalización como una transformación cultural general, a partir de la cual se extiende el campo de competencia de la medicina y sus lógicas sobre otros campos de prácticas que antes le eran ajenos. Este proceso se constituye como una estrategia en la que subyace una lógica de defensa de la sociedad frente a peligros (efectivos o potenciales) tanto para el individuo como para el conjunto de la sociedad.

SALUD MENTAL E INTERDISCIPLINA

Amarante (2009), plantea que, al contrario de la psiquiatría, la salud mental no se basa en un solo tipo de conocimiento. “Pocos campos de conocimiento y actuación en la salud son tan complejos, plurales, intersectoriales y presentan tanta transversalidad de saberes” (Amarante, 2009, p. 17). Al referirnos al campo de la salud mental, ampliamos el espectro de los conocimientos involucrados, de una manera tan polisémica que aparecen dificultades para delimitar sus fronteras (Amarante, 2009).

El campo de la salud mental es un campo de intervención interdisciplinar, lo que implica que convergen distintas disciplinas que traen consigo diversos sentidos, instituciones, lógicas de intervención y marcos de referencia teóricos y éticos. Las teorías, los posicionamientos, las representaciones sociales y los modos de abordaje se relacionan dialécticamente. La forma en la que se mira a los sujetos es central para pensar las intervenciones que se implementan y estructura las maneras en que los profesionales perciben las situaciones, establecen vínculos, escuchan y construyen respuestas frente al padecimiento de los otros (Pawlowicz, 2015).

La interdisciplina implica reconocer la incompletud de las disciplinas, los límites de los saberes.

> La interdisciplinariedad, es una relación de reciprocidad, de mutualidad, que presupone una actitud diferente a ser asumida frente al problema del conocimiento, o sea, es una sustitución de una concepción fragmentaria por una unitaria del ser humano. Donde la importancia metodológica es indiscutible, por eso es necesario no hacer de ella un fin, pues la interdisciplinariedad no se enseña ni se aprende, apenas se vive, se ejerce, por eso exige una nueva pedagogía, una nueva comunicación. (Fazenda, 2012, p. 19)

La interdisciplina, entendida de esta manera, no es una acumulación o una yuxtaposición de saberes, ni una suma de acciones grupales. Es la construcción de un nuevo saber, una forma de posicionarse ante la realidad para entenderla, abordarla y transformarla.

Esta concepción se vincula con lo que plantean Martínez-Hernaez y Correa-Urquiza (2017) cuando proponen una “mirada lateral”, un “saber menos dado”, entendido como el ejercicio de pensar y repensar desde otras aproximaciones lo que ya ha sido pensado. Suspender el saber ya dado para explorar aquel que nace de la intersubjetividad y que permite construir lo colectivo.

Nos situamos en un contexto histórico y social turbulento, cambiante, donde la incertidumbre se ha convertido en una sensación cotidiana y la construcción de acuerdos colectivos es cada vez más compleja. Sostener un posicionamiento interdisciplinario es, más en los tiempos que corren, un acto profundamente político. En el desempeño del trabajo social es fundamental trabajar en conjunto con otras disciplinas, para generar intervenciones integrales, que no encierren al sujeto en una sola perspectiva, única y acabada, buscando alejarse de una mirada meramente médica o asistencial e ir al encuentro hacia lo incierto. "La idea de que el saber psiquiátrico, en el campo de la salud mental, es el único, y que, por lo tanto, otros conocimientos no tienen validez ni rigor, es una de las formas de producción de ausencia" (Bru, 2012, p.4).

En la complejidad de los problemas a los que nos enfrentamos en la actualidad, la interdisciplina, el encuentro, la construcción de una mirada y objetivos en común, conduce a "mostrar los procesos de desigualdad que subyacen a los procesos de salud, enfermedad y atención" (Martínez-Hernaez y Correa-Urquiza, 2017, p. 268). Una posición interdisciplinaria supone cuestionar los modelos que reproducen lógicas deshumanizantes, totalizantes y paternalistas. Siguiendo a Menendez Osorio (1998), implica una revisión en los principios de la clínica, una reformulación de los recursos, los dispositivos y los medios disponibles y de las formas de intervención y abordaje.

Todas las entrevistadas identifican al trabajo en equipo e interdisciplinario como un posicionamiento que ya está pensado "de base" a la hora de iniciar un abordaje. Emerge en los discursos como una postura política irrenunciable. En relación a esto, la psicóloga señala: *"al menos nosotras ya lo damos por hecho. No podemos volver atrás. Es decir, es nuestra postura y nuestra postulación. Después las políticas públicas pueden decir cualquier otra cosa. Eso desde ya, pero como experiencia de tantos años, como experiencia de trabajo, como postulación de trabajo, como eficacia, como trabajo de mayor calidad, no podemos volver atrás. Ahora las políticas públicas te pueden decir cualquier mamarracho, ya lo sabemos eso"* (Psicóloga, comunicación personal, 2026).

En este sentido, la psiquiatra expresa: *"la verdad que te da una tranquilidad de saber que está como más integrada la intervención, que podés hacer. Porque me pasa realmente en algunos casos tanto con psicología como con trabajo social que viste que te estás metiendo en un terreno que decir: "no tengo idea de para dónde salir" y está el compañero y ahí interviene y hace que sea todo más fluido. Y cómo que el mismo equipo va tomándole cada vez más el*

tiempo a saber cuándo tiene que intervenir cada uno y por ahí también a mí, tanto en la guardia como en el centro de salud, siento que me aporta mucho" (Psiquiatra, comunicación personal, 2026).

En este marco, volver sobre la noción de trabajo artesanal permite mostrar que las experiencias de trabajo y las prácticas e intervenciones son, infinidad de veces, sostenidas por el cuerpo de los trabajadores y por la voluntad de los equipos. Sin políticas, transformaciones o acciones gubernamentales que acompañen y posibiliten dichas experiencias. En la actualidad, estamos atravesando un escenario en donde las políticas neoliberales y la lógica de mercado están arrasando con las intervenciones en post del acceso a derechos de los sectores más vulnerables. Con los discursos del "sálvese quien pueda", de individualización y de competencia y con la mercantilización creciente del sistema de salud, los lazos sociales e institucionales son cada vez más frágiles y difíciles de sostener. Son las trabajadoras de la institución quienes ponen cotidianamente el cuerpo, quienes demandan por condiciones dignas, quienes reflexionan acerca de los cambios en los padecimientos, quienes ponen límites y quienes luchan por el acceso a los derechos de los usuarios.

En este marco, la precariedad de condiciones en las que los dispositivos que buscan ser sustitutivos a la lógica manicomial se desarrollan, dan como resultado prácticas que son alternativas a esta, y no sustitutivas (Almeida et al, 2017). "Sucede finalmente una especie de convivencia entre la lógica manicomial (que sigue hegemonizando el campo y concentrando la mayor parte del presupuesto) y los intentos de sustituirla con estos dispositivos" (Almeida et al, 2017, p. 667).

Aun así, a pesar de las críticas que puedan realizarse (y *con* ellas), la continuación y el sostén de prácticas que buscan ser transformadoras e integrales por parte de un equipo de trabajadoras en una guardia ubicada en un barrio, en un contexto no de un Estado ausente, si no, de un Estado que está presente de las formas más crueles y violentas posibles, es un acto de lucha y de rechazo a un orden que es injusto y expulsivo.

En un contexto en el que el manicomio y sus lógicas siguen siendo necesarias, porque continúa administrando lo residual y sigue constituyendo un lugar de descarga y ocultamiento de todo aquello que resulta incoherente en los códigos de interpretación de otras instituciones (Augsburger et al., 2016), existen mujeres trabajadoras de un efector público haciendo frente al modelo manicomial y otorgándole una respuesta a la población.

Siguiendo a Stolkiner (2010), es posible afirmar que el derecho a la salud, en relación con una lectura integral de la realidad compleja en la que vivimos e integral del proceso de salud-enfermedad-cuidado, está atravesado por el derecho a la no medicalización de la vida. La cual viene de la mano con la mercantilización de la salud. Como plantea Carpintero (2007), si se deja que las condiciones de vida, la enfermedad y la muerte estén en manos de las leyes del mercado, las familias pobres no pueden sobrevivir.

> Generalmente, la desinstitucionalización de los manicomios no ha sido acompañada por la desinstitucionalización de la psiquiatría y ello ha determinado en distintos lugares resultados discutibles o negativos. No hay rehabilitación de los pacientes psiquiátricos sin rehabilitación de la psiquiatría, sin desinstitucionalización de ella misma. (Rotelli, 2014, p. 100)

TRABAJO SOCIAL: HABITANDO LOS INTERSTICIOS

El trabajo social se construye en un terreno atravesado por rupturas, continuidades, conflictos y resignificaciones. El modelo de ayuda que nos da origen, permanece en memorias, simbologías, prácticas y representaciones que aún moldean la identidad profesional (Frizzera Santos, 2004).

> La vida cotidiana de un(a) asistente social se coloca frente a frente con los conflictos y las negociaciones entre la asistencia como control y las intenciones de conquistas de autonomía; entre prácticas de emergencia en respuestas a la urgencia y la construcción de una ciudadanía plena, entre la ayuda focalizada y el derecho universal. (Frizzera Santos, 2004, p.17)

Nuestra historia e institucionalización, ligada íntimamente con las necesidades de un Estado que debía mantener el orden social (Parra, 1999), no ha sido borrada ni olvidada. En la actualidad, podemos notar supervivencias de este modo de intervención cuando se asocia al trabajo social con prácticas que apuntan al control social, cuando funciona como agente de control, como disciplinador u ordenador de "comportamientos desviados" o de situaciones que hacen ruido en las instituciones (Giménez, 2018).

La incorporación del trabajo social en los equipos destinados a abordar problemáticas de salud mental se dispone y se define a partir de la sanción de la Ley de Salud Mental, con el objetivo de construir abordajes y perspectivas integrales. En su práctica cotidiana, la disciplina interactúa con múltiples actores, que sostienen representaciones sociales acerca de los roles

que debe ocupar y de las funciones que se espera que deba asumir. Es común que exista una falta de claridad respecto de las incumbencias del trabajo social por parte de otras disciplinas. Prevalece en distintos espacios, entre ellos, los de atención en salud, una representación de los trabajadores sociales como gestores de recursos.

Susana Cazzaniga (2002) define a la intervención profesional, en este sentido, como:

> la puesta en acto de un trabajo o acciones a partir de una demanda, en el marco de una especificidad profesional. [...] su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social. Esto es, la construcción histórico social que de esa profesión se ha realizado: funciones, características, práctica, resultados esperados, etc. (p. 15)

Preguntarnos por el trabajo social en un contexto de guardia de urgencia es, por lo menos, complejo. ¿Cómo pensamos intervenciones posibles en un contexto que parece no tener tiempo para nada? Si bien, como se ha señalado, la guardia del Policlínico San Martín presenta ciertas particularidades, al tener un espacio más pequeño que los hospitales, por su baja complejidad de tecnologías, por contar con un cuerpo menor de trabajadores y por sus características edilicias, no escapa de seguir los lineamientos de una lógica de atención de urgencia, donde tiene primacía el cuadro clínico sobre todo lo demás y la inmediatez de los análisis y las respuestas.

En la actualidad, perduran los modelos de atención fragmentados, que tienden a demarcar las problemáticas que no son parte del ámbito biomédico y no hacen a la patología fisiológica como "lo social" a modo de compartimentación y segmentación de la realidad de las demandas de los usuarios (Lobos et al., 2012). De esta manera, emerge lo social como un ámbito aislado, escindido del proceso de salud. Configurándose como un campo separado y subalterno del que debería ocuparse únicamente el trabajador social.

Sin embargo, como plantea Cazzaniga (2015), las situaciones sociales no existen de manera aislada y autoproducida. En este sentido, "lo social" se define como "el entramado de prácticas en el que participan activamente las dimensiones políticas, económicas, ideológicas y culturales, que estructuran el espacio de producción y reproducción de la vida individual y colectiva de los sujetos, en un tiempo y espacio determinado" (Cazzaniga, 2015, p. 5).

En este marco, necesariamente debemos problematizar la tendencia a asignar al trabajo social un lugar exclusivo en el abordaje de "lo social". Si bien existen acciones y herramientas que

son características del quehacer del trabajo social, no son exclusivas de él ni limitan la posibilidad del trabajo en conjunto. El trabajo social no tiene exclusividad en su campo de intervención, lo comparte con otros actores con los cuales se disputan sentidos, saberes y modos de intervención. Es consecuencia de los procesos históricos de construcción y lucha del trabajo social a lo largo de sus años de existencia que se ha consolidado una identidad profesional que le da sentido y legitimidad a su intervención y presencia en el campo de la salud.

En las entrevistas realizadas, se repite la referencia al trabajo social como esa conexión con "el afuera", con el más allá de las paredes del Centro de Salud.

En palabras de la trabajadora social 1: *"No recuerdo si me lo habían planteado como que era mi función, pero el trabajo social en este contexto y en esta propuesta tenía mucho la función de tejer las redes hacia afuera. Es decir, si había que derivar un paciente, porque había mucha preocupación por el número de camas en el Policlínico. De que no se saturaran las camas. Entonces cuando una situación excedía una cantidad de días era crucial gestionar y articular para que esa persona se vaya de alta una vez que la crisis haya pasado. Entonces el trabajo social siempre un poco tenía ese lugar del armado hacia afuera para que esa persona pudiera o irse a otro centro o ingresar en una institución o irse de alta y que haya una familia que sostenga un acompañamiento al tratamiento. Pero siempre en ese afuera el trabajo social tenía como protagonismo. También con las instituciones de infancias"* (Trabajadora social 1, comunicación personal, 2025).

A su vez, la psiquiatra del equipo plantea lo siguiente: *"Y yo, por ejemplo, a veces siento que estoy acá en un Centro de Salud, en un lugar y es como que, de acá, del Centro de Salud para afuera, siento que estoy ciega, entonces*, nombrando a la trabajadora social 2, dice: *es mis ojos, me ubica. "Bueno, pero acá está esto y fijate que tal cosa". O sea, el hecho de que ella tiene el mapa mental de todas las actividades y todas las cosas que están pasando en simultáneo a lo que está pasando en el Centro de Salud es como que me ayuda a mí a ubicarme. "Bueno, pero fijate que en tal lugar está este dispositivo y que capaz que este paciente le podría servir" y es como me da un alivio porque, como te digo, yo tengo esa visión de que por ahí para fuera del Centro de Salud estoy como medio ciega con en dónde quedan las cosas, qué actividad se hace en dónde. Entonces eso me ayuda un montón. Por eso es que a veces, viste, cuando siento que tengo como muy limitadas las opciones, sé que me sirve ir y charlarlo con ella, que por ahí me abre un abanico de algunas posibilidades de cosas como para dónde seguir con el*

paciente, que yo no las tengo en cuenta porque las desconozco" (Psiquiatra, comunicación personal, 2026).

Este extracto, nos permite dilucidar el lugar en el que queda ubicado en múltiples ocasiones el trabajo social: como auxiliar de la medicina. Rol en el que deben, una vez más, "ocuparse de las cuestiones de poco valor para las cuales el médico no tiene tiempo". Donde el trabajo social adquiere más protagonismo, es en tareas que otros actores no reconocen como propias o que consideran que escapan de sus límites disciplinarios. Reforzando, de esta manera, su lugar de auxiliar y de soporte a otras intervenciones (Álvarez et al., 2025).

Sin embargo, este mismo fragmento también permite advertir que el trabajo social no interviene de una manera técnica ni mecánica. En este sentido, en el equipo, hay una puesta en valor de las intervenciones asistenciales del trabajo social. Las cuales no se constituyen como acciones administrativas o sencillamente burocráticas, vacías de sentido. No es un quehacer meramente técnico, operativo, aislado o neutral, sino que tiene una direccionalidad. El trabajo social interpreta la realidad con un bagaje teórico y un posicionamiento ético y político determinado, que le otorga un sentido a la intervención. Introduce preguntas que otras profesiones no necesariamente se plantean. Se trata de una mirada "lateral", que se interroga acerca de la accesibilidad efectiva y las posibilidades de sostenimiento de los tratamientos.

"Cuando aparecía una complejidad parecía como que el trabajo social ahí tenía un montón de protagonismo porque había que gestionar con niñez, con otras entidades, hacia los centros de salud, había que hacer informes y gestionar cuestiones o certificado de discapacidad. Cuando entraba una situación que implicaba todo esto el trabajo social ahí tenía como más protagonismo" (Trabajadora social 1, comunicación personal, 2025). El "mapa mental" mencionado por la psiquiatra, el conocimiento de la red, la gestión con otras instituciones, por ejemplo, la comunicación con el teléfono verde, el contacto con la Dirección de Niñez o la gestión de un Certificado de Discapacidad, no aparecen en las intervenciones como la simple resolución de trámites. El acceso a recursos, a subsidios, a refugios, a dispositivos o a redes de sostén forma parte indispensable de los procesos de atención en clave de cuidado. Sin ellos, los tratamientos encuentran múltiples dificultades para su continuidad.

"Bueno, cuestiones que vamos abriendo, y cuando hay situaciones de violencia de género, ahí nuestra participación es activa. Porque, bueno, hacemos todo el contacto con el equipo del teléfono verde" (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

"En el hecho de que nosotras estamos acá como equipo, yo ya sé que ni bien se internó la persona y la empezamos a entrevistar, nombrando a la trabajadora social 2, dice: *ya está escuchando, ya se empapó de toda la situación, ya está pensando cosas posibles"* (Psiquiatra, comunicación personal, 2026).

En este marco, el "alivio" que menciona la psiquiatra al hablar de la presencia de la trabajadora social podemos entenderlo, por un lado, como una batalla que no es dada por la disciplina médica. Pero, por el otro, también da cuenta del hecho de que los tratamientos ya no dependen de un solo profesional o una única disciplina. Las diferentes miradas al interior del equipo se complementan y articulan entre sí a la hora de dar respuesta. *"Yo estoy por ahí ensimismada con el caso y siento que me ayuda a tomar distancia, a verlo desde afuera y por ahí me tira algunas cosas que yo digo,* "*¿cómo no se me ocurrió esto?" Pero bueno, no se me ocurre. Así que en ese sentido sí enriquece, enriquece mucho y te ayuda a sentir que no estás tan solo con las situaciones que a veces son, viste, situaciones muy arrasantes"* (Psiquiatra, comunicación personal, 2026).

Esta complementariedad necesaria se encuentra reflejada en el discurso de las entrevistadas. En este sentido, la trabajadora social 2 sostiene: *"Bueno, yo creo que nuestra mirada complementa ampliamente a las compañeras de psicología y de psiquiatría, porque nosotros también tenemos un bagaje más específico que tiene que ver con ampliar la mirada en relación a las situaciones y de pensarlas más integralmente. Entonces, desde pensar la accesibilidad. "Bueno, tiene obra social, pero dejó de ir porque no la puede sostener y pagar." Entonces, bueno, de introducir una pregunta ahí en relación a cómo va a continuar su tratamiento [..]"* (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

A su vez, se manifiesta cuando la psiquiatra expresa que en un período en el que no hubo profesional del trabajo social en el dispositivo (en el año 2023), el trabajo se volvió más "engorroso" y fue más complejo llevar adelante las intervenciones. "*A veces en situaciones de crisis en las que realmente necesitábamos el apoyo de trabajo social, teníamos que terminar recurriendo a ayudas por ahí externas como para que alguien nos oriente. Y obviamente que el trabajo se hacía mucho más engorroso"* (Psiquiatra, comunicación personal, 2026).

En esta línea, la psicóloga señala y destaca la presencia de las tres disciplinas como una lógica y una articulación que da como resultado un trabajo de mayor calidad y potencia. *"Pero lógicamente la calidad de trabajo que implica un equipo con varios integrantes de distintas disciplinas no es lo mismo ni mucho menos de cuando vos estás solo. Porque también, al menos*

de lo que yo he podido experimentar en todos mis años de trabajo, no solamente acá, sino en otros espacios, en donde el trabajo en equipo potencia y produce un trabajo de mayor calidad, más eficaz, y con mayor beneficio para los usuarios. Eso es indudable. [...] Para mí ha sido mucho más productivo, que eleva la calidad de trabajo un equipo interdisciplinario, más allá de la especificidad de cada quien. Porque bueno, cada quien tiene su especificidad y en muchas ocasiones no estamos de acuerdo. Pero en ese disenso también a veces surge algo que produce cierta eficacia mayor que si uno trabaja por su lado, sobre todo en esto que tiene que ver con la urgencia. Sobre todo, en la urgencia" (Psicóloga, comunicación personal, 2026).

En este escenario, el aporte del trabajo social se vincula con construir una mirada situada en torno a los atravesamientos sociales, territoriales y cotidianos del sufrimiento. La escucha de los padecimientos no se limita a un diagnóstico psiquiátrico. Al hablar de salud mental, nos estamos refiriendo a un abordaje multidimensional e integral. Se trata de reconocer que los padecimientos se producen en tramas vinculares, sociales y subjetivas complejas, por lo que es necesario observar y comprender las situaciones con distintos lentes y con diferentes herramientas.

Nuestro gobierno actual, desde el año 2023, ha provocado diversos ataques al campo de la salud mental. En la actualidad, fue enviado al Senado un proyecto para reformar la Ley Nacional de Salud Mental. Inscripto en un modelo de derecha y ultracapitalista de destrucción y desmantelamiento del Estado, la reforma tiene la intención de fortalecer un modelo tutelar y medicalizante y facilitar las posibilidades de control y encierro. A la vez que desconoce la responsabilidad de intervención del Estado en materia de derechos humanos e introduce modificaciones en los equipos que implican transformaciones en relación al enfoque vigente.

En este contexto, surgen nuevos interrogantes con relación a las posibilidades de poder sostener un modelo centrado en derechos y orientado a la integralidad de los abordajes.

Considero que las intervenciones del trabajo social en el campo de la salud mental se desarrollan actualmente, por un lado, en un contexto de tensión entre la preservación de la lógica manicomial y la necesidad de instaurar nuevas estrategias de intervención y por otro lado, insertas en una contradicción inherente al quehacer profesional. El trabajo social se confronta con la distancia que existe entre "lo que él puede efectivamente y concretamente hacer de lo que se espera que él haga. Y especialmente, de lo que él mismo espera hacer [...] Con las expectativas de una misión profesional que muchas veces se muestra imposible frente

a la escasez de recursos financieros y prioridades políticas y administrativas cada vez más distanciadas de la cuestión social" (Frizzera Santos, 2001, p. 2).

Como profesionales habilitados y habilitadas por el Estado, somos actores y actrices que contribuimos con nuestras intervenciones y discursos a delimitar y formar categorías. Entonces, resulta fundamental deconstruir y desarmar determinados discursos y habilitar así nuevas formas de mirar y acompañar. Como afirma la trabajadora social 2, *"hay algo que aparece en nuestra pregunta que no aparece desde otro lugar"* (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

El trabajo social ocupa un rol clave a la hora de llevar adelante procesos sustitutivos de las lógicas manicomiales y por lo que es constitutivo de su intervención pertenecer a una red de trabajo con el objetivo de construir un tratamiento que busque romper con la estigmatización y la segregación social. Es habilitador de procesos de cambio y de prácticas instituyentes.

"Siempre hay intersticios, cuando yo estudiaba trabajo social se utilizaba mucho justamente este concepto de intersticios profesionales que tenía que ver con la búsqueda de esas grietas que tiene la institución. Así que digamos, bueno, siempre hay. No es todo caos o no es todo negro y blanco. Están estos intersticios, están ahí grietas en las cuales uno puede colarse. Por eso es posible también el trabajo" (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025). De esta manera, los espacios institucionales son escenarios fundamentales donde no solo opera y funciona el poder, sino también donde se constituyen intersticios que posibilitan la emergencia de resistencias (Muñoz Arce, 2020).

En este sentido, el intersticio aparece como ese "entre", como una frontera o como un lugar de negociación. Como ese escenario donde el trabajo social encuentra posibilidades de intervención y de creación de prácticas instituyentes al orden establecido. Espacios, grietas, donde el trabajo social puede "colarse" e introducir la pregunta, abrir el análisis, introducir dimensiones que a veces son invisibles para los modelos hegemónicos y cuestionar el orden que parece ser absoluto y acabado. Romper con ese sentido común para poder dotar a la intervención de un contenido ético-político, teórico y metodológico.

En mi trayectoria en la institución, se construyó un espacio de aprendizaje profundamente crítico. En donde el abordaje nunca estuvo dado por hecho, la pregunta y la repregunta siempre estaban presentes. No solamente acerca de la situación abordada y la interacción con otros actores o profesionales, sino y, sobre todo, sobre la propia intervención.

La vigilancia de nuestro quehacer profesional es fundamental para interpelar las intervenciones que realizamos y reflexionar desde dónde nos paramos en el ejercicio cotidiano y fundamentamos nuestras prácticas. “Un trabajo de elucidación en relación a la visión teórica ideológica que poseemos como trabajadores sociales y cómo esta se materializa en una acción con sentido” (Cazzaniga, 2011, p. 188).

Es posible afirmar, en consonancia con las palabras de las trabajadoras y con el Plan Provincial de Salud Mental de nuestra provincia (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2023), que, si bien los dispositivos de salud mental fueron surgiendo desarticuladamente y se fueron sumando por adición, las experiencias acumuladas marcan senderos estratégicos y demuestran que una realidad diferente es posible. La micropolítica consiste en crear un agenciamiento que permita que ciertos procesos se apoyen unos en otros, intensificándose (Guattari, 2006).

“Así que bueno, esto es lo que hoy está. Pero yo siempre me acordaba de lo que decía Débora Ferrandini, que estas experiencias se van acumulando, hacen como un cúmulo en espiral y después aparece una síntesis que supera el cúmulo de las experiencias. [...] Bueno, son experiencias que después van tomando, que se acumulan y que van dando forma a otra cosa y yo creo que tiene que ver con eso” (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025) *“Pero bueno, dentro de todo, a mi punto de vista, en lo que más el dispositivo ha podido dejar una pequeña marca es que acá se pueden internar situaciones de salud mental, hemos podido”* (Psicóloga, comunicación personal, 2026).

Resulta fundamental recordar que la democracia y los derechos conquistados no surgieron de manera natural, no son eternos ni están garantizados para siempre. Por el contrario, son el resultado de luchas históricas, son atacados constantemente y es necesario permanecer vigilantes cotidianamente para sostenerlos y defenderlos. Los contextos adversos, nos obligan a repensar nuestra historia y los procesos recorridos y caminados. El presente nos exige revisitar las estrategias y construir nuevas narrativas que enfrenten los discursos que presentan al sufrimiento social como inevitable (Marghetti, 2026). Es debido a esto que el ejercicio de la memoria es imprescindible, para que se construya en un puente para proyectar horizontes posibles hacia un futuro y dotarlos de fundamento. Frente a la crueldad y a la fragmentación, encontrarnos e imaginar horizontes colectivos es la tarea fundamental. “En resumen, todo es política pero toda política es a la vez macropolítica y micropolítica” (Deluze y Guattari, 2000, p. 218).

"Más allá de que vengan y autoritariamente lo desplumen, queda en la memoria institucional, queda en la memoria de los trabajadores. En algún momento vendrán otros que tomen esa experiencia y hagan una síntesis superadora de lo que fue. Así que hay que apostar por que vengan esos tiempos. Seguramente van a venir, esto en algún momento va a pasar, y vendrán otros tiempos mejores. Teniendo en cuenta que estamos dentro de un sistema capitalista, ¿no? Pero bueno, hay políticas que han sido progresistas y que han tenido una mirada de impresión de derechos para la población. Así que bueno, creo que es un momento de construcción permanente, que nos trasciende" (Trabajadora social 2, comunicación personal, 2025).

REFLEXIONES FINALES

El presente trabajo me permitió desarrollar un proceso de sistematización y de recuperación de mis prácticas profesionales, período que fue fundamental y que marcó profundamente mi formación académica y profesional.

A lo largo de la construcción de este escrito, pude revisitar los debates y las preguntas que surgieron en ese proceso de práctica, profundizándolos y retomando, a su vez, otras perspectivas y nuevas voces. Lo que me permitió dar cuenta de las contradicciones y tensiones que forman parte inherente de la realidad social e institucional. Teniendo el recorrido con mis tutoras como punto de partida, busqué ampliar los análisis y poner el eje en distintos elementos del dispositivo, como a su vez, hacer referencia a preguntas y desafíos futuros.

A través de los distintos capítulos, fue posible acercarnos a una caracterización de la institución y a una reflexión acerca de cómo su historia y los procesos que la atravesaron permitieron, en el presente, el sostenimiento de espacios de abordaje de los padecimientos subjetivos en base a los derechos humanos.

La salud mental no es un concepto unívoco, es un campo heterogéneo y complejo, tanto por las problemáticas que aborda como por sus actores profesionales, sociales e institucionales. En este marco, la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental debe pensarse a partir de las condiciones materiales, institucionales y políticas que posibilitan o limitan su concreción efectiva en las actuales condiciones del capitalismo neoliberal.

A lo largo del presente TIF, se evidenció que las prácticas orientadas a construir abordajes integrales e interdisciplinarios frecuentemente se sostienen desde el compromiso cotidiano de los equipos de trabajo, en espacios atravesados por la precarización y la insuficiencia de recursos.

En la actualidad, estamos transitando un proceso de vaciamiento del Estado, con un gobierno cuya política se fundamenta en el odio, el miedo y la violencia, atentando directamente contra los derechos de los sectores más vulnerables, los “excedentes” del sistema. Con el debilitamiento de las políticas públicas, recuperar las experiencias, las memorias institucionales y las prácticas construidas colectivamente es fundamental para seguir imaginando otros modos posibles de cuidado y acompañamiento.

La transformación del campo de la salud mental y su respectiva desmanicomialización no debe ser considerada como una meta estática a alcanzar o como una conquista definitiva. No constituye un proceso acabado ni lineal. Como señala Galeano (1993) haciendo referencia a la utopía: “ella está en el horizonte—dice Fernando Birri—. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar” (p.230). La construcción de salud mental comunitaria, integral y centrada en los derechos humanos representa un horizonte ético y político que orienta las prácticas, las preguntas y las luchas colectivas. Lo que obliga a repensar permanentemente las estrategias, las políticas y las respuestas.

El desarrollo de la investigación buscó señalar de qué manera el trabajo social se desenvuelve en este escenario, con una intervención que tampoco es única ni está libre de tensiones. Es parte de ese movimiento, de ese camino hacia un horizonte de justicia y derechos humanos. Un camino que apuesta por el pensamiento crítico cuando todo invita a la fragmentación y que, frente a un individualismo destructivo, lucha por construir comunidad.

En la trayectoria de este trabajo intenté situar determinados elementos que permitieran pensar e interrogar un espacio en particular. Las reflexiones no están expuestas como afirmaciones absolutas ni estáticas, sino como una invitación a abrir la pregunta y a sostenerla, entendiendo la intervención y los análisis como procesos en permanente construcción.

REFERENCIAS

- Acuña, C. H. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Universidad de San Andrés y Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Fundación Gobierno y Sociedad.

- Acosta, C. y Heras Monner Sans, A. I. (2015). *Salud mental, asimetrías de poder-saber y heterotopías.* Jornadas Internacionales. Discurso y poder: Foucault, las ciencias sociales y lo jurídico.

- Almeida, V., Chidichimo, M., Coll, L. Orpinell, F., Pochettino, C y Valdano, L. (2017) Desafíos de la política de salud mental sustitutiva a lo manicomial: que abrir para cerrar. Cerrar el manicomio no es achicar el Estado. *Cadernos Do CEAS: Revista crítica De Humanidades, 242,* 657–671. https://doi.org/10.25247/2447-861X.2017.n242.p657-671

- Amarante, P. (2009) *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial.*

- Ase, I. y Burijovich, J. (2009) La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva.* (5) *1*. https://doi.org/10.18294/sc.2009.229

- Ardila Gómez, S., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Velzi Díaz, A., Matkovich, A., & Agrest, M. (2021). *Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina*. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13 (1).

- Arias, A. (2013*)* Lo territorial en el territorio de la Argentina. Connotaciones históricas, políticas y culturales de lo social de los territorios. *Revista Margen*, (71).

- Alvarez, F., Lago Passucci, S. y Nicolin, N. (2025) De funciones, identidad atribuida y especificidad del Trabajo Social en salud: un aporte reflexivo desde la Residencia de Trabajo Social Tandil. *Revista Plaza Pública* (33).

- Augsburger A.C., Gerlero, S.S.; Taboada, E. (2016) *Las políticas públicas en Salud Mental a cinco años de la sanción de la Ley Nacional.*

- Azar, B., Canivare M., Chaban M., Malsenido G., y Trapani, J. (2019). Sobre las prácticas micromanicomiales en un hospital psiquiátrico de Tucumán. *Clepios*, (3) 100-103.

- Baremblitt, G. (2005) *Compendio de análisis institucional y otras corrientes.*

- Barrios, M. (2004) Las prácticas en Salud Mental ante nuevos desafíos. *Cómo pensarnos en la reconstrucción del tejido social. Intervención profesional legitimidades en debate: Seminario Internacional-Maestría en Trabajo Social.*

- Báscolo, E.,, & Yavich, N. (2010) Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Salud pública*, 12 (1), 89-104.

- Bayón, S. (2000) Las locas en Buenos Aires. Una representación social de la locura en la mujer. En: J.L. Moreno (Comp.) *La política social antes de la política social (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX)*. Trama Editorial/Prometeo.

- Bru, G.S. (2012) La interdisciplina como utopía. *Revista Margen*, (67).

- Bruni, M. (2025). Intersecciones emergentes: Trabajo Social, crisis subjetivas y riesgo en salud mental en la guardia hospitalaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19).

- Campana, M. (2012) *Medicalizar la asistencia. Asistencializar la salud.*

- Carballeda, J.M. (2012) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Revista Margen*, (65).

- Carballeda, J.M. (2022) *La subjetividad como terreno de disputa. Ensayos, teórico-metodológicos acerca de lo social hoy.*

- Carcovich, P. (2017) *La lógica manicomial. Un análisis de los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores del hospital general. Barquitos pintados. Experiencia Rosario*, 1 (1) https://doi.org/10.35305/barquitos.v1i1.10

- Carpintero, E. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. *Topía.*

- Cataldo, R. y Pino, M. (2024) *Políticas públicas en Salud Mental en Argentina: el caso de la Ley Nacional 26.657.* XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Cazzaniga, S. (2015). Intervención social-Intervención profesional. *Trabajo inédito. Doctorado en Ciencias Sociales. Facultad de Trabajo Social, Paraná. Universidad Nacional de Entre Ríos.*

- Cazzaniga, S. (2011) La inscripción social como horizonte de sentido en la intervención de los trabajadores sociales. En S. Cazzaniga (Comp.) *Entramados conceptuales en Trabajo Social: categorías y problemáticas de la intervención profesional* (187–195)

- Cazzaniga, S. (2002) Trabajo social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Revista Margen* (27).

- Chaverry, R. (2021). *Una reflexión en torno al Dispositivo en Foucault*. Reflexiones Marginales.

- Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe (2018) *Políticas Sociales y derechos humanos a nivel local. Evaluación del estado de avance en Rosario en 2017*

- Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe (2019) *Progresos y desafíos de los derechos en la Provincia de Santa Fe.* Universidad Nacional de Rosario.

- Deleuze, G. y Guattari, F. (2000) *Mil Mesetas*.

- Dubet, F. (2002) *El Declive de la Institución: profesiones, sujetos e individuos ante la reforma del Estado.*

- Enriquez, E. (2002) El trabajo de la muerte en las instituciones. En: R., Kaez *La institución y las instituciones.*

- Fazenda, C. I. (2003). *Interdisciplinariedad y transdisciplinariedad.*

- Frizzera Santos, Y.M. (2004) *Mujer y asistencia: las afinidades electivas.* UFRJ-Playa Roja.

- Frizzera Santos, Y.M. (2001) Servicio Social: ¿al final de qué se trata? . *Revista Praia Vermelha*, (5).

- Galeano, E. (1993). *Las palabras andantes*. Siglo XXI.

- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser.*

- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica.*

- Galende, E. y Kraut, A.J. (2006) *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos.*

- Gimenez, S. (2018) Reflexionando sobre la Intervención Social de ayer y de hoy. Continuidades y rupturas. *Revista Margen*, (90).

- Heredia, J.M (2012) Dispositivos y/o agenciamientos. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía,* 19 (1). https://doi.org/10.24310/Contrastescontrastes.v19i1.1080

- Iriart, C. (2020) *Pandemia: neoliberalismo y sistema sanitario argentino.* UniRio Editora.

- Jimenez, C. (2009) Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000. *Salud Colectiva, 5* (2)*, 211-224.*

- Kaminsky, G. (1990) *Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales.*

- Ley N° 26.657. (25 de noviembre de 2010). Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial de la República Argentina*

- Ley Nacional N° 26.934. (30 de abril de 2014) Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos. *Boletín Oficial de la República Argentina*

- Lobos, S., Palazzo, S. Pastorini, G., Puerta Basaldua, A. y Stilman, A. (2012) La inserción del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental: construyendo interdisciplina en el ámbito de la urgencia. *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires, 54* (245) , 88-90.

- Marghetti , S. (2026) Derechos humanos, memoria y actualidad: Entrevista a Lucas Crisafulli, por Santiago Marghetti. *Miríadas*, *1*(1), 61-72.

- Martinez, M.L. (2025) Lógicas y prácticas manicomiales, más allá de los muros. Análisis en un Hospital General. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 93-114.

- Martínez-Hernáez, A., y Correa-Urquiza, M. (2017) Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva,* (13), 267–278. https://doi.org/10.18294/sc.2017.1168

- Menendez, E. L. (2005) El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva, 1* (1), 9-32

- Menendez, E. L. (1995) Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Dimensión Antropológica,* (5).

- Menendez Osorio, F. (1998) Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría,* (65), 145-150.

- Merhy, E. E. (2021) *Salud: cartografía del trabajo vivo.* Universidad Nacional de Lanús.

- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2022) *Propuesta: Plan provincial de salud mental de la Provincia de Santa Fe 2022–2026.* https://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2022/05/PROPUESTA-PLAN-PROVINCIAL-Salud-Mental_Santa-Fe.pdf

- Muñoz Arce, G. (2020) Intervención social en la encrucijada neoliberal: transformación social en clave de resistencia. En B. Castro-Serrano, A. Cea y N. Arellano-Escudero (Eds.), *Materiales (de) construcción. Crítica, neoliberalismo e intervención social*. Nadar.

- Nuestra Ciudad. (2016) *Barrio Belgrano.* https://nuestraciudad.info/portal/Barrio_Belgrano.Rosario.SF

- Organización Mundial de la Salud (1978) *Declaración de Alma–Ata.* Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

- Parra, G. (1999) *Antimodernidad y trabajo social: orígenes y expansión del trabajo social argentino.*

- Pawlowicz, M.P. (2015) Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. *Voces en el Fénix,* (42), 20-27.

- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2023). *Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028* (Resolución N.º 0990). Gobierno de la Provincia de Santa Fe. https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/273160/1421568/file/RM20230990MSAL.pdf

- PNUD (2011) *Aportes para el desarrollo humano en Argentina/2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros.*

- Rotelli, F. (2014a) No se puede cambiar con una ley un paradigma. La desinstitucionalización en Trieste. *Topia, (70).*

- Rotelli, F. (2014b) *Vivir sin manicomios.La experiencia de Trieste.* Topía.

- Seitz, V. N. (2023). Transformación del modelo de atención en salud mental a partir de la ley 26657. *Revista De Psicología Y Psicopedagogía*, (6).

- Spataro, M.G. (2008) La noción de territorialidad en la práctica profesional del Trabajo Social. Revista *Margen* (51).

- Stolkiner, A. (2010) Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. En: *Social Medicine*, *5* (1), 89–95.

- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Comp). A*tención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios* (121-146). Paidós.

- Tobar, F. (2012) Breve historia del sistema argentino de salud. En: GARAY, O *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal.* Editorial La Ley.

- Vega, G. A. (2017) *El concepto de dispositivo en M. Foucault. Su relación con la "microfísica" y el tratamiento de la multiplicidad.* Nuevo Itinerario, (12), 136–158. http://dx.doi.org/10.30972/nvt.0122038