



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Licenciatura en Trabajo Social

Trabajo Integrador Final

**“Escuchar, acompañar, transformar: caminos comunitarios en Salud Mental
Infantil”**

Modalidad: Investigación

Estudiante: Confalonieri, Clara María / claraconfalonieri071@gmail.com

Directora: Lamanuzzi, Romina / rominalamanuzzi@gmail.com

Gracias;

A mis papas por permitirme la libertad de elegir y apoyarme desde el primer día;

A mi hermana por sostenerme desde siempre y sobre todo este último año;

A mis facu amigas por todas las rendidas, los trabajos prácticos y el acompañamiento en todos estos años;

A mis compañeras y amigas de Fundación Síntesis, que supieron abrir las puertas de un espacio de trabajo amoroso y cuidado, por enseñarme el sentido colectivo de la práctica;

A todas mis amigas y amigos de Chajarí que a pesar de la distancia siempre fueron hogar;

A mi novio, por escucharme una y otra vez hablar sobre esto;

A Romi, mi tutora, por acompañar este proceso tan amablemente y por toda su dedicación;

Al Trabajo Social por enseñarme un modo de vivir, pensar y sentir;

A la universidad pública por darnos el espacio para soñar.

INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1: Salud, Infancias y Salud Mental: recorridos históricos y marcos conceptuales.....	5
1. CAMPO DE LA SALUD.....	5
A) Conformación y organización del sistema de salud.....	5
La Salud en Argentina, transformación del campo hasta la actualidad.....	5
Historia y organización del Sistema de Salud Provincial.....	9
Rosario: historia y actualidad.....	12
B) Atención Primaria de la Salud.....	15
Surgimiento de la estrategia de APS y nuevo concepto de Salud.....	15
C) Salud mental.....	19
Salud mental en la provincia de Santa Fe y en el Municipio de Rosario.....	25
2. CAMPO DE LA INFANCIA.....	26
CAPÍTULO 2: Territorio, Comunidad e Instituciones en el abordaje de la Salud Mental Infantil.....	32
1. El Territorio como dimensión clave: Barrio, Comunidad e Infancias.....	32
2. Una mirada comunitaria en el abordaje de la Salud Mental Infantil: la comunidad como espacio de producción de Salud.....	36
3. El entramado institucional y comunitario en la red de atención de la Salud Mental Infantil. Dispositivos existentes y redes institucionales.....	40
CAPÍTULO 3: Aportes del Trabajo Social en el abordaje Comunitario de la Salud Mental Infantil.....	47
1) Trabajo Social y su historia en el Campo de la Salud.....	47
2) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria.....	49
3) Interdisciplina y estrategias de intervención comunitaria en Trabajo Social.....	53
4) Intervención Profesional: implicancia ética, política y afectiva.....	57
5) Límites, potencias y desafíos de la Intervención Profesional.....	59
REFLEXIONES FINALES.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	62

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final se propone abordar los diferentes modos de intervención en la problemática de la salud mental en las infancias, desde una perspectiva situada en el territorio y poniendo especial énfasis en los aportes del Trabajo Social al campo de la Salud Comunitaria.

La elección de esta temática surge de la necesidad de pensar, problematizar y teorizar en torno a la articulación entre diversas experiencias que han marcado mi recorrido pre-profesional. Por un lado, las prácticas pre-profesionales propuestas por la facultad en dos instituciones del campo de la salud, donde he desarrollado tareas de promoción y prevención con las infancias y, por otro, mi inserción laboral en un espacio comunitario, la organización social Fundación Síntesis, que me ha permitido un acercamiento al campo de las infancias desde un trabajo territorial.

Ambas experiencias, pero particularmente el trabajo en un contexto barrial, han posibilitado reconocer cómo niños y niñas de barrios populares, en este caso del Stella Maris y La Bombacha, son atravesados por múltiples vulneraciones que condicionan su bienestar, desarrollo y posibilidades de vida. De allí la necesidad de comprender dichas complejidades a partir del enfoque de Salud Comunitaria, entendiendo que impactan en los procesos de salud-enfermedad-atención, especialmente en contextos de vulnerabilidad social.

El objetivo principal de este trabajo es, entonces, analizar cómo se configuran los abordajes de la salud mental en las infancias del Centro de Salud Ceferino Namuncura del barrio Stella Maris de la Ciudad de Rosario. Para poder dar cuenta de este objetivo general, hemos presentado los siguientes objetivos específicos:

- Reconocer los dispositivos y procedimientos con los que se cuenta para abordar la problemática de la salud mental en las infancias, haciendo hincapié en las repercusiones que tienen los mismos en dicha población.
- Analizar y reflexionar acerca de la dinámica socio barrial, teniendo en cuenta las percepciones de los actores sociales involucrados en la problemática en relación a esta, así como las particularidades del territorio.
- Indagar acerca del rol del Trabajo Social en el abordaje de la salud mental infantil.

En cuanto a la metodología, en el presente trabajo hemos buscado comprender y recopilar diferentes experiencias relacionadas con problemáticas de la salud mental en las infancias, incorporando la percepción de los participantes involucrados con la temática en cuestión. Esto lo hicimos a través de fuentes de información primaria, llámese, cuadernos de campo contruidos durante las diferentes experiencias y entrevistas a un Trabajador Social, una Medica Generalista, la Coordinadora del Centro de Salud, el equipo de profesionales del Taller ¿Que es? y una referente de la Organización Social Fundación Síntesis. Además, recopilamos fuentes de carácter secundario, como bibliografía utilizada durante toda la trayectoria académica y sugerida particularmente para abordar esta temática.

El trabajo se organiza en tres capítulos. En primer lugar, se realiza un recorrido por la evolución del campo de la salud y el de las infancias, con el fin de comprender las transformaciones y tensiones históricas en Argentina, con énfasis en las políticas de salud mental y en la Atención Primaria de la Salud (APS). En segundo lugar, se analiza el territorio como dimensión clave para pensar la salud comunitaria, situando la experiencia de los barrios Stella Maris y La Bombacha en la Ciudad de Rosario y el rol del Centro de Salud Ceferino Namuncurá como institución promotora de dispositivos comunitarios. Finalmente, se profundiza en los aportes específicos del Trabajo Social, recuperando la dimensión ética, política y afectiva de la Intervención Profesional, las potencialidades de la interdisciplina y los desafíos actuales en el abordaje de la salud mental infantil.

De este modo, el trabajo sostiene que los procesos de salud mental no pueden ser reducidos a una perspectiva biomédica e individualizante, sino que requieren ser comprendidos desde una lógica comunitaria, histórica y social. En esta clave, el territorio, las redes institucionales y la participación activa de las comunidades se configuran como pilares fundamentales. Asimismo, se busca destacar la relevancia del Trabajo Social en la construcción de prácticas transformadoras que promuevan el bienestar, garanticen derechos y fortalezcan procesos colectivos.

CAPÍTULO 1: Salud, infancias y salud mental: recorridos históricos y marcos conceptuales

1. CAMPO DE LA SALUD

A) Conformación y organización del sistema de salud

La Salud en Argentina. transformación del campo hasta la actualidad

Los diferentes términos, y significados son propios de cada contexto sociocultural y enfoque comprensivo desde el que se justifican. Ello se debe a que los conceptos como representaciones que son, reflejan el pensamiento de una sociedad en un momento histórico determinado. Cada contexto socio-histórico construye sus propias formas de comprender la salud, y su forma de abordarla, la cual quedará reflejada en el despliegue de un conjunto de políticas sociales para dar respuestas a las diferentes demandas que se produzcan en ese campo.

La salud en Argentina a lo largo de los años se ha ido construyendo y pensando como un problema de Estado, para lo cual es él mismo quien debe asumir su función para garantizarla como derecho social inalienable, atravesando la implementación de políticas activas que centren su objetivo en el ejercicio pleno del acceso a la Salud en su integralidad. Entender la salud como un derecho inalienable, implica considerarla desde una perspectiva de derechos, impregnada en todo ser humano, por el solo hecho de existir. De esta manera, las políticas relativas al campo de la salud constituyen una gran parte de las políticas sociales, estas son llevadas adelante por el sistema de salud, quien junto con la comunidad van instalando en la agenda los problemas de salud. Las políticas de salud pueden o no, modificar la salud de la población, y pueden o no modificar el sistema de salud en sí mismo.

Si bien, la salud en Argentina actualmente es un problema de Estado, no podemos decir que siempre fue así. Como sitúa Tobar (2012) durante el periodo del Estado Liberal, finales del siglo XIX y principios del siglo XX, el sector de la salud funcionaba de forma independiente, este no la consideraba como un problema público sino como algo privado, paulatinamente con la fuerza de la Ciudadanía organizada que presionaba al gobierno, se fueron expandiendo las responsabilidades estatales (p.4).

Es así que, el Estado Liberal se empezó a ocupar de cuestiones de salud vinculadas a evitar propagación de las enfermedades, especialmente de las epidemias, materializando así las primeras acciones del Estado como financiador y regulador de la salud, la preocupación se centraba en poder mantener a los pobres aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Así el Estado solo se encargaba de aislar a los enfermos, mientras que los servicios de atención médica eran prestados como forma de Caridad por sociedades de beneficencia, no en una relación directa del Estado con los Ciudadanos.

Según Federico Tobar (2012) el surgimiento de guerras, epidemias y catástrofes en conjunto con las demandas sociales que iban apareciendo, el Estado comenzó a entrar en la órbita de la salud. El seguro social implementado durante el Estado de Bienestar es el primer antecedente para el desarrollo de la asistencia médica en Argentina y en algunos países de Latinoamérica. Este seguro, desarrollado principalmente por asociaciones sindicales y mutuales, hizo que todas las formas de asistencia médica se fueran configurando en el ámbito del trabajo, el modelo de concepción y de protección correspondía únicamente a personas vinculadas con el mundo laboral, desde ya que estos se ocuparon mucho antes de la salud que el Estado y el Mercado. Así mismo, las formas autónomas de protección social en salud se expandieron antes que la incorporación del Estado en la construcción de los Derechos sociales (pp.5).

Argentina, junto con algunos países de latinoamérica forman parte del primer grupo de países que incorporan cuestiones relativas a la salud en sus constituciones. Fue el primero en establecer los sistemas de seguros sociales en la región durante los años 20 y 30.

Durante estos años la dinámica económica permitió que alrededor del 90% de la población pertenezca al sector asalariado formal. De esta manera con el Estado de Bienestar ya instalado “se formuló entonces la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasó a ser garantizado y financiado con recursos públicos” (Tobar, 2012, p.8).

Hasta 1943, la salud era manejada por el Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior, pero ese mismo año se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, la cual establece el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés. Con esta institución se logró una gran expansión de la oferta pública, universal y gratuita del servicio de

salud. Aumentó considerablemente la cantidad de enfermeras y médicos, se construyeron establecimientos sanitarios, entre otras.

Durante 1946 se creó la Secretaría de Salud pública, desde entonces hasta 1951 se sancionaron leyes de sanidad pública, de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud, a través de las cuales se garantizaba la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para el 65% de la población Argentina no pudiente y, tarifas reducidas a otro 20% de la población en mejor situación económica.

Ramon Carrillo el Ministro de Salud de Perón, apuntaba al construir un Sistema Nacional de Salud con un enfoque de Medicina Social, que finalmente lo logró en 1974 con la sanción de una ley que responsabilizaba al Estado hacer efectivo el derecho a la salud, financiandola y conformando un sistema único.

Con el correr de los años y la aparición del Estado Desarrollista, el sector de la salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Las propuestas de descentralización y desburocratización dirigidas al cuestionamiento del modelo organizativo Peronista le ceden la responsabilidad de la red hospitalaria nacional a los Estados Gobierno Provinciales. Las transferencias eran impuestas por la autoridad central y se hicieron sin diagnósticos previos que pudieran responder a las demandas Ciudadanas. Las provincias se enfrentaban con varias dificultades que devenían de la capacidad de gasto que podía tener cada una y la imposibilidad de sostener estos sistemas de manera autónoma. Por esto, en 1958 se reintegraron a la nación los servicios transferidos, pero no fue por mucho tiempo, en 1961 se reinició el proceso de transferencias pero esta vez, de forma paulatina. En primera instancia, se intentaron formar grupos de gestión, de recursos humanos que contarán con la capacidad técnica para llevar adelante los servicios. Y luego, se logró la completa descentralización de los hospitales, permitiendo el establecimiento de convenios con las obras sociales.

Hacia 1970, se dio la obligatoriedad de afiliación de cada trabajador a la obra social que correspondía según su actividad. Además, se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados, financiado por sus afiliados y por un aporte estatal. Ya las obras sociales no atendían a adultos menores de 65 años porque estos quedaban bajo el Programa de Atención Médica Integral (PAMI).

En 1976 se instaura en Argentina un régimen dictatorial, el cual hace un gran esfuerzo por erradicar las bases del Estado, y correrse del rol intervencionista del mismo, logrando con esto el desmantelamiento de los servicios sociales y otorgándoselos a la actividad privada.

Bajo el Gobierno Militar la idea de salud que predomina tiene que ver con entender a esta como una mercancía, como un bien de consumo. En términos legislativos, se eliminó el Sistema Nacional Integrado de la Salud en 1978, con un proceso de descentralización fuerte que se profundizó durante los '90, afectando la capacidad de respuesta a problemas de salud.

Con la expansión de las obras sociales y el crecimiento del sector privado, el sector público pasó a ser la única cobertura de una gran parte de la población que no contaba con obra social, por no tener trabajo o por tenerlo bajo la informalidad. En este periodo, también se enfrentaron grandes problemas económicos que dificultaron la subsistencia del sistema de salud. Es así que, el sector quedó completamente fragmentado entre los distintos niveles de gestión y en el interior de cada uno de ellos hasta el día de hoy. Esto impide el uso eficiente de los recursos y una adecuada atención de calidad y equidad. La fragmentación del Sistema de Salud Argentino es histórica, debido a que coexisten diferentes formas de protección social como la asistencia pública, las obras sociales y la medicina prepaga. El problema mayor reside en la imposibilidad de construir una red integrada entre todos los sectores y subsistemas de la salud. El progresivo surgimiento de otras formas de asistencia médica, logró el deterioro de los servicios públicos y el declive de las obras sociales. El hecho de que toda la población pueda acceder a los mismos servicios independientemente de la clase social, representaba un alto costo político, al punto de que los servicios públicos sólo atienden a aquellos excluidos del mundo del trabajo y los sectores más acomodados encuentran otra salida.

Ya hacia 1990, en continuidad con el proceso de descentralización de los servicios de salud, se establecieron pautas para la transferencia de fondos, se creó la administración nacional de medicamentos, alimentos y tecnología (ANMAT), y se estableció la libre elección de obra social.

Hacia los 2000, en un clima de crisis profunda, recesión, recorte de gastos destinados a educación, salud, policía y asistencia, desempleo masivo, las empresas de medicina prepaga y obras sociales se vieron afectadas, ante el declive de número de afiliados.

Hacia 2002 se declaró la emergencia sanitaria, se llevaron adelante acciones destinadas a limitar el impacto de la crisis y garantizar el acceso de las poblaciones más vulneradas al sistema de salud, como por ejemplo, se sostuvieron los precios de los medicamentos a través de programas como el plan nacer o el programa remediar. En simultáneo, las provincias no podían afrontar los gastos, ni contaban con recursos humanos para enfrentar la situación. Estas dificultades acarreadas por el sistema de salud derivaron en la deslegitimación y crisis del mismo.

Una vez controlada la crisis, se presentaron dos grandes objetivos del Estado Nacional en materia de salud: poder afianzar la Atención Primaria y contribuir al desarrollo y fortalecimiento del Sistema Federal de Salud.

En lo relativo a la atención primaria, como medio para preservar la salud antes que paliar enfermedades, se privilegió la prevención, a través del Plan Materno Infantil, la atención del recién nacido, los programas de prevención de cánceres femeninos, odontología preventiva, programas de salud sexual y procreación responsable, entre otros.

Dentro del segundo nivel de atención se concentraron las diferentes especialidades, como el diagnóstico, la rehabilitación y otras especialidades ambulatorias, como hemodiálisis, cuidados paliativos, prótesis, ortesis, internación, salud mental, medicamentos, etc.

Hoy en día, el Sistema de Salud de nuestro país organiza su cobertura en tres subsectores: el Sector Público, las Obras Sociales y las Empresas de Medicina Prepaga, los tres deben garantizar la provisión del servicio, la gestión y su administración. El grado de cobertura de la salud en nuestro país, encuentra un punto en común a lo largo y a lo ancho del territorio Argentino, que es que todos los Ciudadanos independientemente de su lugar de residencia y de la cobertura que poseen tienen derecho a la atención de su salud, pero el alto grado de descentralización del sector público que existe y la brecha de desarrollo que hay entre las diferentes provincias hace que la accesibilidad al mismo sea limitada y no universal para todos los Ciudadanos.

Historia y organización del Sistema de Salud Provincial

Como ya lo habíamos anticipado, durante los 90 tuvieron lugar transformaciones económicas que repercutieron en el contexto político y social de nuestro país, el proceso de achicamiento del

Estado implicó una serie de transferencias y delegación de poderes que incluyó la transferencia del Sistema de Salud a las provincias.

En 1991 se sancionó la ley N°10.608 que otorga al Poder Ejecutivo de la provincia la potestad para poder establecer su propia reglamentación acerca del funcionamiento de establecimientos asistenciales con internación dependientes de la nación, con la necesidad de que estos puedan ser personas jurídicas públicas estatales con capacidad administrativa y financiera.

Hacia los 2000, el país se estaba sumergiendo en una crisis económica y política, que iba a tener consecuencias graves como el desempleo y aumento de la pobreza, indigencia, exclusión social, por lo tanto el Sistema de Salud público comenzó a ser demandado por poblaciones que antes no, poblaciones que quedaban desprovistas de seguros de salud por perder sus trabajos, quedando totalmente colapsado.

Mientras se desarrollaba este escenario a nivel nacional, a nivel local, en la Provincia de Santa Fe, comenzaba un proceso de descentralización y participación que proponía una serie de modificaciones que fueron tomando forma a lo largo de los años. Para ese entonces, el eje estaba puesto en los hospitales.

En el año 2007 se inició este proceso, basado en la regionalización, la descentralización y la planificación estratégica participativa, que tuvieron como objetivo construir una sociedad más inclusiva e integrada. Este plan tenía puntos claros para asegurar: “a) un proyecto de desarrollo para los territorios que aún no lo poseen; b) el apoyo a las iniciativas de desarrollo local; c) las políticas sociales y las inversiones en infraestructura social que corrijan las desigualdades; d) el mejoramiento de indicadores promedio de educación, salud, clima social, justicia, seguridad y transparencia en la gestión; e) la potenciación de las ventajas santafesinas para la localización de capitales; f) prevención y solución de conflictos entre actores Provinciales” (Faraht, 2017, pp.50). Estos objetivos, se pretendían lograr a través de líneas estratégicas relacionadas con el territorio integrado, la calidad social y economía del desarrollo.

En este momento, es cuando la provincia se divide en regiones para agruparlas según rasgos geográficos, culturales, sociales e históricos. Esto permitiría potenciar las particularidades de cada territorio y acercar el Estado a los Ciudadanos, este proceso de regionalización llevado adelante no era ni más ni menos que el proceso iniciado años antes por el Gobierno Nacional,

pero a nivel local. Aunque, en Santa Fe particularmente, tenía el objetivo claro de que los funcionarios y trabajadores del Estado, se relacionen de manera directa con los Ciudadanos. Esta regionalización, también permitió definir hospitales para diferentes patologías, es decir, cada establecimiento se especializa en una rama de actividad y logra mayor especificidad en problemas de salud complejos.

La descentralización y regionalización fueron fundamentales para poder delimitar responsabilidades y competencias para la ejecución de políticas públicas. Por esto, esta iniciativa, en la Provincia de Santa Fe se planteó como una estrategia para integrar a territorios marginados y fragmentados, logrando integrarlos en una red compuesta transversalmente por actores locales, actividades sociales, económicas, políticas, patrimonio cultural y natural. De esta manera las diferentes regiones se fueron construyendo como espacios simbólicos y estructuras que resignifican vínculos, caminos, historias y valores de los diferentes actores, teniendo como eje central el territorio y la cultura como anclaje necesario.

La descentralización en la Provincia de Santa Fe, fue la contracara de lo que había ocurrido años antes a nivel nacional, ese intento de descentralización sólo había implicado la desconcentración del poder intentando que administraciones pequeñas puedan hacerse cargo de los hospitales, fue un proceso centrado en lo económico y en la posibilidad de reducir la estructura del Estado. Podríamos decir que en la Provincia y en la Ciudad de Rosario muchos años antes, la descentralización implicó la construcción de un sistema de salud que garantice el derecho a la salud de la población a través de una red integrada, organizada por niveles de complejidad, teniendo como base la Atención primaria de la salud.

Entonces, este proceso decantó en una organización de la salud sostenida desde la Provincia hacia las regiones sanitarias y de allí hacia Municipios y Localidades. En cada región se ubicaron sedes administrativas como el Ministerio de Salud y se asentaron oficinas regionales en diferentes Nodos de Salud (Reconquista, Rafaela, Santa Fe, Rosario y Venado Tuerto), cada región cuenta además con al menos un establecimiento de alta complejidad. Los nodos de salud son vitales para lograr la mediación entre las necesidades del territorio y los recursos del Estado para atenderlas.

Actualmente, el sector de la salud en la Provincia al igual que en todo el Territorio Nacional, está conformado por el Sector Privado, el de las Obras Sociales y el Sector Público. Este último, está administrado por el Ministerio de Salud de la Provincia. Se estructura como una red conformada por Centros de Salud, SAMCOS y Hospitales, bajo gestión tanto Gobierno Provincial como Municipal, y organizada según niveles de complejidad en función de las necesidades de atención y cuidado. El primer nivel está representado por los Centros de Salud, que son los dispositivos de mayor cercanía con la comunidad. No cuentan con internación y tienen como función principal garantizar una atención territorializada. El segundo nivel comprende a los Hospitales y SAMCOS de baja y mediana complejidad, mientras que el tercer nivel incluye a los Hospitales de alta complejidad, considerados el eslabón más especializado y completo dentro de la red. Esta red se encuentra distribuida territorialmente en seis Regiones de Salud, cada una con una Ciudad nodo que actúa como centro estratégico para la coordinación, distribución de recursos e información. Para asegurar el acceso a los distintos niveles de atención, la Provincia de Santa Fe cuenta con el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), gestionado por la Secretaría de Logística Integrada y Articulación de Redes (SeLIAR), que cumple un rol clave en la articulación y respuesta oportuna ante situaciones de emergencia (Gobierno de Santa Fe, s.f.).

Rosario: historia y actualidad

En Rosario, las innovaciones en el campo de la salud pública se desarrollaron mucho antes que a nivel Provincial. Durante la década de 1990, los efectos de las políticas de ajuste estructural iniciadas en los años previos dejaron a gran parte de la población en condiciones de vida indignas. Una de las consecuencias más significativas fue la imposibilidad de algunos sectores sociales de continuar sosteniendo sus obras sociales o servicios de medicina prepaga, en un contexto de creciente desempleo.

En este escenario, Binner asumió la intendencia de Rosario, otorgando prioridad al área de salud. En 1995, su gestión se propuso, según señala Jiménez (2009) “descentralizar los servicios hospitalarios, jerarquizar la atención primaria, recuperar la capacidad instalada, capacitar el personal, desarrollar investigación, impulsar la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, articular en red los diferentes niveles e impulsar la participación social” (p. 214).

Durante este año se implementaron infinidad de programas de salud destinados a la prevención y promoción de las enfermedades, creando centros de atención y capacitación y se puso especial énfasis en el derecho a la salud.

Ya para ese entonces, existía una Dirección de Atención Primaria de la Salud creada por Binner, que funcionó como el punto de partida para una red integrada que se pondría en marcha años más tarde. Esto permitió darle prioridad a la atención de baja complejidad, creando Centros de Salud y permitiendo que los hospitales adquirieran funciones diferentes. Las actividades se concentraban en mantener una presencia firme en el primer nivel y a conformar equipos de trabajo interdisciplinarios. Se construyeron Centros de Salud y se hicieron acuerdos con organizaciones comunitarias para brindar atención en sus instalaciones. Se integraron médicos con orientación hacia la APS y con un nivel profesional alto, mejorando la calidad de la atención.

Por consiguiente, la red de efectores Municipales de salud comenzó a incorporar nuevos perfiles profesionales para la población destinataria, “El problema que apuntó a resolver fue la accesibilidad y la captación de la población recuperando la capacidad instalada, con la idea de territorializar la atención y hacerla más costo-efectiva con el objetivo de intervenir en los problemas barriales concretos. Su objetivo fue conformar un sector de salud pública articulado, con una visión integral, intentando resolver el problema de la demanda creciente en un contexto socioeconómico desfavorable, ordenando, referenciando y territorializado la atención” (Carlos Jimenez, 2009, p.215).

De esta manera se logró avanzar para resolver algunos problemas preexistentes en el sistema sanitario, una de las principales dificultades radicaba en que no existía una red integrada de los hospitales con los Centros de Salud, el trabajo interdisciplinario no era usual y el personal de salud se encontraba subordinado jerárquicamente a los médicos. Además, la atención en salud Municipal se centraba en las enfermedades infecto contagiosas y de salud materno infantil con intervenciones de tipo asistencial. No se hacía tanto énfasis en la rehabilitación, seguimiento de los pacientes, prevención, promoción y tampoco se trabajaba sobre los determinantes sociales de la salud, por ende, la atención era propia y casi exclusivamente en los hospitales, con nula derivación hacia efectores de primer nivel. Este nivel, estaba compuesto por Centros de Salud o dispensarios ubicados en áreas cercanas de asentamientos informales dependientes de los hospitales.

Fue en consonancia con este proceso, que se acercó la administración a los vecinos para lograr una gestión más directa y se coordinó el accionar de cada una de las áreas Municipales en una gestión a nivel distrital. Se pensó una distribución alejada del área central hacia diferentes zonas de la Ciudad.

A lo largo de pocos años, se crearon seis Centros Municipales de Distrito (norte, noroeste, oeste, sudoeste, sur y centro), que permitieron una mayor autonomía en la toma de decisiones de los Ciudadanos con la misma idea de acercar al barrio la formulación y la planificación de las políticas públicas y planes urbanos. Los distritos se constituyeron como lugares de encuentro y debate de los vecinos y de las organizaciones barriales, con el acompañamiento de equipos de gestión con capacidad técnica para abordar y evaluar las acciones. La participación Ciudadana se constituyó como una de las herramientas fundamentales para lograr resolver y abordar problemáticas sociales y urbanas que subyacían en los territorios hace tiempo.

Esta delimitación también implicó y permitió desplegar acciones específicas sobre diferentes barrios de la Ciudad, lo que dio lugar entre otras cosas a la creación de Centros de Salud por barrio y la organización de la Dirección de Atención Primaria de la Salud en coordinaciones por distrito.

De este modo, la Municipalidad buscó y aún busca promover un enfoque integrador que recupere la centralidad del territorio como espacio clave para el diseño y la implementación de políticas de salud. En esta perspectiva, cada efector adquiere mayor autonomía en la toma de decisiones, favoreciendo la participación activa de la comunidad en la definición de prioridades, el diseño de estrategias de intervención y la evaluación de las acciones desarrolladas. La descentralización en la provisión de servicios permitió ampliar la presencia del Estado local en los barrios, facilitando la intervención de otras áreas Municipales además del sector salud, lo que fortaleció el anclaje territorial de las políticas públicas.

Otro hecho importante e innovador dentro del sistema de salud rosarino, estuvo dado por la adscripción, la cual implicaba un vínculo entre un grupo de pacientes con un equipo de salud que hacía responsable de todo lo relacionado a la salud de este paciente, ello implicó la coordinación de un proceso de atención.

El sistema de salud de Rosario, que es en el que nos vamos a centrar, actualmente se encuentra conformado por un primer nivel que comprende los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales organizados distritalmente. El segundo nivel, está constituido por tres hospitales: Roque Saenz Peña, Gabriel Carrasco, Juan Bautista Alberdi; la Maternidad Martin, el Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas y Ambulatorias (CEMAR). Y por último, el tercer nivel de atención, constituido por áreas de alta complejidad: el Hospital de Niños Victor J. Vilela y el Hospital de Emergencias Clemente Alvarez. Todos estos efectores se complementan con el servicio integrado de emergencia sanitaria (SIES), con el laboratorio de especialidades medicinales y el Instituto Juan Lazarte, que contribuye a la capacitación del personal del área de la salud.

Los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad reciben pacientes derivados de los Centros de Salud de referencia, por demanda espontánea y la mayoría cuenta también con un espacio de atención primaria georeferenciado a un grupo poblacional.

B) Atención Primaria de la Salud

Surgimiento de la estrategia de APS y nuevo concepto de salud

El modelo médico hegemónico comienza a ser cuestionado a partir de los '60, ya que, se comienza a hablar de la dimensión social y política de la enfermedad, poniendo énfasis en lo social y acercándose cada vez más a la sociedad. Se intentaba desplazar la concepción biológica de la salud, dando lugar a esta como un proceso acompañado de condiciones inertes a la vida humana, como lo son el medio ambiente y contexto social en el cual las personas desarrollan su vida. De esta manera, se comenzó a permitir la participación activa de la comunidad en el proceso de salud. Con la expansión de este Modelo de Medicina Comunitaria, se fortaleció la prevención y curación destinada a familias excluidas del cuidado de la salud.

En este momento, se deja de pensar en el hombre como un ser individual y exclusivamente biológico, para dar lugar a las relaciones entre los individuos.

A finales de los 70, se comenzó a hablar de Salud Colectiva, la cual contribuye a entender los procesos sociales de las enfermedades y planteó la idea de la salud de forma histórica y

contextualizada, dando lugar también a la aparición de diferentes disciplinas que conformaron el campo de la salud.

Federico Tobar (2012) dice que:

En el siglo XX se estableció un nuevo concepto de salud, partiendo de un sentido social a partir de la Organización Mundial de la Salud, la cual la define como el completo Estado de bienestar físico mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedades. Esto incorpora la perspectiva de comprender la salud no solamente como un hecho físico sino como un hecho mental y sobre todo como un hecho social quebrando la visión única usual de la salud (Tobar, 2012, s/p).

Esta forma de comprender la salud abrió camino para comenzar a hablar de Atención Primaria de la Salud, es así que, en 1977 se plantea en la asamblea general de la OMS un objetivo: “salud para todos hacia los 2000”. En 1978 se llevó adelante una conferencia en Alma Ata, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, en la cual se discutió la necesidad de una estrategia distinta a las que se venían utilizando hasta entonces. Finalmente se definió esta estrategia como “Atención primaria de la salud” (APS). La misma alertaba sobre la desigualdad de las condiciones de salud que existían entre los países desarrollados y los en desarrollo, y dentro de cada nación.

Ivan Ase y Jacinta Buriyovich (2009) hacen referencia a la estrategia de APS como “el instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones de salud generales” (p.33). Estableciéndose así, en la declaración de Alma Ata (1978) como:

La asistencia sanitaria esencial es accesible a todos los individuos y familias de la comunidad mediante plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, para mantener a cada individuo en el más alto nivel posible de salud. Forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y

el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 1978, p. 4).

La Atención Primaria de la Salud es el primer contacto de las familias y la comunidad con el sistema de la salud, acerca los servicios a lugares donde las personas viven y trabajan. Las principales características de esta tienen que ver con que surge y evoluciona a partir de condiciones económicas, sociales culturales y políticas de cada país; abarca los principales problemas de salud de una comunidad, facilitando la promoción, prevención, curación y rehabilitación; se vincula con los demás sectores de la salud a nivel nacional y comunitario; requiere de autonomía comunitaria e individual, y de la participación en la planificación, ejecución, control y evaluación de los programas de salud; se apoya en sistemas de referencia funcionales y recíprocos; en los niveles locales está sostenida por trabajadores de la salud, como lo son, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, obstetras y agentes sanitarios con mirada social y técnica para trabajar en equipo y responder a la comunidad (Ivan Ase y Jacinta Burijovich, 2009, p.33).

La APS requiere de una organización por niveles ascendentes de complejidad, es decir, una forma escalonada de organización y prestación de servicios.

La idea de niveles de atención hace referencia a una organización jerárquica de los servicios de salud, pensada para asegurar un equilibrio entre la cantidad y la diversidad de servicios disponibles, con el fin de responder de manera adecuada a las necesidades de la población. Este enfoque busca una distribución racional de los recursos, que garantice el acceso de todas las personas a servicios de promoción, prevención, atención curativa y rehabilitación. En otras palabras, se trata de asegurar una atención en salud que sea accesible, equitativa, oportuna e integral, optimizando el uso y la distribución de los recursos disponibles.

Esto necesita de dos elementos: en primer lugar, la necesidad de atención, individual, familiar o comunitaria, y, en segundo lugar, la existencia de un abanico de servicios de mayor o menor complejidad.

Entonces, el primer nivel de atención corresponde a las intervenciones más básicas dentro del sistema de salud. En cambio, el segundo y el tercer nivel agrupa respuestas con un grado

creciente de complejidad y especialización, que se activan a partir de las derivaciones realizadas desde el primer nivel. Estos niveles están pensados para funcionar de manera articulada y complementaria, con el objetivo de dar una respuesta integral a las diversas necesidades de salud que presenta la comunidad. Como señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010), la articulación entre los distintos niveles de atención es fundamental para garantizar la continuidad del cuidado y la eficiencia del sistema sanitario.

Reflexionando, la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como política pública implica un importante compromiso por parte del Estado en términos de coordinación y articulación entre diversas agencias y sectores. Esta estrategia demanda una gestión intersectorial que desafía los modelos tradicionales de administración pública, promoviendo una lógica de intervención basada en el enfoque de derechos.

En este sentido, el modelo de gestión pública requerido por la APS implica avanzar hacia una mayor integralidad en las acciones estatales, favoreciendo tanto la eficiencia en el uso de los recursos como la eficacia y efectividad en las intervenciones.

A través de la articulación de distintas propuestas sectoriales en torno a objetivos comunes, la APS permite brindar respuestas más integrales a las demandas sociales, optimizando simultáneamente el uso de los recursos disponibles. Asimismo, al adoptar una lógica de transversalidad, esta estrategia evita que el campo de la salud quede restringido exclusivamente a la mirada médica. La APS, en tanto garante del derecho a la salud desde una perspectiva universal y promotora de un modelo social del proceso salud-enfermedad, requiere de abordajes complejos, diversos e interdisciplinarios.

A lo largo de las últimas décadas, el concepto de APS ha sido redefinido de múltiples maneras. En muchos casos, se la ha vinculado únicamente con la prevención primaria sin atención clínica, se la ha entendido como sinónimo del primer nivel de atención o como la puerta de entrada al sistema de salud. También ha sido concebida como un paquete básico de prestaciones dirigido a poblaciones vulnerables, como atención exclusivamente comunitaria o incluso como un modelo de baja complejidad y calidad. En el contexto de las reformas estructurales impulsadas por el neoliberalismo en América Latina, la estrategia de APS fue adoptada bajo una lógica funcional a esos procesos, se la planteó como una intervención para la población más pobre, organizando

redes de atención con base en los recursos disponibles. Sin embargo, esta apropiación discursiva no implicó su reconocimiento como una política redistributiva ni como una estrategia dirigida exclusivamente a sectores empobrecidos, sino como una medida compatible con las ideas neoliberales comprender la salud desde la lógica de mercado que dejó el sistema de salud público desabastecido y fragmentado (Ase I. y Burijovich J., 2009, p. 37-38).

Siguiendo con Ivan Ase y Jacinta Burijovich (2009), ellos plantean que surgieron varios factores que no permitieron el avance de la estrategia de APS a nivel nacional, la causa principal tuvo que ver con la coyuntura política global que sentaba bases de la corriente neoliberal, la cual se concentraba en la disminución del gasto público e implementó fuertes políticas de ajuste, que repercutieron en los sistemas de salud.

En este sentido, aunque se reconoce la necesidad de focalizar recursos hacia los sectores más vulnerados, resulta fundamental no perder de vista el carácter integral, universalista y transformador que originalmente definía a la APS.

La APS como estrategia sirvió como una vía para identificar poblaciones que requieren de atención específica. Esto condujo al tratamiento localizado de los problemas, lo que permitió poner en valor la proximidad de las intervenciones y con esto, las capacidades comunitarias y barriales para afrontar los problemas sociales.

La Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario, tuvo gran influencia de Souza Campos, que fue quien ideó, en colaboración con la gestión socialista, la distribución de poderes entre el nivel central y los equipos de salud. Esto permitió que los trabajadores de la salud entablen una relación de compromiso y responsabilidad en relación con la salud de los Ciudadanos.

La estrategia de APS fue y es fundamental para que se garanticen procesos terapéuticos integrales, singularizados, en los que cada equipo pueda fortalecer y potenciar el vínculo con el paciente con el fin de generar autonomía, responsabilidad y reciprocidad, facilitando un seguimiento.

C) Salud mental

Si queremos historiar las vicisitudes de la salud mental en Argentina, se impone en verdad componer varias historias. No se trata de desandar lo hecho, sino más bien de construir, en una especie de varios mundos paralelos, un conjunto de historias parciales, proyectos, experiencias, teorizaciones y prácticas; de habilitar un legado que la dictadura militar y el neoliberalismo de la década del noventa forcluyeron (Del Cueto, 2014, p. 16).

A lo largo de la historia, la Salud Mental ha estado atravesada por múltiples significados, prácticas e intervenciones que dan cuenta de cómo las sociedades han construido y abordado la locura, el sufrimiento psíquico y la diferencia. Desde el Trabajo Social, resulta imprescindible historizar estos procesos para comprender no sólo los dispositivos institucionales vigentes, sino también las formas en que se ha ejercido poder sobre los cuerpos y subjetividades de las personas diagnosticadas, muchas veces reducidas al silencio y la exclusión.

Durante siglos, la locura fue concebida como un fenómeno ligado al pecado y a la idea de poseer un demonio. En la Edad Media, quienes eran considerados "locos" eran confinados, expulsados de la vida social o abandonados. Esta etapa se caracterizó por una fuerte carga moral y religiosa en la interpretación del padecimiento mental.

Con el advenimiento de la modernidad se produjo un giro en el tratamiento de la locura, comenzó a ser abordada desde una perspectiva racional y científica. En este contexto, surgieron los primeros manicomios como dispositivos de encierro, dando lugar al denominado modelo asilar o manicomial. Este modelo, surgió como una respuesta de carácter político frente a la problemática que la figura del "loco" representaba para las sociedades, dado esto, se configuró un entramado institucional orientado al abordaje y gestión de la locura, a cargo de un colectivo profesional particular. Dentro de los elementos constitutivos de este modelo se destacaban: una institución central -el hospital-, una lógica manicomial que le da sentido y coherencia a dicha estructura, un cuerpo profesional (principalmente del ámbito médico-psiquiátrico) encargado de implementar las estrategias destinadas a sostener este sistema, y, finalmente, las personas internadas, quienes eran posicionadas en el lugar de objeto de intervención. Con estas

características se consolidó el modelo asilar como un sistema de control y disciplinamiento social (Lonigro, 2015).

En el siglo XIX, con el fortalecimiento de la psiquiatría como disciplina médica, se fijó el rol del saber experto en la definición y administración del sufrimiento mental. Esta etapa se caracterizó por una creciente institucionalización de las personas diagnosticadas, quienes eran internadas por tiempo indeterminado en establecimientos cerrados, la mayor parte de las veces, en condiciones de profunda vulneración de derechos.

Recién hacia mediados del siglo XX comenzaron a gestarse críticas a este modelo hegemónico. En distintas partes del mundo, emergieron movimientos sociales, profesionales y académicos que denunciaron el carácter opresivo de los manicomios.

En 1956 la salud mental en Argentina comenzó a formar parte de la salud pública. Ese mismo año se creó el Instituto Nacional de Salud Mental y se abrieron varias carreras de Psicología, esto marcó un punto clave en la historia de la salud mental porque la ubicó en el sistema de asistencia global marcado por políticas generales de salud.

Durante este proceso, surgió la Federación Argentina de Psiquiatras, la cual puso en eje algunas cuestiones como el componente político de la salud mental, la importancia de encontrar un modelo alternativo de atención y que esto solo sería posible si participaran todos los trabajadores de la salud mental en conjunto con la comunidad.

En este marco, surgen experiencias de desmanicomialización y reformas psiquiátricas orientadas a una atención más comunitaria y centrada en los derechos de las personas. Un hito fundamental fue la reforma psiquiátrica italiana impulsada por Franco Basaglia en la década del setenta, que promovió el cierre de los manicomios y la creación de dispositivos alternativos en el territorio.

Para hablar de la historia de la salud mental en Argentina, tenemos que hacernos preguntas acerca del contexto histórico, político y social ya que, estas experiencias como la de Basaglia, adquieren fuerza y penetran en varias instituciones del mundo, pero retroceden con el advenimiento de las dictaduras en Argentina.

Hasta 1966, el modelo asilar predominó en todas las áreas de la salud mental. Pero en ese mismo año, la dictadura militar llevó adelante una reforma de la psiquiatría en Argentina,

llamada la reforma de 1966, tenía como objetivo poner en el centro a las comunidades terapéuticas que existían en los hospitales psiquiátricos, además planteó la creación de centros en las periferias de las ciudades. Todo destinado a “modernizar la psiquiatría” (Ana Maria del Cuento, 2014, p.18).

Diez años después con la dictadura comandada por Videla, todo lo que tenía que ver con el trabajo grupal y la crítica al modelo hegemónico fue silenciado. Trabajadores del área de la salud mental fueron perseguidos, detenidos, asesinados o exiliados.

Durante el retorno de la democracia se priorizó por parte del gobierno de Alfonsín, una política de salud mental. Esto implicó el designamiento de un director de salud mental quien planteó la necesidad de transformar el dispositivo de la salud mental. Los puntos claves de esta política eran: integrar la salud mental a políticas generales de salud, la necesidad de abordar intersectorialmente las prácticas, generar acciones de promoción y prevención, que los usuarios puedan participar de formular sus propias demandas y estrategias para la asignación de recursos, acompañar la transición hacia el modelo de comunidad-salud, el desarrollo de la estrategia de APS (Susana Lonigro, 2015, p.15-16).

Para principios de los 90, con el avance del neoliberalismo, el crecimiento de la pobreza y el aumento de las problemáticas de salud mental, se incrementaron las críticas al modelo asilar y se fomentaron propuestas de abordaje comunitario e interdisciplinario.

Hacia 1991 se promulgó la ley de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental, que establece la internación como último recurso hasta agotar otras estrategias terapéuticas posibles.

Como ya veníamos anticipando, el denominado proceso de desmanicomialización, venía siendo gEstado en nuestro país y, en el resto de Latinoamérica, a raíz de múltiples discusiones en torno a la temática. El principal objetivo de este proceso tiene que ver con poder sacar el foco del hospital psiquiátrico, trasladando las atenciones a servicios de Atención Primaria basados en la comunidad.

Este proceso en Argentina particularmente, desembocó en la sanción de la actual Ley Nacional de Salud Mental sancionada en 2010.

Algo de nuestra historia influye en la sanción de esta ley pero también se venían dando a nivel internacional algunas discusiones que fueron sustento para la misma:

- *La Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud de 1990:* afirmaba la imposibilidad de sostener la atención psiquiátrica tradicional, ya que iba en disconformidad con los objetivos de la atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. También, declara que los principios hegemónicos hasta ahí deben revisarse críticamente y deben ser reestructurados en base a la estrategia de APS y en el marco de sistemas locales con ofertas alternativas en la comunidad. (OPS, 1990)
- *Los principios de Brasilia del 2005:* estos, fruto de una conferencia realizada por el ministerio de salud de brasil, la OMS y la OPS, alertan sobre problemas sociales que van apareciendo en la esfera pública como las problemáticas de la mortalidad en la niñez y adolescencia, diferentes modalidades de violencia, la creciente urbanización de las grandes Ciudades. Visto esto, sugieren puntos claves como la atención multidisciplinaria e integral de personas en situaciones de crisis en los hospitales generales, generar vínculos fluidos con los servicios de atención primaria, la participación activa de usuarios y familiares en el desarrollo de los programas para abordar estas problemáticas (OPS y OMS, 2005).
- *El consenso de Panamá del 2010:* este insiste en la preocupación por el aumento de los trastornos mentales y el consumo problemático de sustancias (que es también una problemática de salud mental), insistiendo con ello en la posibilidad de incrementar los recursos y distribuirlos de manera equitativa (OPS y OMS 2010).

Argentina, considera a la salud como un derecho humano, asimismo la salud mental, por lo cual ha llevado adelante durante estos últimos años políticas en materia de salud que promueven los cuidados de la salud mental como parte del paquete de prestaciones básicas.

Si bien algunas provincias como Santa Fe o Rio Negro ya contaban con una ley de Salud Mental avanzada para el contexto, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 en el año 2010, trae consigo la reconversión del modelo de atención de la salud mental en Argentina y con

ello diferentes directrices que si bien respetan la autonomía de las provincias, dan un marco ético y legal del cual sustentar las prácticas.

Aquí mencionaremos algunos componentes de esta ley que nos parecen importantes para dar curso a lo que hoy entendemos como intervenciones en salud mental. En primer lugar, esta ley tiene como horizonte la protección de los derechos de personas con padecimientos psíquicos, vale aclarar que este nuevo modelo se posiciona desde un enfoque de derechos humanos y género. Además, esta normativa orienta los abordajes en salud mental desde un enfoque interdisciplinario e intersectorial, incorporando disciplinas como el Trabajo Social al campo de la salud mental, adjudicándose también los principios de la Atención Primaria de la Salud.

Desde este lugar, para que la accesibilidad a los sistemas de salud para personas con padecimientos subjetivos este dada, la estrategia de APS contribuye a la descentralización de la atención y genera la posibilidad de que los procesos de atención sean cercanos y oportunos y que garanticen el acceso a los otros niveles del sistema, también pudiendo responder a necesidades de salud relacionadas con la promoción y prevención.

Otra característica importante de la *Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657* (Congreso de la Nación Argentina, 2010) es que las internaciones deben ser lo más breves posibles y siempre determinadas por el equipo interdisciplinario (cap. VII, art. 15). En consonancia con esto, la ley prohíbe la creación de nuevos manicomios y establece que las internaciones de pacientes agudos deben realizarse en hospitales generales (cap. VII, art. 27).

Este cambio de paradigma trae consigo la necesidad de poder abordar las problemáticas de la salud mental desde la complejidad que presenta la realidad. Una mirada compleja implica que los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados incluyen también los procesos históricos, sociales, económicos, culturales y demográficos que aparecen en la realidad actual.

Es necesario señalar que, la legislación nacional da un marco general para que las acciones perduren más allá de un cambio de gobierno. Pero las dificultades prácticas a las que se ha enfrentado la aplicación de la ley, fueron varias. Hablar de desmanicomialización no es solamente hablar del cierre de las instituciones de internación, sino que implica una gran reforma del sistema de políticas públicas del campo de la salud y luego la aceptación de la sociedad y la

creación de un nuevo imaginario social que represente la nueva forma de entender la salud mental.

Por último, cabe aclarar que en Argentina contamos con un Plan Nacional de Salud Mental vigente hasta 2027. El plan en sí, es un instrumento operativo para llevar adelante la ley, y como tal tiene el propósito de transformar el modelo biomédico institucional, orientando hacia un modelo de atención comunitario, integral e inclusivo. La implementación efectiva del plan dependerá de la voluntad política de las provincias, ya que la salud es responsabilidad de estas. Aunque, la Ley nacional de salud mental, establece que se debe destinar el 10% del presupuesto sanitario a la salud mental.

Este plan se organiza en varios ejes: 1) Rectoría y gobernanza en salud mental para fortalecer capacidades institucionales y el rol del Estado. 2) Prioriza la atención en el primer nivel para garantizar la territorialidad y descentralización de la atención. 3) Ampliación de la red comunitaria de atención, fortaleciendo casas de medio camino, centro de días, entre otros. 4) Incluye dispositivos de salud mental dentro de los hospitales generales. 5) Se compromete con el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos monovalentes. 6) Impulsa acciones de prevención y promoción de la salud mental colectiva, poniendo énfasis en las juventudes y comunidades socialmente vulneradas. 7) asiste a una revisión crítica de las prácticas profesionales, dando lugar a dispositivos de formación continua. 8) Propone la unificación del sistema nacional de información y monitoreo que se sustente de diagnósticos situacionales. 9) Establece protocolos específicos para el acompañamiento psicosocial en contextos de crisis, desastres o catástrofes (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023).

Salud mental en la provincia de Santa Fe y en el municipio de Rosario

Como ya mencionamos anteriormente, en Argentina hubieron varios antecedentes que permitieron la sanción de la ley y con esto el avance hacia un cambio de paradigma. En consonancia con esto, la provincia de Santa Fe ya contaba con una Ley de Salud mental desde el año 1991 y aún hoy sigue en vigencia. Para aquella época, esta ley tenía algunos avances en materia de derechos humanos y salud mental. Hablaba del derecho a recibir información acerca del tratamiento, del derecho a respetar la intimidad del paciente, hablaba de la internación lo más

breve posible, en casos de alta complejidad, hablaba de la transición de hospitales monovalentes hacia Centros de Salud mental basados en la comunidad, entre otras cosas.

La Salud Mental hoy en la provincia de Santa Fe y así también en el Municipio de la Ciudad de Rosario es un eje priorizado. En diciembre de 2023 se creó una subsecretaría dentro del Gobierno Provincial para contar con más recursos en la ejecución de políticas destinadas a tratar problemáticas de salud mental. Los objetivos de esta subsecretaría están alineados con la Ley Nacional N°16657/2010 ya mencionada anteriormente y la Ley Gobierno Provincial N°10772/1991.

El Gobierno actual afirma que: “El crecimiento, la diversificación y complejización de los padecimientos mentales y consumos problemáticos, demandan una respuesta institucional más robusta y jerarquizada, con capacidad para diseñar e implementar políticas públicas, así como coordinar y descentralizar acciones operativas, dentro de una provincia territorialmente extensa y socioculturalmente diversa en sus cinco regiones” (Gobierno de la provincia de Santa Fe, s.f).

No obstante, al igual que en el escenario nacional, la provincia cuenta con un Plan Gobierno Provincial de Salud Mental hasta 2028, titulado "Transformación del modelo de atención y cuidados en salud mental, hacia la salud integral y comunitaria con perspectiva de derechos humanos". Este plan se implementa a través de políticas basadas en los principios de Atención Primaria de la Salud, y se organiza en seis ejes principales:

1. el fortalecimiento de la red de salud mental y los procesos de cuidado en el primer nivel de atención,
2. el abordaje integral de la salud mental en hospitales generales, SAMCo y el sistema de emergencias y traslados,
3. la transformación y sustitución de hospitales monovalentes,
4. el fortalecimiento y articulación de la red sustitutiva de salud mental,
5. la producción epidemiológica e investigación en salud mental, y
6. la formación y transformación de las prácticas y lógicas manicomiales (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2023).

La implementación de este plan combina iniciativas como la creación de la Comisión Gobierno Provincial Interministerial de Salud Mental y Adicciones (COPISMA), para la articulación interministerial y la coordinación de políticas públicas en salud mental y adicciones con la participación de diversos actores sociales, profesionales y comunitarios.

2. CAMPO DE LA INFANCIA

Podríamos comenzar hablando de la infancia como un concepto dado y establecido al día de hoy, pero es difícil conceptualizar sin antes lograr una reconstrucción histórica de hechos que decantan en la idea que hoy tenemos acerca de las infancias.

La infancia de la era moderna era entendida como un momento en el que una persona no estaba preparada para enfrentar la vida, por lo cual la forma de educar a quien se desviara eran los castigos físicos.

A medida que pasó el tiempo se fueron dando cambios en las sociedades y apareció la educación exclusiva para niños y jóvenes que tenía como centro la escuela, separando a los niños del mundo adulto.

En nuestro país podemos identificar una primera institución, la Casa de Expósitos, que se fundó en 1779 con el propósito de albergar niños que habían sido encontrados en las calles de Buenos Aires.

Antes del siglo XIX en nuestro país se utilizaban los mecanismos de España para reglamentar la vida de las familias, entonces, los responsables de aplicar estas reglas eran la iglesia y la corona española. Con la llegada de la Revolución industrial, los niños comenzaron a trabajar en fábricas por lo que se comenzó a poner más atención en ellos. A mediados del siglo XIX con las migraciones Europeas hacia América, se produjo un incremento de niños abandonados en las calles que eran vistos como un peligro para la sociedad. Así, surgió la necesidad de encontrar algún mecanismo para poder controlarlos.

En Argentina, con la sanción del código civil de 1869 se estableció un concepto legal de niñez, pero limitado a lo biológico, determinado por la edad, utilizando el término “menores”, quienes eran sujetos capaces de derechos pero incapaces para ejercerlos por su incapacidad física y moral de decidir.

Sin embargo, la delincuencia y la conflictividad crecía cada vez más, por lo que incrementó la necesidad de regularla. Debido a esto, en 1919 fue promulgada la ley de patronato de menores. Pero digamos que hasta que se aprobó esta ley, lo que se hablaba de infancias era casi nulo. La ley 10.903, fue la primera ley específica sobre la infancia en América Latina. Mejor conocida como Ley de Agote, establecía la patria potestad como un conjunto de derechos y obligaciones para todos los hijos nacidos dentro y fuera de un matrimonio. Además, le otorga la responsabilidad al Estado de regular la patria potestad, es decir, cuando los padres no cumplían con su función y el niño se encontraba en una situación de peligro, el Estado debía intervenir. Esta ley, se fundaba a partir de una infancia, en teoría, abandonada y delincuente, por lo cual el Estado disponía de los menores ilimitadamente. La ley se sustentaba bajo la Doctrina de Situación Irregular, que, en concordancia con lo que ya veníamos anticipando, consideraba al niño como objeto de tutela del Estado, entonces cuando los padres perdían la patria potestad, los niños quedaban bajo el patronato del Estado, ejercido a través de jueces, avalando cualquier acción judicial indiscriminada sobre aquellos menores con alguna dificultad. Como bien lo establecía la Ley N.º 10.903, “este patronato procuraba, a través de la tutela, atender a la salud, seguridad, educación moral e intelectual del menor” (Congreso de la Nación Argentina, 1919).

La ley de Agote no se dirigía a toda la infancia, sino que hacía diferencias entre los incluidos y excluidos en las políticas sociales de salud y educación. Nombrando a los primeros como “niños y adolescentes” y a los segundos como “menores”. Esta doctrina, situaba a los niños como incapaces de poder ejercer sus derechos debido a su imposibilidad física y moral, por lo tanto su opinión tampoco era válida.

Hacia 1959 la Asamblea General de Naciones Unidas, luego de haber proclamado la Declaración Universal de los Derechos Humanos, entendiendo que los niños necesitan de protecciones debido a su falta de madurez física y mental, aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, la cual establece que todos los niños deben gozar de protecciones y oportunidades para desarrollarse física, moral y espiritualmente, atendiendo al interés superior del niño como principio rector de quienes tengan la responsabilidad de él, en primer instancia, sus padres (ONU, 1948).

Si bien esta declaración fue importante, no implicaba la aplicación jurídica de todos los Estados por lo que fue insuficiente para garantizar los derechos de los niños. Las declaraciones necesitan ser respaldadas por convenios y pactos que sean obligatorios para los Estados ya que solo son

una manifestación ética y moral. Por lo que hacia 1979, se comenzó a trabajar en un proyecto para lograr una Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Diez años después, ya en un clima con aires de cambio, se llevó adelante la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños, incorporada en nuestra constitución y sancionada como ley nacional en 1994. Esta convención fue el comienzo de un cambio de paradigma que venía a irrumpir con la doctrina de situación irregular. A partir de esta, los niños comienzan a ser entendidos como seres humanos por lo cual tienen derechos humanos. Se establece que todos los Estados deben asegurar a los niños y niñas medidas de protección, acceso a servicios básicos, permitir y acompañar el desarrollo de sus personalidades (ONU, 1989).

La convención tiene como eje la doctrina de protección integral, dejando atrás la de situación irregular, esta nueva doctrina propone una serie de legislaciones para la infancia que pueda velar por el interés superior del niño.

Este escrito reconoce la voz propia del niño o niña, como bien nos dice Juan Melero (2015) “Esta es la característica distintiva, la diferencia cualitativa más importante que establece la concepción del niño como sujeto de derechos. Implica que por su inmadurez relativa, por su vulnerabilidad, su dependencia del mundo adulto, lo que el derecho viene a hacer es otorgarle prioridad, lo que en la ley se expresa como interés superior del niño, y derecho a ser oído.” (Juan Melero, 2015, p.2).

Finalmente, este documento dio paso a nuevas legislaciones en todo el territorio latinoamericano, que propusieron categorizar al conjunto de personas menores de 18 años como “infancias”, ya no como menores, siendo estos sujetos plenos de derechos. En Argentina, la convención fue aprobada mediante la ley N° 23.849 en 1990 e incorporada en la reforma de la constitución de 1994, por lo cual se le otorga con esto una obligación a todas las provincias de llevar acciones adelante.

Quince años tuvieron que pasar para que se promulgara una ley que proteja pura y exclusivamente los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Así fue que en el año 2005 se sancionó la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061. Es claro que esta ley vino a desandar los caminos que el patronato había construido para revertir prácticas, instituciones y discursos. Con esta ley, el Estado tiene la obligación de llevar adelante políticas

públicas dirigidas a proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes, ya no será el poder judicial el que se ocupe de esto, los jueces sólo actuarán en pedidos excepcionales. Pero, no solo el Estado tendrá esta responsabilidad, la ley plantea que se puedan llevar acciones conjuntas además, con organizaciones de la sociedad civil y padres, madres o tutores de niños, niñas y adolescentes que estén transitando por situaciones sociales complejas.

La Ley de Protección Integral tiene como principio básico el interés superior del niño: “[...] se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley [...]” (Ley N.º 26.061, art. 3).

El sistema de protección integral sobre el cual se posiciona la ley, tiene instancias de participación, en un primer lugar se sitúan todas aquellas políticas públicas básicas y universales que son necesarias para el desarrollo del niño, niña o adolescente. Luego, existen medidas de segunda instancia que son políticas públicas más específicas, que están a cargo de organismos administrativos de la infancia Provinciales o locales, como lo es en la Provincia de Santa Fe, la Secretaria de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia. Estos organismos tienen la obligación de restituir los derechos vulnerados y reparar consecuencias de las situaciones sociales complejas.

En última instancia se encuentran las medidas excepcionales que son aquellas que deben tomarse cuando un niño, niña o adolescente debe separarse de su entorno familiar, de su centro de vida, solo se pueden prolongar por un periodo corto de tiempo hasta que se restituya la situación.

Entendemos que esta ley implicó un cambio de paradigma importantísimo, que trajo consigo un avance en materia de derechos humanos, que reformula un discurso social e impone nuevas miradas acerca de la infancia, que la protege, entre muchas cosas mas, pero, es por esto que no podemos dejar de recalcar que las leyes solo sirven como punto de partida pero hay que seguir construyendolas e instalandolas en el imaginario social, en las estructuras institucionales que llevan adelante las políticas públicas, en los espacios donde niños y niñas transitan cotidianamente, en los lugares donde aún sigue presente el discurso anterior.

Sabemos que aún, las condiciones para garantizar la ley y por ende los derechos de la infancia, hoy, 20 años después, no son suficientes. Se nota gran falta de infraestructura, como lugares de alojamientos, centros convivenciales, hogares, que se encuentran colapsados, gran precarización

laboral de los trabajadores destinados a acompañar las infancias institucionalizadas, con esto, la imposibilidad de abordar interdisciplinariamente las situaciones particulares de cada uno.

Por esto reafirmamos que es necesario seguir trabajando para que todos los niños, niñas y adolescentes puedan gozar plenamente de sus derechos, debemos reiterar y reformular las modalidades de intervención desde el paradigma de Derechos Humanos, debemos seguir debatiendo políticas públicas que superen el discurso estigmatizante actual. Con esto dejamos claro que, en este trabajo hablaremos de las Infancias no como un concepto dado, sino como una construcción social, histórica y cultural, atravesada por las condiciones materiales de existencia y los modos en que la sociedad la define. Las infancias se configuran de manera diversa, según sus historias, sus contextos, sus géneros y sus culturas. Por eso vamos a comprender este momento de la vida de una persona desde una mirada integral y situada con un Enfoque de Derechos Humanos que reconoce a niños y niñas como sujetos activos de su historia, como sujetos de deseo. Poniendo énfasis en el paradigma de protección integral nombrado anteriormente, lo que implica priorizar el interés superior del niño/a.

Las infancias atraviesan hoy una profunda crisis, agravada por el orden social y económico vigente, por el aumento de los índices de pobreza y por el ajuste fiscal aplicado a las políticas públicas relativas a las infancias. Esta crisis, no produce sólo carencias materiales, sino que también incrementa la desigualdad en el acceso a los servicios básicos, a la salud, a la educación, entre otras cosas más. En este sentido, la infancia queda muchas veces expuesta a formas de violencia estructural y simbólica, que se expresan tanto en la precarización de su vida cotidiana como en los discursos sociales que estigmatizan y criminalizan a los sectores populares.

CAPÍTULO 2: Territorio, comunidad e instituciones en el abordaje de la salud mental infantil

1. El territorio como dimensión clave: barrio, comunidad e infancias

Como ya lo hemos anticipado en el primer capítulo, en la Ciudad de Rosario, el modelo de APS ha sido conformado históricamente con una fuerte impronta territorial, entonces los Centros de Salud de la Ciudad se encuentran anclados en diferentes barrios, mayoritariamente en barrios populares y por esto, actúan como espacios de atención de la salud, pero también como espacios promotores de dispositivos de salud comunitarios, espacios en los que vecinos y vecinas transitan de manera cotidiana, espacios en los que se forman identidades, se reproducen culturas y se transitan los dolores de la vida. Los Centros de Salud en estos barrios, muchas veces son las únicas instituciones estatales presentes y por lo tanto cumplen funciones que van más allá de problemas de salud físicos o biológicos. De hecho, el caso del Centro de Salud Ceferino Namuncurá, desde el cual vamos a desarrollar este trabajo, es un ejemplo de esto, es una de las pocas instituciones estatales, junto con las escuelas y la iglesia, en los Barrios Stella Maris y La Bombacha.

Estos dos barrios vecinos se ubican en la zona noroeste de la Ciudad de Rosario. Son dos barrios populares delimitados por las calles Schweitzer, Sarratea, La República y el Arroyo Ludueña, están conformados, según un censo realizado en 2016, principalmente por familias provenientes de Chaco, Paraguay, Corrientes y el norte de Santa Fe. Son familias que dedican su vida a trabajos precarios, a “changas”, las mujeres en casas particulares como empleadas domésticas, potenciando los trabajos de cuidado que realizan en sus hogares y los varones como jardineros, albañiles, entre otros oficios que responden a su cercanía con barrios residenciales cerrados.

La coordinadora del Centro de Salud Ceferino Namuncura, Andrea Montaner (A.M), define a la zona de georeferencia de la institución dividida en dos: el lugar donde se encuentra ubicado geográficamente al Centro de Salud (José Ingenieros 8590), más precisamente el barrio Stella Maris en el que vive una población de clase media trabajadora, empobrecida, pero que por sus condiciones laborales han podido establecer un mínimo piso de bienestar en relación a las condiciones de vida. Y, la otra parte del barrio, La Bombacha, que se ha ido expandiendo en forma de asentamiento y presentan mayores dificultades. Esta población se ve delimitada

geográficamente por barreras, no tan visibles, pero que, cuando caminamos se pueden visualizar claramente.

Teniendo en cuenta esta caracterización, podríamos realizar una generalización de los barrios diciendo que cuenta con precarios servicios de higiene urbana, infinitas zanjas a cielo abierto, los tendidos de luz sumamente peligrosos, las casas en su mayoría son de material y con techos de chapa pero su cercanía con el Arroyo Ludueña hace que el peligro por inundaciones sea recurrente. Además, los colectivos urbanos dejan de ingresar a la tardecita por cuestiones de seguridad, lo que hace que la zona quede incomunicado con el resto de la Ciudad, asimismo, los espacios públicos como plazas o parques son pocos y a veces casi imposibles de ocuparlos debido a la falta de mantenimiento. Todas estas características repercuten en la dinámica de vida de todas las personas que habitan allí dejando problemáticas como: la estigmatización, la inaccesibilidad al sistema educativo y por ende al sistema laboral por falta de oportunidades, la pobreza y el hambre.

Vale aclarar que, la pandemia de Covid-19 dejó a muchas familias sin trabajo y con niños, niñas y adolescentes con problemas vinculados al desarrollo escolar, pero también con bajos niveles de socialización, viviendo en una situación de gran precariedad. Muchos vecinos coinciden en que la pandemia agravó también la situación de violencia e inseguridad en el barrio, cada vez es más recurrente que niños de doce o trece años sean cooptados por bandas narcos como “soldaditos” o que comiencen a consumir, lo que significa que queden insertos en una red con pocas posibilidades de escape. La delincuencia que viene de la mano con el narcomenudeo, dejó en 2023 casi diez personas asesinadas a sangre fría en un lapso de cuatro meses, dejó niños y niñas sin madres o padres, y un clima caldeado por el miedo de salir a la calle, por el miedo de ir a trabajar, siendo las poblaciones más vulneradas niños, niñas, adolescentes y con ellos sus cuidadoras, mayormente madres, hermanas o abuelas.

A.M sitúa a estos dos acontecimientos, la pandemia y los eventos recurrentes de violencia armada, como momentos “bisagras” que hicieron que las y los vecinos junto con las instituciones se comiencen a pensar desde otra lógica.

Comprendiendo esto, puede decirse que la comunidad y los sujetos que la habitan se constituyen, en gran medida, a partir de las representaciones que otros tienen sobre ellos. Estas miradas

externas contribuyen a conformar una subjetividad ligada al territorio de vida: el barrio. En este sentido, el sujeto que forma parte de esa comunidad se encuentra atravesado por un sistema de normas, valores y significados que regulan los comportamientos y modos de habitar ese espacio. Estas normas, que van desde como se ejerce la violencia o el sexo, hasta la utilización del espacio público y pertenecer o no a un oficio, son elementos que configuran la posición de cada persona dentro del entramado social del barrio (Galende y Ardila, 2011 , pp.42). Digamos, que la población de estos dos barrios son poblaciones totalmente segmentadas por grupos muy marcados a los cuales perteneces o no.

Podríamos decir que hasta principios del año 2024, el barrio era sostenido por pocas instituciones y con casi nula presencia estatal. No son barrios que se encuentren atravesados por la presencia de movimientos sociales o políticos, sino más bien por instituciones básicas. Hay una Escuela Primaria y una Secundaria, un Jardín de Infantes, un Centro de Salud, varias Iglesias que han ido apareciendo en los últimos años, algunos merenderos y muy pocas organizaciones sociales.

A pesar de esto, a fin de 2023 mientras una avalancha de hechos gestaba un clima de inseguridad y arrasaba con la poca tranquilidad que le quedaba a las calles de los barrios Stella Maris y La Bombacha, todas las instituciones, que desde hace muchísimos años venían pronunciándose, junto con los vecinos y vecinas se potenciaron nuevamente para alzar la voz frente al abandono por parte del Estado Gobierno Provincial y Municipal y el avance del narcotráfico. Ante una serie de muertes, las instituciones decidieron retirarse del territorio y cerrar sus puertas por unos días, considerando que los hechos violentos y delictivos ponían en riesgo la vida de todas las familias pero también de las y los trabajadores que ponían en marcha las instituciones. Luego de varios meses de reuniones con diferentes autoridades estatales, y de la lucha para poder sostener espacios con trabajadores cansados y con miedo, con un cambio de gestión en el medio, a principios del año 2024 el Gobierno Provincial en conjunto con el Municipio, decidió priorizar ciertos barrios de la Ciudad y llevar adelante acciones concretas, es así que, desembarcó en el Stella Maris un dispositivo multiagencial, denominado Intervenciones Barriales Focalizadas (IBF) lo cual permitió el despliegue de un abanico de intervenciones destinadas a reducir la violencia altamente lesiva, pacificar los territorios interviniendo de manera focalizada, con la presencia del Estado Provincial y Municipal, en conjunto con instituciones ancladas en el barrio y la comunidad (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s/f).

Entender estos acontecimientos, implica entender que lo que ocurre en el barrio es formador de la identidad de esa comunidad, entonces no es menor saber que en un barrio en el que la violencia extrema se agudiza y el miedo crece, la cultura y la identidad gestadas allí van a responder a estos acontecimientos, entonces muchas veces el identificarse como parte de una comunidad tiene que ver con pertenecer o no a ciertos grupos. De esta manera, entender la identidad de un barrio implica comprender los códigos de comunicación y las pautas sociales a partir de los cuales se conformó esta identidad, pero no solo eso, sino también todos aquellos elementos culturales que atravesaron la historia de este barrio y los lazos sociales allí conformados (Carballeda, 2010, pp.50).

Así, valoramos que la organización de los vecinos, con las instituciones y organizaciones del barrio logró no solo que se tomen medidas para la situación que estaba sucediendo, sino también el despliegue de un proyecto más profundo, que implicó el fortalecimiento de las redes institucionales del barrio para lograr mayor integralidad en las políticas ya existentes. Esto mostró otra manera de intervenir en lo social, construyendo nuevas formas de inclusión social, haciendo partícipes a la comunidad como productores de su propio bienestar. De esta manera nos dice Carballeda (2010) que “el ethos popular, antes que un generador de desviación o de problemas sociales, se transforma en una posibilidad de resolución, de reencuentro, de organización” (pp.54). De este modo:

La cultura es la historia de un pueblo, pero es también el barrio, la vecindad, la fiesta, el grupo juvenil, la religiosidad y la familia. Es la identidad del sujeto y de los grupos sociales; es, al mismo tiempo, el espacio de búsqueda de esa identidad (Uranga, 2015, pp. 56).

Es en lo cotidiano, en el habitar este espacio a partir del tránsito por diferentes instituciones, y los lazos que allí se van estableciendo, donde se desarrollan procesos de construcción cultural e identitaria, tanto de la grupalidad conformada, como de cada uno de los sujetos que de ella participa.

La historia de los barrios Stella Maris y La Bombacha se encuentra marcada por una herida colectiva que aún persiste, las muertes sucedidas dejaron una marca que configuran una memoria

social atravesada por el dolor. Podemos pensar que estos barrios tienen un duelo aún no elaborado, que persiste en el tiempo y se manifiesta en los vínculos, en los modos de habitar el espacio y en las narrativas que circulan dentro de la comunidad. La violencia, la pérdida y el sufrimiento no sólo forman parte del pasado, sino que continúan presentes y condicionan las nuevas subjetividades, los procesos de identificación y las formas de sostén comunitario.

2. Una mirada comunitaria en el abordaje de la Salud Mental Infantil: la comunidad como espacio de producción de salud.

La problemática de la salud mental en las infancias ha crecido exponencialmente en los últimos años, una de las primeras causas se debe a la irrupción de la vida cotidiana y el aislamiento preventivo del Covid-19, esto generó que las familias tengan que buscar nuevas maneras de criar y de desarrollar la vida dentro de los hogares. Además, el significativo avance de las nuevas tecnologías contribuye a que niños, niñas y adolescentes presenten problemáticas de salud mental como la baja tolerancia a la frustración, ansiedad, autolesiones, violencias, suicidios, entre otras.

Las condiciones y los contextos de los barrios populares de Rosario, como es el caso de los barrios Stella Maris y La Bombacha en los que niños, niñas y adolescentes desarrollan sus vidas, inciden de forma directa sobre la construcción subjetiva de los mismos, afectando su desarrollo emocional, su capacidad de establecer vínculos en el tiempo y de proyectar un futuro. Como ya lo veníamos antecediendo en el apartado anterior, los duelos que deben sanar niños y niñas de los barrios populares cotidianamente representan y conforman su identidad y con esto, las problemáticas de salud mental no quedan exentas. En estos territorios, nos encontramos con infancias que estuvieron y aún están expuestas a la violencia cotidiana, infancias solas, intentando superar la muerte de algún familiar cercano, infancias que deben hacerse cargo de sus hermanos más pequeños e incluso de sus casas porque su mamá o su papá han sido víctimas de homicidio, infancias que son enviadas a trabajar para darles de comer a sus familias, infancias con hambre, infancias sin espacio para jugar, infancias que en su mayoría se convierten tempranamente en adultos, entonces, el enojo, la frustración, la tristeza se tramitan con el golpe, el insulto y en muchos otros casos, con el silencio, la sumisión, que termina siendo muy peligroso. Estas infancias, se presentan hoy sin temor a lo que pueda llegar a suceder. Al respecto

nos dice Rocio Battle (R.B) “...cuando uno pierde el miedo es cuando uno pierde la expectativa de su vida...”. En este sentido, citamos a Claudia Bang cuando deja en manifiesto que

Estos padecimientos, portados por cuerpos singulares, presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual. Desde esta mirada, es posible impulsar prácticas en salud y salud mental basadas en lo relacional, en las cuales el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo (Bang, 2014, p. 111, citando a Merhy, 2006).

En consonancia con esto, A.M nos relata que los problemas más visibles y que más llegan al Centro de Salud tienen que ver, con ataques de pánico en niños muy pequeños, que se manifiestan a través de un llanto desconsolado, de no soportar ruidos fuertes o tirarse al piso ante estos, también muchos niños con retrasos en el desarrollo según las conductas esperadas por su edad, problemas escolares que tienen que ver con trastornos en el aprendizaje, problemas para leer, escribir y sostener la atención. Dice ella que, estos problemas han sido principalmente causa de la pandemia, o por lo menos se han visto agravados luego de ella, porque niños y niñas que ingresaron en ese momento a la escuela, han tenido que cursar estos años aprendiendo bajo las posibilidades y los recursos que la familia tenía para brindarles. Y, en este último tiempo, se ven también las consecuencias de la mala alimentación, estas infancias son alimentadas por la escuela, los comedores y los bolsones que dan algunas instituciones, ninguna de ellas cuentan con una dieta balanceada.

La salud mental en las infancias está sostenida por los principios de normativas que ya veníamos nombrando en el presente trabajo como, la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes y la Ley Nacional de Salud Mental, ambas, tienen puntos en común, podríamos decir que se construyen desde un enfoque de derechos humanos que se torna imprescindible a la hora de formular intervenciones, ya sea para prevenir problemáticas como para trabajarlas, en este enfoque prima el abordaje integral, por lo que es imposible aislar a la salud mental de la salud en general.

Hablar de salud mental en las infancias es hablar de deseos, necesidades básicas y responsabilidades tanto de padres, madres y familiares como del Estado y la comunidad para

comprometerse en la necesidad de construir espacios que garanticen los cuidados necesarios y espacios en donde el horizonte sea construir la mayor autonomía posible para que puedan expresar deseos, desarrollar sus vidas y garantizar vínculos afectivos, el pleno acceso a los derechos y, a las condiciones materiales de existencia. Además, implica correrse de miradas patologizantes para pensar en el bienestar psicosocial de niños, niñas y adolescentes, con esto queremos decir que, las problemáticas de salud mental se deben entender como el resultado de procesos sociales, culturales y económicos. En una de las entrevistas realizadas, Alexis Boujon (A.B) nos cuenta que la mayor dificultad que se presenta dentro de los espacios de salud, tiene que ver con que, al no contar con políticas públicas destinadas a la salud mental de las infancias, en las consultas médicas se deriva a neurología como solución a todos los problemas, esto tiene como consecuencia la patologización de las infancias, y es ahí cuando debemos poner un límite, el nos dice que debemos partir de la construcción de problemas en pos de la no patologización estos, que, muchas veces surgen de la cotidianidad, del no acceso a los alimentos, a los cuidados, al óptimo desarrollo con las familias, entre otras cosas.

En este sentido, las intervenciones en salud mental con infancias deben ser consideradas según el contexto social en el que se producen los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados. Nos dice Silene Rodríguez (S.R) que “la Salud mental tiene que ver con qué experiencias va experimentando cada niño”, así, crear nuevos sentidos, nuevos mundos con ese niño que ha atravesado la carencia en todos sus aspectos es imprescindible si hablamos de salud.

De esta manera, retomando el trabajo realizado por el centro de Salud Ceferino Namuncurá, comprendemos a la salud mental desde una lógica comunitaria, ya que esta se construye en la trama social, y su cuidado requiere de abordajes territoriales, intersectoriales y sostenidos. El territorio deja de ser un mero espacio físico y se convierte en una dimensión que condensa relaciones sociales, conflictos, memorias y resistencias. Entonces, el abordaje comunitario de las problemáticas de salud mental, implica reconocer que existen en la comunidad conocimientos valiosos que nos ayudarán a entender mejor un problema y diseñar estrategias situadas para solucionarlo. De esta manera, la salud comunitaria implica trabajar desde una perspectiva integral, a partir de un enfoque de derechos humanos, dando lugar a la participación de las comunidades en los procesos de atención de la salud.

Entender la complejidad del territorio y las problemáticas que se entrecruzan allí, nos hace necesario pensar la salud mental comunitaria dentro del campo de la prevención y promoción de estas, es fundamental en estos abordajes incluir lo colectivo, lo diverso y lo histórico para comprender las demandas emergentes y construir estrategias dentro de la heterogeneidad de la comunidad (Bang, 2014, p.111).

Lo que comprende la salud comunitaria tiene que ver con entender que las problemáticas de la salud mental afectan a los sujetos en su capacidad de generar vínculos, de convivir con los otros y de soportar los conflictos que se presentan en la vida en comunidad, entonces su principal tarea tiene que ver con preservar estos vínculos comunitarios e integrar al sujeto en la sociedad, desarrollándose en espacios próximos a su realidad social, cultural y barrial (Ardila y Galende, 2011, p.46).

La promoción y prevención de la salud mental comunitaria tienen que ver con fortalecer la capacidad colectiva para atravesar el contexto y con los condicionantes sociales de la salud y la vida. Por esto se ha planteado con la salud comunitaria que las comunidades puedan ser protagonistas de sus propios procesos.

Con esto tienen que ver la creación de dispositivos de participación comunitaria fomentados por el primer nivel de atención de la salud en barrios como el Stella Maris y la Bombacha en los que el Centro de Salud Ceferino Namuncura ha podido ocupar el rol de promotor de la salud comunitaria creando dispositivos comunitarios para varias franjas etarias y que tienen el objetivo de prevenir, promover y trabajar con problemáticas de salud mental a partir de comprender a la salud determinada por el contexto, fortaleciendo así las redes institucionales y comunitarias del barrio. Entrevistando a S.R nos dice que estos dispositivos se constituyen como promotores de la salud mental en la medida en que amplían los cuidados en las infancias y, a su vez amplían los mundos simbólicos de estos niños y niñas, refiere ella que, “reconocer el impacto subjetivo de que alguien te esté esperando, de que alguien prepare algo para vos, deja marca y forja la identidad de un niño y eso es salud”.

3. El entramado institucional y comunitario en la red de atención de la salud mental infantil. Dispositivos existentes y redes institucionales.

Lo que nos parece importante entender es cómo el abordaje comunitario de las problemáticas de la salud mental, puede empoderar a la comunidad. Creemos que los espacios comunes son los espacios que debemos sostener y fomentar para justamente, crear comunes, para unir todo lo producido en este territorio, en estos barrios con tantos saberes desprestigiados y que de esta manera se desplieguen estrategias de supervivencia, creatividad y resistencia ante contextos tan hostiles como el que vivimos actualmente.

Aquí, lo que nos interesa recalcar, tiene que ver con esto, con cómo el centro Centro de Salud en red con las organizaciones comunitarias, son productores de salud mental, son instituciones que operan allí donde el Estado en su forma directa se presenta fragmentado, intermitente o incluso ausente, las organizaciones sociales y comunitarias sostienen vínculos cotidianos que permiten entender de forma situada las problemáticas de salud mental, acompañar procesos subjetivos, detectar situaciones de riesgo y canalizar demandas hacia los dispositivos estatales. A través de propuestas recreativas, educativas y comunitarias, se generan espacios de escucha, encuentro y reparación simbólica, fundamentales para infancias marcadas por la violencia. Dice A.B que pensar y reunirnos en el marco de las acciones y estrategias conjuntas es fundamental “porque si pensamos que el Estado sólo puede solucionar la vida de la gente estamos errados”, de esta manera se torna imprescindible articular con las organizaciones de la sociedad civil presentes en el territorio.

Estas organizaciones también son espacios de militancia y resistencia, en los que se articulan estrategias colectivas frente a la desprotección social. Su participación en las redes territoriales y su vinculación con profesionales del primer nivel de atención potencian la construcción de intervenciones más integrales y contextualizadas, amplían la clínica y las estrategias de intervención a partir de las redes.

En este sentido, sabemos que existen múltiples experiencias en la Ciudad de Rosario en las que se han creado dispositivos para alojar a las infancias en situaciones de vulnerabilidad, ya sea desde los Centros de Salud, como desde clubes de barrio, organizaciones sociales o espacios culturales autogestivos con anclaje territorial, que cumplen un rol clave en el abordaje de la salud

mental en las infancias y, muchas veces, constituyen los primeros espacios de referencia y contención para niños, niñas y adolescentes.

Los dispositivos pueden entenderse como entramados complejos y dinámicos de elementos heterogéneos, discursos, normas, prácticas institucionales, saberes, relaciones sociales y territoriales que configuran modos específicos de intervención sobre los sujetos. Tal como plantea Foucault (1985), el dispositivo no solo comprende lo dicho, sino también lo no dicho, actuando como una red de saber-poder que puede ser transformada o reconfigurada según las necesidades históricas de cada contexto. En consonancia con esto, García Fanlo (2011) da cuenta del carácter subjetivante de los dispositivos, al considerarlos espacios terapéuticos para el abordaje de problemáticas sociales, que además generan lazos entre las familias y las instituciones.

Digamos que la historia reciente de los espacios de salud mental comunitaria para infancias en el Stella Maris y en La Bombacha no es muy completa, nos cuenta S.R. que hacia 2016 no existía ningún espacio institucionalizado para las infancias del barrio. Algún que otro lugar como la Fundación Camino Conin que asistían y aún asisten a niños y niñas de 0 a 5 años con problemas de desnutrición y luego, en el Centro de Salud se llevaba adelante un espacio de lectura para segunda infancia de 5 a 10 años. Por lo tanto quedaba una franja etaria de niños, niñas y adolescentes desamparados, sin espacios en los cuales poder desarrollar otras actividades que no sea la escuela.

Hacia 2017 Fundación Síntesis, una organización social sin fines de lucro, realizó un relevamiento para averiguar qué espacios eran necesarios, con qué recursos ya se contaba en el territorio y qué nuevo rol podía ocupar la organización. Esto decanta en que no existía ningún espacio recreativo, y cultural destinado a las infancias, ningún espacio que aloje a niños, niñas y adolescentes. Refiere S.R, “casi ni se ubicaban comedores, copas de leche, ni iglesias”.

Se comienza a gestar aquí un dispositivo para alojar a aquellas infancias que tenía como horizonte el juego como transformador y posibilitador del encuentro, de intervenciones más profundas, y de nuevas miradas. Además, también se imponía con la idea de recuperar el espacio público que era tierra de nadie en el barrio Stella Maris, es así que con algunos juegos y un gazebo se comienza a llevar adelante, una vez por semana, en la canchita del barrio este

momento que luego se convirtió en el “Taller de Todxs”, denominado así por sus participantes. Este espacio con el paso del tiempo fue transformándose y adquiriendo nuevos ejes de trabajo, nuevas estrategias, llegó la pandemia en 2020 y la consigna de encontrarse era imposible de sostener, de esta manera se fueron dando diferentes estrategias, en primer lugar, acompañar las situaciones particulares de cada familia se tornaba imprescindible, ya que la imposibilidad de trabajar recaía en miles de familias con hambre, con la necesidad más básica de todas. Por otro lado, más específicamente, se comenzaron a enviar propuestas de juegos y desafíos por medio de celulares de padres o madres. Ya con la pandemia un poquito más liberada, el equipo diseñó y creó kits lúdicos con actividades artísticas y juegos armados de materiales reciclados, cada quince días se juntaban con grupos de hasta cinco niños, niñas y adolescentes, con extremos cuidados, se realizaba la entrega del kit con una charla de por medio. Cuando todo parecía estar mejor, en el barrio crecieron los contagios y se debió cerrar todo, entonces se dejó atrás la entrega de kits lúdicos y la estrategia se convirtió en una ludoteca y biblioteca ambulante, pasando casa por casa con historietas, cuentos y juegos pensados para cada familia. Así, fue pasando el tiempo, con la dificultad de no poder sostener ningún dispositivo en el espacio público, la vecinal del barrio, hasta entonces desocupada, prestó el espacio físico para que síntesis pudiera realizar sus talleres allí, con un espacio más reducido, con límite de niños y niñas, pero se logró armar un “miniclub” con diferentes estaciones que comprendía desde juegos de mesa, espacios de lectura hasta juegos de salón como el metegol, el espacio de juegos con infancias, ha ido mutando y variando sus estrategias con el tiempo pero se sigue sosteniendo hasta el día de hoy. Además, desde aquel entonces, síntesis acompaña a niños y niñas a la colonia de vacaciones realizada en el Polideportivo 7 de septiembre, lo cual implica la gestión del transporte, de las meriendas, de los pagos de honorarios para acompañantes que puedan llevar y traer al grupo completo, entre otras cosas más.

Al día de hoy, entendemos a esta propuesta como una propuesta transformadora de la relación que había del barrio y las instituciones con niños, niñas y adolescentes. S.R nos cuenta que: “El movimiento de estar presentes como fundación en el espacio público fue empujando y abriendo puertas para que niños y niñas puedan ocupar otros lugares con más preponderancia, de hecho en lo comunitario del barrio es lo primero que hay y después surgen los talleres para jóvenes, las copas de leche que eran más para las familias. Incluso el Centro de Salud este último año pensando en los dispositivos nuevos”.

Seguiremos haciendo referencia a estos nuevos espacios gestados principalmente por el Centro de Salud Ceferino Namuncurá, el cual, ante la nula presencia estatal en espacios terapéuticos para infancias decide llevar adelante dos dispositivos para infancias y algunos para jóvenes y adultos. Esta decisión no surge de un instante al otro, surge de un proceso de construcción del concepto de salud entendido en el contexto. A.M. hace referencia a que el surgimiento de estos dispositivos, tiene que ver con que los trabajadores del mismo se sitúan dentro de un paradigma no asistencialista, “que entienden la salud no como la ausencia de enfermedad sino como la capacidad de lucha”.

En este marco es que se crea un *Taller Circo para Infancias*, con el objetivo primero de sacar el foco de la salud como algo exclusivo del saber médico y traspolarlo al territorio, con la necesidad de demostrar el efecto terapéutico del arte en los procesos que atraviesan las infancias del barrio.

Este taller se dicta una vez por semana en la vecinal Stella Maris, durante dos horas, en las que se intenta mantener una estructura de taller con tiempos determinados, aunque no siempre se logra, porque muchas veces la práctica excede la planificación. En todos los encuentros se realiza un re-trabajo del equipo del taller, que está conformado por una enfermera, una fonoaudióloga, una Médica, todas pertenecientes al equipo del Centro de Salud y dos acompañantes del programa Nueva Oportunidad, aclarando que algunas tienen formación circense y otras no. En este re-trabajo se evalúa cómo se desarrolló el circo y situaciones particulares de cada niño o niña. Está destinado a niños y niñas de 8 a 12 años, que en primera instancia fueron derivados y convocados por los equipos de salud porque estaban atravesando alguna situación problemática, y hoy en día la convocatoria se tornó espontánea. Se trabaja para fomentar el circo como un deporte, que implica una disciplina y un entrenamiento como muchos otros deportes. Aprender las artes circenses es más una excusa para encontrarse y transversalizar otras temáticas como por ejemplo la ESI y para alojar o acompañar infancias que no encuentran lugar seguro más que allí. Con el paso del tiempo la evolución de aquellos y aquellas que han llegado con alguna problemática es notorio, por esto se cree en la capacidad terapéutica del espacio en la medida que importa la singularidad de cada niño independientemente del espacio grupal, ver a cada uno con su potencial, su autonomía y su historia que lo constituye da pautas de alarma para luego trabajar en los consultorios. Gran parte de las y los niños que concurren al circo tienen formas de

vincularse “violentas”, aparecen mucho las piñas y las ganas de agredir al otro, sin importar quién sea, ni las consecuencias que puede tener, entonces en este contexto, como profesionales es necesario implicarse, hacer notar que en este lugar no se aceptan este tipo de comportamientos y que esto no sea excluyente, ni expulsivo, entonces construir el respeto por el otro a través del ejemplo se vuelve fundamental, comprender el rol que ocupamos en la vida de ese niño o niña es clave para acompañar en varios casos quizás el inicio de sus vínculos o la etapa previa a la adolescencia que da ansiedad, incertidumbre y temor. Además, se realizan reuniones de padres periódicamente para que exista un ida y vuelta con cada familia, muchas veces en ellas aparecen cuestiones por las cuales desde el equipo se debe poner en alerta a la familia y viceversa, las familias relatan situaciones en sus casas o escuelas que dan pie para trabajar algún tema que es recurrente. Conocer a las familias es imprescindible para conocer la historia del niño o niña, ya que a partir de ellas vemos que comportamientos se esperan de ese niño en su casa, y cómo repercute la construcción familiar en la manera en que se desenvuelve grupalmente. Este espacio tiene ciertos modismos que responden a ese equipo, por ejemplo, no se da merienda, esto resulta “raro” porque en la mayor parte de lugares que existen en un barrio se intenta garantizar el acceso a la alimentación, conociendo la situación alimenticia de niños y niñas, pero relata Rocío Batle (médica general y de familia perteneciente al espacio) que intentan que el objetivo de concurrir al espacio no esté mediado por la comida. Es una decisión difícil en un contexto en el que el hambre es moneda corriente, pero comprender el lugar que ocupa cada institución en el barrio es fundamental, ya existen aquellos que se dedican pura y exclusivamente a esto, entonces se entiende que es mejor que cada espacio pueda centrar su actividad en los objetivos propuestos.

En consonancia con el circo, es que surge el Dispositivo *¿Que Es?* para niños en edad escolar, que se dicta una vez por semana durante una hora. En este taller el equipo está conformado por una enfermera, una médica generalista, una psicopedagoga, una médica pediatra y una fonoaudióloga. Este espacio se caracteriza por estar dirigido a niños y niñas que, en los controles de salud o en la escuela, presentan algún desafío en la comunicación, en el lenguaje, en el aprendizaje y en la socialización por lo cual ameritan un abordaje grupal e interdisciplinario.

Por último, una de las profesionales entrevistadas subraya que la construcción de redes constituye una condición imprescindible para potenciar lo terapéutico y sostener procesos de cuidado en el territorio. En esta línea, el intercambio de información entre organizaciones y la

continuidad de reuniones interinstitucionales permiten visibilizar y acompañar problemáticas persistentes. Podríamos decir, así como lo han explicitado demás actores barriales entrevistados, que la trama institucional de estos barrios, es un conjunto diverso y heterogéneo de instituciones, que, con diferentes alcances, sostienen algunos espacios significativos para las infancias y sus familias, pero con las cuales se torna compleja la construcción de intervenciones extrainstitucionales. Entre estas instituciones se encuentran las que ya nombramos como el Centro de Salud Ceferino Namuncurá y Fundación Síntesis, la escuela secundaria N° 519 que, si bien no cuenta con espacios dirigidos a las infancias, por su orientación en educación física ha colaborado en actividades comunitarias, la escuela primaria N°299, que presta su espacio para desarrollar un dispositivo Municipal llamado “*Tiempo de Infancias*”, la Organización Social Evangélica Ojos Que Ven que realizan algunas intervenciones con infancias, también hay algunos comedores que ocasionalmente desarrollan jornadas para infancias más allá de la comida diaria, entre ellos Pequeños Herederos, el Quincho, Kairós, la Vecinal Stella Maris que, además de ofrecer bolsones, presta su espacio a otras organizaciones. Así como las iglesias evangélicas, que en mayor o menor medida participan de la vida de las infancias activamente y la Fundación Camino CONIN que atiende y previene la desnutrición infantil, estas últimas se presentan como un límite muchas veces en las intervenciones del Centro de Salud ya que sus lineamientos van en contra de lineamientos conceptuales a partir de los cuales accionamos, como por ejemplo el enfoque de derechos humanos, género y agregamos, diversidad, trabajar acerca de derechos sexuales y reproductivos entre otras cosas se dificulta.

Podríamos decir entonces que las redes, se encuentran en cierto punto debilitadas, cada institución puede responder a su dinámica y a sus objetivos pero no suele ser así en lo colectivo y comunitario. Estas experiencias muestran una necesidad que tiene que ver con potenciar la dimensión más microsocial de nuestras intervenciones, habilitando prácticas colectivas de cuidado y acompañamiento que, aunque estén muchas veces fragmentadas, resultan indispensables en la construcción y el sostenimiento de una red comunitaria de salud mental y cuidados. Tal como sostiene R.B “si no tejemos nosotros, no va a tejer nadie”, reafirmando que es en la trama cotidiana donde se gestan las condiciones de posibilidad para la transformación.

CAPÍTULO 3: Aportes del Trabajo Social en el abordaje comunitario de la salud mental infantil

1) Trabajo social y su historia en el campo de la salud

El primer vínculo del Trabajo Social con el campo de la salud se relaciona con la influencia que el higienismo ejerció sobre nuestra profesión. Esta práctica fue impulsada por médicos que buscaban organizar la asistencia con criterios científicos y necesitaban contar con personal especializado que pudiera ocuparse de las causas sociales derivadas del pauperismo, buscando resolver determinadas problemáticas o prevenir sus efectos.

En este contexto, en 1924 se crea el curso de Visitadoras de Higiene Social en la Facultad de Medicina de la UBA, y más tarde, en 1930, la Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino. Ambas instituciones permiten la institucionalización de una práctica profesional que, si bien respondía a necesidades sociales emergentes, lo hacía desde una lógica médica, subordinado así la intervención social a criterios biomédicos. Esto posicionó a los y las trabajadoras sociales como actores operativos en la gestión de demandas sociales vinculadas a pacientes, focalizando la intervención en la asistencia y la resolución de necesidades básicas (Alayon, 1978, citado en Gangliolo, 2017).

La disciplina fue concebida inicialmente como un auxiliar técnico dentro del modelo preventivo de la medicina, orientado a controlar la “cuestión social” e intervenir en las condiciones de vida de los sectores populares, con el objetivo de preservar el orden social. En palabras de Alayón (1978), este impulso respondió al interés de sectores profesionales e higienistas vinculados al Estado, que veían en el Servicio Social un instrumento para moralizar y vigilar a la población frente a los efectos “peligrosos” de la inmigración y los conflictos sociales.

Las primeras trabajadoras sociales llamadas en ese entonces, visitadoras de higiene, desempeñaban un rol centrado en la prevención y promoción sanitaria. Entre sus tareas se encontraban los relevamientos de condiciones de vida, el control del cumplimiento de prescripciones médicas, la difusión de normas de higiene y la asistencia en el hogar; todas funciones concebidas como extensiones del saber médico.

A pesar de su protagonismo en la implementación de políticas de salud pública, los aportes del Trabajo Social han sido históricamente invisibilizados o considerados como mera asistencia empírica, y no como producción de saber profesional.

Desde sus inicios, entonces, el Trabajo Social en la salud estuvo atravesado por tensiones, por un lado, la necesidad de profesionalizar la práctica de la caridad y la beneficencia, por otro, la subordinación a un campo médico que concentraba los marcos teóricos e institucionales. Con el tiempo, y especialmente a partir del movimiento de la Reconceptualización, la profesión comenzó a cuestionar ese lugar subordinado y a reorientar sus prácticas hacia una perspectiva crítica, ética y comprometida con los procesos históricos de las clases subalternas.

Esta transformación sentó las bases para disputar sentidos al interior del sistema de salud, especialmente en la Atención Primaria, donde el Trabajo Social logró posicionarse como un actor clave en la problematización de los modelos de atención médico-hegemónicos.

En la Ciudad de Rosario, la incorporación de trabajadores sociales a los Centros de Salud devino de la ruptura con el paradigma biologicista y la posterior incorporación en diferentes ámbitos de la salud del modelo social, el cual implicaba la redefinición de la idea de la salud, entendiendo a esta atravesada por determinantes sociales.

Los trabajadores sociales como agentes políticos aportaron una mirada situada de los procesos de salud-enfermedad-atención. Esta incorporación, permitió complejizar la intervención en clave territorial, intersectorial y colectiva, en articulación con las necesidades históricas y simbólicas de las comunidades. Así, el Trabajo Social fue consolidando su lugar en el primer nivel de atención como parte de los equipos de salud, no desde la derivación subordinada sino desde una participación activa en la construcción de dispositivos institucionales y estrategias de abordaje integrales, acordes con los modos de vida de las poblaciones e incluyendo dimensiones socio históricas, culturales y simbólicas de la vida de los sujetos.

Es así que, el Trabajo Social en el campo de la salud comienza a crear sentidos desde un saber propio que le permite leer situaciones complejas desde una perspectiva integral y, en diálogo con otras disciplinas. Reconocer la complejidad de las situaciones implica leer las tramas familiares, institucionales y comunitarias que acontecen en los territorios.

2) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria

Partimos de la necesidad de construir la definición de Intervención Profesional aplicada al campo de la salud mental comunitaria, pero no podemos pensar en esta si primero no reflexionamos acerca de la definición de intervención en el Trabajo Social .

Margarita Rozas Pagaza (2010) plantea que “entendemos la intervención como campo problemático en la medida que ella se constituye en el escenario cotidiano donde se objetivan las manifestaciones de la cuestión social y que reconfiguran el mundo social de los sujetos” (p. 46).

En este sentido, entendemos a la intervención situada en el marco de las problemáticas sociales que acontecen en el lugar en donde nos encontremos trabajando, atravesada por las trayectorias en las que desarrollan la vida cada uno de las y los sujetos con los que intervenimos y, con esto, las problemáticas que van surgiendo a raíz de estas historias. Entendiendo la singularidad de cada uno y los recursos con los que disponen para enfrentar las situaciones problemáticas. Acerca de la singularidad en las intervenciones, Susana Cazzaniga (2001) nos dice:

Lo singular, es el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva, se trata del “es” como síntesis. Este modo de comprender la categoría sujeto nos compromete con la dignidad humana reconociendo al otro como sujeto de derechos, a la vez que nos exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular (p. 4).

Dicho esto, nos dice Rozas Pagaza (2010) que

[...] la intervención no es “sobre los problemas sociales” o “sobre la realidad”, es por el contrario, el desentrañamiento de las manifestaciones de dicha cuestión social en la reconstrucción analítica de esas manifestaciones en la particularidad que adquiere la relación contradictoria entre los sujetos y sus necesidades. Entendemos que dichas

necesidades no se reducen a la crisis de materialidad de los sujetos, sino también a las marcas más significativas de la degradación de la condición humana (p. 50).

Vale aclarar que vamos a abordar la intervención desde un enfoque territorial, entendiendo que las demandas y los sujetos de intervención pueden variar dependiendo del lugar en el que nos insertemos laboralmente. Diría Carballada (2015) que la intervención en lo social desde un enfoque territorial supone ir al encuentro de historias que atraviesan las calles de los barrios (pp.3). En este sentido, la intervención en un efector de salud del primer nivel de atención se va construyendo a partir de las demandas que surgen, ya sean espontáneas o derivadas de otros espacios que requieren la atención de los equipos territoriales. El autor (2012) además, plantea que la intervención en lo social siempre se desarrolla en un espacio que, lejos de ser neutro, se configura como un escenario atravesado por problemáticas, marcas simbólicas y relaciones de poder. El territorio, entonces, no solo delimita un área geográfica, sino que constituye un espacio relacional donde se construyen identidades, pertenencias y formas de cohesión social, al mismo tiempo que refleja desigualdades y tensiones. Desde esta perspectiva, intervenir supone reconocer esas cartografías sociales y culturales, que permiten comprender las múltiples inscripciones de los problemas y habilitan otros modos de pensar el cuidado, el dolor y la diversidad (pp. 9-10).

En esta línea, es importante destacar que, si bien se trata de un efector de salud, desde la perspectiva de la salud comunitaria, se reconoce que las demandas no se limitan únicamente a problemas sanitarios, sino que también remiten a condiciones estructurales, tales como las dificultades en el acceso a distintos servicios, el hacinamiento, la violencia de género, entre otras. Resulta relevante señalar que dichas problemáticas constituyen, en gran medida, las causas de los padecimientos de salud física y mental de los sujetos. En este marco, el trabajo de los y las profesionales del Trabajo Social recae muchas veces en abordar estas situaciones, ya sea mediante tareas de asistencia, gestión y acompañamiento, o a través de la participación en espacios comunitarios que propone el Centro de Salud y en la articulación con otras instituciones y organizaciones barriales, donde se impulsan proyectos de promoción de la salud. A su vez, el quehacer cotidiano incluye actividades administrativas, como la tramitación de certificados, pedidos a distintas secretarías municipales o gestiones específicas, que, lejos de ser meramente

burocráticas, buscan mejorar la calidad de vida y contribuir a la reproducción social de las personas en su entorno. En este sentido, como sostiene Rozas Pagaza (2010) “Las respuestas se organizan en consecuencia a partir de dispositivos que permiten operacionalizar acciones de intervención social y que, a su vez, tienen relación con la forma en cómo se construyen los problemas sociales, en tanto ellos expresan la fragmentación y la sectorización de lo social” (p.47).

Por esta diversidad de tareas que llevamos adelante los y las trabajadoras sociales, es que, en diferentes espacios de trabajo con otros profesionales, particularmente en el ámbito de la salud, donde convergen múltiples disciplinas con saberes específicos, surge el dilema y la necesidad de delimitar nuestro campo de intervención y nuestro saber propio. En este marco, podríamos decir que uno de los aportes centrales del Trabajo Social en dicho campo radica en su capacidad de leer la dimensión sociocultural que adquiere la enfermedad en cada sujeto a partir de su relato singular, reconociendo que los procesos de salud-enfermedad-atención no se agotan en la perspectiva biomédica. Así, al transitar de manera constante entre el plano singular y el institucional-político-estatal, el Trabajo Social aporta una mirada que, por su trayectoria formativa, permite construir y deconstruir las situaciones en su complejidad, generando un valor específico dentro del campo de la salud mental (Paola V. Fussi, 2019).

En esta línea, los y las profesionales se constituyen como actores centrales en la reconstrucción de las trayectorias de vida, ya que su intervención implica no solo aportar una mirada compleja sobre las situaciones, sino también sostener un registro atento del otro, construido a partir de la escucha y del acompañamiento. Tal como plantea Carballada (2012), es en estas narrativas y en el modo en que se configuran la escucha, la mirada y el registro donde se anclan las distintas formas de intervención en salud mental (pp.6).

En consonancia, podemos entender que la intervención en el campo de la salud opera desde dos dimensiones. Por un lado, intervenimos en la singularidad, en la construcción conjunta con el usuario de un proyecto de salud que respete los procesos de salud-enfermedad y las formas de producción de la vida, impulsando el fortalecimiento de la autonomía en la tramitación de los conflictos que producen sufrimiento o limitan sus posibilidades de vida (Ferrandini, como se citó en Barbero, 2022, p.76). Creemos relevante comprender la importancia de la singularidad en la construcción de la estrategia de abordaje, ya que esta nos permitirá incorporar la mirada del

sujeto en su propio proceso, reconociendo sus padecimientos, sus límites y sus deseos sobre qué cambiar de su situación, así como las herramientas con las que cuenta para hacerlo, en articulación con la mirada y los diferentes saberes disciplinares del equipo.

Por otro lado, la intervención opera en una dimensión colectiva, en la construcción de espacios colectivos que funcionan como lugares de resistencia. Estos espacios aportan al fortalecimiento de lazos sociales en una sociedad cada vez más individualizada y fragmentada. Esta capacidad colectiva que tenemos las y los trabajadores sociales nos habilita y nos permite desnaturalizar problemáticas, reconocer dinámicas barriales, tejer redes territoriales de cuidado y comprender las situaciones sociales desde ese lugar (Barbero, 2010, p.77).

Esta última dimensión es la que nos interesa seguir desarrollando para comprender el lugar que ocupan los dispositivos llevados adelante por el Centro de Salud Ceferino Namuncurá y otras instituciones barriales para el abordaje de la salud mental en las infancias de los barrios Stella Maris y La Bombacha.

Si bien los dispositivos, como el de Circo con Infancias, el ¿Que Es? y el Taller de Todxs, descritos en el capítulo anterior, no fueron desarrollados ni creados específicamente por trabajadores sociales, creemos que nuestro rol allí puede aportar elementos muy valiosos, como por ejemplo la participación en la construcción de estrategias colectivas, el fortalecimiento de redes con otras instituciones barriales y el desarrollo de dinámicas grupales que acompañen procesos de subjetivación de cada participante, así como la construcción de entramados de cuidado con las familias.

Asimismo, los espacios colectivos resultan fundamentales para desentramar demandas implícitas. Es decir, aunque los dispositivos sean grupales, posibilitan posteriormente el abordaje de situaciones particulares que van surgiendo con cada niño o niña, lo que permite la elaboración de diagnósticos situados. Comprender el lugar del Trabajo Social en los dispositivos de juego con infancias implica considerar las interacciones e intercambios entre los niños, así como las cuestiones subjetivas, explícitas o implícitas, relacionadas con su bienestar. Además, permite observar el rol del cuidador o cuidadora en la vida del niño, integrándolo al proceso y elaborando un diagnóstico que trasciende lo puramente subjetivo de cada uno de ellos. A.B. nos dice que “lo valioso que tienen los dispositivos es que, no solo se piensa en los niños, se piensa en el grupo

familiar, y esa es la clave del Trabajo Social dentro de estos espacios. No segmentar lo familiar en mama y papa, sino entender los roles de cuidado y la diversidad del grupo familiar ampliado”.

En este contexto, el rol del Trabajo Social se vuelve central para garantizar la continuidad de las intervenciones, tejer la trama institucional y sostener una perspectiva integral en los abordajes. Su mirada considera a la infancia en su entorno social, afectivo e institucional. De esta manera, los talleres se convierten en espacios imprescindibles para promover, prevenir y generar condiciones de bienestar y salud mental, y con esto, entornos saludables para las infancias.

A.B. además, menciona que “pensar en los espacios lúdico pedagógicos, de cuidado, y demás implica que tengamos que crear por fuera de la institucionalidad, dispositivos que sean soporte para atender o ampliar la clínica dentro de los espacios de salud” entendiendo que el Centro de Salud debe articular con las organizaciones de la sociedad civil porque las herramientas de intervención no alcanzan si se interviene en soledad. Así mismo, señala Andrea Montaner (Coordinadora del Centro de Salud Ceferino Namuncura), en relación al trabajo de los y las profesionales en dispositivos grupales, que a estos les vuelve otra cosa, encontrarse en otro espacio físico fuera de la institución con los pacientes “transforma su práctica” y también ayuda a ver otras cosas.

En este sentido, es que pensamos a los dispositivos de salud comunitaria como dispositivos transformadores y restauradores de lazos sociales y colectivos, ya que implican un cambio de posición en la relación de las y los profesionales con sus pacientes y además que el padecimiento de cada sujeto no quede aislado en su individualidad sino que puedan hacerlo colectivo, dando lugar a la producción de nuevos deseos y creando nuevos sentidos en la vida de ese niño o niña.

3) Interdisciplina y estrategias de intervención comunitaria en Trabajo Social

Como profesionales del Trabajo Social, nutrimos nuestras estrategias de intervención con diversas herramientas que habilitan la construcción de lazos, la escucha y la confianza. Entre ellas se incluyen las entrevistas, las visitas domiciliarias y los informes sociales, así como el trabajo grupal, los talleres comunitarios y la articulación de redes, que permiten, por ejemplo, derivar a un niño o niña que atraviesa una situación particular e integrarlo a un espacio grupal. Estas herramientas no son neutras, su sentido depende de cómo se utilicen, con qué objetivos y desde qué posicionamiento profesional.

Asimismo, las políticas sociales constituyen parte de los instrumentos disponibles para generar estrategias de intervención. Sin embargo, si consideramos aquellas destinadas a fomentar y prevenir la salud mental de la infancia, nos encontramos con que son escasas. Los planes Nacionales y Provinciales de salud mental proponen lineamientos éticos y estratégicos para la Intervención Profesional del Trabajo Social, como la construcción de redes comunitarias y dispositivos de cuidado colectivo, el acompañamiento psicosocial desde enfoques interdisciplinarios, y la promoción de prácticas que fomenten la autonomía y el protagonismo de las personas usuarias (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2023), (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023).

No obstante, estos documentos funcionan más como un posicionamiento ético que como un marco de acción implementado, no constituyen políticas sociales sólidas que guíen efectivamente el trabajo en los territorios. Por ello, en los barrios de la Ciudad de Rosario, y en particular en el Stella Maris y La Bombacha, el trabajo artesanal de cada profesional, tallerista o acompañante cobra especial relevancia. La voluntad y la intencionalidad de la coordinación del Centro de Salud, junto con profesionales predispuestos a pensar, crear y construir espacios comunitarios de salud, como los dispositivos alternativos que mencionamos, permitió que hoy existan propuestas dirigidas no solo a la infancia, sino también a otras franjas etarias. Como advierte Claudia Bang (2014), la falta de formación académica para crear y sustentar estos dispositivos alternativos hace que muchas veces trabajadores y trabajadoras deban lanzarse a “lo comunitario” desde la intuición y la improvisación (p. 110), desplegando saberes y experiencias personales como herramientas que habilitan a la creatividad.

En este sentido, las experiencias de intervención comunitaria, a través del arte y el juego, se constituyen en estrategias privilegiadas para el desarrollo de la creatividad, ya que promueven recursos intersubjetivos que permiten afrontar y resolver las exigencias cotidianas de forma activa y novedosa (Bang, 2014, p. 115).

Continuando con la dimensión artesanal de las intervenciones, no podemos dejar de señalar que este trabajo, en gran medida, es sostenido por profesionales que se desempeñan en condiciones de extrema precariedad salarial y material, con recursos limitados y una alta demanda de

atención que muchas veces excede sus posibilidades. En consecuencia, se genera una situación de precarización que dificulta sostener este tipo de propuestas. Entonces, si bien creemos fundamental tomar esta posición para poder llevar adelante propuestas alternativas, también creemos que se deben complementar con acciones del Estado específicas y destinadas a fortalecerlos en principio económicamente. Es verdad que en este último tiempo en el barrio se instaló un dispositivo multiagencial que permitió en cierto punto hacer correr las demandas y la rápida y efectiva solución de las mismas, el fortalecimiento de varias instituciones barriales a través del programa Nueva Oportunidad, entre otras cosas, pero no deja de ser un programa, como muchos, que llega con mucha fuerza y en algún momento se retira, sin dejar estructura sólida. En relación a esto, A.M. reflexiona diciendo que “el IBF no implementa una política pública que deje estructura, se retira en algún momento, en eso es una intervención que no deja estructura, no deja capacidad instalada”, ella abre diálogo a otras instituciones sosteniendo que debemos pensar otras cosas, como espacios de encuentros, ya sea un club o un gimnasio, pero algo público que tenga la fuerza de quedar instalado para restaurar lazos sociales que tan debilitados se encuentran y trascienda gestiones políticas.

Entonces, la posibilidad de desarrollar talleres por fuera del Centro de Salud se constituye, entonces, en una oportunidad para habilitar nuevas miradas y estrategias que promuevan intervenciones más integrales y contextualizadas en el territorio. Como señala Carballada (2013), el trabajo comunitario invita a pensar “lo solidario, lo histórico, lo cultural, lo lúdico expresivo” como estrategias de intervención (p. 12). Con estas actividades comunitarias, las y los profesionales tienen la posibilidad de generar nuevas respuestas a problemáticas sociales complejas ante la urgencia y falta de tiempo para la planificación.

Ahora bien, estas herramientas y estrategias no pueden pensarse de manera aislada, sino en estrecha relación con el entramado institucional y con la construcción interdisciplinaria que caracteriza al campo de la Salud Mental. La complejidad de las problemáticas sociales que se manifiestan en este ámbito obliga a trascender intervenciones centradas únicamente en la inmediatez del hacer, promoviendo la construcción de abordajes más integrales y sostenidos (Carballada, 2012). La emergencia de nuevas formas de sufrimiento, la fragmentación social y la persistencia de desigualdades estructurales interpelan al sector salud desde una multiplicidad de demandas que requieren ser pensadas en clave interdisciplinaria e intersectorial. Nos dicen

Calienni, Martín y Moleda (2009) que “Quienes realizamos actuaciones colectivas en micro espacios barriales, necesitamos de manera constante reflexionar sobre la compleja trama de interjuegos de atracción y rechazo, de permanencia, resistencia y cambio, que se dan en los territorios.” (pp.38).

En este marco, la interdisciplina se vuelve una práctica indispensable. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reconoce este principio como constitutivo de la atención, promoviendo equipos integrados por diversos saberes y prácticas profesionales. Sin embargo, como advierte Stolkiner (1987), la interdisciplina no puede pensarse como una simple sumatoria de disciplinas, sino como un posicionamiento epistemológico frente a problemas que exceden cualquier mirada unívoca, implica reconocer la historicidad y relatividad de los saberes, priorizando la comprensión de la complejidad por sobre explicaciones lineales.

La actividad interdisciplinaria se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos.

Requiere de apertura para la construcción de nuevos métodos y técnicas de trabajo que dejen de lado actitudes dogmáticas, y fundamentalmente tener siempre presente que la relación entre las disciplinas debe ser provocada, no un mero encuentro fortuito (Calienni, Martín y Moleda, 2009, pp. 41).

En este cruce de saberes, el Trabajo Social aporta una perspectiva situada, relacional y territorial, que introduce la dimensión social, política y económica en los procesos de atención, muchas veces invisibilizada por las lógicas hegemónicas (Fussi, 2019). Así, la profesión se constituye en un actor clave para recuperar la voz de los sujetos, habilitar la escucha y construir abordajes que reconozcan tanto lo singular como lo universal de las problemáticas. Como señala Carballada (2012), “allí donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social” (pp.9).

Desde su especificidad, el Trabajo Social en los dispositivos comunitarios, podríamos decir que amplía la comprensión del sufrimiento en la infancia desde una mirada contextual y facilita articulaciones con actores del barrio. Así como lo expresan Calienni, Martín y Moleda (2009), cuando se interviene desde lo colectivo grupal, es importante comprender cómo el territorio nos

vincula con el espacio barrial, ya que es donde “se localiza la acción como espacio y tiempo con sentido, con historicidad de la acción humana” (pp.43).

Como trabajadores sociales, A.B. señala que, nuestra función en los problemas de salud mental de las infancias tiene que ver con “crear el acceso y ser el puente para que estos niños y niñas tengan derechos”. En este contexto en el que los sectores más vulnerables de la sociedad están desprotegidos “tenemos que pensar contra hegemónicamente en clave de acceso”

Al insertarse el Trabajo Social en cualquier proceso de atención de la salud, ya sea singular o colectivo, se dispone a generar articulaciones extrainstitucionales. Ello nos invita a pensar la interdisciplina también desde la intersectorialidad. La articulación intersectorial (educación, salud, niñez, organizaciones comunitarias) es clave para un abordaje integral en salud mental. Para ello, es necesario conocer la red de instituciones disponibles en cada territorio: en el caso del Centro de Salud Ceferino Namuncurá, cuenta con algunas redes internas en el barrio (como escuelas, Fundación Síntesis y algunos comedores o iglesias), al mismo tiempo que se articula con la Red Municipal de Salud, integrada por hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad y otros Centros de Salud cercanos como el EMAÚS. También resulta fundamental la coordinación con dependencias estatales Provinciales y Municipales (Desarrollo Social, Hábitat, etc), Centros Cuidar y espacios deportivos y comunitarios, como el Polideportivo 7 de Septiembre, con el cual se han realizado propuestas conjuntas como la colonia de verano.

De este modo, el trabajo del Trabajo Social en salud pública no se limita al Centro de Salud, sino que se extiende a la generación de referencias territoriales con múltiples instituciones, articulando recursos estatales, comunitarios y profesionales para dar respuestas a demandas que requieren un abordaje integral y situado.

4) Intervención profesional: implicancia ética, política y afectiva

Como ya lo anticipamos la Intervención Profesional en Trabajo Social no puede considerarse neutral, dado que implica inevitablemente una toma de posición frente al sufrimiento, las condiciones de vida de las infancias y las injusticias estructurales que atraviesan los territorios. En este sentido, el trabajo profesional se configura como una práctica situada, ética y política, que requiere la incorporación de dimensiones afectivas y relacionales en cada encuentro con los sujetos.

Para enfrentar los retos cotidianos el trabajador social tiene que tener “a decir de José Paulo Netto (2003) densidad teórica que le permita comprender la dinámica de lo que sucede; sumando calificación teórica a la competencia interventiva; complementando con una dimensión ético-política que le permita discriminar fines y elegir entre fines.” (Calienni, M., Martín, A. M. y Moledda, M., 2009, pp.41).

La complejidad de las problemáticas actuales, marcada por la fragmentación de los lazos sociales y la creciente individualización de la vida, adquiere matices particulares en los barrios populares de Rosario. Allí, las infancias crecen en contextos atravesados por la precarización, la violencia urbana y la falta de espacios seguros de socialización, mientras gran parte de sus experiencias de juego y encuentro se ven mediadas por las pantallas. Redes sociales, videos y juegos que se transforman en escenarios donde aparece con fuerza la violencia simbólica, los discursos de odio y modos de interacción crueles que terminan moldeando subjetividades en condiciones de alta vulnerabilidad. Estos contenidos, que muchas veces reemplazan las experiencias comunitarias de la plaza, la escuela o la calle, exponen a niños y niñas a un tipo de socialización mediada que resulta difícil de elaborar y que profundiza el aislamiento y la fragmentación del lazo social.

En este escenario, se vuelve indispensable pensar intervenciones que habiliten otras formas de encuentro y cuidado en el territorio, que rescaten la dimensión humana de los vínculos frente a la tendencia a ser reemplazados por interacciones virtuales. Retomando a Ulloa, la ternura puede comprenderse como una instancia ética y un antídoto frente a esta crueldad, en tanto configura un escenario donde el sujeto tiene la posibilidad de advenir sujeto ético. Este autor distingue tres habilidades que le son propias: la empatía, que posibilita la sintonía y el alineamiento con el otro; el calor, el arrullo, la palabra y el miramiento, que incluyen a la alteridad reconociendo al otro como un próximo distinto de uno mismo; y el buen trato, entendido como renunciamiento a la apropiación y como resguardo frente a la violencia (Fernando Ulloa, como se citó en *El informe social como Intervención Profesional*, 2024).

La dimensión ética de la intervención se expresa, además, en la escucha activa, el respeto por la palabra del otro y la construcción de vínculos significativos, permitiendo que el sujeto sea reconocido en su historia y en su contexto social. Susana Cazzaniga (2001) plantea que la Intervención Profesional requiere comprender la demanda no sólo como un requerimiento técnico, sino como una construcción situada en un contexto histórico y sociocultural, donde la

reflexión ética orienta la producción de sentido y la promoción de procesos de autonomía en los sujetos. En este marco, la ética profesional incluye reconocer las causas estructurales de las necesidades, instalar la noción de derechos y asumir la dimensión política de la profesión, para habilitar el derecho a ejercer derechos tanto de los usuarios como de los trabajadores (pp.4).

Por último, la implicación afectiva en el Trabajo Social no puede pensarse desligada de la dimensión ética. Como plantea Cazzaniga (2001), la profesión se sostiene en un compromiso con el otro y en la responsabilidad de reconocer la dignidad de las personas, incluso en contextos de gran vulnerabilidad. En esta línea, el cuidado y la escucha son principios éticos que orientan la práctica.

5) Límites, potencias y desafíos de la Intervención Profesional

Las condiciones institucionales en las que se desarrolla el Trabajo Social (falta de recursos, precarización laboral, alta demanda, fragmentación de políticas y estructuras rígidas) imponen límites concretos a las intervenciones profesionales. A esto se suma que la territorialización de la demanda puede convertirse en un arma de doble filo, mientras que la descentralización que hemos descrito en el primer capítulo, posibilita intervenciones situadas, también puede operar como mecanismo mediante el cual instituciones no territoriales derivan problemáticas hacia los barrios sin otorgar los recursos necesarios, concentrando presupuestos y decisiones en la centralidad. Esto debilita la capacidad de respuesta ante la demanda espontánea que surge en los territorios populares, donde las infancias se ven atravesadas por condiciones de desigualdad estructural.

En este contexto, el ejercicio profesional no puede pensarse como la aplicación de técnicas cerradas o recetas, sino como una construcción colectiva, situada y creativa. El Trabajo Social se ejerce en instituciones que condensan relaciones sociales, con sus conflictos, disputas y tensiones (Aquín, Custo y Torres, 2012 citados en Barbero, 2014). Estos espacios marcan los límites, pero también habilitan la potencia de disputar sentidos y abrir grietas en las lógicas hegemónicas. Reconocer las restricciones no implica resignación, sino asumir una conciencia política del campo de intervención, desde la cual es posible sostener prácticas críticas, creativas y transformadoras. De este modo, se reafirma la importancia de sostener prácticas que prioricen el cuidado, la escucha y el reconocimiento, incluso en condiciones adversas. Desde la empatía, el

buen trato y el reconocimiento de la alteridad, se construyen lazos que se contraponen a la deshumanización que muchas veces atraviesa las dinámicas institucionales y sociales.

En este sentido, el rol del Trabajo Social en la salud mental comunitaria infantil adquiere un valor estratégico: fortalecer las redes comunitarias, apostar a la articulación interinstitucional y disputar sentidos en favor de la dignidad y el deseo de las infancias. La niñez se constituye como un campo de disputa donde se ponen en juego proyectos de sociedad, y el Trabajo Social, desde su autonomía relativa y su praxis situada, tiene la responsabilidad de contribuir a la construcción de horizontes más justos, equitativos y profundamente humanos.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este trabajo pudimos dar cuenta que la salud mental en las infancias constituye un campo de disputa política, ética y profesional, atravesado por múltiples determinantes sociales que exceden la mirada exclusivamente médica. Las trayectorias analizadas mostraron cómo las condiciones de vida, la precarización, la violencia, el acceso desigual a derechos y hechos recientes, como la pandemia y el aumento de la violencia urbana en los barrios Stella Maris y La Bombacha, inciden directamente en los procesos de subjetivación de niños, niñas y adolescentes en los barrios populares de Rosario.

Este recorrido invita a reflexionar sobre los desafíos aún pendientes, en principio, fortalecer políticas públicas específicas para la salud mental infantil, además, garantizar condiciones materiales y simbólicas que sostengan los dispositivos comunitarios, y consolidar el reconocimiento del Trabajo Social como disciplina imprescindible en la participación de espacios colectivos. Asimismo, abre la posibilidad de continuar investigando e interviniendo en torno a nuevas estrategias comunitarias que amplíen horizontes de cuidado, autonomía y bienestar para las infancias.

El análisis del territorio y de las instituciones permitió reconocer la importancia de pensar la salud comunitaria como una construcción colectiva que va más allá de la lógica asistencial para situarse en la producción de vínculos, sentidos y resistencias. En este marco, los dispositivos comunitarios impulsados por el Centro de Salud Ceferino Namuncurá, en articulación con Organizaciones Sociales y referentes barriales, se constituyen en espacios fundamentales de prevención, promoción y cuidado, habilitando instancias de juego, encuentro y creación que fortalecen los entramados sociales y generan nuevos mundos para niños y niñas.

En relación a la profesión, se destacó el rol central del Trabajo Social en el campo de la salud, al aportar una mirada integral que articula lo singular con lo colectivo, lo institucional con lo territorial y lo técnico con lo político. Su intervención se configura como una práctica situada, comprometida con los derechos humanos, atenta a la complejidad de las demandas y promotora de procesos emancipatorios.

BIBLIOGRAFÍA

- Ardila, Sara y Galende, Emiliano. (2011). *El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria*. Salud Mental y Comunidad, (1), 39–50. <https://doi.org/10.18294/smyc.2011.4957>
- Ase, Ivan y Buriyovich, Jacinta. (2009). *La estrategia de atención primaria de la salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud?*. Salud Colectiva, 5(1), 27–47. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.2>
- Bang, Claudia. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Psicoperspectivas, 13(2), 25–36. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-345>
- Barbero, Jaqueline. (2022). *Trabajo social en salud: Repensando las intervenciones*. Revista Cátedra Paralela, (20), 53-81.
- Calienni, Monica, Martín, Ana Maria. y Moledda, Marcela. (2009). *Sobre el Trabajo Social, La complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplina*. Revista de Trabajo Social UNCPBA, (2)2, 37-47.
- Carballeda, Alfredo. (2010). *La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales*. Trabajo Social UNAM, (5)1, 46–59.
- Carballeda, Alfredo, J. M. (2010). *La intervención en lo social: Exclusión, sujetos y prácticas. Elementos para una teoría de la intervención en lo social*. Paidós.
- Carballeda, Alfredo. (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*. Revista Margen, (65).
- Carballeda, Alfredo. (2013). *La intervención comunitaria: Una mirada a algunos aspectos contextuales y metodológicos*. Revista Abordajes, 1(1).

- Carballada, Alfredo. (2015). *El territorio como relato. Una aproximación conceptual*. Revista Margen, (76), 1–6.
- Cazzaniga, Susana. (2001). *El abordaje de la singularidad*. Revista Desde el Fondo, (22), 1-4. Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Cazzaniga, Susana. (2001). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud.
- Congreso de la Nación Argentina. (1919). *Ley N.º 10.903 de Patronato de Menores*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina, 03 de diciembre de 2010. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/32385/20101203>
- Del Cueto, Ana Maria. (2014). *La salud mental comunitaria: Vivir, pensar, desear*. Fondo de Cultura Económica.
- Faraht, Natalia. (2021). *Historia del sistema de salud argentino* [Tesina de grado, Universidad Nacional de La Matanza]. Repositorio Institucional UNLaM. <https://repositorio.unlam.edu.ar/>
- Foucault, Michel. (1985). *Microfísica del poder* (2.ª ed.). La Piqueta.
- Fussi, Paola V. (2019). *Salud Mental y Trabajo Social: la R.I.Sa.M como instancia-potencia para pensarnos*. Revista Cátedra Paralela, (16), 183-207.
- Gangliolo, Gisela M. (2017). *La profesionalización del Trabajo Social en el campo sanitario. Historia y debates*. En Saberes y prácticas de trabajadores sociales en el campo de la salud pública. Un estudio etnográfico de las respuestas institucionales al problema VIH-Sida (pp.49-78). Editorial Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- García Fanlo, Luis. (2011). *¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben*. A Parte Rei. Revista de Filosofía, 67-74.

- Gavrilá, Canela, y Ramacciotti, Karina. (2016). *Reflexiones sobre la historia del Trabajo Social en la Argentina*. Revista de la Carrera de Sociología, 6(11), 31–49.
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (s.f.). *Red de atención en salud*. <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (s.f.). *Salud Mental*. <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/252744>
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (2023). *Plan estratégico de salud mental y consumos problemáticos 2023–2030*. <https://www.santafe.gob.ar/ms/saludmental/plan-estrategico-2023-2030>
- Jiménez, Carlos. (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.
- Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, 21 de octubre de 2005. Boletín Oficial, 26 de octubre de 2005.
- Lonigro, Susana. (2015). *Del paradigma manicomial al campo de la salud mental. Puntuaciones de su historia política en Argentina*. En I. Seoane Toimil & S. Lonigro (Comps.), Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones desde la época (pp. 131–150). EDULP. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/162732>
- Melero, Juan. (2015). *Sobre el paradigma actual de derechos de la infancia en Argentina*. [Manuscrito no publicado]. <https://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2023). *Plan Nacional de Salud Mental 2023–2027*. Resolución 1997/2023. <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/aviso/primera/293929/20250307>
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-right>

- Nucci, Nelly, Crosetto, Rossana, Bilavcik, Claudia, y Miani, Ans. (2018). *La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública*. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social, 1(2), 10-28.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>
- Oliva, Andrea, A. (2006). *Antecedentes del Trabajo Social en Argentina: asistencia y educación sanitaria*. Trabajo Social, (8), 73-86.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas: Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. OPS.
- Principios de Brasilia: *Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas*.
https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Brasilia.pdf
- Rozas Pagaza, Margarita. (2010). *La Intervencion Profesional: un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea*. O Social em Questão, 13(24), 43–54.
- Stolkiner, Alicia. (1987). *De interdisciplinas e indisciplinas*. En N. Elichiry (comp.), *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*.
- Tobar, Federico. (2012). *Breve historia del sistema argentino de salud*. En O. Garay (Coord.), *Responsabilidad profesional de los médicos: Ética, bioética y jurídica. Civil y penal*. Buenos Aires: La Ley.
- Visvero, Carina G. (2024). *Salud mental en Atención primaria. Una experiencia desde la formación continua y el Trabajo Social*. Revista Cátedra Paralela, (25), 95-114.