



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final (TIF)

Especificidad del psicoanalista en las estrategias de la APS: interdisciplina e intersectorialidad

MODALIDAD DE TRABAJO: Investigación bibliográfica

AUTORA: Figueredo, Lara Denise

LEGAJO: F-5283/3

MAIL: larafigueredo05@gmail.com

GRADUADA RESPONSABLE: Zattara, Cristina

2025

AGRADECIMIENTOS

En redes nos constituimos,
en redes nos sostenemos,
a redes apostamos.

Gracias a mis redes, a mi universo:
A mis padres, mis raíces y mis alas:
Por ser sostén inquebrantable,
refugio para la calma,
amor que sostiene,
entrega absoluta,
cuidado infinito.

A mi hermana, mi faro incesante:
Por ser... todo, sin límites,
palabra precisa que guía,
mitad que acompaña,
guía que ilumina mi camino.

A mis hermanos, mis brújulas:
Cómplices de vida,
compañías incondicionales.

A mi perrihijo, mi guardián:
Mi salvador del caos,
cuidador del alma.

A Franco, mi amor:
Por ser hogar que permite la pausa,
felicidad que desborda,
amor que lo cura.

A mi tía, mi mentora:
Comienzo de mis pasos en este trayecto,
empuje orientador.

A mis abuelos y tíos, pasos que acompañan:
Por ir a mi lado,
saberse presentes.

A mis amigas, borde y motor:
Límites que me contienen,
fuerzas que me empujan,
apoyos que me sostienen.

*A quienes hoy, o en tiempos pasados,
cuidaron de mi,
cuidaron de Rufo,
aliviadores de cargas,
energías necesarias.*

A la Universidad Pública y a los profesores:
Posibilitadores del devenir.

Lo que fui, lo que hoy soy, lo que seré,
no hubiese sido posible
sin sus existencias.
¡Gracias, gracias, gracias!

ÍNDICE

Resumen y Palabras Clave	1
1.Introducción. Presentación del Problema	2
2.Objetivos	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos Específicos	3
3. Exposición del material objeto de revisión	3
3.1 Rol del Estado y políticas públicas en salud	3
3.1.1 Historia de la sanidad en Argentina	3
3.1.2 Políticas públicas en salud	6
3.2 Atención Primaria de la Salud	8
3.3 Interdisciplina e intersectorialidad	10
3.4 Lugar del psicoanalista en el equipo interdisciplinario en el marco de la	
APS	12
4. Consideraciones finales	14
Referencias bibliográficas	16

RESUMEN

En el presente Trabajo Integrador Final se emplea una metodología de investigación bibliográfica para explorar el rol específico del psicoanalista en las estrategias de la Atención Primaria de la Salud (APS). Se analiza desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial en salud mental, basándose en autores clave del psicoanálisis y profesionales del campo "psi". Se profundiza en el psicoanálisis, su método y su clínica dentro de marcos de trabajo interdisciplinarios. Además, se reflexiona críticamente sobre el papel del Estado como garante del acceso a la salud, la implementación de políticas públicas y los aportes legislativos en salud mental. En el escenario actual argentino se observa un retroceso del Estado en materia de derechos y una restricción de políticas públicas que afectan la calidad de vida de la población. Esto impacta directamente en las condiciones de producción de subjetividad y de lazos sociales, complejizando el abordaje de la salud-enfermedad-cuidado. Ante este panorama, el psicoanalista debe crear y sostener acompañamientos interdisciplinarios e intersectoriales en salud mental, adoptando un enfoque de derechos y una posición ética frente a las problemáticas subjetivas, manteniendo su idiosincrasia, centrada en la singularidad, la mirada y la escucha psicoanalítica. Resulta fundamental construir redes humanizantes en los acompañamientos, desarrollar dispositivos que posicionen a los sujetos como protagonistas de su proceso de salud-enfermedad-cuidado, y establecer lazos comunitarios que permitan abordar las problemáticas complejas en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud - Interdisciplina - Intersectorialidad - Políticas públicas - Especificidad psicoanalítica

1. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

En el presente escrito se propone realizar un acercamiento teórico hacia la práctica psicoanalítica en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS) y la implementación de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales en la atención de la salud mental. La OMS (2008) definió que la APS representa el primer nivel de contacto de los sujetos, la familia y la comunidad. Es una estrategia social que tiene como eje la participación comunitaria y se basa en la acción multisectorial y la conjunción de fuerzas. Dicha estrategia posee principios dentro de los que se destaca el abordaje intersectorial en el área de la salud (refiriendo al trabajo con diferentes sectores y actores) en pos de que las políticas públicas se alineen con el fin de maximizar su potencial contribución a la salud y al desarrollo humano.

La mirada se ubica en una realidad compleja y contradictoria de una Argentina donde el escenario actual se ve impregnado del discurso y las prácticas del neoliberalismo. Se apuesta hacia una problematización de la salud-enfermedad-cuidado en articulación con el papel del Estado y de las luchas sociales como defensa y reivindicación del derecho a la salud. Lo cual se encuentra en relación dialéctica con los procesos de constitución subjetiva.

Esto lleva a pensar la práctica concreta del psicoanalista y plantear interrogantes, tales como: ¿cuál es el lugar que ocupa el psicoanalista en la APS?, ¿cómo se sostiene la práctica psicoanalítica dentro de los marcos de la interdisciplina y la intersectorialidad? y, esta, ¿es posible sin pérdida de la especificidad de la práctica analítica? Dichas preguntas guían y abren la reflexión hacia la posibilidad de llevar a cabo abordajes interdisciplinarios como profesionales de la salud mental, con utilización de un marco teórico y práctico psicoanalítico.

Para contextualizar y ubicar posibles respuestas, se toman dos vías inexorables: en primer lugar, se reflexiona críticamente acerca del papel del Estado y las políticas públicas, sobre la base de considerar que las decisiones gubernamentales tienden a la defensa o cercenamiento de los derechos, siendo los mismos un engranaje necesario y posibilitador de prácticas terapéuticas humanizantes.

A estos efectos, se contempla que, el psicoanalista -como cualquier otro sujeto- se constituye subjetivamente por los atravesamientos históricos y socio-políticos. Lo que es acorde al posicionamiento de Ulloa (2012), quien plantea que, el psicoanalista es una persona no neutralizada en su condición política como un aspecto constitutivo de su subjetividad, por lo que no tiene que dejar de ser activo ciudadano si esto es lo deseado.

En segunda instancia, se problematiza el lugar en el que se sitúa el psicoanalista frente a la complejidad que cada caso conlleva y requiere y cómo se sostiene el método psicoanalítico dentro de la estrategia de APS y del enfoque metodológico de la interdisciplinariedad y la intersectorialidad.

Para dar cuenta de ello se toma inicialmente a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, que se promulga en 2010 y se reglamenta en 2013. En su artículo 3°, se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por diferentes componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Se promueve, en su artículo 8°, que la atención de la salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario, con inclusión de diversas áreas, tales como: psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. En consonancia, en el artículo 9°, se decreta que la atención debe realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la APS, orientando hacia el fortalecimiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

En conjunción de ambas vías, se estima que, para hacer efectiva la implementación del ejercicio del trabajo interdisciplinario, intersectorial y comunitario de la salud mental, el Estado debe operar como garante del acceso a la salud, con implementación de medidas necesarias para que toda la población se encuentre en óptimas condiciones de vida y ejecutar programas de promoción y prevención de salud.

Quizás, la posibilidad de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales en salud mental, implica tomar un posicionamiento como psicoanalistas que permita armar una red entre el equipo de trabajo, el paciente y la comunidad, habilitando enfoques humanizantes en los acompañamientos de los procesos de salud-enfermedad-cuidado. Estas reflexiones se proponen como apertura hacia los distintos ámbitos y modos de abordaje de la salud mental, particularmente para los estudiantes de psicología y profesionales psicoanalistas interesados en implementar y trabajar con equipos interdisciplinarios e intersectoriales dentro de la APS.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERALES:

Reflexionar sobre la práctica psicoanalítica en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud teniendo en cuenta la perspectiva interdisciplinaria e intersectorial en salud mental.

2.2 ESPECÍFICOS:

-Indagar acerca del psicoanálisis, su método y su clínica en el marco de trabajos interdisciplinarios.

-Reflexionar críticamente acerca del papel del Estado como garante del acceso a la salud, la consiguiente implementación de políticas públicas y los aportes legislativos respecto a la salud mental.

3. EXPOSICIÓN DEL MATERIAL DE REVISIÓN

3.1 Rol del Estado y políticas públicas en salud

3.1.1 Historia de la sanidad en Argentina

Existe una relación dialéctica entre los procesos de constitución subjetiva, la producción histórico-política del sistema de salud y su materialización concreta en políticas públicas sanitarias -en tanto defensa o cercenamiento de los derechos humanos-. Para dar cuenta de ello, se realiza una revisión histórica de la configuración del sistema sanitario, la concepción de salud, sus modos de abordaje y sus paradigmas, con el propósito de vislumbrar, a su vez, el estado actual.

Al rastrear la historia de la salud pública en Argentina, se revela que la salud, la enfermedad, su atención y su cuidado no son simples reductos a tratar individual y aisladamente, por el contrario, es propicio considerarlos dentro del marco socioeconómico, atendiendo a los modos de producción, modelos de Estado y acciones llevadas a cabo en materia de políticas públicas sanitarias. Pese a ello, el campo de la salud no siempre ha sido temática de abordaje e intervención del Estado argentino, se destaca que el sistema sanitario y la concepción misma de salud, no siguen un curso histórico lineal, sino que se modifican, avanzan, retroceden e impactan así a quienes hacen uso de los servicios públicos en salud. De esta manera, es posible distinguir transiciones del Estado Liberal al Estado Social, en alternancia continua.

Tal es así que, Fidalgo (2008) establece períodos dentro de la historia de la sanidad en Argentina, los cuales se corresponden con determinada base doctrinaria imperante en materia de políticas sociales y rol del Estado. Se lee en su escrito la existencia del Estado social y las políticas progresistas, generadoras de derechos y ampliación de posibilidades de acceso al sistema sanitario, con centralidad de la presencia estatal en el sector de la salud. Dentro de este, se distingue el período que ubica desde el año 1946 al 1955, momento en que el Dr. Ramón Carrillo asume como Secretario de Salud de la Nación. Comienza allí con la organización e instalación de la estructura sanitaria en nuestro país, a partir de la creación de hospitales y diferentes instituciones destinadas a la salud. La vida empieza a valorizarse a partir de la legitimación del Estado con el aseguramiento de garantizar la atención de las necesidades de salud de toda la población. Simultáneamente, a partir de las reivindicaciones de los trabajadores, se origina el sistema de obras sociales como derecho.

Además, dentro de la historia sanitaria Argentina, se destaca la formalización del derecho a la salud. De acuerdo con Fidalgo (2008), hasta 1994 este derecho es establecido en la Constitución Nacional con la figura del trabajador. A partir de la reforma constitucional de 1994 y de la incorporación de tratados internacionales, el derecho se encuentra contemplado en forma explícita, sin vinculación a la condición de trabajador. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala, en el artículo 12°, el derecho a la salud como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Con el fin de asegurar su efectividad, se establece la obligación del Estado Argentino de adoptar medidas concernientes a la prevención, tratamiento de enfermedades y lucha contra ellas, la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

A diferencia de las políticas gubernamentales sociales y progresistas, se sitúan, en *Consideraciones conceptuales acerca del 'Bien Salud' y conformación del sistema de salud* (2008), los modelos liberales y neoliberales, propiciadores de: globalización, libre mercado, privatización y, consecuentemente privatización, mercantilización de la salud y vulneración de derechos. En razón de ello, el Estado se limita a subsidiar instituciones privadas, en convergencia con la detención del crecimiento del sector público de la salud y la desjerarquización de las instituciones públicas. Prima la ausencia del Estado en materia de políticas sanitarias y el ejercicio liberal de la medicina, siendo destinada a aquellas personas con posibilidad de costear sus gastos. En este marco rige el modelo positivista, que coexiste con la concepción de la salud como ausencia de enfermedad y, esta última, como un cuerpo disfuncional, un cuerpo a arreglar a partir de intervenciones médicas.

Luego, a nivel mundial, las Naciones Unidas crean en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con ello adviene un nuevo concepto de la salud. En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2014), celebrada y firmada en 1946, y con vigor desde 1948, se establece que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (p. 1)

Esta nueva conceptualización, tal como expresa Ferrara (1985), al incluir los aspectos mentales y sociales, implica un cambio a partir de la ampliación del marco interpretativo, más allá de lo físico o biológico. Pese a ello, el autor sostiene la necesidad de una conceptualización que abarque el sentido dinámico de la salud-enfermedad, considerándola como un proceso incesante a partir de sus caracteres históricos y sociales. En semejanza, Navarro (1998) hace notar que tal definición implica un consenso universal sobre lo que significan los conceptos de salud, enfermedad, bienestar y

población, aplicándose de igual forma a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos.

En la actualidad, la definición de la salud brindada por la OMS es ahistórica, apolítica y estanca respecto a las fluctuaciones ocurridas en el devenir histórico y sus consecuentes mutaciones: de las formas de cuidado, de los modos de vivir y relacionarse, así como de los padecimientos y de sus formas de expresión, -considerando que todo ello no es dado en el vacío, sin el otro, sin los otros, sin la comunidad e insertos en un contexto socio-político-.

Frente a la definición de la salud emitida por la OMS, Stolkiner y Ardila Gómez (2008) plantean que, se piensa hoy el concepto de salud como un proceso de salud-enfermedad-cuidado, condicionada por lo económico, social y cultural. La salud como proceso nace en América Latina a partir de los desarrollos de la Medicina Social, entre la década del '50 y del '60. Se deja de pensar en la salud y en la enfermedad como estados antagónicos y se pone en el centro de la conceptualización al proceso de producción-reproducción social y a los diversos modos de respuesta social a la enfermedad. Al comienzo, se utiliza el término "proceso de salud-enfermedad-atención" y, posteriormente, se reemplaza por "salud-enfermedad-cuidado", acentuando que el "cuidado" posee una connotación más amplia e integral que la "atención", ya que implica relaciones horizontales, simétricas y participativas, esto permite reconocer que gran parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los sujetos y las sociedades.

Se discierne entonces que, con el devenir histórico, las acciones del Estado se modifican dependiendo de los modelos de país establecidos, de la agenda y decisiones políticas, de las diferentes ideologías y modos de producción. Todo ello impacta en la producción de subjetividad la cual, siguiendo a Zattara (2022) quien toma a Bleichmar (2005), implica los modos sociales históricos de conformación de sujetos, tratándose de significaciones que trascienden lo singular y abarcan procesos sociales históricos que conllevan relaciones políticas y de poder.

Ante lo expuesto, se hacen presentes los interrogantes de ¿quiénes son considerados como sujetos de derecho y amparados por el Estado en lo que respecta al derecho a la salud?, ¿qué valor se le da a la vida? y, por lo tanto, ¿qué sujeto se constituye? Un primer acercamiento a las respuestas de los mismos se puede situar en la genealogía foucaultiana, expuesta en *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Allí se expresa la existencia de una complejidad inscrita en los devenires, donde ocurren numerosas interacciones entre los múltiples agentes y sectores, y el cuerpo se sitúa como la superficie en el cual se inscribe la pluralidad y proliferación de acontecimientos. En la misma línea, Sousa Campos (2001) manifiesta que "(...) nos empeñamos mucho en el cambio del aparato legal y de la estructura político-administrativa y nos olvidamos de las personas concretas que son quienes realizarán y usufructuarán esta máquina que creamos." (p. 5)

En consecuencia, se entiende que, toda política gubernamental impacta sobre la población y sobre la producción subjetiva, teniendo en cuenta que las medidas adoptadas por el Estado en pos del cuidado, de la prevención y del tratamiento de enfermedades implica una garantía de derechos. En tanto la falta de protección e ineficiencia de las obligaciones del gobierno corresponde a una vulneración de derechos y, por ende, vulnera también las condiciones de producción subjetiva. Todo esto, al mismo tiempo, repercute sobre las prácticas profesionales y los abordajes terapéuticos en salud mental tendientes a adoptar un enfoque de derechos y una posición ética frente a las problemáticas subjetivas.

3.1.2 Políticas públicas en salud

Las políticas públicas son definidas por Ballerini, Figueras y Del Carlo (2019) como un curso de acción o inacción que el Estado toma como respuesta a determinadas problemáticas sociales, respondiendo a las orientaciones ideológicas del Estado. En el seno de las mismas, se encuentran las políticas sanitarias, en las que se incluyen las correspondientes a salud mental.

Las políticas públicas en materia de salud mental, según el Anexo I de la reglamentación de la Ley N° 26657 (2010), toman como perspectiva a la salud integral y tienen como objetivo favorecer que las personas tengan acceso a la atención, garantizando todos los derechos establecidos en ella, con el eje puesto en la persona, en su singularidad, más allá de su padecimiento. Hablar de dicho objetivo de las políticas públicas en salud mental requiere situar un cambio de paradigma respecto a los modelos de intervenciones en este campo.

Las intervenciones en salud mental responden históricamente al paradigma del modelo manicomial, correspondiente al modelo médico-hegemónico. Empero, a partir de debates, revisiones de las prácticas, luchas y reivindicaciones, surge un cambio hacia el paradigma regido por el modelo de salud comunitaria, el cual toma fuerza con la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010.

A este respecto, Carpintero (2007) sostiene que, el término “locura”, refiere a un padecimiento psíquico que es emergente de diversas patologías. Sus significaciones fueron cambiando a lo largo de la historia de nuestro país, ocupando un lugar en la cultura de estigmatizaciones y prejuicios de cada época, donde el poder dominante de cada período genera una cultura de la locura, a partir de la cual se desarrollan las prácticas de tratamiento.

Con el mismo sentido, Vezzetti (1980) relata que la cuestión de la locura constituye un núcleo alrededor del cual nacen instituciones y se entretajan discursos, entre ellos: filosóficos, científicos, jurídicos y morales. En Argentina, en el último tercio del siglo XIX, con la creación de los primeros hospicios, nace el dispositivo destinado al control y tratamiento de la locura. También adviene una práctica clínica y un conjunto de conocimientos específicos que se desarrollan en el marco de las instituciones médicas y jurídicas organizadas para el estudio y el control de la locura, en atención a los requerimientos del orden político.

A partir de dicho estudio y control de la locura, se define un espacio material y simbólico para alojarla y tutelar a quienes no podían ejercer la libertad por estar alienados. Se promulgan leyes restrictivas (como la Ley de Patronato de Menores, las de defensa social o la ley de residencia), con el objetivo de aislar, reprimir o encerrar lo que no se adecuaba a lo "normal". Con ello, la privación de los derechos es encubierta por el supuesto de cuidado o de curación y se instaura una relación de tutela, que se basa en la política asistencialista, según la cual niños, locos y mujeres, no son sujetos de derecho. En este marco, la medicina ejerce un papel de ordenador en nombre del bien de los sujetos y del desarrollo de la sociedad (Stolkiner y Solitario, 2007).

En consonancia con esta lógica, se sitúa el modelo tradicional de terapéutica de salud mental. Cohen y Natella (1995), refieren que, este modelo trabaja desde un enfoque asistencialista en el que las problemáticas son abordadas individualmente, atendidas en un ámbito cerrado, con internaciones en lugares especializados, llevando a

la psiquiatrización o psicologización de la práctica y de la problemática. Esto conlleva a la noción de peligrosidad en torno al paciente, quien es relegado a un papel pasivo.

Este modelo responde al paradigma positivista, dominante en el campo científico de la salud. Dentro del mismo, se ubica a la ciencia como garante de la racionalidad del orden social, productora de conocimiento objetivo y verdadero, externo a los intereses y ópticas de los sujetos sociales. A principios del siglo XX esto comienza a ser cuestionado por el Higienismo Mental pero, aunque se critica las condiciones del modelo asilar, no se logran modificar los principios de privación de derechos o el modelo de la institucionalización. No obstante, se dan los primeros pasos para repensar las prácticas tradicionalmente circunscriptas al asilo. Recién en la segunda mitad del siglo XX es donde se inician los procesos de reforma psiquiátrica en el marco del nacimiento de las políticas en salud mental. Dichas políticas promueven la desaparición de la internación prolongada, impulsando abordajes centrados en la comunidad, con el fin de evitar los efectos iatrogénicos del confinamiento y atender la enfermedad en el contexto social de la persona con el correspondiente resguardo de sus derechos (Stolkiner y Solitario, 2007).

Se resalta, siguiendo a Gerlero y Augsburger (2012), que la política pública se constituye a partir de la mediación social entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad. En Argentina, esto resulta visible en propuestas que alientan la sustitución del sistema manicomial por el abordaje comunitario, dentro de las mismas se destacan las provincias de Río Negro -primera en protagonizar una reforma profunda y duradera en salud mental-, Buenos Aires, Entre Ríos, Santa Fe y San Juan. Se trata de iniciativas valiosas en sí mismas, que cumplimentan los objetivos propuestos, pero son dependientes del grupo o el líder que las promueve, inexistiendo la continuidad necesaria para modificar el eje tradicional de la atención y, menos aún, alterar la lógica que preside los procesos de vida dentro de la institución total (Galende, 2008).

Así comienza a gestarse el modelo de salud mental comunitaria, que Cohen y Natella (1995) caracterizan como un enfoque promocional, comunitario y de trabajo en equipo que impulsa la horizontalización de los vínculos. A partir de esta modalidad se realizan abordajes socio-familiares en torno a las problemáticas del paciente, se potencian las habilidades y capacidades, se valoran los aspectos sanos y la persona cumple un rol activo en las intervenciones. Además, se trabaja sobre los derechos y necesidades de las personas y las comunidades.

Los ejes de trabajo del modelo de salud comunitaria y de los programas iniciales, en continuidad con los autores, son: descentralización, desmanicomialización, trabajo comunitario e interdisciplinario. Con ello, se tiene la finalidad de descentralizar la responsabilidad sanitaria ya que cada uno, desde su lugar, su saber y su compromiso puede contribuir a la tarea terapéutica, reconociendo la capacidad de cada uno de los agentes.

Entonces, con la modificación de modelos de intervención, surge un cambio de paradigma: desde el positivista, en el cual se piensa al "loco" como incapaz y su consiguiente tutela en lo que respecta a su salud, hacia el paradigma basado en un enfoque de derechos y orientado a la inclusión social de las personas con padecimiento mental, partiendo de la presunción de capacidad de todos. Esto puede visualizarse en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 que establece, en su artículo 3°, a la salud

mental como un proceso en el que inciden diferentes componentes: históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

También, en el artículo 1° de la Ley puede rastrearse la concepción de la salud mental atravesada por los derechos, lo cual se plasma en su objeto: la protección de la salud mental y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental. Y, en lo que respecta a la sustitución del paradigma manicomial, en su artículo 27°, se plantea la no construcción de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, hasta la sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.

Pese a las iniciativas llevadas a cabo para la reforma del sistema manicomial, la promulgación de leyes provinciales y nacional respecto a la salud mental, la tensión y la lucha continúa vigente, puesto que el discurso político está siempre presente en los programas de salud mental, donde los cursos de acción -o inacción- del Estado atraviesan todos los acontecimientos, sea apoyando las luchas y progresos ganados, incentivándolos o llevando hacia un retroceso a modos caducos de intervención.

No se puede pasar por alto que el escenario socio-político actual en Argentina es el de un Estado neoliberal en el que la brecha de acceso a la salud y óptimas condiciones de vida se profundizan cada vez más. El discurso rector es el de la mercantilización de la vida, de la propiedad privada y no el discurso del derecho generador de condiciones para que sea accesible a toda la población. En el campo de la Salud Mental esto se visibiliza en la medicalización de la vida cotidiana, el uso del saber científico para la expansión del mercado, de las empresas psicofarmacológicas y el consecuente acallamiento de la sintomatología y del sufrimiento psíquico.

Consecuentemente, el sujeto al que se dirigen las políticas públicas nuevamente es aquel con libertad y posibilidad, que puede elegir dónde y cómo costear sus gastos, no sólo en materia de salud sino en todo aquello a lo que se encuentra emparentada, tales como acceso a la vivienda, al trabajo, a la alimentación adecuada, entre otras.

3.2 Atención Primaria de la Salud

En el informe sobre la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, llevado a cabo por el Director General de la Organización Mundial de la Salud y el Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978), se sostiene que, la APS

(...) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (p. 3-4)

Se agrega que la misma es parte integrante del sistema nacional de salud, conjuntamente con el desarrollo social y económico global de la comunidad, y representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con dicho sistema. La APS se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad, a partir de brindar los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolverlos. A su vez, en *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas* (2008) se define que un sistema de salud basado en APS es "(...) un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema." (p. 8)

Con el fin de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, dicha Conferencia se reúne en Alma-Ata en 1978. Allí, se considera la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, del personal de salud y desarrollo y de la comunidad mundial. Se advierte que la gran desigualdad en el estado de salud de la población es política, social y económicamente inaceptable. Ello conduce a la preocupación común de todos los países y a la consideración de que la promoción y protección de la salud del pueblo son indispensables para un desarrollo económico y social sostenido, lo cual, a su vez, contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

Se establece que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en la planificación y atención de la salud. Mientras que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos a partir de la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Por tanto, se pauta como objetivo que, en el año 2000, todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, siendo la APS la clave para alcanzar dicha meta. (OMS, 1978)

Resulta evidente que, en lo que respecta al territorio nacional argentino, dicho objetivo no ha llegado a su concreción, aumentando cada vez más la dificultad de acceso a la atención pública y digna. También es notoria la ausencia del Estado en sus obligaciones del cuidado de la salud del pueblo, el tratamiento y la prevención de enfermedades. Esto lleva a la reproducción de desigualdades, exclusiones y desamparos.

Frente a esto, atañe respetar y favorecer la accesibilidad, que es uno de los principios de APS. Conforme a lo postulado por Zattara (2022), la accesibilidad refiere a la capacidad de los servicios de salud para alojar las problemáticas sanitarias y al vínculo del equipo de profesionales con la población en el respeto por el derecho a la salud, tomando como modelo la integralidad de las prácticas que implican la inclusión de la salud mental en la salud general.

Sin embargo, ante la accesibilidad pretendida, se presentan barreras, nombradas por Stolkiner et al. (2006), en las que se incluyen:

- Barreras geográficas: es la imposibilidad de acercar los servicios a la población.
- Barreras económicas: aluden a la imposibilidad de acceso por falta de dinero, ya sea para transportarse hasta los centros de atención o para comprar medicamentos, por ejemplo.
- Barreras administrativas: son aquellas impuestas por la organización misma de los servicios, como por ejemplo horarios de atención o turnos.
- Barreras culturales: refiere a las diferencias culturales entre el personal de los servicios y la población.

Las autoras plantean que los sujetos también son constructores de accesibilidad, ya que se posicionan activamente en el proceso de salud-enfermedad-cuidado.

En lo que respecta al campo de la salud mental y su atención en el marco de la APS, se destaca el *Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria* (2013), presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el que se sostiene que

La atención de las personas con trastornos mentales es compatible con los recursos y el funcionamiento del nivel primario de atención, por lo que los centros de APS pueden considerarse espacios privilegiados para el reconocimiento de los trastornos mentales, su evaluación y tratamiento, así como para la interconsulta con especialistas, la derivación adecuada y el seguimiento. (p. viii)

De este modo, la APS no sólo se establece como la puerta de entrada al sistema sanitario, sino que representa una estrategia transversal, que atraviesa todos los campos y niveles de atención. Se la puede pensar como un posicionamiento tomado por los profesionales frente a la complejidad que las situaciones en salud mental presentan y requieren.

En consecuencia, se piensa la posibilidad de la descentralización hospitalaria en pos de prácticas comunitarias. La apuesta es tender puentes que permitan reducir las barreras que limitan el derecho a una atención integral de la salud, donde los profesionales de la salud se direccionen como agentes de accesibilidad, posibilitadores de construcción de lazos y de invención de dispositivos comunitarios y participativos, con estrategias de prevención y promoción integral que alojen las problemáticas concernientes en el primer nivel de atención. El eje central es el posicionamiento activo de los sujetos en sus propios procesos de salud-enfermedad-cuidado.

3.3 Interdisciplina e intersectorialidad

En el marco de la APS y su correspondiente informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978) se ubica la inclusión de acciones intersectoriales en los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver los problemas de salud de la comunidad. En dichas acciones, además del sector sanitario, son partícipes todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario a partir de esfuerzos coordinados de los mismos.

En consonancia, la OMS (2008) establece principios sobre los que se fundamentan los sistemas de salud basados en la APS, los cuales proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, incluida la operación del sistema de salud. Dentro de estos principios se incorpora la intersectorialidad, la cual implica que el sector de la salud debe trabajar con diferentes sectores y actores, con el objetivo de que las políticas públicas se alineen para maximizar su potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. Atañe a la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y el privado, dentro y fuera de los servicios de salud. Se incluyen entre estos sectores: empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social, planificación urbana, entre otros.

En el documento de FLASCO (2015), desde Zattara (2022), se lee la definición de intersectorialidad como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, las cuales realizan acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. En este documento se distinguen los grados o niveles de relación del sector salud con otros sectores gubernamentales, considerando los niveles de información, cooperación, coordinación e integración.

Con la misma lógica, la OMS (2008) introduce la interdisciplina, en vista de que, para atender las necesidades de salud de la comunidad, se requiere de la conformación de equipos sanitarios compuestos por médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad. Además, se tiene en cuenta que "La interdisciplina se

articula en las prácticas con la intersectorialidad, requiere de ella y es solidaria con la mirada contextual y descentrada de la enfermedad como totalidad." (Zattara, 2022, p. 5)

En este punto, resulta clave la distinción que realiza Follari (2013) entre interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina: la primera de ellas supone las disciplinas sin eliminarlas, justamente se trata de un "inter", donde se mezclan los elementos de diversas de ellas, estableciéndose una combinación respetuosa de la singularidad de aquello que se combina, a partir de lo cual surge la promoción de un conocimiento nuevo. La multidisciplina refiere a los aportes realizados por diferentes disciplinas científicas a una temática en común, sin que los contenidos de las mismas sean mezclados. En tanto la transdisciplina implica el aporte de una rama a otra a partir de exportar elementos propios, los cuales, al ser retomados por otros campos tienen que ser releídos en cuanto a la especificidad de su objeto propio.

En lo que hace a la especificidad de la atención de la salud mental, Galende (1990) expone que, la misma debe implementarse a través de diferentes actividades fundadas en el saber de distintas disciplinas, con el objetivo común de fomentar, promover, conservar, restablecer y rehabilitar la salud mental de la población. Consiguientemente, el campo de la salud mental debe definirse como una producción interdisciplinaria -ya que ningún saber disciplinar puede responder por sí solo a su amplitud- e intersectorial -porque, los objetivos pautados, deben ser abordados a partir de acciones conjuntas de los distintos sectores propiciadores del bienestar social de la población-.

En el marco de la legislación nacional, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010), en su artículo 8°, promueve la atención en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario, integrado por: profesionales, técnicos y trabajadores capacitados con su debida acreditación. En este equipo se incluyen las áreas de: psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y diferentes disciplinas o campos pertinentes. La propuesta continúa en la Ley con la inclusión del abordaje intersectorial, en su artículo 9°, enfatizando que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, en el marco de un enfoque interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la APS y orientado al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Frente a los documentos, leyes y bibliografía existente en materia de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, ¿existe una aplicación concreta de los mismos?, ¿qué hacemos como profesionales de la salud para que el conocimiento y los avances legislativos no sean simples documentos estancos?

En este punto, como profesionales, incumbe posibilitar la apertura hacia el intercambio de información, de saber-hacer y hacia el conocimiento conjunto al cual se puede arribar entre el sujeto de la atención, la comunidad y el equipo conformado por diferentes profesionales.

Entonces, para transitar finalmente al abordaje de la salud, de la enfermedad y del cuidado, encuadrado en el marco de una lógica interdisciplinaria e intersectorial, se hace indispensable la comprensión de que la salud mental no es abordable desde un sólo campo disciplinar específico, ni sus padecimientos pueden ser explicados a partir de una sola causa o de manera aislada en la individualidad. Por el contrario, es la adopción de

lazos horizontales -tanto con los profesionales del equipo como con el sujeto de la atención y la comunidad- la cual posibilita comprender, dar respuestas y construir proyectos terapéuticos integrales y enfoques humanizantes en los acompañamientos de los procesos salud-enfermedad-cuidado, con consideración de lo biológico, lo subjetivo y lo social de cada caso.

3.4 Lugar del psicoanalista en el equipo interdisciplinario en el marco de la APS

En 1927, Freud, al escribir *El porvenir de una ilusión* y, en 1930, *El malestar en la cultura*, realiza una lectura de la sociedad. Se expone, en *El porvenir de una ilusión* (1976), que la cultura humana abarca todo el saber y el poder hacer que los hombres adquirieron para gobernar las fuerzas de la naturaleza y arrancarle bienes que satisfagan sus necesidades, además, comprende todas las normas necesarias para regular los vínculos recíprocos entre los hombres y la distribución de bienes. Los hombres son virtualmente enemigos de la cultura, en todos ellos están presentes unas tendencias destructivas, antisociales y anticulturales. Al comienzo se cree que lo esencial en la cultura humana es el sojuzgamiento de la naturaleza para obtener medios de vida y corre peligro ante la amenaza de la adecuada distribución de ellos. Luego, el centro de gravedad se traslada de lo material a lo anímico, por lo que, lo decisivo es lograr aliviar la carga que el sacrificio de lo pulsional impone a los hombres, reconciliarlos y resarcirlos.

En *El malestar en la cultura* (1976) Freud indaga acerca de la infelicidad del hombre que vive en sociedad y relata la existencia de tres fuentes de sufrimiento: el poder de la naturaleza, la caducidad del propio cuerpo y los vínculos con otros seres humanos. Se establece un acercamiento del malestar en la cultura relacionado con la felicidad, la posibilidad o imposibilidad de la satisfacción plena y la sofocación pulsional, dado que para vivir en sociedad es necesario renunciar a nuestras pulsiones a partir de las prohibiciones establecidas: incesto, parricidio, canibalismo y gusto de matar.

No obstante, conforme avanza el tiempo, se imponen nuevos modos de vida, nuevos modos de producción y de sociedades, con lo cual el sujeto y su constitución, la cultura, los malestares psíquicos y sus formas de expresión van cambiando. Por tal motivo, Galende (2008) afirma que, la sociedad actual ya no se encuentra configurada y jerarquizada por las clases sociales, lo cual genera que los problemas de la salud mental se expresen de nuevas formas. Expresa que el problema en sí no son los síntomas sino la situación en que vive la población, la ubicación de los sujetos en la sociedad, las vicisitudes de su existencia debido a que, en la actualidad, surgen problemáticas complejas. Dentro de ellas se incluye: el desempleo, la exclusión, la marginalidad, las problemáticas familiares, entre otras.

Para atender a estas problemáticas complejas, el autor de referencia propone impulsar una política amplia de salud mental, en las que se atiende el malestar en todos los aspectos del sujeto y su experiencia de vida. Se trata de intervenciones integrales que comprenden la producción cultural en todas sus dimensiones, ya que en ellas se constituyen las subjetividades, o sea, sus modos de sentir y construir los significados y valores de su vida. Esta política amplia de salud mental permitiría elaborar estrategias

adecuadas para intervenir racionalmente en el cuidado de las personas vulnerables a los procesos de subjetivación.

El enfoque metodológico de la interdisciplina y la intersectorialidad es pertinente para responder a la complejidad, donde la inserción de los sectores integrados, las herramientas conceptuales de cada disciplina y el aporte de los agentes y actores involucrados coadyuven en la ampliación de abordajes. Por ende, se piensa el trabajo interdisciplinario e intersectorial de salud mental atravesado por la estrategia de la APS como eje central de atención, incluyendo los aportes del psicoanálisis y del psicoanalista dentro de los equipos interdisciplinarios en el campo de la salud.

En este punto cabe interrogar, en primera instancia, ¿puede el psicoanalista sostener su práctica adoptando como estrategia de trabajo la APS? Esta pregunta es posible de responder afirmativamente al tener en cuenta lo postulado por Freud, en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* (1918), respecto a que el psicoanálisis no se presenta como un saber, un poder o un hacer consumados de una vez y para siempre, sino que este puede modificar los procedimientos y sustituirlos por algo mejor. Añade que, ante los cambios de modalidades de atención, como psicoanalistas, surge la tarea de adecuar la técnica a las nuevas condiciones (por ejemplo: la terapia con grandes masas de hombres, la creación de lugares de consulta en los que se lleve a cabo la tarea psicoanalítica de manera gratuita -circunstancias aún no acontecidas en esa época-). Y, en consonancia, Lacan sostiene en sus Escritos I, “Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época.” (2009, p. 308)

En segunda instancia, los interrogantes que se suscitan son: ¿qué lugar ocupa el psicoanalista en el equipo interdisciplinario? y ¿de qué modo lo lleva a cabo sin perder su especificidad? Se resalta, teniendo en cuenta a Zattara (2022), que la inclusión del psicoanálisis en intervenciones signadas por la estrategia de la APS y, específicamente, por el abordaje interdisciplinario e intersectorial en el campo de la salud, implica una transformación de la praxis en relación a otros saberes, sin pérdida de la especificidad del método que define la mirada y la escucha psicoanalítica. En la misma línea, Vainer (2008) plantea que el psicoanálisis no es un encuadre y una técnica, sino la posibilidad de construir diferentes dispositivos psicoanalíticos pertinentes a cada situación.

La función del psicoanalista en el equipo interdisciplinario, dentro las prácticas integrales de salud, no es ocuparse de los problemas o patologías mentales, sino de la dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad-cuidado, donde la figura central se erige en torno al sujeto hacia quien se dirigen las prácticas (Stolkiner, 2005).

Existen herramientas conceptuales y metodológicas psicoanalíticas, pero ¿qué hacemos con ellas?, ¿cómo las adecuamos a las problemáticas emergentes de cada época socio-histórica? En este sentido, Ulloa (2012) considera que, por más títulos que validen la profesión, ser psicoanalista es un rumor, lo adecuado es que se logre estar psicoanalista en una determinada y singular situación, ajustado pertinentemente a la demanda. Por consiguiente, piensa el quehacer psicoanalítico en términos de oficio más que de profesión, el cual se va instituyendo sobre la marcha. Esto no implica improvisar sobre lo que ya está hecho, sino que, preservando la singularidad de los sujetos, se trata de dar lugar a la creatividad que oficia la práctica.

Por ende, el psicoanalista realiza abordajes que implican poner en primer plano la singularidad de cada caso, situándose de un modo particular ante la transferencia y la interpretación, sin desconocer que el tratamiento y acompañamiento frente a las problemáticas complejas se encuentra guiado por la palabra y la posibilidad de surgimiento del deseo. Con la palabra el sujeto habla, asocia libremente expresando toda idea, imagen, pensamiento, emoción, recuerdo, ignorando las censuras, pudiendo dar lugar a la emergencia del inconsciente. En tanto que, con la escucha, el analista puede dar cuenta de la hiancia, del punto de coartación de la subjetividad y, desde allí, con su equipamiento conceptual y metodológico, brindar las herramientas que le permitan al sujeto la oportunidad de vislumbrar un horizonte de posibilidades frente a los arrasamientos subjetivos, a los malestares concernientes a la actualidad.

Además, desde la lógica interdisciplinaria e intersectorial, se crean múltiples y complejos lazos con los otros -sujetos de la atención, comunidad y equipo de profesionales que acompañan los cuidados y tratamientos-. Así, la transferencia ya no sólo es paciente-analista, sino que se multiplica entre todos los agentes participantes. Consecuentemente, se puede pensar que el psicoanalista enriquece el trabajo interdisciplinar a partir del análisis y la reflexión de los aspectos transferenciales y contratransferenciales, posibilita una comprensión conjunta con los diferentes profesionales y arriba con ello a una contención y re-trabajo del y con el equipo.

De manera que, ante la escucha de los avatares de la vida, se apuesta a hacer surgir la imaginación, la flexibilidad, y permitir la invención de nuevas estrategias. Así, el analista no se presenta como quien tiene y ejerce el poder y el saber-hacer, sino que, las oportunidades de revertir la situación en la que el sujeto y la comunidad se encuentran, son creadas en equipo, con atención a cada demanda, a cada necesidad, a cada grupo poblacional y en diferentes campos correspondientes a las problemáticas complejas actuales. Para ello, el núcleo es la práctica territorial, *in situ* -lejos de los estancamientos bibliográficos-, actuando allí donde el sujeto está en emergencia y operando éticamente sobre la salud mental y los derechos humanos.

Este posicionamiento es posible de sostenerse a partir de que el psicoanalista se encuentre aggiornado a la subjetividad de la época, que permita una escucha, una mirada y una interpretación de las nuevas realidades, las cuales se ven enriquecidas por el accionar conjunto del equipo interdisciplinario, así como también por la apertura hacia una comprensión amplia y abarcativa de las situaciones y problemáticas complejas.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La apreciación de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales en el marco de la APS como estrategia y el lugar que ocupa el psicoanalista en los mismos conforma la centralidad del presente escrito, para arribar a su investigación se ha planteado como punto de partida los interrogantes iniciales de: ¿cuál es el lugar que ocupa el psicoanalista en la APS?, ¿cómo se sostiene la práctica psicoanalítica dentro de los marcos de la interdisciplina y la intersectorialidad? y, esta, ¿es posible sin pérdida de la especificidad de la práctica analítica?

Frente a ello es posible dar cuenta de que fue el propio padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, quien ha dejado el campo abierto a nuevas posibilidades de tratamiento

al considerar que el psicoanálisis no comprende un saber, un poder o un hacer completo y acabado, sino que se trata de un campo pasible de modificaciones, innovaciones y adecuaciones en lo que respecta a las modalidades de atención relativo a los cambios que requiera cada época histórica. Así como Lacan, autor de suma relevancia dentro del psicoanálisis, en quien se puede leer la invitación a la actualización del psicoanalista a las circunstancias de la época y sus modos de constitución subjetiva.

Pese a que se puede considerar a dichas figuras como puntapié inicial para pensar nuevas perspectivas, han sido autores contemporáneos quienes han admitido la innovación y apertura del campo psicoanalítico. Autores como Galende, Ulloa, Vainer, Stolkiner y Zattara, permitieron dar cuenta de la posibilidad y necesidad de adecuación del trabajo psicoanalítico frente a la elaboración de estrategias terapéuticas para el abordaje de las problemáticas complejas que presenta la sociedad actual.

Para arribar a esta especificidad del psicoanalista se ha establecido como objetivo, a su vez, reflexionar críticamente acerca del papel del Estado como garante del acceso a la salud -entendiéndose de manera integral-, y las políticas públicas que acompañan cada época histórica, ya que se parte de considerar que el derecho a la salud, a su cuidado, prevención y tratamiento es cambiante conforme al papel que tome el Estado: de garante o de coartador frente al mismo y frente a las leyes, convirtiéndose así en un componente necesario y posibilitador de prácticas terapéuticas.

En el escenario actual argentino nos encontramos con un corrimiento del Estado en materia de derechos y restricción de políticas públicas destinadas a la población y a su calidad de vida, lo que conlleva a la imposibilidad de acceso universal a la salud, a los alimentos, a la vivienda y al trabajo digno -por sólo nombrar algunos de ellos-. Así, la brecha de acceso a la salud y óptimas condiciones de vida se profundizan cada vez más, acompañado de la mercantilización de la vida, de la propiedad privada, de la medicalización de la vida cotidiana y de la expansión de las empresas psicofarmacológicas.

Además, se hace evidente el colapso de demanda en el sistema público de salud y la convergente dificultad para dar respuestas a la población ante los recortes de presupuestos destinados al sistema público de salud, quedando los usuarios y profesionales en un estado de mayor vulneración de derechos. Todo lo cual impacta y presenta cambios en las condiciones de producción de subjetividad y de lazos sociales.

Con estos desarrollos queda establecida la necesidad de considerar la creación de proyectos futuros frente a las realidades y problemáticas complejas, es decir, crear y sostener acompañamientos interdisciplinarios e intersectoriales en salud mental tendientes a adoptar un enfoque de derechos y una posición ética frente a las problemáticas subjetivas. Esto no significa abordar ni resolver todas las problemáticas del sujeto, sino integrar los malestares y los ámbitos de surgimiento de coartación subjetiva, en pos de la salud integral.

Los psicoanalistas no deben perder la idiosincrasia, teniendo como eje la singularidad, la mirada y la escucha psicoanalítica. Y, a partir de ello, construir puentes, crear dispositivos donde los sujetos sean protagonistas de su salud-enfermedad-cuidado, tejer lazos con la comunidad que permitan alojar las problemáticas complejas en el primer nivel de atención.

Resulta pertinente concluir señalando que el lugar del psicoanalista en dispositivos interdisciplinarios e intersectoriales en el marco de la APS como estrategia, conlleva desafíos como: repensar la práctica más allá de la ortodoxia, adquirir nuevas y diferentes de estrategias terapéuticas, posicionamientos y formaciones particulares.

Pese a dichos desafíos, sostener y posibilitar prácticas interdisciplinarias e intersectoriales, posicionadas y atravesadas por la estrategia de la APS es de suma relevancia para un psicoanalista aggiornato a la actualidad. Además, permite pensar beneficios para el equipo de trabajo, ya que, a partir de la inclusión del analista en el equipo interdisciplinario, se posibilita la escucha transferencial y contención del equipo. Siendo fructífero también para la comunidad, debido a que se permite la aplicación de la visión respecto al abordaje de lo humano como totalidad, incorporando una mirada abarcativa respecto de lo físico, lo psíquico y el contexto de existencia de vida a partir de la consideración de la complejidad de los padecimientos.

El presente nos trae contextos perpetuamente cambiantes por lo que aún queda mucho por lo cual seguir luchando, pensando y repensando, diciendo y escuchando. Aun así, hasta acá, este escrito es propicio para la transmisión de un saber-hacer del psicoanálisis con actualización a los contextos de vida de cada época y la toma de posición ética y humanizante frente a la singularidad de cada sujeto, así como para la posibilidad de apertura hacia nuevos abordajes terapéuticos.

Referencias bibliográficas

- Barraco, Á., Carpintero, E., Kaz, G. y Vainer, A. (2007). *Desmanicomializar Pasado y Presente de los manicomios*. Revista Topia. <https://www.topia.com.ar/articulos/desmanicomializar-pasado-y-presente-de-los-manicomios>
- Cohen, H. y Natella, G. (1995). *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Lugar.
- Comes, Y., Czerniecki, S., Garbus P., Mauro, M., Solitario, R., Sotelo, R., Stolkiner, A. y Vázquez, A. (2006). *El concepto de Accesibilidad: La Perspectiva Relacional Entre Población y Servicios*. Facultad de Psicología UBA.
- Comisión Nacional Interministerial en Políticas Públicas de Salud Mental y Adicciones. (2014). *Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas. Reglamentación del artículo 33° Ley Nacional N° 26657. Anexo III*.
- Ferrara, F. (1985). Conceptualización del campo de la Salud. En *Teoría Social y Salud*. Catálogos.
- Fidalgo, M. M. (2008). Consideraciones conceptuales acerca del 'Bien Salud' y conformación del sistema de salud. En *Adiós al derecho a la Salud*. Espacio.
- Follari, R. (2013). Acerca de la interdisciplina: posibilidades y límites. *Revista Interdisciplina*, I(1), 111-130.
- Foucault, M. *Nietzsche, la genealogía, la historia*. <https://movimiento.una.edu.ar/assets/files/file/artes-del-movimiento/2011/investigacion/am-2011-v-jornadas-mf-nietzsche.pdf>
- Freud, A. (1918). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas, tomo XVII*. Amorrortu.
- Freud, S. (1976). El malestar en la cultura. En *Obras Completas, tomo XXI*. Amorrortu.
- Freud, S. (1976). El porvenir de una ilusión. En *Obras Completas, tomo XXI*. Amorrortu.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Galende, E. (2008). La política de Salud Mental. En *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Lugar.
- Gerlero, S. y Augsburger, A. C. (2012). El análisis de las Políticas y Planes de Salud Mental. Comp. Gerlero, S. y Augsburger A. C. *La Salud Mental en Argentina: Avances, Tensiones y Desafíos*.

- Lacan, J. (2009). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I*. Siglo XXI.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública* (pp. 49-54). Mc Graw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *La Atención Primaria de Salud*. Cap I y Generalidades. Declaración de Alma-Ata. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Declaracion-Alma-Ata.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria*. Editores Jorge Rodríguez y Alberto Minolett. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://psicologosgcaba.org.ar/wp-content/uploads/Manual-salud-mental-trabajadores-atencion-primaria.pdf&ved=2ahUKEwi5m7H8oIGFAxVqrZUCHVFKDVcQFnoECCYQAQ&usg=AOvVaw1RysCw4vB-y07OziYU6qET>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos básicos: Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Poder Legislativo Nacional (2010). *Ley de salud Mental N° 26.657*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en Salud*. Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (2005, 7 y 8 de octubre). Interdisciplina y Salud Mental. *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy*. Argentina, Misiones. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2008). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva*. Vertex, Rev Arg de Psiq.
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En Maceira, D. Comp. *Atención Primaria en Salud*. Paidós.
- Ulloa, F. (2012). *Novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica*. Libros del Zorzal.
- Vainer, A. (2008). El psicoanalista en equipo. Un obstáculo contratransferencial. *Revista Topía*.

<https://www.topia.com.ar/articulos/el-psicoanalista-en-equipo-un-obst%C3%A1culo-contratransferencial>

Vezzetti, H. (1980). Penalidad y Moralización. Para una historia de la locura y la psicología en la Argentina. *Revista Argentina de Psicología*, 10, 49-73.

Zattara, C. (2022). *Fragmento del trabajo denominado "Aportes para repensar una clínica de la subjetividad en la estrategia de atención Primaria de Salud"*. Prácticas Profesionales Supervisadas "C"-Universidad Nacional de Rosario.