

Artículo de investigación

# Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud

Claudia Bang<sup>1</sup>Laura Inés Cafferata<sup>1</sup>Viviana Castaño Gómez<sup>2</sup>Ana Inés Infantino<sup>3</sup>**Correspondencia**

claudiabang@yahoo.com.ar

**Filiaciones institucionales**<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (Argentina)<sup>2</sup>Hospital General de Agudos Dr. J. M. Penna (CABA) (Argentina)<sup>3</sup>SEDRONAR (Argentina)**Resumen**

Este escrito surge del intercambio de un grupo de psicólogas e investigadoras acerca de sus prácticas de salud/salud mental en el primer nivel de atención. Dicho diálogo permitió identificar allí diversas tensiones que obstaculizan el desarrollo de estrategias integrales de salud mental. El objetivo de este trabajo es indagar en las tensiones identificadas, desarrollando y articulando algunos ejes explicativos, con el propósito de visibilizar y desnaturalizar ciertas lógicas de las prácticas institucionales en el quehacer cotidiano. Metodológicamente, el texto articula pequeños relatos de la propia experiencia con desarrollos conceptuales organizados en cinco apartados. Se caracteriza el atravesamiento del modelo biomédico de atención, la construcción histórica de la identidad profesional del psicólogo/a y las implicancias de la feminización de los cuidados en salud, entre otros. Se incluye un breve desarrollo proveniente del enfoque decolonial de la salud y se arriba a reflexiones finales, como aporte conceptual al abordaje de esta complejidad.

**Palabras clave**

atención primaria de la salud | salud mental comunitaria | abordajes integrales | modelo médico hegemónico | perspectiva de género

**Cómo citar**

Bang, C., Cafferata, L. I., Castaño Gómez, V. e Infantino, A. I. (2020). Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología*, 19(1), 48-70. doi: 10.24215/2422572XE041

**DOI**

10.24215/2422572XE041

**Recibido**

28 jul. 2019

**Aceptado**

11 nov. 2019

**Publicado**

14 feb. 2020

**Editor**

Nicolás Alessandrini | Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid (España)

**ISSN**

2422-572X

**Licencia**

© Copyright: Bang, C., et al. Este trabajo se distribuye bajo una licencia de Cultura Libre [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

**Entidad editora**

RevPsi es una publicación de la Facultad de Psicología (Universidad Nacional de La Plata, Argentina)

**ACCESO ABIERTO  
DIAMANTE** 

## Entre "clínica" e "comunidade": As tensões das práticas profissionais dos psicólogos em saúde

### Resumo

Este artigo surge da troca de um grupo de psicólogas e pesquisadoras sobre suas práticas de saúde / saúde mental na atenção básica. Esse diálogo permitiu a identificação de várias tensões que impedem o desenvolvimento de estratégias de atenção integral em saúde mental. O objetivo deste trabalho é conseguir uma caracterização das tensões identificadas, desenvolvendo e articulando alguns eixos explicativos, a fim de visualizar e desnaturalizar certas práticas institucionais identificadas no cotidiano do processo de trabalho. Metodologicamente, o texto articula narrativas da própria experiência com os desenvolvimentos conceituais organizados em cinco seções. Refletimos sobre o modelo biomédico na atenção, a construção histórica da identidade profissional do psicólogo e as implicações da feminização do cuidado em saúde na atenção básica, entre outros. As reflexões finais incluem um breve desenvolvimento do pensamento social decolonial da saúde, como uma contribuição conceitual na abordagem dessa complexidade.

### Palavras-chave

atenção básica à saúde | saúde mental comunitária | atenção integral | modelo biomédico na atenção | perspectiva de gênero

## Between "clinical" and "community": Tensions in professional practices of health psychologists

### Abstract

This paper arises from the interchange of a group of psychologists and researchers about their practices of health/mental health in the first level of attention. Such dialog made possible to identify tensions which hinder the development of integral strategies in mental health. The objective of this work is to investigate in the tensions identified, developing and articulating some explanatory axes, with the purpose of visualice and denaturalize certain institutional logics in in daily practices. Methodologically, the text articulates little narratives of our experience with conceptual developments organized in five sections. It is characterized the crossing of the biomedical care model, the historical construction of the psychologist professional identity and the implications of the health care feminization, among others. A brief development from the decolonial approach of health is included, arriving to final reflections, as a conceptual contribution to addressing this complexity.

### Keywords

primary health care | community mental health | integral approaches | biomedical care model | gender perspective

### Aspectos destacados del trabajo

- El modelo biomédico de atención explica parcialmente el dualismo clínico-comunitario en prácticas de salud.
- La invisibilización de factores socio-históricos caracteriza las tensiones en las prácticas de psicólogos/as en salud.
- La feminización de prácticas comunitarias de cuidado en salud contribuye a su precarización y desvalorización.
- La perspectiva social-decolonial introduce aportes conceptuales alternativos al pensamiento dualista que caracteriza nuestras prácticas.

### Introducción: ¿Vos que hacés? ¿Clínica o comunitaria?

Este escrito surge de un espacio de encuentro, intercambio y discusión que nos dimos un grupo de psicólogas e investigadoras sobre nuestra tarea comunitaria en salud/salud mental, en el primer nivel de atención. A partir de intercambiar nuestras experiencias como trabajadoras de la salud en diversas instituciones de la Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense, encontramos que muchas de las tensiones que se expresan en nuestras prácticas son compartidas y suelen traducirse en obstáculos a la hora de llevar adelante estrategias integrales de salud/salud mental.

En nuestro trabajo cotidiano en dispositivos de salud correspondientes al primer nivel de atención pudimos ubicar a priori una división entre una clínica individual, especializada, mayormente psicoanalítica-asistencial por un lado, y dispositivos comunitarios o grupales por el otro. Encontramos que se genera una fuerte tensión entre estas prácticas y sus lógicas diversas, y muchas veces contrapuestas, lo que se expresa por ejemplo, en la existencia de largas listas de espera para la atención individual en detrimento de otros dispositivos, o el control de las horas de trabajo sólo a través del registro de consultas clínicas. En cuanto a los espacios de reunión de los equipos profesionales, ateneos o supervisiones se encuentran centrados en el abordaje de casos individuales, habiendo una limitada participación de profesionales en el sostenimiento de dispositivos grupales y comunitarios. En consecuencia, estos últimos quedan en el lugar de tareas accesorias e invisibilizadas. La consulta o intercambio en el equipo de salud y la derivación recibida desde otras instituciones se orienta predominantemente al abordaje individual de las problemáticas en salud, sin existir mayor articulación entre las prácticas. Encontramos que estos, entre muchos otros, son emergentes que caracterizan y pueblan nuestra tarea cotidiana.

Sabemos que nuestras prácticas en el primer nivel de atención se encuentran atravesadas por una lógica binaria, propia del Modelo Biomédico (Menéndez, 2003) y de nuestra formación académica, cuyo efecto principal es la generación y

sostenimiento de una práctica fragmentaria en dispositivos múltiples, que funcionan como compartimentos estancos y, que a simple vista, parecen inconciliables. En nuestro campo disciplinar se ha dado además en Argentina la particularidad de una amalgama naturalizada entre psicología y psicoanálisis. El surgimiento del psicólogo-psicoanalista -como lo llama Alejandro Dagfal (2009)- ha sido la figura con que se ha legitimado el ejercicio profesional en nuestro país, desde su legalización. Esto, se une a la perspectiva clínico asistencial de la práctica del psicoanálisis ortodoxo, cuya imagen característica es la de largos “análisis” en consultorio privado. La misma se afianza durante la última dictadura cívico-militar y la legislación del ejercicio profesional de la psicología en un progresivo contexto liberal que ha contribuido significativamente a la legitimación y naturalización del rol del psicólogo en tanto profesional liberal y a la psicología como una práctica clínica individual.

De este recorrido surgen algunos interrogantes que han guiado nuestro proceso de intercambio y que han dado como resultado este escrito:

¿Qué atravesamientos caracterizan las tensiones a las que hacemos referencia sobre nuestras prácticas? ¿Qué otras dimensiones se articulan al modelo biomédico de atención en el sostenimiento de dichas tensiones? ¿Cómo podríamos abordarlas incluyendo una perspectiva socio-histórica? ¿Qué implicancias tienen dichas dimensiones en nuestras prácticas cotidianas? ¿Resulta necesario incorporar nuevos conceptos a nuestra red epistemológica y conceptual en el abordaje de esta complejidad? ¿Qué reflexiones surgen de este recorrido?

A partir de estas preguntas y reconociendo que las prácticas en salud/salud mental contienen un conjunto de saberes, representaciones y acciones caracterizadas por la convivencia de contradicciones y antagonismos, es que nos proponemos indagar en las tensiones emergentes, desarrollando y articulando algunos ejes explicativos -de diverso orden-, con el propósito final de visibilizar y desnaturalizar ciertas lógicas de las prácticas institucionales en el quehacer cotidiano. Finalmente, nos animamos a reflexionar acerca de la posibilidad de incorporar otras perspectivas/miradas que devengan en otros posibles modos del hacer en el campo de la salud/salud mental del primer nivel de atención.

Metodológicamente, este trabajo se divide en cinco apartados. El primero de ellos se centra en el desarrollo de la trama conceptual desde donde abordamos nuestras prácticas en salud/salud mental en el primer nivel de atención. Los apartados siguientes analizan diversos ejes que caracterizan algunas de las tensiones fundamentales a las que hacemos referencia. El proceso reflexivo que dio como resultado este escrito partió de compartir situaciones concretas de nuestra práctica cotidiana. Consecuentemente, cada apartado inaugura con una viñeta para luego dar paso a una articulación conceptual, intentando sostener en acto el pulso dinámico entre la práctica y la teoría. En este punto nos interesa resaltar que todas ellas fueron situaciones vividas por nosotras, razón por la cual plasmamos en el proceso el desafío de escribir acerca de estas prácticas en los territorios.

Entendemos que un modo de deconstruirnos profesionalmente es empezar a

desnaturalizar cotidianidades: identificar las tensiones que nos atraviesan parece ser al menos un camino posible. El objetivo final y singular de cada práctica será encontrar un camino acorde hacia nuevas posiciones subjetivas que habiliten nuevas formas de enlazarnos, que promuevan la subjetivación y la construcción del lazo social (Yanco, 2014)

El presente escrito se inscribe en una línea de trabajo que entiende a la salud y a la salud mental desde una perspectiva integral y no normativa (Czeresnia y Freitas, 2009). Se rescata la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-cuidados (Waitzkin et al., 2001), subrayando el enfoque de derechos (Ayres et al., 2006). Siguiendo a Seixas et al. (2016), entendemos que las prácticas que buscan garantizar la integralidad del cuidado en salud son aquellas que trabajan siguiendo algunas apuestas: el trabajo en equipos interdisciplinarios; la importancia del cuidado de los vínculos en la atención, la corresponsabilidad por la salud del otro/a, la expansión de los espacios para que suceda el cuidado, la valorización de otras maneras de producción de conocimiento saludable (com la inclusión de saberes populares); y un miramiento por la diversidad de modos de subjetividad, las disputas simbólicas y los deseos de usuarios/as y los trabajadores/as. Desde esta perspectiva, no es posible aislar la salud mental de la salud en general, salvo por finalidades operativas o de acción (Stolkiner y Ardila, 2012). Consecuentemente, la especificidad de la salud mental se encuentra en la importancia de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de salud y en el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Nos referiremos al binomio salud/salud mental como una forma de acentuar la inclusión de esta dimensión subjetiva en prácticas integrales de salud. En consecuencia, adherimos a la visión que, desde la medicina social/salud colectiva, se propone una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad (Augsburger, 2004). Entendemos que en estos abordajes resulta necesaria una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad (Bang, 2014).

### **“En serio, ¿vos sos psicóloga?” Nuestra base epistemológico-conceptual y breve contextualización**

Abrimos este apartado con una primer viñeta, correspondiente al trabajo institucional de una de nosotras:

Ingresé al Centro de Salud como psicóloga infantil, aunque explicité que los psicólogos en el primer nivel de atención deberíamos acompañar a todos los miembros de la familia: “Si, yo acuerdo”- dijo mi jefe- “pero en el Centro nadie atiende niños y hay muchísima demanda”. Decidí entonces implementar un dispositivo de acogimiento (grupal y/o individual) para evaluar el riesgo y analizar la demanda a psicología infantil, y así evitar las listas de espera. Mi objetivo era brindar un primer amparo a quien consultaba, además de jerarquizar el flujo de pacientes y decidir el tipo de oferta

que se le haría a cada familia. Cada paciente contaría con un proyecto terapéutico a construir en conjunto, que no necesariamente implicaba el tratamiento individual, sino que buscaba tejer redes con lo comunitario (comedores, merenderos, espacios deportivos, culturales y recreativos, apoyos escolares, etc.). Proponía además la posibilidad de incorporar prácticas grupales, no solo como modalidad de abarcar mayor demanda, sino como estrategia terapéutica.

Rápidamente la demanda se mostró avasallante, lo que era un espacio de libre participación colapsó y opté por dar números según el tiempo disponible para “acoger a las familias”; primero 10 números, luego 8, al final 4. Primero todas las semanas, luego cada 15 días, finalmente 1 vez por mes. Las personas me preguntaban si les iba a dar turno y se iban muy decepcionadas cuando la indicación era otra. Empezaron a comunicarse de las escuelas, de los jardines de infantes, de la Defensoría de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, los compañeros del equipo de salud también lo pedían: los niños necesitaban “tratamiento psicológico”.

Las situaciones que llegaban eran de tal complejidad y gravedad que empecé a sentir que no podían ser abordadas por la red comunitaria, ni por dispositivos alternativos y terminé dando turno para tratamiento individual a la mayoría de casos. El acogimiento se transformó en una admisión mensual. Intenté sumar compañeros, pero los tiempos, las agendas, la vorágine del día a día, no lo permitieron. Probé también con los espacios grupales, iniciando un dispositivo de grupos terapéuticos infantiles, agrupando niños por edad y perfil similar, con un número de encuentros fijo y con evaluaciones mensuales que las familias no lograron sostener, a diferencia de los tratamientos individuales donde solían concurrir sin falta durante muchos meses. Fue así como mi proyecto de atención en salud mental desde una perspectiva enmarcada en la salud colectiva se transformó en una agenda colapsada de turnos para atención individual, quedé preguntándome: ¿cuándo pasó esto?

Esta viñeta nos invita a revisar críticamente los devenires históricos de la articulación entre Atención Primaria de la Salud y salud mental. Como es sabido, desde la Declaración de Alma Ata (*OMS/UNICEF, 1978*) hace más de cuarenta años-, están presentes las bases que sustentan la integración entre la APS y la Salud Mental (*OMS, 1986; OPS/OMS, 1990*). Esta integración ha cobrado diversas formas según los territorios y momentos históricos. En Argentina, el proceso de reformas en salud mental ha estado signado por fuertes tensiones y conflictos entre los diferentes actores intervinientes. La relación establecida entre la industria farmacológica y de aparatología médica, las diferentes asociaciones de profesionales en constante conflicto, la participación de organizaciones gremiales y la reciente incorporación de organizaciones de familiares y usuarios de servicios de salud mental dibujan un escenario en extremo complejo. Además, al igual que en otros países de América Latina, el sistema de salud argentino está caracterizado históricamente por la segmentación, fragmentación y heterogeneidad, lo que dificulta la generación de estrategias de intervención articuladas entre diferentes efectores (*Stolkiner, 2009*).

En el campo de prácticas en salud mental, estas características se manifiestan

en la coexistencia de múltiples actores, tanto en lo financiero como en la provisión de servicios, sin vínculos de interrelación, ni formas de coordinación. Consecuentemente, se dificulta la distribución adecuada de los diferentes niveles de atención, con superposiciones o falta de disponibilidad. Una Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, sancionada hacia fines del año 2010 (*Ley 26.657*), ofrece un marco legal que impulsa el abordaje integral de los padecimientos mentales. En dicha ley se propone entender a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. (Art. 3, *Ley 26.657*) Se inaugura un momento en el cual, en las instituciones y prácticas de salud/salud mental se introduce el debate sobre la necesidad de dejar de pensar al sufrimiento subjetivo sólo desde lo individual, para incluir el abordaje del mismo desde múltiples dimensiones en su complejidad. Desde esta perspectiva, cualquier práctica que pretenda abordar el campo de la salud/salud mental, ya sea promoviendo la salud mental o trabajando sobre el sufrimiento, debe incluir en su planteo a las personas en su comunidad, considerándolas como activas agentes de cambio.

Asimismo, el Plan Nacional de Salud Mental (*DNSMyA, 2013*) estableció que las modalidades de abordaje para los problemas de salud mental privilegiarían los servicios de carácter comunitario, y en particular aquellos basados en los principios de la atención primaria. Sin embargo, dicha ley ha sido implementada en grados y formas variables en las diferentes provincias y territorios (con mucha variación incluso en una misma provincia), siendo el primer nivel de atención uno de los espacios menos indagados y financiados en los procesos de reforma. En la práctica, los debates relacionados a la implementación de la Ley de Salud Mental han tenido mayor lugar en las instituciones de salud y salud mental de segundo y tercer nivel de atención, relacionado a la regulación de las internaciones y posibilidades de los procesos de externación. Aún hoy encontramos una escasez de abordaje y debate sobre estas temáticas en las instituciones de salud y salud mental que se corresponden con el primer nivel de atención, las que deberían articular gran parte de las acciones necesarias para el abordaje del padecimiento mental en la comunidad.

El escenario de prácticas en que se dan estos procesos está caracterizado por la coexistencia e interjuego de múltiples actores con intereses diversos o contrapuestos. Mientras la Ley de Salud Mental impulsa la transformación hacia un abordaje integral con perspectiva de derechos, un nuevo avance de las neurociencias, la biomedicina y la biotecnología refuerza aún más un Modelo Médico Hegemónico (*Menéndez, 2003*) centrado en el biologismo, la a-sociabilidad, a-historicidad, el individualismo, la eficacia pragmática y orientación curativa, características que dificultan aún más la posibilidad de generar prácticas y abordajes integrales en salud mental y adicciones en el primer nivel de atención. En este sentido sabemos que la medicalización, desde la lógica de Foucault, no implica solamente administrar fármacos. Se entiende por medicalización a todas aquellas prácticas que, aparentemente en nombre de la salud, buscan normalizar (Foucault en *Mitre, 2018*).

Al respecto de los modelos de atención que conviven en nuestras prácticas, Souza Campos (2006) describe tres tipos de clínica: la oficial, la degradada y la del sujeto, ampliada y revisada. La clínica oficial se responsabiliza por la enfermedad, nunca por la persona que está enferma, volcando su abordaje terapéutico a la noción de cura, que se confunde con la simple eliminación de los síntomas y, en el mejor de los casos, la corrección de lesiones anatómicas o funcionales. Por su parte, la clínica degradada -como su nombre lo indica- resulta de la degradación de la clínica oficial por intereses económicos o por desequilibrios de poder. Finalmente la clínica del sujeto, ampliada y revisada incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto. Pasando del campo de las certezas a la imprevisibilidad de la vida cotidiana, hace el eje en la reconstrucción del vínculo con los usuarios de los servicios de salud, la superación de la fragmentación entre biología-subjetividad-sociabilidad, para construir proyectos terapéuticos amplios con objetivos y técnicas de acción profesional donde se reconozca el papel activo del que era considerado paciente-pasivo (Souza Campos, 2006). Es así como el trabajo clínico (oficial o degradado) y la perspectiva integral que introduce la clínica del sujeto, van configurándose como posibilidades contrapuestas de abordaje de escenarios complejos.

En las prácticas concretas de salud mental esto se traduce, como fue dicho anteriormente, en una exacerbación de la práctica clínico-individual asociada a la medicalización farmacológica (principalmente centrada en el criterio biomédico). Dicha práctica, heredera de una clínica oficial y degradada, se privilegia en detrimento de abordajes que reconocen al padecimiento humano como un emergente de un proceso socio-histórico y cultural determinado.

Un concepto históricamente controvertido de nuestro campo de prácticas, que muchas veces contribuye a la simplificación y desdibujamiento de los escenarios territoriales de intervención comunitaria del primer nivel de atención en salud/salud mental, está dado por la idea de la comunidad o lo comunitario. Visiones clásicas entienden a la comunidad como una masa homogénea con intereses comunes y voluntades compartidas, caracterizada sólo por lazos de solidaridad que no incluyen la posibilidad de conflicto. Lejos de estas visiones simplistas e idealizadas, entendemos a la comunidad como una red de relaciones que se articula en diferentes niveles (Bang y Stolkiner, 2013), realidad compleja caracterizada por lazos de solidaridad, pero también por tensiones entre los diferentes actores comunitarios, pudiendo devenir en una realidad territorial altamente conflictiva. La comunidad como escenario de prácticas en salud/salud mental podría representarse como una red de vínculos en tensión, entramado construido (y desgarrado) socio históricamente, en constante devenir. En relación al trabajo comunitario, como trabajadoras de la salud nos resulta pertinente retomar las palabras de Lewcowicz para la idea de comunidad: “nosotros no es un lugar al que se pertenece, es un espacio al que se ingresa para constituirlo (...) Quizás nosotros no sea un conjunto de personas sino una configuración subjetiva de los pensamientos en una circunstancia” (Lewcowicz, 2004, p. 16).



Por último, en nuestro marco epistémico nos ha resultado muy significativa la inclusión de la perspectiva de género para revisar y repensar nuestras prácticas en el primer nivel de atención. Tomamos para ello aportes de Nari (1995), Lorente Molina (2004); Castanho et al. (2018) que trabajan las diferencias entre los sexos, la opresión de las mujeres dentro del orden patriarcal y su vinculación con las prácticas de cuidado que históricamente han sido asignadas a las mismas.

### **Lo que se hereda no se hurta... pero quizás se transforma: la articulación entre APS y salud mental en el modelo biomédico de atención**

Abrimos este apartado con otra viñeta, situación extraída de nuestra práctica profesional:

En el proceso de supervisión de prácticas comunitarias llevadas adelante por un equipo interdisciplinario de un centro de salud del centro geográfico de la Ciudad de Buenos Aires se plantea la dificultad de continuar con las prácticas “en el ámbito comunitario” debido a la demanda y complejidad creciente de situaciones de salud abordadas en consultorio. Se trata de un equipo de salud con una tradición de fuerte trabajo territorial, interviniendo desde hace más de una década articuladamente con organizaciones barriales, con quienes se realizan múltiples actividades grupales y comunitarias. A pesar de este recorrido, dicho equipo expresa que se siente altamente demandado a resolver, lo que ellos/as identifican como situaciones de alta complejidad, a través de la consulta individual y clínica. Al buscar los condicionantes de esta situación, mencionan que esto se da en parte por la cultura institucional de dar turnos en las diferentes espacialidades a toda situación problemática, en parte debido a que la gente “viene a pedir el turno”, en parte porque se presentan situaciones de una complejidad tal que el equipo entiende que deben ser abordadas de forma clínica individual.

Comenzamos a trabajar entonces sobre la naturalización de esta división entre lo clínico y lo comunitario como ámbitos absolutamente divorciados, donde “lo complejo” parece estar vedado al ámbito puramente clínico. Nos preguntamos entonces por qué estas situaciones no podrían ser trabajadas en lo que ellos/as denominaban como ámbito comunitario. Aquí el equipo menciona, como una de las razones, que cada vez que realizan alguna actividad fuera de la institución aumenta notablemente las consultas clínico-individuales, siendo ellos/as mismos quienes tienen que absorber esa demanda. Trabajamos largamente sobre cómo se establecen las relaciones entre la institución y otros actores comunitarios, y comenzamos a ver que era el mismo equipo el que presentaba al Centro de Salud como una institución de atención, con una cantidad determinada de especialidades (que siempre ellos enumeran), explicando cuál es el mecanismo para obtener un turno allí, no mencionando otra forma de intervención, aunque estuvieran todos presentes en una de ellas. El mismo equipo comenzó a hacerse consciente allí que eran ellos mismos los que presentaban a la institución como un policonsultorio, y que la intervención comunitaria muchas veces terminaba siendo la difusión del centro de salud, en tanto

recurso comunitario para acudir a la consulta clínica o pedir un turno ante una problemática de salud.

Cabe preguntarnos entonces cuáles son los mecanismos por los cuales, desde equipos que tienen una perspectiva integral, se siguen reproduciendo lógicas biomédicas, cómo se reproducen en la prácticas estas divisiones (pareciendo a veces irreconciliables) entre “lo clínico y lo comunitario” y cómo esto que se entiende como comunitario (que muchas veces es simplemente lo que queda por fuera del dispositivo clínico individual en consultorio) queda subsumido bajo la impronta clínica, aún para equipos que pretenden trabajar desde una perspectiva integral, crítica y reflexiva.

Como hemos mencionado anteriormente, la implementación de abordajes integrales en salud mental según los principios de APS se da, en nuestro país (y la región) en un contexto de muy alta complejidad. La alianza histórica entre industria farmacéutica y corporaciones médicas sostienen un modelo de atención de las problemáticas de salud mental basado en la primacía de lo biomédico y clínico-asistencial, reforzando lo que algunos autores han llamado medicalización de la vida cotidiana (*Galende, 2008; Stolkiner, 2013*). En el campo de la salud mental, estos procesos tienden a reproducir lógicas de atención propias de la institución manicomial aún en instituciones del primer nivel de atención. Consideramos que, la operatoria que ha logrado esta legitimación está dada en parte, por un sostenimiento profesional, institucional y formativo de la división histórica de dos mundos: lo médico y clínico-asistencial por un lado, y “lo comunitario” por el otro. En esta última categoría se suele englobar toda intervención que se da de forma grupal o extramural, aquellas llevadas adelante por profesionales no-médicos (o que incluyen saberes “no” profesionales, subalternos), considerándose como anexas al tratamiento médico, poco significativas y no-científicas. Se logra sostener así una jerarquización de la práctica medicalizante en el primer nivel de atención, junto con una degradación de la incorporación de otras prácticas, imprescindibles para el desarrollo de abordajes integrales.

Entendemos que estas “otras prácticas” son principalmente llevadas adelante por profesionales de disciplinas no médicas, (mayoritariamente mujeres, a través del proceso de feminización de las prácticas de cuidado, lo que abordaremos más adelante) generando así núcleos de tensión permanente en las prácticas interdisciplinarias, donde conviven diversas lógicas de abordaje en conflicto constante. Es así como abordajes que no incorporan ni reconocen el valor central de la dimensión socio-histórica y subjetiva en las intervenciones sobre el padecimiento humano logran sostener su hegemonía objetivante.

Por otro lado, es de destacar que la formulación original de APS introduce ya una división -hoy clásica- entre promoción, prevención (en todos sus niveles) y atención, indicando técnicas y procedimientos específicos para cada una. Esta división entre estrategias, si bien ha tenido el objetivo histórico inicial de romper con la lógica puramente asistencial, muchas veces ha contribuido a reforzar la división a la que

hacemos referencia en este escrito, homologando la intervención “comunitaria” con las estrategias de promoción y prevención, y lo clínico-asistencial con la atención individual. De acuerdo a ello es que perspectivas más integrales cuestionan la división que se ha hecho de estas prácticas y su funcionamiento en tanto compartimentos estancos, sin relación ni articulación.

Nos resulta notorio cómo estas tensiones llegan a entrecruzar capilarmente nuestras prácticas, encontrándonos muchas veces reproduciendo aquellas con las que no acordaríamos desde una mirada integral, aun estando advertidas de ello. Entendemos que este hecho es un emergente que expresa la fuerza de una tensión sostenida por múltiples actores en diversos niveles de análisis, actores socio-históricos del que somos parte activa en nuestras prácticas cotidianas. El poder de la industria farmacéutica y el estatus biomédico se encontrarían fuertemente cuestionados con la primacía real de abordajes comunitarios (como lo indica la Ley de Salud Mental) cuyo actor central fuera el equipo de salud funcionando interdisciplinariamente.

### **“Yo ya no puedo hacer nada... te derivo a la psicóloga”: la construcción histórica de identidades profesionales**

Para abrir este apartado, introducimos una nueva viñeta sobre una situación en el espacio de trabajo de una de nosotras:

Se presentan en un dispositivo de Sedronar (Secretaría de políticas Integrales sobre Drogas) un joven (Omar) y su padre, solicitando tratamiento psicológico para Omar, quien habría tenido en los últimos dos años varias crisis en las que tiraba objetos a vecinos/as, insultaba y resultaba muy difícil calmarlo. Durante la entrevista, el padre refiere que hace tiempo buscaba una institución para que su hijo iniciara tratamiento psicológico pero que, hasta el momento, “no había conseguido ningún turno”. La búsqueda de un psiquiatra habría corrido mejor suerte en tanto el joven ya estaba medicado con un antipsicótico y tenía entrevistas de seguimiento una vez por mes. Sin embargo, el psiquiatra exigía, para continuar atendiéndolo, el inicio de un tratamiento psicológico. Durante esa primera entrevista se les informa que Omar podría comenzar a concurrir al dispositivo que contaba con distintos espacios (individuales y grupales). Ante esta presentación, ambos refieren que lo que ellos solicitaban, y el psiquiatra exigía, era el tratamiento psicológico exclusivamente.

Así, durante varios meses, Omar concurre a entrevistas individuales, en el marco de un tratamiento psicológico. Esto trajo alivio a la familia en tanto estaban cumpliendo con la prescripción del psiquiatra. En cada entrevista, iba quedando claro que la concurrencia de Omar al espacio de psicología no era más que el cumplimiento de una obligación. El joven intentaba por todos los medios terminar rápido e irse, respondía casi con una sola palabra las preguntas, muy raramente aportaba algún material de manera espontánea.

Sin embargo, en una de las entrevistas, Omar comenzó a hablar de situaciones de intercambios sociales como momentos privilegiados que le traían alegría y

tranquilidad. Esto me llevó a pensar nuevamente en la soledad relacional atravesando los padecimientos subjetivos y en la importancia del establecimiento de lazos como eje de las intervenciones (lo cual se contradecía con mi aceptación a la propuesta de tratamiento individual una vez por semana).

Así fue como decidí plantearles a Omar y su padre que, tan importante como el espacio conmigo, era que encontrásemos algún dispositivo grupal en el que él pudiera incluirse, como parte fundamental del tratamiento. Buscamos opciones según los intereses que él manifestaba. Finalmente acordamos que iniciaría su participación en un espacio deportivo. Sin embargo, a partir de esta última conversación, Omar no volvió al dispositivo y se perdió el contacto.

A partir de esta viñeta me pregunto: ¿Cuáles fueron los motivos por los cuales sostuve tantos meses un espacio de entrevista individual con la convicción de que estaba respondiendo únicamente a lo que el psiquiatra pedía y no a lo que yo consideraba? ¿Cuáles son los motivos por los que la familia relativiza la importancia de la participación de Omar en cualquier espacio grupal en oposición a la urgencia con la que solicitaban tratamiento psicológico para él? ¿Cómo influyó en la discontinuidad de su concurrencia al dispositivo el hecho de no plantear lo grupal como modo de abordaje prioritario desde el inicio?

Decidimos recuperar a Néstor Braunstien para reflexionar respecto de la complejidad que atraviesa el lugar que ocupa nuestra profesión (psicología), nosotras como profesionales y nuestras prácticas de salud/salud mental en el primer nivel de atención (*Braunstein et al., 1975*). Este autor plantea una diferenciación de roles que hacen a la construcción de identidad en nuestra profesión. Nos interesa aquí hacer referencia a lo que Braunstein denomina rol asignado, el que estaría dado por prácticas asignadas y esperadas socialmente, construido socio-históricamente, un rol que sería introyectado tempranamente o a lo largo de nuestra formación profesional y que opera constantemente para generar, sostener o transformar la identidad profesional en los espacios institucionales de trabajo. Si bien se trata de un rol introyectado y generalmente naturalizado, tiene la posibilidad de ser desenmascarado, para así poder asumir la decisión de aceptarlo o rechazarlo. El punto interesante es que el autor plantea que se trata de una decisión, cuya naturaleza es política e ideológica, no teórica. Es a partir de la decisión de no aceptar este rol asignado que se abre la posibilidad de una praxis diferente.

Cuando la solicitud de tratamientos individuales, las prácticas basadas en el modelo médico hegemónico, el menosprecio por las prácticas territoriales, la resistencia para desarrollar prácticas grupales, la limitación del trabajo en equipo aparecen para los/las trabajadores/as de la salud como formas de cuidado que ellos/as no producen “como si no fueran suyas” (*Terra, 2018*) y sobre las cuales no tienen poder de decisión, se perpetúa la reproducción del rol asignado al que venimos haciendo referencia. Terra (*2018*) propone este fenómeno como una expresión de la alienación de los/las trabajadores/as de la salud, situación en la que no se reconoce el producto del trabajo como resultado de la propia construcción. Al contrario, una posición

crítica permitiría al trabajador/a encarar el desafío de buscar, proponer y evaluar alternativas para co-producir otro tipo de cuidado, entendiendo la salud como un derecho inalienable de la población y evitando su propia alienación. Esta toma de conciencia supone una lectura sintomal del discurso social e institucional que, en nuestro contexto actual requiere de nuestra práctica una intervención puramente clínica y curativa.

Consideramos que una de las cuestiones que dificulta la decisión de distanciarse de este rol asignado, es el aislamiento de los/las profesionales, la falta de espacios grupales de organización y planificación de la tarea, lo que obstaculiza la puesta en común de estas inquietudes y la colectivización de estrategias. Otra dificultad es la falta de espacios y tiempos de encuentro entre profesionales y referentes comunitarios.

Cuando la institución de salud entiende por prácticas específicas de los/las psicólogos/as (así preferimos llamar a lo que Braunstien denominaba bajo el nombre de rol) en lo comunitario sólo la atención clínico-asistencial de las personas sin recursos económicos, en zonas de riesgo o “vulnerables”, todo el andamiaje institucional está preparado para ello, y el/la profesional es empujado/a a responder a esto, e inclusive su tarea es evaluada por el registro de cantidad de consultas individuales.

Por otro lado, la población con la que se trabaja, en un contexto neoliberal que hegemoniza la búsqueda de soluciones a través del consumo y de prácticas individuales, insiste en la necesidad de espacios individuales de escucha donde aborden “su problema”, sin reconocer entrecruzamientos colectivos o sociales del padecimiento subjetivo y la posibilidad de prácticas colectivas para abordarlo. La falta de confianza en lo colectivo y en la organización comunitaria, propia de la sociedad de consumo globalizada dificulta aún más la decisión de emprender propuestas que respondan a otro modelo de prácticas, más allá del esperado o asignado.

Asimismo, resulta interesante señalar las múltiples demandas de tratamiento individual surgidas por parte de otras instituciones (escuelas, defensorías locales, servicios zonales, juzgados), muchas de las cuales tienen un fuerte sesgo normalizador. Frente a la complejidad propia del territorio, estas instituciones suelen convertirse en derivadoras de personas quienes llegan a nuestro encuentro, si es que este se produce, para cumplir con algún ideal de “sujeto normal” de algún efector.

En esta misma línea cosificar, ontologizar o desarraigar de todo contexto y momento histórico el sufrimiento psíquico es también otra forma de ocultar sus causales, de desconocer su origen en la vulneración de derechos, en la desigualdad, en la injusticia, en la violencia institucional, etc. Es desconocer que el sufrimiento psíquico y lo histórico-social son dos caras de una misma moneda. En las prácticas comunitarias ocurre a menudo que estas relaciones empiezan a salir a la luz y los efectos no se hacen esperar: el cambio de posición subjetiva no se realiza solamente vía la catarsis individual, sino que hay tanta diversidad de formas como sujetos en el mundo.

Entendemos que el modelo hegemónico de prácticas del psicólogo/a al que hacemos referencia responde al ejercicio liberal de la profesión, lejano a la realización de tareas grupales o colectivas. La fuerte pregnancia del imaginario de la psicología asociada a la atención individual en consultorio privado se impone ante otras posibilidades: ese es el ideal de éxito profesional. En este contexto, muchas veces separarse de este modelo asignado implica también asumir que seremos mirados/as y juzgados/as como quienes hacemos tareas menores, quienes trabajamos en lo comunitario porque no pudimos o supimos hacer clínica (similar a la idea de que a los/as enfermeros/as les hubiera gustado ser médicos pero “no les dio” para eso), quienes no ejercemos “verdaderamente” la profesión. Seremos mirados/as como quienes no se involucran en “lo realmente importante”, mientras juegan a esas cosas grupales que no se sabe bien para qué se hacen. A esto se suma el peso de un imaginario que valora las prácticas clínicas como “neutras” y basadas en criterios “técnicos y científicos”, en oposición a una supuesta “ideologización” o “politización” de las prácticas comunitarias; desconociendo que toda práctica social (aunque se desarrolle en un pequeño consultorio) es ideológica. En nuestro país, el surgimiento histórico y sostenimiento de una amalgama entre psicología y psicoanálisis a la que hicimos referencia en la introducción de este escrito, completa el escenario de legitimación de prácticas basadas en el ejercicio liberal de nuestra profesión.

Surge una pregunta: ¿cómo salir de esta encrucijada cuando son escasos los espacios colectivos al interior de los equipos profesionales donde se puedan problematizar estas cuestiones?. Sabemos que, sin espacios en común, estas inquietudes de los profesionales quedan como inquietudes aisladas o “de pasillo”. Como decíamos anteriormente, Braunstein intenta pensar el campo de los roles posibles (nosotras lo llamamos prácticas posibles) luego de cuestionar el rol asignado (*Braunstein et al, 1975*). Para ello, en principio es necesaria una ruptura con la relación imaginaria que mantenemos con nuestra propia práctica. En este sentido, Helena de la Aldea menciona que nuestras prácticas en el campo comunitario de salud mental están caracterizadas por una subjetividad heroica (*de la Aldea, 2009*): forma particular de situarse ante el trabajo cotidiano bajo el supuesto de que toda problemática comunitaria es urgente y que debemos -y podemos- abordarla hasta su resolución, suponiendo que contamos con toda la potencia para su abordaje, lo que se transformaría en clara omnipotencia. Lejos de este tipo de subjetividad heroica que nos llevaría inevitablemente a la sobreexigencia y la frustración, nos resulta necesario poder pensar en qué prácticas son posibles en cada situación socio-histórica y contexto determinado. Esto permitiría, entre otras tantas cosas, identificar dónde están las grietas institucionales que posibilitan el desarrollo de otras prácticas más afines a lo colectivo y comunitario.

### **“Cosas de mujeres”: sobre la feminización del equipo profesional de salud mental en el primer nivel de atención**

Llaman de la escuela nuevamente: Gerónimo se había querido ahorcar en el baño.

Era la segunda vez de aquel intento, en su trayectoria vital de apenas 10 años. A modo de respuesta frente a este episodio, se convoca a una reunión de carácter urgente: más de dos docenas de profesionales y trabajadores/as de la salud y de derechos humanos nos reunimos en lo que podría ser nominado desde los libros como una “articulación interinstitucional”, tan necesaria como compleja de lograr en la práctica. Como psicóloga del centro de salud y de Gerónimo, planteé en ese entonces que la situación había llegado a un límite muy peligroso para el niño, y solicité la participación de otros efectores, sobre todo del servicio local de infancia, ya que se trataba de una situación más de vulneración de derechos. La directora de este organismo, presente en la reunión, interviene y se dirige a mí diciéndome “vos no sos su mamá”.

Gerónimo, como muchos otros niños, ha nacido fuertemente condicionado por su situación de cuna. Una larga lista de vulneración de derechos y ausencias del estado ha atravesado su vida desde el primer soplo. Gerónimo intenta desesperadamente algo, un manotazo de ahogado, y yo leo ese llamado, que me excede. Éramos más de 25 personas... Y sin embargo ninguna respuesta, sólo una sentencia sobre mi proceder profesional. Yo quise cuidarlo, quise también convocar a otros hacia ese cuidado, Gerónimo era en ese entonces un niño. La continuidad de cuidados, el concepto de cuidar mismo, atravesó fuertemente el discurso que sostuvo mi práctica. Sin embargo, un halo de desprestigio ronda sobre el mismo. ¿Es cuidar de un niño un acto profesional?

En otra institución de salud:

Nos presentamos en el Hospital para reunirnos con el psiquiatra de Lucas, usuario de un dispositivo que interviene en situaciones de consumo problemático de sustancias. Participamos de dicha reunión dos psicólogas, una tallerista y el psiquiatra. El objetivo del encuentro era intercambiar y acordar algunas estrategias conjuntas para el tratamiento de Lucas. Sin embargo, la reunión terminó siendo una especie de monólogo en el que el psiquiatra nos explicaba sus consideraciones y nosotras permanecíamos en silencio. Luego de escuchar atentamente durante unos minutos, una de las psicólogas interviene explicando que nos parecía importante no hacer hincapié en el diagnóstico de esquizofrenia que Lucas había recibido (entre tantos otros), dado que esto había tenido un efecto negativo para él y su familia. El psiquiatra, sin mediar otra pregunta o comentario, responde “me parece que ustedes tres ya lo adoptaron como hijo”. Nos surge entonces la pregunta: ¿El psiquiatra hubiese respondido de igual modo si la reunión se hubiese llevado a cabo entre varones exclusivamente?

A partir de estas dos situaciones (y de muchas otras) nos preguntamos: ¿Existe alguna relación entre las prácticas de cuidado y el género de las y los profesionales de la salud? ¿qué relación se establece con el desprestigio que sufren las prácticas de cuidado en salud/salud mental? Las respuestas que apuntan a deslegitimar nuestras apreciaciones suponen que la lectura que hacemos de la situación es desde nuestro lugar de mujeres=cuidadoras y no como mujeres profesionales?

Decidimos incluir este eje porque consideramos fundamental entender la relación que existe entre pensar al trabajo comunitario como un modelo periférico o accesorio a la clínica tradicional de consultorio y el hecho de que las prácticas vinculadas a lo comunitario sean principalmente desarrolladas por mujeres. Para pensar esa relación tomamos a Marcela Nari (1995) quién reconstruye la historia a partir de la cual en Argentina las niñas acceden, por primera vez, de manera masiva, a la educación formal a través de la Ley de Educación Común (*Ley 1420*). Este proceso ocurrió en un contexto en el que al mismo tiempo en que se dudaba -por supuestos motivos biológicos o culturales- de la capacidad intelectual de las mujeres, comenzó a considerarse prioritario educar a la mujer para perfeccionar sus saberes domésticos.

Siguiendo esta línea, la Colectiva Feminista La Revuelta (2016) analiza el espacio escolar como un campo que produce acciones y códigos que van naturalizando formas de construcción de identidades sociales, especialmente de géneros y sexualidades. La identidad de las docentes “señorita maestra” se constituye como “segunda mamá”, lo femenino aparece ligado a estereotipos arcaicos “bordando banderas, donando joyas, siempre heterosexuales, maestras, enfermeras, en ocasiones llegan a azafatas, madres por sobre todas las cosas y como una inevitable condición del ser femenino” (*Colectiva Feminista La Revuelta, 2016, p. 112*).

Los saberes femeninos compartían el estatus que se les había asignado a las mujeres: “un saber que ha sido definido como menos importante, de menor estimación, principalmente debido al bajo estatus que se le asignará a la reproducción social, a las tareas domésticas y al cuidado de los niños/as dentro de la sociedad” (Nari, 1995, p. 31). La cultura occidental se caracterizó por la oposición entre mujeres (naturaleza) y hombres (cultura). Según esta autora, se asociaba al varón con la fortaleza, la valentía, la inteligencia y actividad; en tanto la mujer era definida por la dulzura, la paciencia, la pasividad y la sumisión. El hombre aparecía vinculado a la producción y la mujer, a la conservación de la especie.

Las relaciones entre hombres y mujeres estaban ordenadas según sus funciones en la sociedad: se le atribuían a cada uno de los sexos funciones diferentes y complementarias. Las mujeres eran consideradas “inferiores” en lo intelectual pero “superiores” en lo moral. Sin embargo, dichas funciones desempeñadas por hombres y mujeres no eran equivalentes, si no que estaban atravesadas por relaciones desiguales de poder: la producción y creación intelectual vinculadas a lo masculino permitían mayor acceso a bienes materiales y simbólicos que todo lo relativo a la reproducción y conservación de la vida, vinculado a lo femenino (Nari, 1995).

Al respecto, Belén Lorente Molina (2004) afirma que el género funciona como uno de los factores estructurantes y estructurales que contribuyen a la posición social y el reconocimiento de la práctica de una profesión, que además sostiene la ecuación prestigio = salario. La condición salarial de las profesiones feminizadas se considera como un indicador de su subalternidad. Por otro lado, esta autora habla puntualmente de actividades vinculadas al cuidado y ayuda, y plantea que las mismas han estado históricamente asociadas a una noción de gratuidad, de servicio voluntario marcado



por influencias caritativas y filantrópicas. Estas cuestiones influyen directamente en el poder de actuación de las profesiones femeninas.

Entendemos que este planteo puede relacionarse con la constitución histórica de dispositivos comunitarios de atención, como prácticas subalternas llevadas adelante fundamentalmente por mujeres en condiciones de precarización laboral. En este contexto el sostenimiento de prácticas vinculadas al voluntarismo y a la caridad, constituye un factor fundamental para su deslegitimación frente a otros modelos de atención que continúan siendo hegemónicos. En las instituciones organizadas piramidalmente (por ejemplo las instituciones del sistema de salud) aún en condiciones de igualdad en la nominación del puesto de trabajo y con el mismo salario; las tareas asignadas, los roles y la dificultad de acceder a cargos de mayor jerarquía, son desiguales para hombres y mujeres. La feminización del trabajo en el primer nivel de atención, en Centros de Salud y Unidades Sanitarias, con una organización abocada a las prácticas de cuidado materno infantil es evidente. Los cargos en niveles de atención de mayor complejidad tecnológica y prestigio continúan siendo hegemónizados por hombres, al igual que los cargos jerárquicos y los espacios de representación sindical.

Retomando a Nari (1995), hacia fines del siglo XIX la educación de la mujer comienza a ser considerada como una necesidad de los estados modernos. A partir de la Ley N°1420 la mujer accede a la educación formal. “Si educar al varón era ante todo formar al ciudadano, educar a la mujer era construir una madre, esposa del ciudadano” (Nari, 1995, p. 35). Se plantea así la necesidad de educar a la mujer para que puedan perfeccionar sus saberes en relación a lo doméstico. Es importante destacar que todo este movimiento de educación de la mujer y de elevación del estatus de los saberes domésticos justificaban su reclusión dentro del hogar.

En el ámbito público, las funciones en cuanto a la “crianza científica” continuaban siendo territorio de los varones y ejercidos por la medicina y puericultura. Sin embargo, existe una relación estrecha entre este movimiento de “profesionalización en saberes domésticos” que atravesó a la mujer y la actual feminización del sector salud. La mujer ha logrado insertarse en lo público, pero todavía sigue fuertemente ligada a saberes y prácticas relacionadas con la crianza y los cuidados (Nari, 1995).

Lorente Molina (2004) retoma el término de semiprofesiones, utilizado para referirse a profesiones mayoritariamente femeninas. El prefijo “semi” establece una diferencia cualitativa en relación al estudio de las demás (medicina, abogacía) que sí son consideradas completas. Las “semiprofesiones” están reglamentadas, organizadas e institucionalizadas como cualquier otra; sin embargo disponen de menor cuota de poder social, están limitadas en su capacidad de crecimiento en cuanto al poder institucional. La característica de las “semiprofesiones” es su necesidad de ser supervisadas y de asistir a un superior jerárquico. En el campo de la salud mental, históricamente, la psiquiatría ha tenido un lugar de superioridad respecto de otras profesiones (psicología, trabajo social, enfermería). Si bien, actualmente, profesionales de la psicología podemos ocupar cargos de conducción y gestión, en

la práctica estos puestos jerárquicos son ocupados principalmente por médicos varones. Asimismo, la remuneración que reciben psiquiatras por su trabajo es significativamente mayor respecto de la percibida por psicólogos/as y trabajadores/as sociales con puestos similares. Es decir que la psiquiatría continúa ubicada como una profesión jerárquicamente superior respecto de otras como la psicología, el trabajo social o la enfermería, que, a su vez, son mayoritariamente femeninas.

Castanho et al. (2018) sistematizaron los resultados de un relevamiento en el colectivo Adelaides, un grupo político de mujeres feministas profesionales, altamente escolarizadas, que se desempeñan en docencia e investigación en universidades públicas y privadas brasileras y/o en cargos profesionales, de jefatura y/o toma de decisiones en políticas públicas, planificación y gestión en el sistema de salud de dicho país. Dicho relevamiento expuso que a pesar de su posición jerárquica, su trayectoria académica, profesional y política, el 100% de las mujeres participantes se sintieron discriminadas por ser mujeres y presenciaron a otras mujeres enfrentando situaciones machistas en ámbitos de actuación profesional, política y/o social. El 94% de ellas reveló además, haber sido víctima de algún tipo de violencia de género y el 91% no denunció dichas situaciones.

Esta relación podría trasladarse al lugar que históricamente ha tenido el modelo comunitario, en tanto modo de intervención ubicado siempre en una posición jerárquica inferior respecto de otros modelos que se consideran prioritarios. Es común que dentro de los equipos de salud se piense lo grupal y comunitario como un agregado o accesorio al tratamiento principal e individual, por lo tanto, como algo prescindible y realizado principalmente por mujeres.

En definitiva, este recorrido nos permitió advertir de qué manera la construcción histórico social de la mujer dedicada exclusivamente a tareas de cuidado explica en gran parte la feminización de las tareas de cuidado del sector salud, que se vuelve más contundente y notoria en el ámbito comunitario, de la mano del desprestigio y la deslegitimación que él mismo soporta en relación a otros modos de intervención considerados más complejos, importantes y vinculados a quehaceres fundamentalmente masculinos.

### **Tesis, antítesis y.... ¿Síntesis o mestizaje?**

“Estoy enferma de Salud Mental”, dijo Norma cuando se presentó. En aquel entonces, era el segundo encuentro de mujeres en una salita del conurbano bonaerense. Norma, como otras mujeres, se habían acercado en búsqueda de un turno para la atención psicológica individual. Frente a la interminable lista de espera, accedió a participar de dicho espacio “mientras tanto”, orientada por una de las administrativas. Así fue como Norma participó del dispositivo por más de dos años. El grupo de mujeres, pasó a nombrarse “lo hacemos entre tod@s”, y la participación intermitente de Norma se transformó en constante mientras su vínculo con Marcela, otra de las fundadoras, se iba afianzando.

Pasaban los encuentros, y los indicadores de salud no se hacían esperar: los silencios prolongados e incómodos se llenaron de experiencias de vida, de preguntas, de decir su propia palabra y tuvimos conocimiento de numerosos encuentros que se dieron por fuera del dispositivo. Otro hecho llamativo fue el efecto, notablemente visible, en el cuerpo: estaban cada vez más arregladas y caminaban llamativamente más erguidas.

Mientras que lo único que hacíamos desde el equipo de salud era habilitar el espacio, algo se iba silenciosamente entramando. Luego de un tiempo largo (casi un año) le aviso a Norma que disponía del espacio individual de atención psicológica. “Ahora no lo necesito, cualquier cosa te aviso”, y continuamos las dos participando semanalmente de “Lo hacemos entre tod@s”. Entonces, fue posible preguntarnos, ¿es la catarsis individual, escritorio de por medio, la única vía posible de alivio del sufrimiento psíquico?

El grupo de mujeres resultó ser reconocido incluso por las autoridades municipales. El único requisito para continuar haciéndolo fue traducir dicha experiencia a la lógica médico hegemónica: todos los martes anotamos a cada una de las mujeres como si hubieran asistido a una atención psicológica individual. “Una cuestión de estadística”, dijo mi coordinadora, y todos/as contentos/as. Pequeños modos de hacer con la burocracia para habilitar nuevos escenarios.

Esta viñeta nos permite abrir un último apartado que introduce una posible apertura epistemológica. Al comenzar este proceso teníamos la idea de que los dualismos con los que nos encontramos en las prácticas se podrían “resolver” a través de algunas ideas y perspectivas con las que veníamos trabajando: la desnaturalización de un modelo biomédico de atención, la necesidad de trabajar desde la perspectiva de la integralidad y la clínica ampliada, entre otras. Sin embargo, nos fuimos preguntando por qué esos desarrollos (muchos provenientes del movimiento de medicina social latinoamericana/salud colectiva) parecen no poder traducirse en transformaciones reales en muchas de nuestras prácticas concretas, teniendo una incidencia limitada. En este sentido, Seixas et al. (2016) proponen que la integralidad se constituye en un dispositivo para interrogar lo cotidiano del trabajo en salud, asumiendo que bajo la idea de intervenir desde la integralidad se han disfrazado, en oportunidades, las clásicas modalidades de la derivación (aunque parezca paradójal). Dichos autores afirman que, la continuidad de cuidados, como uno de los organizadores de la atención, exige que los/las trabajadores/as de la salud planifiquen su tarea de otra manera, cambien la forma en que producen y compartan información entre ellos/as, produciendo otros itinerarios de acción.

A partir de esto nos preguntamos si estamos realmente interrogando lo cotidiano de nuestro trabajo en salud a través de los marcos epistémicos con los que venimos trabajando. Nos preguntamos también si la invisibilización de otros atravesamientos no abona el sostenimiento de los dualismos en los que se apoya la tensión fundamental entre prácticas que hemos abordado en este escrito. En este proceso arribamos a nuevos cuestionamientos, comenzamos a encontrar en otras miradas

algunos ejes esclarecedores. En el apartado anterior introdujimos la perspectiva de género, aquí quisiéramos introducir brevemente una reflexión a partir de un concepto proveniente del enfoque decolonial de las ciencias de la salud.

Silvia Rivera Cusicansqui inaugura un pensamiento social decolonial, que recupera voces aymaras y de la cosmovisión andina para invitarnos a revisar nuestras cosmovisiones progresistas. Tomamos de esta autora la idea de *ch'ixi*, lo que nos permite revisar las lógicas binarias o integracionistas. Según la autora, la epistemología *ch'ixi* surge como un esfuerzo por superar los binarismos de la ciencia social hegemónica “echando mano de conceptos-metáfora que a la vez describen e interpretan las complejas mediaciones y la heterogénea constitución de nuestras sociedades” (Rivera Cusicansqui, 2018, p. 17).

De acuerdo con Rivera Cusicansqui (2018) la palabra *ch'ixi* designa en aymara a un tipo de tonalidad que a la distancia se ve gris, pero al acercarnos nos damos cuenta de que está conformado por manchas de color puro, negro y blanco entreverados: un gris jaspeado. En él se manifiesta la potencia de atravesar fronteras y encarnar polos opuestos de manera reverberante. Lo *ch'ixi* sería aquello mestizo, un espacio intermedio donde el choque de contrarios crea una zona de incertidumbre, un espacio de fricción y malestar, que no permite la pacificación ni la unidad. No se trata de fusión o hibridación

Tomamos esta idea para comprender que no toda contradicción debe traducirse necesariamente en una disyuntiva paralizante, creando enfrentamientos como oposiciones irreductibles, así como tampoco arribar forzosamente a intentos fallidos de síntesis homogeneizantes. Esta idea nos invita a transitar un terreno donde ambos supuestos opuestos (lo que tradicionalmente entendemos como “esto o lo otro”) se entreveran y no es necesario optar por lo uno o lo otro. Seguimos a esta autora en la valoración de:

(...) vivir en un espacio desde el cual se puede experimentar y repensar cosas como la desobediencia organizada, la resistencia comunitaria, las formas comunales de autogestión, la desprivatización de facto de servicios y espacios públicos, las formas alternativas e iconoclastas de hacer política desde lo cotidiano/femenino, que nos ayudan a defendernos de las lógicas perversas del sistema capitalista (Rivera Cusicansqui, 2018, p. 72).

En este sentido, también tomamos aportes de Rita Segato (2018) que habla acerca de la importancia de abdicar del autoritarismo de las utopías: implica soportar el espíritu trágico característico de la humanidad que supone aprender a vivir en la incerteza, en cierta indeterminación y renunciar a la promesa de separar con precisión el “bien” del “mal”, el camino correcto del incorrecto, hacia la sociedad perfecta:

(...) la buena forma de caminar es soportar la ambivalencia, la realidad de lo

inconsecuente, de lo incoherente, de lo contradictorio, como es vivir en el mundo del blanco y también fuera de él. No buscar tierra firme ni puerto seguro. El sujeto comunitario acepta la simultaneidad de A y NO-A sin perturbarse. (Segato, 2018:, p. 65).

La estrategia que se propone es erosionar, desestructurar, desmontar, desobedecer, resistir. Para esta autora, el camino sería entonces el de las desobediencias capilares y posibles. Un camino de infracciones, de deslizamientos hacia fuera del orden con los cuales se puedan erosionar las jerarquías: “desestabilizar lo que existe para ver el espectáculo de lo que emerge” (Segato, 2018, p. 64).

Caminar este escrito, que nos llevó más de un año, nos permitió encontrarnos cara a cara con toda la potencia del concepto *ch'ixi*. Herederas de prácticas y discursos que intentamos derribar "hallar vetas descolonizadoras que superen el horizonte integracionista y progresista del abigarramiento y produzcan a la vez una práctica y una teoría, es decir una episteme *ch'ixi* como mestizaje descolonizado" (Rivera Cusacanqui, 2018, p. 145) parece ser un horizonte menos incierto. A partir de esto nos preguntamos: ¿cómo reconfigurar la red conceptual y epistemológica en salud al incorporar conceptos como *ch'ixi*?

## Reflexiones finales

Concluimos este escrito con la expectativa de poder contribuir a generar y sostener transformaciones posibles que permitan habilitar nuevas formas de abordaje en el territorio como prácticas desobedientes. En este sentido, vislumbramos que este mismo escrito se constituye en un acto desobediente, que nos permite visibilizar múltiples lógicas que se entraman en las prácticas, para interrogar nuestro lugar y posición en ellas.

Entre las tensiones que fuimos ubicando y problematizando queda un espacio, “una veta”, entendemos que es allí donde lo inédito tiene la potencia de advenir, creándose en ese ir y venir entre polos que, si bien nos constituyen, no nos determinan. Reconocernos entramadas en dicha complejidad resulta vital para crear junto a la comunidad prácticas que incomoden, interpelen y promuevan formas de enlazarnos más saludables. En este sentido, nos parece central el poder generar nuevas tramas conceptuales que inauguren nuevos espacios, y que se constituyan en verdaderos paisajes de resistencia.

## Referencias

- Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, 16(2), 71-80. [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S0102-71822004000200009](https://doi.org/10.1590/s0102-71822004000200009)
- Ayres, J. R. de C. M., Paiva, V., França, I., Gravato, N., Lacerda, R., Della Negra, M., Marques, H. H. de S., Galano, E., Lecussan, P., Segurado, A. C. y Silva, M. H. (2006). Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1001-1006. [HTTPS://DOI.ORG/10.2105/AJPH.2004.060905](https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.060905)
- Bang, C y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46, 123-143.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 13(2), 109-120. [HTTPS://DOI.ORG/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-399](https://doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-399)
- Braunstein, N., Pasterneac, M., Benedito, G. y Saal, F. (1975). *Psicología: Ideología y ciencia*. Siglo XXI.
- Castanho, C., Martins dos Reis, A., Machado, L., Souza, M. y Almeida, A. (2018). *Machismo, violência e feminismo na roda: Uma experiência de diálogo entre homes e mulheres a partir do reconhecimento do "lugar de fala"*.
- Colectivo Feminista La Revuelta. (2016). Espacios escolares y relaciones de género. Visibilizando el sexismo y el androcentrismo cultural. En C. Korol (Ed.), *Feminismos populares. Pedagogías y políticas* (pp. 103-125). Chirimbote.
- Czeresnia, D. y Freitas, C. M. de. (2009). *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Fiocruz.
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1945-1966)*. Paidós.
- De la Aldea, E. (2009). *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de salud*. [HTTP://WWW.ELENAALDEA.COM.AR/](http://www.elenaaldea.com.ar/)
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMyA]. (2013). *Plan Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación*.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Lugar.
- Lewcovicz, I. (2004). *Pensar sin estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Paidós.
- Ley 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013*. Boletín Oficial. [HTTP://WWW.MSAL.GOV.AR/SALUDMENTAL/IMAGES/STORIES/NOTICIAS/PDF/2013-09-26\\_LEY-NACIONAL-SALUD-MENTAL.PDF](http://www.msar.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_LEY-NACIONAL-SALUD-MENTAL.PDF)
- Ley 1420. (1884). *Ley de Educación Común*. Boletín Oficial. [HTTP://WWW.BNM.ME.GOV.AR/GIGA1/NORMAS/5421.PDF](http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/5421.pdf)
- Lorente Molina, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, XXVI, 39-53.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S1413-81232003000100014](https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014)
- Mitre, J. (2018). *El analista y lo social*. Grama.
- Nary, M. (1995). La educación de la mujer (o acerca de cómo cocinar y cambiar los pañales de un bebé de manera científica). *Mora*, 1, 31-45.
- OMS. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*. OMS.
- OMS. (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia de reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. OMS.
- OMS/UNICEF. (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. OMS
- Rivera Cusicanqui, S. (2018). *Un mundo ch'ixi es posible. Ensayos desde un presente en crisis*. Tinta Limón.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Prometeo.
- Seixas, C. T., Merhy, E. E., Baduy, R. S. y Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: Una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12(1), 113-123. [HTTPS://DOI.ORG/10.18294/SC.2016.874](https://doi.org/10.18294/sc.2016.874)
- Sousa Campos, G. W. (2006). *Gestión en salud: En defensa de la vida*. Lugar.
- Stolkiner, A. (2009, septiembre). *El proceso de reforma del sector salud en la Argentina* [Presentación en conferencia]. XV Conference of International Association on Health Policy, Madrid, España.

- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner (Ed.), *Los sufrimientos. 10 Psicoanalistas. 10 Enfoques* (pp. 211-239). Psicolibro.
- Stolkiner, A. y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 52-56.
- Terra, L. (2018). *O médico alienado. Reflexões sobre a alienação do trabalho na atenção primária à saúde*. Hucitec.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. y Lamadrid, S. (2001). Social medicine then and now: Lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1592-1601. [HTTPS://DOI.ORG/10.2105/AJPH.91.10.1592](https://doi.org/10.2105/AJPH.91.10.1592)
- Yanco, D. (2014). *Relaciones entre legislación, políticas, dinámica de atención y capacitación en salud mental: Un estudio del sistema público de la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 2002-2009* [Tesis doctoral inédita]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria.